

ジャワにおける病と生活環境の変化

— 19世紀初頭から20世紀初頭 —

大 木 昌

問題の所在と方法論

本稿は、19世紀初頭から20世紀初頭までのジャワの歴史を、病の発生に焦点を当てて描くことを目的としている。この際筆者は、病の発生を純粋に医学的な現象としてあつかうのではなく、できるかぎり社会変化、とりわけ生活環境の変化と関連させ、社会現象として検討したい。このような試みは、これまでのインドネシア史研究、あるいはジャワ史研究において体系的におこなわれたことはなかった。病が、特定個人のまったく例外的な事例としてではなく社会現象として現れるとき、その病理学的メカニズムや感染経路、さらには社会的な背景は通常、かなり後になってはじめて解明される。本稿においても、まずジャワの歴史においてどのような病がいつごろどこに発生したか

を明らかにし、つぎにその原因や背景を生活環境の変化との関連で考える、という方法を探ろうと思う。これは、たんなる疾病史ではなく、病の発生状況を手がかりとしてジャワのある時代のある地域において生じていた社会変化（歴史と言い換えても良い）を再解釈しようという試みでもある。というのも、通常の歴史研究では見落とされがちな社会の変化や、その過程で発生していた問題が、病の発生という形で現れることがあるからである。とりわけ、民衆の日常生活の歴史に関する資料が乏しい植民地期のインドネシア史研究においては、病の発生から生活環境の変化を読み取る方法は有効であると思う。このような歴史分析の方法を採用することの意義を、もうすこし一般的な文脈で説明しておこう。

病とは、生体に発生する生物学的および生理学的な自然現象である。たとえば、細菌やウィルス

ジャワの行政区分（州）：1905年



などの病原体は自己の生存と種の保存のために最大限の活動をし、それが他の生命体に生物学的な変化を引き起こす。これは、あらゆる生物が数億年にわたって繰り返してきた生命の営みである。人間が「病」とみなしているものは、あくまでも人間にとって不快であり危険である生物学的変化、つまり身体症状を指す。また、疲労やストレスなど、病原体以外の原因によって発生する病も、生物学的・生理学的に説明することができる。

一方、人間の歴史過程の中で病を考えると、それを実験室のフラスコの中で生ずる純粹に生物学的現象とは別の文脈で考える必要がある。ここでは、なぜある特定の個人や社会に、ある病が特定の時期に発生したり蔓延したりするのかという、個別具体的な問題こそが重要な課題となって立ち現れるのである。これを理解するためには、個々人の生活や社会の全体状況を知ることが必要となる。なぜなら、病はたんに病原菌が存在すれば発生するというのではなく、個人や社会の側にも、病を発生させるさまざまな条件、つまり歴史的條件が存在しなければならぬからである。したがって、ある地域における病の発生状況は、その社会や個人がその時どのような物質的、精神的環境にあったのかという歴史状況を知る手がかりを与えてくれる。ふたつだけ例を挙げて説明しよう。

まず、人類史的にみた感染症の移動をみてみよう。私たちがよく知っている麻疹（はしか）、結核、天然痘、インフルエンザ、百日ゼキは、本来は牛、豚、アヒル、犬、鳥などの動物の病気であった。しかし、9000年ほど前からこれらの家畜化、飼育化が始まり、動物との接触が増えたために、これらの病気が人間にも感染するようになった。この背景には、狩猟時代の重要な食料であった大型動物が少なくなり、食糧確保のために動物を飼育する必要が生じたこと、農業の出現にともない、役畜が必要となったこと、農業の発展により人口の集中が起こり、感染症が人から人へ持続的に伝染可能になったこと、など人々の生活に大きな変化があった。このように、病と人間の生活環境との間には密接な関係が存在する [ダイヤモンド 2000 : 288-310]。

つぎに、日本における死因の変化と生活環境の変化との関係を見てみよう。戦前には結核、肺炎、消化器疾患が死因の上位を占めていた。しかし現在ではガン、心臓病、脳疾患が3大死因を占めており、さらに最近では事故・自殺も重要な死因となりつつある。しかも、こうした変化は先進工業国でほぼ同様の傾向をたどってきた [立川 1990 : 39-40 ; 立川 1996 : 148-151]。死因の変化の背後には非常に広範な要因が関与しているはずであり、そのすべてを解明することは容易ではない。しかし、死因の変化は少なくとも衣食住などの物理的環境、労働環境、人間関係、ストレス、価値観、精神生活など社会生活におけるあらゆる面での変化を反映していることはまちがいない。一言で言えば、社会は病を創り、病は社会の写し鏡なのである。

筆者は、命にかかわる病の問題、つまり人々がどんな病に冒され、どのように死んでいったのかという問題もまた歴史の重要な一部であると考えている。なぜなら、政治も経済も文化もすべて含めて、人間の活動は生存の確保を究極的には目指しているからである。したがって、控えめにみても、病の発生状況を検討することは、政治と経済（権力と富）を中心とした伝統的な歴史とは異なった視点から歴史を理解することを可能にしてくれるであろう。筆者はすでに「病と癒しの歴史——もうひとつの東南アジア史研究をめざして」 [大木 1996] と題する論文で、東南アジア史全般についてこのような方法論上の問題提起をしてあるが、本稿はそれをジャワという特定地域の特定時期について実証的に検討したものである。

以上を念頭において、本稿が直接対象とする19世紀初頭から20世紀初頭までのジャワの時代背景をごく簡単に示しておこう。この時期のジャワは、イギリスの植民地統治期（1811～1815）を経て、オランダの植民地支配を本格的に受けた時代である。この時期のジャワ史研究において従来あつかわれてきた主要な課題は、イギリスによる植民地統治（とくに地代制度）、オランダによる植民地統治、とりわけ1830年に導入された「強制栽培制度」（住民が植民地政府の指定する作

物——砂糖キビやコーヒー——などを栽培する義務を負う制度)の影響、1870年代から20世紀初頭までの「自由主義政策」(ヨーロッパ人企業にも自由な経済活動を認める政策)、1900年初頭以降の「倫理政策」(経済開発から生じた社会のさまざまな歪みを是正する福祉に重点をおいた政策)、民族主義運動の勃興、土地制度の変容、などであった。

「強制裁培制度」と「自由主義政策」は、植民地権力による住民の支配と搾取を強化した。さらに、「自由主義政策」期にはヨーロッパ人主導の経済開発、プランテーション農業の拡大が進行した。これは、住民の間にも輸出作物の栽培と貨幣経済を浸透させた。この時期には、ジャワの人口が急増した時期でもあった。「強制裁培制度」が導入されたころの1831年から1900年までの70年間にジャワの人口は約4倍に、1平方キロメートル当たりの人口密度も、同期間に農業社会としては異常に高い、53人弱から210人強へ増加したのである。このため、農民の間に耕地の不足を引き起こすとともに、貧富の格差をも生じさせることになった[大木 2001:222-234]。「強制裁培制度」が事実上廃止された1870年代以降も、それに代わる地租の支払いが住民の負担として重くのしかかった。こうして住民は、全体としてみます植民地支配の圧迫を受けるようになった。しかし、これらの政治経済的問題とは別に、ジャワには、その後の住民の生活に大きな影響を与え続ける変化が生じていた。それは、1830年の「強制裁培制度」導入以来進行していたジャワの生態環境の変化が、1870年代以降に急速に進んだことである。

生態環境のなかでも、森林の減少およびそれと密接に関連した水文環境の悪化が特に重要である。つまり、1870年代前半まで、ジャワの総面積の70%前後が一応森林であったが、20世紀初頭には45%まで激減してしまった。これらの変化は、爆発的な人口の増加に対応した耕地の拡大[大木 2001:225-229]、ヨーロッパ人農園企業によるプランテーションの拡大などがおもな原因であった[大木 1987;1988]。以上のような変化を総合し

て考えると、ジャワにおける住民の生活環境は1870年代を境に大きく変化したといえる。

筆者はすでに、「開発・環境変化・病——ジャワ史におけるマラリアの蔓延を事例として」[大木 1999]と題する論文で、この時期のジャワにおける開発とそれにもなう環境の変化が住民の健康にどのような影響を与えたかを、マラリアの蔓延に焦点を当てて検討してある。しかし、開発と自然および社会環境の変化が引き起こした健康上の問題はマラリアの蔓延だけではなく、住民はさまざまな病に罹っていた。しかも、流行した病の種類はジャワ全体で一様ではなく、地域によっても異なった。そこで本稿ではまず、ジャワの全般的な疾病の状況を、1870年代以前と以後とに分けて説明し、つぎに地域ごとの状況をこまかく見てゆくことにする。そして、それぞれの病の発生原因を、可能なかぎり生活環境の変化と関連させながら考えてみたい。本論に入る前に、2点だけ補足しておきたい。

第1点は、病名の問題である。病気の原因となる細菌や原虫が顕微鏡で確認できるようになり、病の原因が科学的に解明されるようになったのはようやく19世紀末から20世紀初頭のことであった。それ以前の古い記録に現れる病気の多くは、症状だけが記されており、それらが現在のどの病名に相当するかは必ずしも明らかではない。本稿では、19世紀末以前の資料に登場する病の症状から判断して、一応現代の病名を付してあるが、それは暫定的であることをことわっておく。第2点は、病と関係のあるジャワの地理的な特徴である。ジャワ島の北側はジャワ海に、南側はインド洋に面している。ジャワ海は無数の島に囲まれた内海で穏やかなために、古来、ジャワの海上交通は北海岸諸港を経由しておこなわれた。これにたいしてインド洋は波が荒く、南側の沿岸地域は海上交通からはずれていたため、港湾都市はほとんど発達しなかった。このような事情から、外部から病気が持ち込まれるときには、まず北海岸地域の港湾都市に進入し、時間を経て南部に進行するという経過をたどった。以下の記述で沿岸の港湾都市という表現は、とくにことわらないかぎり北

海岸のジャワ海に面した港湾都市を指す。なお植民地期には、ジャワ以外の諸地域はまとめて「外島」と区分されていたので、本稿でも必要に応じてこの区分を使用する。まず、1870年代以前の病と生活環境の変化からみてみよう。

1870年代以前の病と生活環境の変化

ヨーロッパ人到来以前のジャワにおいて、人々がどのような病気に罹っていたかはあまりはっきりとはわからない。ヨーロッパ人が東南アジアにやってきた15世紀末から16世紀ころ、人々にもっとも恐れられていた病は天然痘、ハンセン病（癩病）、梅毒であった [Reid 1988 : 58]。そして、ジャワの沿岸地域でマラリアが流行していたことも記録されている [Schoute 1929 : 106]。オランダ人やイギリス人がジャワの沿岸地域の都市に居住するようになると、彼らの書き残した記録から次第に当時のジャワ人が罹っていた病気が明らかになる。これらの記録によれば、18世紀から19世紀初頭までのジャワでは赤痢、「熱病」（発熱をともなう病気にはマラリア、赤痢、チフス、デング熱などが考えられるので、「熱病」だけでは病気を特定できない）、さまざまな皮膚病、フランベシア（インド痘）、コレラ（19世紀初頭にアジア各地で大流行した *Cholera asiatica* ではなく *Cholera nostras* であろう）、デング熱、下痢などの消化器系疾患などが一般的な病気であった [Bylon 1780 : 17-30 ; Wolf 1780 : 31-50 ; Schoute 1929 : 172 ; Ricklefs 1993 : 126, 320-321, note 54 ; Boomgaard 1987 : 49]。

以上の病の発生状況から、沿岸低湿地は排水が悪く水溜りが多い状態のため、蚊を媒介とするマラリアとデング熱が流行していたこと、清潔な飲料水が得にくいいため赤痢、チフスといった経口感染症や下痢などの消化器系疾患が蔓延していたことが分かる。そして、これらの感染症は、沿岸部における都市の発展と、それにともなう人口の集中という状況を反映していた。なぜなら、感染症がある地域で日常化するには、消化器系であれその他のものであれ、一定以上の人口の集中が必要

だからである。

19世紀は、1805年に北海岸に面した港湾都市チレボン（Chirebon）で勃発した「熱病」の流行によって幕を開けた。このとき、チレボン市のかなり多くの人がこの熱病で死んだようである。当時チレボンに居住していたオランダ人医師が、病人の症状やその経過をくわしく記録している。しかし、ここではこの熱病に関してはつぎの3点に注目したい。まず第1点は、病人は毎日決まった時間に高熱を発し、体中に赤い発疹が出たことである。これが3日ほど続いて病状はいったん治まる。第2点は、しかし、再び発熱、痙攣、卒倒が起り、3日目には死に至ったことである。第3点は、この年、雨期の雨量が異常に多く、川が氾濫してチレボン市の住宅は洪水のため水浸しになったが、雨期明けにはこれも異常な暑さに見舞われた、という自然条件である [Doressen 1926 : 484-488]。これらの状況を総合すると、この熱病は悪性の熱帯熱マラリアであった可能性が高い。洪水によってできた水溜りで蚊が大発生してマラリアの流行を引き起こしたのではないだろうか。ここで、この「熱病」の感染範囲がチレボン地区にとどまっていたことは注目に値する。これは、当時沿岸地域の都市もそれほど発達しておらず、人々の他地域との交通もそれほど頻繁だったわけではなかったからであろう。

1811年にイギリスがジャワを本格的に統治するようになると、沿岸地域だけでなく内陸地域の病気に関する情報も次第に増えてきた。1810年代、ジャワに滞在したイギリス人クローファード（J. Crawford）は、ジャワでよく見られた病として弛張熱および間欠熱（つまり双方ともマラリア）、天然痘、性病（とくに梅毒）、インド痘、痛風、卒中、テンカン、多数の皮膚病、消化器系の寄生虫などを挙げている。さらに彼は、住民がケガのあとの化膿には強い抵抗力をもっていたことも記している [Crawford 1820 : 31-35]。おそらく、当時ケガは日常的で、外傷に対しては子供のころから強い自然治癒力や抵抗力をもっていたのだろう。しかし、イギリス人は、ジャワ人の間にみられる梅毒の蔓延には驚愕していた。ジャワ人の梅

毒患者が、ヨーロッパ式水銀蒸気による治療を嫌悪することには理解を示しながらも、「これほど貞節が軽んじられ、乱脈な性交が頻繁におこなわれているかぎり、この病気を減らすことはむだな努力である」、とジャワ人の性に関する寛容さにはさじを投じている。これはスマラン (Semarang) やスラバヤ (Surabaya) など北海岸地域の港湾都市周辺における状況であった [Schoute 1934 : 1110-1111]。

1820年代に入るとジャワは、アジア全体を襲ったコレラの大流行に見舞われた。コレラは元来、ガンジス河流域、とりわけ下ベンガル地域の風土病であった。しかし、1817年、突然インドから東西に伝染し始め、第1次世界的大流行 (パンデミック) を引き起こした。1819年12月、植民地政府は、コレラがモーリシャスから、ペナン、マラッカ、マレイ半島諸地域、とりわけケダー地方に流行している情報を得て、インドネシア全土に警告を発していた。同時に政府は、コレラ汚染地域からの船を「東インド」(現在のインドネシア) 領内に入港することを禁ずる「検疫停船」(quarantine) 措置をとった。しかし、海岸線が長く、とりわけマラッカとスマトラおよびジャワとの交易は頻繁であったため、監視はゆきとどかなかった。

1821年4月21日、インドネシアにおける最初のコレラの発生が、中部ジャワの港湾都市スマラン (Semarang) で勃発した。当時スマランにいたオランダ人は、患者が死んでゆく様をつぶさに記録している。それによれば、患者はまず激しい腹部の痛みを訴え、嘔吐と下痢が続き、青黒い血の色が体中を覆う。そして、患者に筋肉の強い硬直痙攣が起こると、そのまま死に至った。この間、およそ30分ほどであったという。スマランでは最初の感染者がでてから11日間に1,255人が死亡した [Schoute 1934 : 1433 ; Boomgaard 1987 : 53]。住民にとって未経験の、したがって免疫をもたないコレラという感染症が、いかに猛威を振るったかがよくわかる。

コレラはスマラン市からインドネシア各地に飛び火し、多数の死者を出した。しかし、この時の

死者の総数はわからない。バタヴィア (現ジャカルタ) については、植民地の首都であったという事情もあって、ややくわしい数字が記録されている。バタヴィアで最初にコレラが発生したのは4月30日で、5人が死亡した。これ以後5月10日までがピークで、この11日間に778人が死亡し、7月に下火になるまでに、合計で2,248人が死んだ [Schoute 1934 : 1434]。これ以後ジャワでは10年から17年周期でコレラの流行がみられたが、1870年代までの流行としては1834年と1851年のものがもっとも多数の犠牲者を出した。

ところで、1817年にインドのベンガルを出たコレラのパンデミックは、東南アジアから海路で北上し、中国各地を経て文政5年 (1822年) には日本に上陸した。この経緯は当時の世界情勢を反映している。まず、東南アジアから東アジア、日本への伝播には、当時ジャワを支配し、17世紀初頭以来平戸・長崎に商館を置いていたオランダ人の貿易活動が、このコレラの伝播に関与していることは間違いない。つぎに、イギリスはインドの支配を拡大すると同時に、1819年にはアジアでの貿易拠点としてシンガポールを建設。コレラのパンデミックは、こうした、イギリスのアジア進出ネットワークとオランダのアジア貿易のルートに乗ってインド、東南アジア、東アジアへと伝播したのである。

オランダ人医師が、オランダ人以外のジャワ住民を直接治療するようになると、コレラのような感染症以外の他にもさまざまな病気が確認された。1820年代に中部ジャワの北海岸に面したペカロンガン (Pekalongan) 地域で、オランダ人医師によって治療された主な病気は、間欠熱 (マラリア)、急性および慢性下痢、赤痢、寄生虫症、気管支炎、ガン (どんな種類かは分からない)、痛風、中風、梅毒 (おそらく淋病もふくむ)、天然痘であった。これらの病のうち、天然痘にたいする予防法として、ジャワの一部では1815年から種痘 (牛痘) が導入されていたが、この地域では1824年以降に導入され、1827年までの4年間に年平均6,000人の子供に種痘が実施された。このため、この地域では上記の4年間は天然痘の大き

な流行は見られなかったという。しかし、当時は「ジャワ戦争」(1825~1830)の只中で、植民地政府は1828年以降しばらく種痘の実施を中断してしまっただけでなく、しかも、体に傷をつけることはコーランの教えに反するという理由で種痘を拒否し、抵抗する住民もおり、種痘はかならずしも順調に普及したわけではなかった [Schoute 1934 : 1569]。

一方、沿岸の湿地帯や、植民地支配の進展とともに発展しつつあった都市およびその周辺では、1820年代からコレラとは異なる病が流行し、多数の死者がでた。たとえば西ジャワのバンテン (Banten) 州アニェール (Anyer) 県では、1820年代末には、「激しく燃えるような熱病」が流行し、3,500人ものが(発熱後)2~3日のうちに死んだという記録がある。当地のオランダ人州長官 (Resident) は、この地域の沿岸湿地から立ち上る汚れた空気こそがこの熱病の原因であると考へた。まもなく植民地政府はこの地域の湿地を埋め、水路の水が円滑に流れるよう改修工事をし、さらに藪を切り払った。このような措置のため、1830年代にはいるとこの熱病は激減したという [Schoute 1934 : 1721-1722]。

アニェール県の「激しく燃えるような熱病」とは何であったのかはあきらかではない。しかし、発熱してからわずか2~3日で3,500人が死亡するという状況から判断すると、これは、1805年にチレボンで発生したマラリアと同様の、熱帯熱マラリアであった可能性が高い。ところで、上記の州長官が、「湿地から立ち上る汚れた空気」を病気の原因と考へていたことは、当時のヨーロッパ人の疾病観を知る上で示唆的である。というのも当時は、湿地から立ち上る毒気 (miasma) が、病気、とくに熱病を引き起こすと考へられていたからである。このミアスマ、つまり「悪い (mal) 空気 (aria)」がマラリア (malaria)」の語源となったことはよく知られている。もちろん、「悪い空気」がマラリアの直接的な原因であるわけではない。しかし、水はけの悪い水路は、マラリア原虫を媒介する蚊の幼虫 (ボウフラ) の生育場となっていたはずである。したがって、その因果関

係は分からなくても、州長官がおこなった水路の改修は、結果としてマラリア対策に有効であったといえよう。

沿岸の湿地帯や港湾都市に疫病が流行する状況は上に述べたチレボンやアニェール県の事例からも理解できる。しかし、「強制栽培制度」が最盛期に達する1850年代にむけて、内陸の農村部においても、さまざまな感染症が流行するようになった。たとえば、1846年、中部ジャワで腸チフスと思われる発熱をともなう病が大流行し、1847年をピークに49年まで続いた。この時の様子を、植民地の総督が本国の植民地大臣に提出した年次報告書、『植民地報告1849年』(Koloniaal Verslag 1849。以下この報告書をKVと略記する)はつぎのように記している。この大流行は、中部ジャワのムルバブ (Merbabu) 山の中腹に端を発し、そこから山地伝いに西と南北に向かって広がっていった。しかし、東部ジャワではパチタン (Pacitan) 地方だけが感染地域となった。こうして、1849年末までに、合計215,082人の感染者と82,447人の死者が確認された。この疫病にかんして注目すべき事実は、死亡者数が非常に多く、さらに死亡率も38%と高かったこと、この疫病が従来のように沿岸の都市ではなく山地地域を出発点とし、山地地域を経由して広い範囲に蔓延していったことである [KV 1849 : 85-88 ; Schoute 1935 : 665]。

この大流行の原因についてさまざまな見解が出された。たとえば1846年に、ムルバブ山と同じ山塊にあるメラピ (Merapi) 山の爆発とそれによる噴煙が原因である、とか、ジャワが不作に見舞われ食糧不足の状態が続いていたことが原因である、といった見解が出された [KV 1849 : 88]。しかし、当時は住民もオランダ人もこの病気に関する正確な知識はもっていなかった。火山の爆発による噴煙が日照を妨げ、不作を引き起こしたことは十分考へられる。しかし筆者は、このような自然環境の変化だけでなく、社会的な背景を考へる必要があると考へる。まず、植民地政策、とりわけ「強制栽培制度」の進展にともなって山地地域にも農園の開墾を目的とした人々が移住したた

め、人口が増加した。感染症の蔓延には人々の移動と人口増加が必要条件であるが、当時、ジャワの山地や内陸地域ではこのような条件が満たされつつあったと考えられる。また、移住者は、森林を切り開いて開墾するという重労働に加えて自らの食糧も生産しなければならなかったため、彼らの生活条件はかなり過酷であったにちがいない。コレラ以外の疫病で死亡率が38%と非常に高かった理由の一部には、住民の貧困、栄養不良、疲労がもたらす、病気にたいする抵抗力の低下などの条件があったものと思われる。いずれにしても、従来は人口希薄で疫病から比較的安全であると思われていた内陸の山地からこのような疫病が発生したことは、ジャワが病気にかんして新たな時代を迎えたことを示している。これは、経済的搾取や政治抑圧とは別の、植民地支配による住民の健康面にたいする深刻な影響である。

1846/47年の疫病は、植民地政府に衝撃を与え、住民の健康にかんする調査が行われるようになった。こうして私たちは、1851年以降になるとジャワの病気にかんする状況が少しずつ分かるようになる。『植民地報告 1851年』には、簡単ではあるが、はじめてジャワ全土の疾病状況が報告されている。以下に、報告の内容をジャワの西部から東部にむかってみてみよう [KV 1851: 47-52]。

まず1851年の『植民地報告』は特記事項として、この年の4月に中部ジャワ北海岸の港町スマランで勃発し、またたく間にジャワ全土に広がったコレラの大流行について触れている。この時の流行では、11月までに35,938人の患者が政府管轄の医療機関で治療を受け、うち14,328人(39.84%)が死亡した。しかし、ジャワ人の役人は、罹患者も死者も実際にはずっと多かったにちがいないとコメントしている。興味深いことに、このときオランダ植民地政府が配布したコレラ治療薬(内容は不明)を、それまで西欧医学に反感をもっていた多くのジャワ住民が受け入れた [ibid: 47-48]。おそらく、外から新たに入ってきた病に伝統的治療法では対応できず、しかも高い死亡率に直面した住民は、西欧医学に依存せざるを得なかったのだろう。この報告はコレラ以外

の病の発生状況を州ごとに記録しているので、つぎにこれを見てみよう。

ジャワ島のもっとも西に位置するバンテン州では、熱病とコレラの流行は多少みられたものの健康状況はおおむね良好であった。ハンセン病患者は州全体で40人ほどいたが、梅毒患者はほとんどいなかった。バンテン州の東隣のバタヴィア州では、コレラのほかに天然痘が沿岸部で蔓延し、やがてバタヴィア市内および周辺部へも広がっていった。この年、バタヴィア市周辺の湿地を埋めたり、水が流れやすいようにできるだけ水路を直線的に掘り直したりして衛生状態の改善が図られた。この報告のうち、梅毒患者がほとんどいなかったという報告は、ほかの沿岸都市の状況を考えるとにわかには信じがたい。

バタヴィア州の南、やや内陸のバイテンゾルフ(Buitenzorg=ボゴール Bogor)州ではこの年、雨が非常に多く、健康状況はあまり良くなかった。コレラの流行にくわえ、小児病(病名は不明)も蔓延した。なお、梅毒の蔓延については有効な対応策が採れず、まったく改善されなかった。ボゴールのさらに南の内陸部にあるプリアンガン(Priangan)州は、この時コレラの流行はなかった。また、州北部のボゴールに近い地域では梅毒が広く蔓延していたが、南部の辺ぴな地域ではほとんどみられなかった。

バタヴィア州の東、北海岸に面したチレボン州では、1851年に発生した「熱病」(おそらくマラリア)の流行は1852年には沈静化したが、コレラはとりわけ沿岸地方で流行した。同じく沿岸の中部ジャワに位置するトゥガル(Tegal)州も、コレラと「熱病」が流行したようであるが、とくに深刻ではなかったようである。これらを除けば、チレボン州では深刻な病の発生はなかった。トゥガル州の東に隣接するプカロンガン州でもコレラと熱病が流行した。この地域の場合、コレラの感染者・死者とも多く(数は不明)、事態はかなり深刻だったようである。ただし、この州では梅毒はほとんどみられなかった。

中部ジャワ最大の港町スマラン市を擁するスマラン州の疾病状況はあまり良くなかった。すでに

述べたように、1851年にはスマラン市に端を發したコレラの流行があった。そして、コレラと同時に赤痢と思われる疫病、マラリアと思われる「熱病」も流行した。沿岸都市では外部との接触のほかに、清潔な飲料水の不足から、コレラや赤痢など経口感染の病気が発生しやすかった。また、スマラン市では梅毒が非常に蔓延していたため、政府は主要な感染源のひとつである娼婦の街区(kampong)をこの年に廃止した。物資の集積地であり、商業と行政の中心地でもある港湾都市へ、外部からますます多くの労働者が農村から移動し、さらには外国人も居留していた。これらの都市住民を相手とする娼婦が当時はかなりいたことが分かる。

中部ジャワの内陸に位置するスラカルタ(Surakarta)州は、植民地政府の直轄領と区別された「王侯領」と呼ばれ、ジャワの王(スルタン)の自治があるていど認められたうえ「強制栽培制度」も免除されていた特別州であった。その州都スラカルタ市の中心から数キロ離れた場所に政府によってハンセン病の隔離施設が建設され、そこに480人の患者が収容されていた。ハンセン病はインドネシアにおいて非常に古くからあった病気であるし、すでに述べたように東南アジアの人々はこの病気を恐れていたが、この病気が人から人へ感染する感染症であることを知らなかったようだ。事実、ジャワ人の役人は、この病気の患者を「びっこ」あるいは「盲人」と記録していた。これは、現地では梅毒が、その症状の一部である皮膚病と考えられたことや、淋病が眼病と考えられていたこととよく似ている。オランダ人は、ヨーロッパにおける長い間のハンセン病対策の経験から、ジャワにおいても隔離政策を実行したものである。ハンセン病を除いて、スラカルタ州についてはとりたてて病に関する問題は報告されていない。

スラカルタ州の南西部に位置する内陸のジョグジャカルタ(Jogjakarta)州は、ジャワにおけるもうひとつの「王侯領」であった。報告によれば、ジョグジャカルタ州は当時のインドネシアでもっとも健康的な地域のひとつであった。コレラによ

る死者が若干名、ハンセン病患者が数人いたが、梅毒は確認されていない。スラカルタ州と同様、この「王侯領」でも梅毒をはじめ疫病の記録があまりなかったことは、たんなる偶然かもしれない。しかし筆者は、住民が「強制栽培制度」の負担から免れていたこと、他の州と比べて外部との接触や人の移動が比較的少なかったこと、他の植民地都市のような娼婦の街区もなかったことなどの経済的・社会的な特殊事情も、感染症の流行がなかった要因であったと考えている。

バニユマス(Banyumas)、バグレン(Baglen)、クドゥ(Kedu)などの中部ジャワの内陸地域についても深刻な病の流行は報告されていない。これにたいしてジャバラ(Japara)やレンバン(Rembang)など、中部ジャワの北海岸に面した地域は、コレラの被害が大きかった。レンバンでは、コレラに加えて「熱病」が流行した。現地のオランダ人医師は、熱病の原因が食糧不足にあると考え、米と塩を住民に配ったところ、良い結果を得たという。この経緯から判断すると、この「熱病」はマラリアではなく、赤痢やチフスなど消化器系疾患であると思われる。おそらく、食糧不足から栄養不良の状態にあり、健康体ならば発病しないような病に感染し発病してしまったのであろう。なお、レンバン州の沿岸都市でも、スマランその他の沿岸都市と同様、梅毒患者は非常に多かった。

東部ジャワのスラバヤ(Surabaya)州も1851年にコレラ禍に見舞われた。しかし、政府が配布した薬はかなり効果があったようである。コレラが流行している間、それ以外の消化器系疾患(下痢、チフス、赤痢)の流行もみられた。政府の報告には、スラバヤ市では清潔な飲料水を得ることができることと記されているが、消化器系疾患の流行は、すべての住民が等しく清潔な飲料水を得ることができたわけではないことを示している。東部ジャワ最大の港湾都市であり商業中心地でもあったスラバヤ市の健康上の問題は梅毒であった。1851年には政府によって、おそらく強制的に、病院に収容された女性の数は3,238人にのぼり、うち293人(9%)がこの年に死亡し、2,574人は

年内に治った。梅毒は、植民地期インドネシアの歴史研究において、あまり重要視されてこなかったが、住民の日常生活においては深刻な健康上の問題であった。これについては後でふたたびふれよう。

スラバヤ州の東に隣接するパスルアン (Pasuruan) では 1851 年にコレラが発生したが、同年末までにはおさまった。コレラの流行が去ったあと、沿岸の一部地域では「熱病」(マラリア?) が流行したが、死者が出るほど悪性ではなかった。植民地政府の「厚生省」に相当する Geneeskundigen Dienst の報告によれば、この州では梅毒が非常に蔓延し、成人女性の 33% が感染していたという。このように高い感染率をそのまま信ずることはできないが、梅毒患者がかなりいたことはまちがいない。というのも、この州ではサトウキビやコーヒーなどのプランテーションが発展しつつあり、そこには外部から多くの労働者が集まってきていたからである [Elson 1984]。感染率 33% というのは、政府が管理していた娼婦についての数字であると思われる。それにしても、報告が女性の梅毒患者にしか言及していないことは奇妙である。娼婦だけであるにせよ、もしこれだけの感染者と感染率があれば、男性にも多数の感染者がいたはずである。コレラと梅毒を除いて、この州の疾病状況にはとくに深刻な病気の流行はなかった。パスルアンの東に位置するブスキ (Besuki) 州も同様であった。ジャワ東端部のバニュワンギ (Banyuwangi) 州は、当時はいわば新開地で人口は希薄で病気も少なく健康的な地域であった。

東部ジャワの内陸、マディウン (Madiun) 地域では、コレラは見られなかったが熱病と消化器系疾患が広まっていた。1821 年にスマランに端を発したコレラの大流行は沿岸の都市から都市へ蔓延していった。それから 30 年後の 1851 年になっても、沿岸都市からかなり離れたマディウンはコレラに汚染されていなかったのである。さらに、マディウンについては梅毒にかんする記録はない。梅毒の事例が政府機関にたまたま報告されていなかった可能性を考慮しても、内陸のマディウンに

は梅毒が少なかったであろうことは推察できる。

マディウンの南に隣接し、インド洋に面したパチタン地域の沿岸部では「間欠熱」(マラリア) が時折流行していたが、その他の病についての報告はない。この州の内陸山間部で大規模な開墾がおこなわれたのは 19 世紀の後半であったから、当時マラリアは沿岸低地に限定されていて内陸部まで進入していなかったであろう。ここでは梅毒患者はごくわずかしみられなかった。この地域はジャワの南海岸 (インド洋) に面してはいるが、北海岸のような港湾都市の発達もなかった。さらに当時はプランテーションもなく、交通が不便で周囲の地域からやや隔離されていたことが、梅毒をはじめ、感染症が比較的少なかった原因であったと思われる。

1851 年の病気にかんする状況は上に述べたとおりである。コレラの第 2 次流行という特殊な事情があり、これを一般化することはできないが、それでも、19 世紀中葉のジャワにおける疾病にかんする特徴として、次の 2 点を挙げることはできる。第 1 点は、当時は感染症としてコレラ、チフス、赤痢などの消化器系の病がジャワの各地でみられたことである。これは主に清潔な飲み水の不足が原因であったようだ。第 2 点は、梅毒が、港湾都市を筆頭にパスルアン州のようにプランテーションが多くあった地域で流行していたことである。これらの場所には、単身の男性労働者が外部から集まってきた。植民地政府は当初、遊郭のような街区を黙認していたか、むしろ積極的に娼婦を集めて管理していたふしがある。しかし、時間の経過とともに性病が流行し、政府は脅威を感じてこれを廃止する方向に向かっていたようである。

これまで報告に登場した病気は、死に至る可能性がある感染症が中心であった。しかし、住民は、命に関わるような深刻な病気ではないが、日常生活に支障をきたすさまざまな疾患に悩まされていた。なかでも、フランベシア、疥癬、潰瘍、ヘルペスなどの皮膚病と、トラホームや結膜炎などの眼病は、地域を問わずどこにでもみられた [KV 1857: 69-71]。しかし、当時は病気の区別や性質を科学的に確定することができなかったの

で、どんな病が日常的にあったのかを正確に知ることはむずかしい。

1860年代は、1850年代とあまり大きな変化もなく経過した。ただし、北海岸地域のチレボン州とスマラン州では1867年から69年にかけて「熱病」が大流行した。1869年には前者の州の治療を受けた患者だけでも14,347人、うち2,601人(18%)が死亡し、後者では患者数37,415人、うち5,120(13.7%)人が死亡した。当時、「熱病」の原因は湿地から立ち上る有害な蒸発物と非衛生的な飲料水であると考えられた。資料には、この「熱病」の病名は記されていないが、症状から判断するとマラリアであると考えてさしつかえない[KV 1870 : 79]。

以上は、ヨーロッパ人の書き残した記録から分かるジャワの疾病状況であるが、現地資料から疾病状況を知るのは非常に困難である。ただ、ジャワには、インドのアーユルヴェーダ医学を基礎としたジャムー(jamu)と呼ばれる生薬のテキストが存在している。このようなテキストは、おそらく10~11世紀ころインドから伝えられ、その後ジャワの土着の生薬やイスラム教とともに伝わった生薬も加え、内容も書き換えられながら後代に伝わったものと考えられる。こうしたテキストの1つで、1870年代に書かれたもの(原文はジャワ語)には、生薬の種類とその適応症が挙げられており、かつて人々がどのような病に罹っていたかがいくらか分かる。このテキストにはジャワ人が罹った病のすべてが書かれているわけではないし、時代も特定できないが、参考までに症状から判断して考えられる病を挙げておくと、生薬で治療していた病には熱、セキ、黄疸、胃腸障害、下痢、リウマチ、腎疾患、赤痢、天然痘、性病(梅毒、淋病?)、結核、眼病、痔、外傷、テンカンなどに加えて「悪魔憑き」などがあった[大木1996 : 363]。

現地の資料には、ヨーロッパ人の記録には見られないテンカンや「悪魔憑き」が登場する。テンカンは、単純な卒倒や、口から泡を吹きながら昏倒するような状態を含む。このような事例は、後代の記録にも比較的頻繁に登場する。「悪魔憑き」

が具体的に何を意味するのかは分からないが、通常の身体症状とは異なる精神異常を指すものと思われる。精神疾患はどの社会にも古くから見られるし、後に述べるようにジャワにおいてもかなり多かった。インドネシアの多くの地域では、このような場合、呪術的な治療や患者の隔離が普通の対応策であった。ジャワではこれらにくわえて生薬治療をおこなっていたことがわかる。しかし、これをもって、ジャワにとりわけ精神疾患が多かったということとはできない。私たちは、伝統社会を、複雑な人間関係やストレスとは無縁の、親和とやすらぎに満ちた世界であると考えがちであるが、実際には社会的軋轢、慣習の束縛、収穫の不安定性、租税の重圧、自然の脅威から受けるストレスが想像以上に大きかったのかも知れない。

1870~1900年の疾病状況

1870年代は、1872年のデング熱の流行によって幕を開けた。これは翌年の1873年にはジャワ全土に、さらにはスマトラ島のパレンバン(Palembang)やセレベス(Celebes, 現在のスラウェシ)島に広まった。ジャワにおいてはこの病気による死者はほとんどでなかった。しかし、マラリアが沿岸地域のスマラン、パスルアン、内陸のマディウン州で発生し、正確な数はわからないが、局地的に多くの犠牲者がでた[KV 1874 : 121]。くわえて1873年には、コレラの第3次パンデミックともいべき大流行が、ジャワを含むインドネシア各地を襲い多くの死者をだした。この大流行は、まずバンコクで猛威をふるい、シンガポールに飛び火し、インドネシアにはスマトラ島のパレンバン、バンカ(Bangka)島を経てバタヴィアに上陸した。その後、流行はバタヴィアから北海岸沿いに東西両方向にジャワ島の端まで蔓延すると同時に、プリアンガン、バグレン、スラカルタなどの南および南東方向の内陸地域へも急速に広まっていった。植民地政府は、インドネシア各地の港にたいして「検疫停船令」を発令し、海を経由した病気の蔓延を食い止めようとした。しかし、陸路の交通はまったく自由だったため、

一旦上陸したコレラは陸路を經由してまたたく間にジャワ全土へ拡散してしまった [KV 1874 : 121-122]。

人の移動は、海路と陸路の発達にともない、ジャワの内部においてもインドネシア全体においても19世紀後半以降ますます頻繁かつ広範になった。これは疫病の伝播を促進する要因のひとつとなった。たとえば、1873年に始まったコレラの第3次流行は、翌1874年にはジャワだけではなく、モルッカ (Molucca) 諸島を除く「外島」諸地域にも広まっていた。このため、1874年にはインドネシア全体で147,314人 (うちジャワが121,732人、「外島」が25,582人) の患者が確認され、うち45.6%、つまり70,167人 (ジャワが57,266人、「外島」が12,901人) が死亡した [KV 1875 : 125]。植民地支配の進展とともに、インドネシアの島々が、緊密な交通網のなかに取り込まれていったことがよくわかる。

1875年にはコレラの流行は沈静化に向かったが、全体として住民の健康状態は1874年と比べて良好であったとはいえない。というのも、この年「熱病」が、とくにレンバン州 (プロラ Blora 県)、バニユマス州、バグレン州、スマラン州 (デマク Demak 県、ケンダル Kendal 県) で流行し、その患者は90,300人にのぼったからである。しかし、このうち死者は3,821人 (4.2%) で、死亡率はコレラの場合と比べて非常に低かった [KV 1876 : 120-121]。ここで「熱病」とは具体的に何の病気であるかは資料に示されていないが、この死亡率から判断してマラリアであったと思われる。主たる流行地域が、スマラン州のデマク県を除いて内陸地域であり、マラリアが沿岸からかなり内陸に進行していたことがわかる。

マラリアが内陸部あるいは山地へ進行する傾向は、1876年に入ると一層顕著になった。つまり、この年、マラリア患者は132,012人と、これまでにない多数にのぼった。しかも多数のマラリア患者がパスルアン州の山地部、西ジャワの内陸山地に位置するバイテンゾルフ (Buitenzorg = Bogor) 県で発生した。これを知った政府は、マラリアが内陸山地に進出したことに驚いた。

同年直ちにマラリアの発生にかんする調査がおこなわれた。その結果、1874、1875、1876年の3年間、上記のほかにクドゥ州、マディウン州などの内陸山地地域でもマラリアの流行があったことが確認されたが、その原因はわからなかった [KV 1877 : 133]。もっとも、マラリア原虫が顕微鏡で確認され、それが蚊を媒介として人間の体内に入って諸症状を引き起こす経路や病気のメカニズムが分かるようになったのは1880年代以降のことであるから、原因がわからなかったことは当然かもしれない。内陸におけるマラリア流行の背景には、1870年代以降、「強制栽培制度」が事実上終わり、住民は食糧生産のために内陸山地の森林を開墾して水田=蚊の発生源を飛躍的に拡大したことがあったと思われる。

ところで、1870年代以降のジャワ全体で、どのような病気がどの程度蔓延していたのだろうか。マラリアやコレラなどの致死性の感染症が大流行した場合には、これまでも示してきたように患者数や死者の統計が多少は得られる。しかし、それ以外の病も含めたジャワの全体的な疾病状況を網羅した正確な統計を得ることはほとんど不可能であった。ようやく、19世紀末になると『植民地報告』は、致死性の感染症だけでなく、それ以外の広範な疾病についても、政府の管轄下にある軍関係以外の医療機関 (病院と診療所) と医師によって治療を受けた患者および死亡率についての統計を掲載するようになる。ここで「医師」とは、ヨーロッパ人医師と、ドクトル・ジャワ (dokter jawa) と呼ばれる、オランダの教育機関で訓練を受けた現地人の医師双方を指す。これらの資格をもった医師の下では多数の現地人の医療スタッフが働いていた。疾病をかかえたすべての住民がこれらの医療機関や医師の治療を受けたわけではないので、『植民地報告』の患者数と死者数の統計は、実際の罹患者と死者数全体の一部にすぎないかもしれないし、人種ごとの患者数も区別されていないが、それでも、疾病状況がある程度伝えてくれる。なお、多数の犠牲者が予想される感染症の集中的な流行にたいして、政府はジャワ全土あるいは特定地域に疫病 (epidemic) 指定を

おこない、これら地域の患者数は統計上別のカテゴリーとして区別されていた。したがって、同じ感染症の患者でも、疫病指定を受けなかった地域の患者は通常の疾病患者として扱われた。

以上の条件のもとで、『植民地報告 1877年』（1876年にかんする報告）から、1876年の疾病状況をかいつまんで紹介しよう [KV 1877: 133-138, Bijlage W, X, Y, Z]。まず、治療を受けた患者総数のうちヨーロッパ人医師によるもの 203,194人、現地人医師によるもの 57,173人、うち死亡者はそれぞれ 14,982人と 4,392人、したがって死亡率はそれぞれ 7.37%と 7.68%であった。これらの数値からみるかぎり、ヨーロッパ人医師による治療と現地人医師による治療とでは、死亡率においてそれほど違いがなかったことがわかる。

1876年には「熱病」とコレラが多く地域で疫病指定を受け、天然痘も若干の地域で疫病指定を受けた。まず熱病であるが、これはほぼマラリアと考えて差し支えない。マラリア患者のうち、ヨーロッパ人医師の治療を受けた患者は 132,011人で、うち死者が 6,816人（死亡率は 5.2%）、現地人の医師の治療を受けた人数は 562人で死者は 8人（死亡率は 1.4%）であった。これにたいして、コレラ患者はもっぱらヨーロッパ人医師だけが治療にあたり、患者数は 5,950人で、死者は 3,425人、したがって死亡率は 57.6%であった。これほど高い死亡率をもつコレラは、当時の住民にとって大きな脅威であったにちがいない。これにたいしてマラリアの患者数は前年より増えたが、死亡率はかなり低かった。住民にマラリアにたいする免疫力や抵抗力が高まったのかもしれない。

それでは、当時人々はどうのような病で治療を受けていたのかを、1876年について上記の『植民地報告』から見てみよう。以下に挙げる疾病のうち、患者数がとくに多かった病気についてだけその数を示すことにする（括弧内の前がヨーロッパ人医師、セミコロンのが現地人医師によって治療された人数を示す）。なお、熱病＝マラリアとコレラについては疫病指定を受けなかった地域の患者数を示す。『植民地報告』に掲載されている

順に列挙すると、間欠的に発熱する熱病＝マラリア (24,771; 32,438)、その他の「熱病」(9,140; 1,199)、チフス、コレラ (223; 3,042)、脳炎、眼病 (1,633; 474)、耳鼻咽喉疾患、肋膜炎、肺炎、肝臓病、消化器疾患、赤痢 (1,134; 599)、卒中、テンカン、精神病 (673; 85)、ぜんそく、腹痛 (colic)、熱帯性口腔潰瘍、胃病、下痢 (3,394; 1,189)、回虫その他の寄生虫病 (1,065; 756)、急性および慢性リウマチ、腺病、肺結核、ガン性腫瘍、ハンセン病、心臓発作、出血、天然痘、はしか、フランベシア、疥癬 (2,704; 1,265)、ヘルペス、梅毒 (7,947; 5,219)、ケガ (1,573; 0)、挫傷、はれ、潰瘍 (2,377; 437)、ヘルニア、水腫、脱臼、骨折、暴力行為（暴力によるけが?）、気管支炎、脚気（ベリ・ベリ）であった [KV 1877: 133; Bijlage W, X, Z]。

以上が、当時の疾病を網羅しているわけではないが、これらの病気と、すでにふれた疫病指定を受けた感染症の患者数から分かる範囲の問題をいくつか指摘しておきたい。まず第1は、当時、何らかの疫病がジャワのどこかで発生していたことである。1873年以降は、熱病＝マラリア、コレラ、天然痘が疫病の主役であった。とりわけマラリアの流行は広範におよんだ。1876年の疫病指定を受けた地域のマラリア患者のうち、ヨーロッパ人医師の治療を受けた人数だけで 132,000人強に達していた。これに、疫病指定を受けなかった地域でヨーロッパ人医師の治療を受けた患者 25,000人弱と、現地人医師による治療を受けた患者約 33,000人を加えると、治療を受けたマラリア患者は合計計 19万人ほどになる。マラリアはもはや沿岸低湿地に固有な病気ではなくなっていたのである。

第2は、疫病指定を受けた病気の場合、その治療はほとんどヨーロッパ人医師によっておこなわれたことである。これはおそらく、疫病は原則としてヨーロッパ人医師が治療することになっていたからだろう。事実、コレラについてみると、疫病指定を受けなかった地域の治療は、ヨーロッパ人医師によるものが 223人、現地人医師によるものが 23,042人と、後者のほうが断然多かったの

である。しかし、死亡率はどちらの医師が治療した場合でもそれほど大きな違いはなかった。当時はまだ、ヨーロッパの医学もコレラにたいする有効な治療方法を確立していなかったのである。

第3は、コレラやマラリアのつぎに患者数の多かった病気が梅毒であった事実である。当時梅毒は、恥ずかしい病気として認識されていたため、治療を受けない患者が多かった。したがって、政府の報告に示された患者数は通常、実際の感染者のごく一部にすぎなかった [KV 1909 : 36]。それにもかかわらず、治療を受けた患者数がこれだけ多かったという事実は、当時ジャワ人のあいだで、いかに梅毒が広く蔓延していたかを物語っている。なお、住民が梅毒の治療を受けなかった背景には、死亡率が0.5%以下と非常に低かったこと、当時は梅毒が皮膚病と判断されることも多かったという事情もあったと思われる。統計の中に梅毒という項目はあるが、この年の『植民地報告』には淋病という項目はない。前者の中に後者も含められている可能性はあるが、この点は確認することはできない。

第4は、統計に現れた疾病全体のなかで、経口の消化器系疾患（チフス、コレラ、赤痢、胃病、寄生虫）がかなり大きな部分を占めていたことである。この原因としては、清潔な飲み水が不足するようになったこと [KV 1878 : 123]、さらに都市の発展にともなって、非衛生的な環境のもとで生活する人が増えたことなどが考えられる。

第5は、精神病についてである。1876年の統計では、全部で758人が治療を受けただけであったが、実際にはこれよりずっと多かった可能性がある。というのも、1870年の統計では、ヨーロッパ人および中国人、アラブ人など東洋外国人を除く、ジャワの住民（現地人）の「精神病」という項目に示された患者数は4,589人にもものぼっていたからであり、これはほぼ住民総数の3,000人に1人の割合であった [KV 1871 : 110]。もっともこの患者数でさえ、政府系の医療機関が治療した者だけであるから、呪術的治療を含む、伝統医療で治療をおこなっていた患者をふくめると実際の患者数はもっと多く、人口にたいする割合はもっと

と高かったであろう。

1880年代も、1870年代と同様の傾向が続いた。たとえばマラリアは、1879年末に西部ジャワのバンテン州で大流行し、徐々に感染地域を広げ、1881年初頭にはプリアンガン州まで、つまり西部ジャワ全域を覆い、続いて中部および東部ジャワに蔓延した。政府は、大量のキニーネを配布してこれを抑えようとした。キニーネの配布が功を奏したのか、マラリアの流行は1881年中頃までにはおさまった。しかし、このときの大流行でジャワ全土で約54万7,400人が感染したと推定され、7万5,000人が死亡した。この大流行が、19世紀のジャワにおけるマラリアの最大の流行であった。とりわけマラリアが猛威をふるった西部ジャワでは、この年、大量の水牛が死んだため、農民はより多くの作業を自らの手でせざるをえなかった。『植民地報告』では、これがマラリアの大流行の一因であったと述べている [KV 1881 : 107-108 ; KV 1882 : 112]。

最近の研究によれば、ジャワでマラリア原虫を媒介するハマダラ蚊は、元来、人間より水牛の血を好むタイプであったようだ。このことからボームハールト (P. Boomgaard) は、西部ジャワで大量の水牛が死んだために、このタイプの蚊が人間の血を吸うようになり、その結果マラリアを媒介したことも1880年の大流行の一因ではないかと推測している [Boomgaard 1987 : 57]。筆者は、いずれが正しいかを判断することはできない。しかし、もしボームハールトの説が正しいとすれば、ジャワではマラリア蚊は環境の変化に適応して進化したことになる。ジャワでは、森林の消滅とともに野生動物が急速に減少していたから、人間以外の哺乳動物の血を吸っていた蚊が人間の血を吸うようになったことは十分考えられる。マラリアの流行は、1881年も1882年も発生し、50万人が感染したと推定されたが、死亡率は以前の半分に減少した [KV 1883 : 114]。現段階では医学的に証明することはできないが、これは、ジャワ人の間にマラリアにたいする免疫がさらに高まりつつあったことを示唆している。

マラリアの流行がピークをむかえつつあった

1881年の9月、今度は東部ジャワのスラバヤ州でコレラが大流行し、ジャワ全域とセレベス島、アンボン（Ambong）島、ティモール（Timor）島へも飛び火した。コレラの流行は翌1882年にピークに達し、1883年の初頭にはほぼ収束した。ジャワでは、1882年に合計74,463人のコレラ患者が治療を受け、死亡率は58.5%であった〔KV 1883：114〕。この死亡率は、当時インドネシア地域で発生していた病のなかではきわだって高かった。

19世紀の末以降、コレラはほとんど常にジャワのどこかで発生している感染症となっていた。1887年と翌1888年にはやや大規模なコレラの流行が発生し、患者数は15,000人以上に達した。しかし、当時の患者数、死亡者数とも1882年の大流行時よりはるかに少なかった。政府は1888年に、疫病の発生に際して、必要ならば所有者にたいする補償を与えううえで、家や衣類を焼却することができるという法律を導入した〔KV 1889：130〕。これは、コレラ対策には有効であったが、後に住民との間で対立を生む原因ともなった。

1889～1890年、インドネシアはインフルエンザのパンデミックに襲われた。ジャワでは1890年の2月、スラバヤ州でまずインフルエンザが流行し、またたく間にジャワ全土へ広まり多数の死者が出た。ジャワ全体の患者数や死亡者数は分からないが、バタヴィア州のバイテンゾルフ県では患者数は21,000人、死者は1,600人（7.6%）を数えた。この際の特徴は、死者が老人に集中したことである〔KV 1891：131〕。インフルエンザのように、当時のジャワ人が免疫をもっていない病気が侵入してきた場合、まず最初に犠牲となるのは、老人や子供など抵抗力が弱い人々であった。

コレラは、以前ほど長期間にわたって大流行し多数の感染者を出すことはなくなった。しかし、いったんコレラが発生すると、死亡率は非常に高くなった。たとえば、1892年には、コレラの主な発生地はジャワの北部沿岸地域であった。この時、9,928人がヨーロッパ人医師の治療を受け、うち6,873人（69%）が死亡した。また、2,763人が現地人医師の治療を受け1,880人（68%）が

死亡した。政府の報告は、この年、雨期の到来が遅れて、清潔な飲料水が十分得られなかったことがコレラ流行の重要な要因であったと分析している〔KV 1892：119；Bijlage CC〕。ヨーロッパ人医師と現地人医師との間で、治療した患者の死亡率がほぼ同じであったことは以前と同じである。それにしても、1880年代にコレラが流行したさいの死亡率が50%台であったことを考えると、70%弱の死亡率は驚異的である。こまかくみると、中部ジャワの北海岸に面したジャバラ州では、患者数が3,762人、死亡者が2,725人であったから、死亡率は実に72%を超えていたことになる〔KV 1893：128〕。しかし、なぜ1892年の死亡率がこれほど上昇したのだろうか。

考えられるひとつの要因は、報告に頻繁に登場する、清潔な飲料水の不足という状況がさらに深刻化したことであろう。19世紀末のジャワは、森林の減少にとまって、利用可能な河川や泉の水量が急激に減りつつあった〔Altona 1914：253-254；Cordes 1888：938-939〕。このような状況に降雨不足が加わり、とりわけ沿岸地域の人々は、よほど非衛生的な水を飲まなければならなかったのだろう。もうひとつの可能性は、従来にないコレラ菌が出現したことである。この場合、まったく新しいコレラ菌か、在来のコレラ菌が進化したタイプも考えられるが、確かなことは分からない。

さて、『植民地報告』に記されている病気ごとの統計は、1899年度版（つまり1898年の状況にかんする報告）が最後となっている。そこで、この年度の『植民地報告』に基づいて、当時の疾病状況を概観してみよう。まず、全体的な趨勢として、ヨーロッパ人と現地人の医師による治療を受けた人の総数は257,133人であった。マラリアが猛威をふるっていた1880年代初頭には、この数が40万人を超えることがめずらしくなかった。これと比べると、1898年の患者数は以前より少なくなったといえる。これには、マラリア患者が減少したという事情が大きく影響している。そして、マラリア患者が減少したのは、湿地の排水施設を改善したり、水路の流れを良くしたり、ある

いはキニーネを組織的に住民に無料あるいは極めて安く頒布するなどの、植民地政府によるマラリア対策が功を奏したからであろう。

つぎに、治療を受けた人数のうち、ヨーロッパ人医師が扱った患者が41%、現地人医師が扱った患者が59%と、数の上では後者の方が多くなっていた。これは、現地人医師による医療体制が確立しつつあったこと、住民の現地人医師にたいする信頼が高まっていたことを示している。ただし、死亡率は前者が3.7%、後者が5.7%と、現地人医師の方がかなり高かった。また、ヨーロッパ人医師による治療者数の方が多かった病気は、天然痘、脚気、梅毒、その他の性病、などであり、逆に現地人医師の治療を受けた患者の方が多かったのは、疥癬、眼病（とくに結膜炎）、潰瘍であった [KV 1899 : Bijlage T III]。こうしたことからみると、住民は病によって医師を使い分けていたようである。

ヨーロッパ人医師であれ現地人医師であれ、西欧医学の治療をうけた患者の中では、マラリア患者が圧倒的に多く、全体の半分強を占めていた。マラリアは、完全にジャワに定着していたことがわかる。つぎに多かったのは、フランベシア(4,630人)、疥癬(5,510人)、潰瘍(17,360人)など10種類以上の皮膚病で、合計32,580人、すなわち患者全体の12.7%を占めていた。皮膚病は熱帯地方における日常的な疾患であり、皮膚病の患者数が増えたということは、従来伝統医療で治療していた人々が、西欧医学の治療をうけるようになったからであろう。皮膚病について多かったのは、梅毒(4,700人)とその他の性病(15,300人)で、計2万人であった。これらは、直ちに命を奪う病ではないが、住民の間に着実に増大しつづけ、彼らの健康を害しつつあった。当時すでに、性病の感染は娼婦のような特殊なルートからだけではなく、もっと日常化していたようである [KV 1899 : Bijlage T III]。ここで「その他の性病」とは主に淋病を指すものと思われるが、その患者数は梅毒を上回っていた。

開発は眼病（とくにトラコーマと結膜炎）も増加させた。1870年の眼病患者はジャワ全体で

1,261人にすぎなかったが、1898年には8,080人に増加した。眼病によって死ぬことはめったにないが、これはしばしば失明をもたらした [KV 1871 : Bijlage C]。ジャワにおける眼病について20世紀初頭にオランダ人医師がおこなった調査と分析よれば、ジャワ人の家屋は煙突などの排煙設備がないため、室内で煮炊きする彼らの生活の中で煤や煙で目を傷めてしまう傾向があった。くわえて、道路の拡張により、裸地化した面積が増えた。これらの土地は乾期になるとほこりを舞い上げ、これが住民の目に入ってさまざまな眼病を引き起こした。同様の問題は、森林を伐採して畑地を拡大したさいにも生じたであろう。また、汚れた水で沐浴すること [GD 1904 : 284, 306]、さらに、淋菌が目に入って結膜炎を引き起こすことも非常に多かった [GD 1911 : 24, 56]。

眼病のように致死性が低い病は以前より広く蔓延したようである。他方、19世紀初頭には甚大な犠牲者を出したコレラによる死亡者数は一時減少し、1898年には、わずかに140人を数えるにすぎなかった [loc. cit]。しかし、コレラによる死者はジャワから消えたわけではなく、一時沈静化しただけであった。事実、1901年から1902年にかけて、インドネシア全域でコレラが再び大流行し、ジャワにおいてはスマラン州だけで1901年に21,833人が死亡した [KV 1903 : 203]。

さて、本稿のこれまでの説明は、ジャワ全体の病の発生や治療状況、あるいは特記すべき病の発生が中心であり、ジャワの疾病状況を網羅的に述べてこなかった。これは主に、19世紀末まで、植民地政府は医療の専門家による調査を地域ごとに、体系的におこなっていなかったという事情による。20世紀初頭の「倫理政策」導入以後、都市の病院にくわえて地方の診療所の数が増えたため、それらの医療機関から集められた病と医療に関する情報が飛躍的に増加した。本稿の最後に、19世紀の急激な開発、人口増加、社会経済状況の変化が、20世紀初頭のジャワにおける住民の健康にどのような影響をあたえていったのかをみてみよう。

疾病の地域的分布（1905年）

本題に入る前に、ここで用いる資料について説明しておきたい。植民地政府の「厚生省」は、各地からの疾病に関する報告を集計し、州、県ごとに要約して『蘭領東インド医療雑誌』に、1902年から1911年まで掲載した。ここでこれらすべての報告を扱うことはできないので、一連の報告のうち、同雑誌の1906年度版〔GD 1906：610-645。以下、この資料からの引用にかんするかぎりとくにページ数は示さない〕から1905年の状況を取り上げ、当時のジャワにおける疾病の状況を州単位で、西部ジャワ、中部ジャワ、東部ジャワの順に説明しよう。以下の記述に示される患者数は、政府管轄の病院と診療所でヨーロッパ人医師および現地人医師（ドクトル・ジャワ）が扱った人数だけであり、軍人の患者は含まない。なお、各州の人口は『植民地報告』の1907年度版〔KV 1907：Bijlage〕のものを採用し、1,000人未満を四捨五入してある。

西部ジャワ

1) バンテン州（人口 895,000人）

この州でもっとも目立った病気は「熱病」（マラリア）で、セラン県（Serang）とアニェール県ではそれぞれ6,000人と4,000人が治療を受け、死亡率は12~14%であった。したがって、この熱病はかなり悪性の熱病であったといえる。これにたいして、パンデグラ（Pandeglang）県では、不規則な降雨と鉄道建設工事（おそらく、野外での長時間労働と疲労）のため熱病（マラリア）が発生し、6,970人の患者がでた。しかしこの地域の場合、熱病は疫病にはならず死者は比較的少なかった。チャリンギン（Caringin）県では4,543人の熱病患者が確認されたが、これにはマラリアとリウマチ熱が含まれる、と説明されている。このほか、バンテン州でみられた病気として、脚気（とくに官舎に住む警察官）、天然痘（44人）、赤痢、その他の消化器疾患、皮膚病などが報告されている。全体として、1905年のバンテン州は、

それほど深刻な疫病の流行はなかったようである。なお、パンデグラ県にある温泉には、梅毒、皮膚病、関節の疾患（リウマチ？）などの治療のために、近隣の住民だけでなく、遠くスマトラやボルネオ（現在のカリマンタン）からも人々がやってきた。当時温泉は住民に病気治療の目的で広く利用されていたようである。

2) バタヴィア州（人口 2,000,000人）

1905年のバタヴィア州では、マラリア、チフス、デング熱を含む熱病が流行して、多数の患者が発生した。とりわけバイテンゾルフ県ではこれらの熱病（マラリア）患者が8,000人以上にも達し、666人が死亡した。タンゲラン県でも同様に熱病の流行がみられた。しかし、すべての感染者が治療を受けたわけではないので、これらの数字は実際よりかなり少なかったと思われる。たとえばバタヴィアの港湾地区、タンジュン・プリオク（Tanjung Prioku）では、多数のマラリア感染者が発生していたはずなのに、治療を受けたのは1年間にわずか168人であった。この地区には、家を持たず戸外で寝起きする港湾労働者が多数生活しており、バタヴィアでもとりわけマラリアに感染しやすい場所であった。おそらく、これら貧しい港湾労働者は治療を受ける経済的余裕がなかったのであろう。

バタヴィアの港湾地区について注目すべき点は、139人のケガ人が診療所の治療を受けたことである。これは、港湾労働での事故や、けんかなどが原因であった。バタヴィア市全体では、マラリア、脚気、チフスが流行していた。市内をめぐる運河や水路がマラリアを媒介する蚊の発生源となっていたのであろう。これは沿岸の都市によくみられる現象で、1909年にスラバヤで生じたマラリアの大流行と同様の構造をもっていた〔KV 1910：155〕。チフスの発生は、非衛生的な都市住民の生活環境、とりわけ清潔な飲料水と食料の不足が主な原因であった。

3) プリアンガン州（2,682,000人）

この内陸の山地地域は、全体として深刻な疫病

もなく、1905年は概して平穏であった。盆地のバンドン地域では、清潔な飲料水不足からチフスが流行した。また、この地域ではマラリアの発生はほとんどみられなかったが、梅毒、疥癬、気管支炎、結膜炎、リウマチは日常的に発生していた。バンドンにある眼病専門の診療所にはこの年1,258人も患者が訪れた。これらの患者すべてがバンドン地方の住民であったとはかぎらないが、結膜炎を中心に、眼病はプリアンガン州のほとんどの地域で見られた疾病であった。

この州のほとんどの地域で梅毒とその他の性病が一般化していた。政府はこの原因として、住民の不注意と、合法・非合法の娼婦が多数いたことを挙げている。この州にはコーヒーやお茶のプランテーションが多数あり、そこで働く労働者を相手とする娼婦の存在が、性病を蔓延させたひとつの原因であったと思われる。

4) チレボン州 (1,682,000人)

ジャワの北海岸に面するチレボン州では、すでに述べたように、19世紀初頭にマラリアと思われる熱病の大流行が起こった。1905年にも3か村で熱病が発生し、601人が死亡した。しかしこれを除くと、沿岸低湿地を含み、過去においては比較的疫病の多かったチレボン州は、この年、全体として深刻な疾病は発生しなかった。ただし、人数は少なかったが致死性の病気としては天然痘(2名死亡)、清潔な飲料水不足から生じたと思われるチフス(3名死亡)、破傷風(3人の患者)が報告されている。このほか、人口約32万人弱のインドゥラマユ (Indramayu) 県では、ジャワ人の眼病専門医が2,532人の患者を治療し、うち950人がトラコーマ、残りが結膜炎であった。眼病は住民のあいだでかなり広まっていたことがわかる。なお、病気ではないが、マジャレンカ (Majalengka) 県では、落雷によって11人が死亡した。年によって大きく異なるが、ジャワでは年間400人前後の人が落雷で死ぬことは珍しくなかった [大木 1999 : 7-11] から、上記の人数も特別多かったわけではない。

中部ジャワ

1) プカロンガン州 (1,969,000人)

1905年のこの州における健康状況は、概して良好であった。ただし、ジャワの北海岸に面したこの州は、低湿地に多くの住民が住んでおり、マラリアが常に発生していた。1905年にはプマラン (Pemalang) 県で、人口約355,000人のうち33,961人のマラリア患者が治療を受け、2,243人が死亡した。マラリアのほかには、天然痘、はしか、黄疸の患者が報告されている。しかし、この州全体としてみると、局所的に疫病が発生した場合を除いて診療所を訪れる住民の数は非常に少なく、診療所当たり1日10人以下であった。住民の間にオランダの植民地政府に対する反感か、西欧医学にたいする不信感があったのかもしれない。

2) バニユマス (Banyumas) 州 (1,478,000人)

この州に関しては病気ごとの患者数についての記録はあまりないが、病気の種類については比較的くわしく記述されている。まず、内陸のバニユマス県では、マラリア(多数)、リウマチ、気管支炎、咽頭炎、気管支肺炎、脚気の患者が報告されている。しかし、コレラ患者は報告されなかった。プルボリンゴ (Purbolinggo) 県も同様であったが、ここでは梅毒を含む性病が多発していた。バンジャルヌガラ (Banjarnegara) 県についての報告では、この地域の住民が西欧医学を信頼し、人口約4万人のうち延べ6,153人も患者が診療所の治療を受けたと記されている。治療を受けた主要な疾病は、ぜん息、気管支炎、カタル性の急性結膜炎、疥癬、種々の湿疹、子供にみられる多様な寄生虫などであった。以上の疾病状況から、消化器系の疾患が意外に少なく、全体に呼吸器系疾患が多かった印象を受けるが、その原因は分からない。

チラチャップ (Cilacap) を中心とした、インド洋に面した沿岸地域では、マラリアがもっとも患者数の多い病気で、そのほか皮膚病、気管支炎、種々の寄生虫症、はしかなど、当時ジャワでごく普通にみられた病気がここでも発生していた。な

お、チラチャップ地域では9人が狂犬病に感染し、9人ともバタヴィアにあるパストゥール研究所へ送られた。ただし、彼らの生死は不明である。19世紀末、ジャワでも血清による狂犬病の治療がおこなわれるようになっていたが、狂犬病は依然としてごく普通に見られた。

3) クドゥ州 (2,323,000 人)

クドゥ州は、ジャワでもっとも人口稠密な内陸農業地域であった。この州の主要な疾病は、マラリア、天然痘、チフス（とくにマゲラン Magelang 県）、眼病、梅毒、皮膚病、赤痢、狂犬病であった。ゴンボン (Gombong) 地域について、ここでは乾期の終わりに赤痢が発生し、雨期の到来とともに消えたという報告がある。乾期には川や泉の水が涸れ、よどんだ水を飲まざるを得なかったことが、この地域における赤痢の原因になっていたようである。河川沿いにあるこの地域でも、乾期には川の水が減少して清潔な飲料水が得られない状態であったことが分かる。おそらく、川の上流の森林が減少し、乾期には川の水の流量も著しく減少したのであろう。このような背景は、マゲラン地域のチフスのそれと同様である。

4) スマラン州 (2,517,000 人)

スマラン市周辺の沿岸低地では、マラリアとチフスが流行した。沿岸低地では、他のジャワ北海岸地域と同様、海岸沿いの養魚池で魚の養殖が盛んにおこなわれていた。養魚池はボウフラにとって格好の繁殖場を提供したため、この地域の養魚池周辺ではマラリアが多発していた。チフスは、清潔な飲み水の不足が一因であった。当時、政府はスマラン州南部のウングラン山地からスマラン市へ、飲用水専用の水路建設を進めていたが、完成にはいたっていなかった。このほか、ハンセン病 (24 人)、アメーバ赤痢の患者が多数発生した。「アメーバ赤痢」という名称は、20 世紀初頭になって使われるようになった言葉で、それまではおそらく、通常の赤痢、下痢、消化器疾患として分類されていたのであろう。スマラン市以外の沿岸地方でもマラリアが主要な疾病であり、そのほか、

潰瘍や疥癬などの皮膚病、リウマチ、天然痘が報告されている。

沿岸の港町ジュバラ地域と、同じく沿岸でタバコのプランテーションで知られるクドゥス (Kudus) 地域には多数の梅毒患者がいた。クドゥス地域では、1905 年に診療所を訪れた 2,000 人の患者のうち、25%にあたる 500 人が梅毒患者であり、この地域にあった病院の入院患者 582 人のうち 329 人が梅毒患者であった。治療に行かなかった感染者をふくめると、これらの地域では梅毒や淋病などの性病が住民の間でかなり広く蔓延していたことはまちがいない。

ウングラン (Ungaran)、アンバラワ (Ambarawa)、サラティガ (Salatiga) などの山地地域でもマラリアは低地地域と同様に人々の健康にとって脅威となっていた。とりわけアンバラワ地域では、1905 年に住民の 16%がマラリアに感染し、うち約 22%が死亡した。アンバラワは盆地で、その低部には湖があるので、そこが蚊の発生源になっていた [Terburgh 1902]。マラリアのほかには、皮膚病、天然痘、眼病など他の地域と共通する病が発生していたが、大きな流行はなかった。ただ、狂犬病によってサラティガ県だけで 25 人が死亡した。当時は狂犬病の血清治療は始まっていたが、予防対策にまで政府の行政はおよんでいなかった。

5) レンバン (Rembang) 州 (1,477,000 人)

スマラン州の東に位置する沿岸のレンバン州は、1905 年、健康にかんしては良好な状態であった。他の州と同様、マラリアが流行し、天然痘、皮膚病、はしか、ハンセン病が若干みられたほか、特記するほどの病気の発生は報告されていなかった。

6) ジョグジャカルタ州 (1,111,000 人)

この州はスルタンのいる特別自治州であったために、疾病にかんする政府の情報も少ない。報告によれば、感染症の流行もなく、1905 年は全体としては平穏な年であったようだ。報告されている病気はマラリア、コレラ、天然痘、眼病、皮膚病などで、患者数も多くなかった。注目すべき点

は、政府直轄領の各州で多数いた梅毒患者がこの州では非常に少なかったことである。同じ王侯領でも、つぎに述べるスラカルタ州では当時はすでに多数の梅毒患者がいた。なぜジョグジャカルタで梅毒患者が少なかったのかは興味深い、残念ながら現在のところ分からない。

7) スラカルタ州 (1,578,000 人)

スラカルタ州は内陸地域で、ソロ川沿いに開けた谷を除けばおおむね山地である。1905年にこの州で見られた主な病気は、発熱をともなう下痢(赤痢またはチフス?)、天然痘、眼病(多数)、マラリア(とくにウォノギリ Wonogiri, スラゲン Sragen 地域で多数)、狂犬病、梅毒(とくにスラカルタ市周辺で多数)とそれによる皮膚病であった。すでに述べたように1850年ころ、スラカルタ州には梅毒患者がほとんどいなかった。それから55年後の1905までに、すくなくとも都市部においては、外部からの娼婦や一般の患者がこの王都に梅毒をもたらし、多数の感染者を出すようになったのである。また、数は分からないが、ボヨラリ(Boyolali)の診療所を訪れた患者の中に多数の急性腎炎が発見されたという。しかし、報告にはくわしい説明がないので、これが正確にどのような病気だったのか分からない。

8) マディウン州 (1,343,000 人)

マディウン州ではとくに深刻な疫病も発生せず、治療を受けた病気の種類もほかの州と同様で、この年はおおむね平穏であった。報告には、眼病は乾期に多いという記述がある。これは、乾期に裸地化した土地から舞い上がるほこりが目に入って引き起こされたと考えられる。ンガウィ(Ngawi)地域のある診療所では、1,679人が治療を受け、その大部分は眼病の患者であった。しかも、この年だけで617人の住民が目の手術を受けたという。手術という治療方法はジャワの伝統医療にはなかったもので、これを受けることには強い恐怖心や心理的抵抗があったにちがいない。しかし、当時のジャワでは眼病から失明する人が多かったので[GD 1903: 701]、手術により失明

から免れることができるという期待のもとに、住民は恐怖心を乗り越えて手術を受け入れたのである。この分野でも、西欧医学は確実に浸透しつつあったことを示している。

マディウン州の南部、インド洋に面したポノロゴ(Ponorogo)地域では、毒蛇に噛まれて12人が死んだとの記録がある。この地域では19世紀末から20世紀初頭にかけて大規模な森林伐採と耕地の拡大がおこなわれた[Anonymous 1895: 90; 大木 1988: 476-477]。蛇に噛まれて治療を受けた記録は他の地域では随所に見られるが、実際に死に至った事例はそれほど多くはない。おそらく、医療施設から遠く離れたポノロゴの新開地では、開墾の作業中に蛇に噛まれ、すぐに手当てできなくて死に至ったのであろう。

東部ジャワ

1) スラバヤ州 (2,396,000 人)

スラバヤ州は全体として1905年は平穏な年であった。人口稠密なスラバヤ市周辺は感染症が流行しやすい地域であるが、それでも1905年にはコレラ、チフス、赤痢、マラリアといった感染症の流行はなかった。しかし、同じく沿岸部のシダルジョ(Sidoarjo)県と、内陸の砂糖キビ栽培と製糖業の中心地であるモジョケルト(Mojokerto)県では、常に多数のマラリア患者が発生していた。ヨーロッパ人が多数住むスラバヤのような都市ではマラリア対策が進んでいたのかもしれない。以上の病気のほかに、この州では眼病、梅毒、皮膚病、はしか、風疹、天然痘、若干ではあるがハンセン病患者が報告されている。

2) クディリ州 (1,759,000 人)

1905年のクディリ州は、疫病の流行もなく健康面では平穏な年であった。インド洋に面した沿岸地域では多くのマラリア患者が発生したが、これによる死者は少なく、悪性の流行にはいたらなかった。チフスはクディリ州の広い範囲に発生した病気であるが、発熱した段階ではしばしばマラリアと間違えられたという。これら2つの病のほか、天然痘、消化器疾患、ジフテリア、眼病、皮

膚病、梅毒、ハンセン病、インフルエンザの患者が報告されている。しかし、コレラのように致死性の高い感染症の流行はなかった。眼病は致死性の病ではないため、住民はよほどひどくならないと治療を受けなかったようである。こうした事情を反映して、たとえばクルトソノ（Kerutosono）地方では、トラコーマや角膜炎から失明した人がかなり多くいた。なお、ハンセン病患者もある程度いたようで、彼らはこの州の数か村に政府によって設置された施設に隔離されていた。

3) パスルアン州 (2,002,000 人)

パスルアン州の沿岸部はジャワの中では新開地に属しており、人口の増加と開発のためマラリアが流行していた。1905年には79,490人の患者が発生し、10,551(13.3%)人が死亡した。マラリアの死亡率としてはかなり高かったといえる。このほか、コレラ、チフス、ジフテリア、はしか、ハンセン病の患者が多少いた。しかし、いずれも流行というほどではなかった。ただし、プロボリングゴ地域では、マラリアとならんでリウマチが住民にとって主要な病であった。報告には、乾期に強い南東の風が吹くと多発する、という説明が付けられているが、原因はわからない。

4) ブスキ (Besuki) 州 (966,000 人)

ジャワの東端部に位置するブスキ州も、疾病のパターンは他の州とあまり変わらなかった。この州でも、マラリアがもっとも主要な病であった。1905年の患者数は47,467人で、前年に比べて少なかったが、死亡者は7,508(15.8%)人で死亡率は高かった。その他の疾病としては眼病、消化器疾患、梅毒、皮膚病、脚気、天然痘、ハンセン病などがあったが、それぞれの患者数は少なかった。パナルカン（Panarukan）県では、この地域の診療所で治療を受けた患者の36%が、骨折やけがなどの外傷患者であった。これは、当時この地方でさかんに開墾がおこなわれていたからであろう。

脚気は、当時住民のあいだでごく普通にみられる病であった。とりわけ沿岸地域の漁師の間に多

かったと報告されている。脚気はビタミンB₁の欠乏から生ずる病気であるから、漁師の食事が偏っていて、ビタミンB₁を含む野菜類の食物摂取が少なかったのか、あるいは糖質の摂りすぎが主な原因であったと考えられる。当時、脚気のもっとも一般的な治療方法は緑豆（kacang ijo=Indian beans）を食べることであった。脚気の原因が日本の鈴木梅太郎氏によって解明されたのは1910年であるから、この治療方法は経験的に用いられていたであろう。

5) マドゥラ (Madura) 州 (1,488,000 人)

マドゥラ州はスラバヤ沖に浮かぶ大きな島であり、ジャワの他の地域と比べて人口密度も小さく、都市も発達していなかった。この州は当時のジャワでは開発がもっとも遅れた地域のひとつであったが、20世紀の初頭には開墾が始まったようである。このような事情を反映して、この州ではコレラ、チフスなどの感染症はほとんど発生していなかった。しかし、定期的に洪水が起こるため、河口付近の低地地域ではマラリアが常時発生していた。この州には5つの診療所があったが、町から離れた人々はほとんど訪れなかった。それでも1905年には1年間に延べ13,000人が診療所を訪れ、うち50%はケガ人、25%が娼婦、そして残りの25%が犯罪者等の強制労働に服している労働者であった。ケガ人はブスキ州の場合と同様、開墾作業の際に発生した可能性が大きい。娼婦はほとんど性病の治療のためであったと考えて差し支えない。強制労働の労働者がどんな目的のために治療を受けたかは報告には示されていない。ただし、他の地域の事例から判断すると、栄養不良から生ずる脚気、集団生活に起因する寄生虫（回虫、サナダムシ、十二指腸鉤虫など）症が主な疾患であったと考えられる。

結 論

本稿では、どのような病がいつごろどの地域で発生したのかを具体的に説明してきたので、この結論では19世紀初頭から20世紀初頭の1世紀に

わたる植民地期ジャワにおける病の発生と密接に関連していた生活環境の変化を、できるかぎり単純化して整理しよう。まず、この期間に生じた大きな生活環境の変化は、森林を伐採して耕地を拡大する開発、都市の発展（とくに沿岸の港湾都市）、人口の全体的増加、都市へ人口集中、労働負担の増大、海上および陸上交通網の発達、人と物の移動の増加などであった。これらの変化はすべて植民地支配の直接・間接の結果である。しかもこうした変化はさらに、病の発生と蔓延を促進する条件を生み出していった。すなわち、森林の減少は、雨期に下流域で洪水を引き起こし、これはマラリアの発生を促すと同時に、乾期の水不足を招き、沿岸都市の清潔な飲料水不足に起因する消化器系疾患（コレラ、チフス、赤痢、下痢）を発生させた。

森林の伐採によって山地地域でも水田が拡大した。しかしこれは、蚊の発生とマラリアの蔓延に格好の条件を作り出してしまった。19世紀の後半になるとマラリアが内陸の山地地域に広がっていった背景には、このような水田の拡大もあった。他方、1880年以降には耕地のうち畑地の割合がますます大きくなった〔大木 2001：227-229〕。畑地の拡大にくわえて道路網の拡大は、裸地の面積を拡大した。こうして、乾期には風によって舞い上げられた土ぼこりが眼病を蔓延させる一因となった。なお、森林の伐採や開墾の過程でケガが多発したことも注目される。

つぎに、都市化と交通網の発達の影響をみてみよう。感染症の多くは都市において集中的に発生していた。人口の都市への集中は、清潔な飲料水の供給、ゴミやし尿などの汚物の処理など衛生面でのインフラストラクチャーの整備が整わなかったので、特に経口感染症の蔓延を招いた。都市を巡る水路も乾期には流れが悪くなり、蚊の、したがってマラリアの発生源となってしまった。人口が集中する都市の内部で、人から人へ感染症が伝播しやすくなったことはいうまでもない。都市と都市、都市と農村地域を結ぶ道路網の発達によって、感染症は遠方の各地へ急速に伝播するようになった。交通網のうち、海上交通は、1821年に

ジャワへ達したコレラの第1次パンデミック、1889～1890年に勃発したインフルエンザのパンデミックのように、ジャワは病の領域でも世界の動向を直接に受けるようになった。

最後に、本稿で頻繁に登場する梅毒（その他の性病も含む）の蔓延について述べておきたい。すでに述べたように、19世紀の初頭、ジャワにはイギリス人が驚くほど梅毒の感染者が多かった。そして、植民地期をつうじて梅毒は内陸地域にも浸透していったことも本稿で説明したとおりである。資料には、主として女性の、しかも娼婦の感染者についてふれているだけであるが、当然、一般の女性も男性の中にも感染者は多数いたはずである。事実、1930年代にバンドン地区でおこなわれた調査によると、一般の既婚婦人の中で性病経験者が珍しくないほど多かった。これには夫から感染させられた事例も多かった〔Dake 1936：2964-2967〕。性病の蔓延には、単身労働者が集まる都市や農園の発展、植民地政府による娼婦の黙認など、植民地統治と密接に関連した背景があったことはまちがいない。しかし、農村地帯にも性病が蔓延したことは、この植民地的背景に触発された面はあるにせよ、ジャワ社会の中に性に関する変化が生じたことも示唆している。このような問題は、これまでほとんど扱われてこなかったが、ジャワ史における社会・文化的問題として十分研究に値するテーマであると思う。

以上に述べた生活環境の変化と病の発生は、ジャワの伝統的な生活環境が自然発生的に変化したというより、植民地支配の直接・間接の影響で生じた現象である。この意味で本稿は、政治的抑圧と経済的搾取という伝統的な研究分野とは異なる、もうひとつの植民地史研究であるといえる。

参考文献

- Altona, Th. 1914. "Rapport nopens het Voorloopig Hydrologisch Onderzoek van het Brantasgebied." *Tectona* Vol.7: 317-347, 417-433.
- Anonymous. 1895. "Roofbouw en Boschvernieuwing." *Tijdschrift voor het Binnenlandsch Bestuur* Vol.10: 87-106.

- Boomgaard, Peter. 1987. "Morbidity and Mortality in Java, 1820-1880: Changing Patterns of Disease and Death," Owen, Norman ed. *Death and Disease in Southeast Asia: Exploration in Social, Medical, and Demographic History*. Singapore: Oxford University Press: 49-69.
- Bylon, D. 1780. "Over de knokelkoorts," *Verhandelingen van de Bataviaasch Genootschap (VBG と略す)* Vol.2: 17-36.
- Cordes, J. W. H. 1888. "Het boschgebied op Java's bergen en zijn belang voor de Irrigatie," *De Indisch Gids* Vol.10(1): 681-731; Vol.10(2):933-977.
- Crawford, John. 1820 (reprinted in 1967). *History of the Indian Archipelago*. Vol.I. London: Frank Cass.
- ダイヤモンド, ジャレッド. 2000. 『銃・病原菌・鉄(上)』東京, 草思社.
- Dake, W. J. L. 1936. "Aanteekeningen uit het geneeskundige werk in de districten Tjiparai en Soreang van het Regentschap Bandoeng." *Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*. (以下 *GTNI* と略す) Vol.76, No. 2: 2923-2975.
- Dorssen, J. M. H. van. 1926. "De Koortsepidemie te Cheribon in 1805." *GTNI* Vol.66: 461-501.
- Elson, R. E. 1984. *Javanese Peasants and the Colonial Sugar Industry: Impact and Change in an East Java Residency*. Singapore: Oxford.
- GD (Geneeskundigen Dienst) 1903. "Eenige Statistische Gegevens, ontleend aan de Civiel Geneeskundige Jaarverslagen (ook wel genoemd Wetenschappelijke Verslagen) en aan de Rapporten omtrent Besmettelijke Ziekten van Java en Madoera over het Jaar 1902." *GTNI* Vol.43: 694-726.
- GD. 1904. "idem.... over het Jaar 1903." *GTNI* Vol. 44: 169-201.
- GD. 1906. "Eenige Statistische en andere gegevens, ontleend aan de Civiel Geneeskundige Jaarverslagen en aan de Rapporten omtrent Besmettelijke Ziekten in Nederlandsch-Indië over het Jaar 1905." *GTNI* Vol.46: 610-701.
- GD. 1907. "idem.... over het Jaar 1906." *GTNI* Vol. 47: 703-746.
- GD. 1911. "idem.... over het Jaar 1909." *GTNI* Vol. 51: 1-76, 285-401.
- KV (*Koloniaal Verslag*) 1849, 1851, 1870, 1871, 1874, 1875, 1877, 1881, 1882, 1883, 1889, 1891, 1892, 1893, 1899, 1903, 1904, 1907, 1910. Batavia: Landsdrukkerij.
- 大木 昌. 1987. 「植民地期ジャワにおける土地利用の変遷」『一橋論叢』第98巻第6号: 123-140.
- (1988), 「ジャワにおける森林の減少 — 生態環境の変化と住民生活の変化」『国際研究論集』(八千代国際大学紀要) 第2巻第3号: 471-498.
- (1999), 「開発・環境変化・病 — ジャワ史におけるマラリアの蔓延を事例として」『アジア経済』第40巻第5号: 2-23.
- (2000), 「インドネシアにおける稲作経済の変容」『植民地経済の繁栄と凋落』岩波講座 東南アジア史6 岩波書店: 219-248.
- Reid, Anthony. 1988. *Southeast Asia in the Age of Commerce 1450-1680*. Vol.1. New Haven/London: Yale University Press.
- Ricklefs, M. C. 1993. *War, Culture and Economy in Java 1677-1726: Asian and European Imperialism in the Early Kartasura Period*. Sydney: Allen & Unwin.
- Schoute, D. 1929. *De Geneeskunde in den Dienst der Oost-Indische Compagnie in Nederlandsch-Indië*. Amsterdam: De Bussy.
- (1934), "De Geneeskunde in Nederlandsch-Indië gedurende de Negentiende Eeuw." *GTNI* Vol.74: 880-892, 938-950, 1009-1022, 1093-1115, 1160-1174, 1277-1284, 1364-1375, 1430-1437, 1525-1534, 1564-1574, 1674-1691, 1721-1735.
- 立川昭二. 1990. 『病と人間の文化史』東京, 日本放送出版協会.
- (1996), 『病気の社会史 — 文明に探る病因 —』東京, 日本放送出版協会.
- Terburgh, J. T. 1902. "Malaria-onderzoekingen te Ambarawa." *GTNI* Vol.42: 514-600.
- Wolf, Bernard. 1780. "Fluxus Ventris of de Buikloop." *VBG* Vol.2: 31-50.