

# 雙疫來襲 —1918～20年間阿緱廳的流感與霍亂疫情\*

蔡承豪\*\*

## 摘要

日治時代屏東地區的變貌之一，在於統治者運用國家權力控管公共衛生，改變該地區的傳染病結構與民眾的生命歷程。然在1918—20年間，卻接連遭逢了兩大傳染病—流感與霍亂的肆虐，此兩種疾病分別於這三年間各自兩度反覆襲擊屏東地區，造成莫大的傷亡。霍亂與流感皆為高傳染性疾病疫病，且皆來自島外，而非源發於阿緱廳境內，而是藉由當時便捷的港口及陸路運輸，由港口、陸路運輸、人員移動侵入市街，接著擴散至鄉村，甚至深入山區原住民聚落。以1918年的流感疫情為例，共造成62,938名患者，即幾乎佔四分之一的廳民感染，並有2,237人死亡，3.55%的死亡率更高居西部行政廳中的第三位。但現今關於此兩種疫病於1918—20年間於阿緱廳蔓延的實況仍少有完整論述，對於公衛體系於此段期間內的相關因應措施亦尚未有深入探討。故本文嘗試運用當時的調查報告、新聞刊載、時人回憶等題材，重建疫情侵入、擴散、終熄的各階段實況，並以此來檢討殖民政府公衛體系的因應方式。而根據本文分析，官方由於對兩種疫病的處理態度確有不同，肇因於在法令的完備、疾病的掌握技術與經驗累積程度等差異，加上疫病本身的特性，方導致兩種疾病產生不一樣的傷亡情況。

關鍵詞：流感、霍亂、公共衛生、東港、潮州

\* 感謝兩位評論人提供寶貴之審查建議。另初稿曾蒙高雄海洋科技大學王御風助理教授，蕭珍記基金會蕭景文小姐提供意見，在此一併致上謝意。

\*\* 國立故宮博物院圖書文獻處助理研究員。

- 壹、前 言
  - 貳、病菌性疫情：霍亂
  - 參、病毒性疫情：流感
  - 肆、防疫措施的比較
  - 伍、結 論
- 

## 壹、前言

疾病對於人類生命歷程的影響自不待言，而傳染病的擴散，除個人的健康、生活習慣外，對公衛體系的運作亦有深遠的影響。日人領臺後，於統治初期即嘗試運用國家權力控管公共衛生，並隨著統治經驗的累積與醫事技術的進展，相關措施亦發成熟。故衛生改善成果一向是日人對國際宣揚治臺成績的主要項目，且隨著統治經驗的累積以及醫療技術的進步，對於疫病的抑制成果日漸浮現。<sup>1</sup>

屏東地區雖遠離臺北政治中心，但屏東南端的恆春半島，卻是日本政府在臺首次接觸熱帶疾病的地區，對於日治時期的疾病史研究而言，有著初始的重要地位。且屏東全境位處熱帶地區，地理環境獨立而完整，含括山地、丘陵、平原、河海等地域，並有著眾多的人口及重要的聚落，可謂是一個觀察疾病風土的優良舞台，該地之疾病風土情況之變遷，在臺灣疾病史上有著一定的重要性。日人治臺後，統治者運用國家權力，在該地陸續設置公衛機構，並動員地方基層行政體系，以進行公共衛生改良，試圖控管屏東地區的傳染病情況，其成果大體而言實有相當之成效。然在1918—20年間，當時行政區劃為阿緱廳的屏東地區，接連遭逢了兩大傳染病—霍亂與流感的反覆肆虐。此兩種國際性疫病，皆具有高傳染性，且皆非源自於屏東境內，而是因海外國家先發生疫情，後藉由當時港口及陸路運輸侵入臺灣港市，再透過島內的人群移動或其他因素而進入屏東境內。影響之廣，甚至深入山區的原住民聚落，造成嚴重的傷亡，並忙煞當地的行政、醫事人員，顯示這兩種疫病對於民眾生活與官方所欲掌控的公衛秩序侵擾甚烈<sup>2</sup>。霍亂在治臺初始，甚至早在日本國內境內便已遭逢過的疫病，流感則是一全然陌生的疾病，故理論上而言，殖民當局

<sup>1</sup> 詳細討論參見劉翠溶、劉士永，〈臺灣歷史上的疾病與死亡〉，《臺灣史研究》4：2（1999年6月），頁89-132。

<sup>2</sup> 〈阿緱通信（一月）〉，《臺灣醫學會雜誌》208（1920年1月），頁204-205

對兩種傳染病無法採取相同的應對措施，亦即過往的疾病應對經驗無法均一施行，如此一來，亦應造成不同的結果。而就事後的統計資料來觀察，兩疫病確造成相當不一樣的傷亡景況。為何會產生此種情況，實是一值得深入探討的問題。

然現今的屏東醫療/疾病史的研究，成果仍相當有限，對於1918—20年間的疫病交相侵襲之情況更少有論述，對於屏東的疾病及公衛歷史而言，實有所缺憾。故本文嘗試運用當時的調查報告、新聞報導、時人回憶等題材，除重建兩疫病侵入、散佈、終熄之情況，並藉此來檢討殖民政府公衛體系的因應方式，和重新探討屏東地方社會遭逢疾病疫情時歷史經驗。本文指涉之阿緱廳，創制於1909（明治42）年，為當時臺灣12個廳級行政區之一，除直轄地區（約今屏東市）外，並下轄阿里港、甲仙埔、六龜里、蕃薯寮、潮州、東港、枋寮、枋山、恆春、蚊蟀等10支廳，範圍約同於今屏東縣。在本文探討的時間範圍內，因在1920年7月後涉及臺灣施行地方制度改革，該廳遭廢止併入高雄州內，各支廳也分別改稱郡。若涉及該時段以後者，則直接使用郡級名稱；而若泛指整個屏東的概述，為求行為統一及閱讀方便，則以屏東地區概稱。

## 貳、病菌性疫情：霍亂

霍亂（cholera），又記為虎列拉（今日文コレラ之漢字寫法），故常被簡稱為虎疫，是一種由霍亂弧菌（*Vibrio cholerae*）引起的小腸急性感染。霍亂的特徵是突然的大量水性腹瀉，通常在12至28小時的潛伏期後就會發作，病狀甚速反應。而腹瀉常伴隨嘔吐，患者很快進入脫水狀態；感覺非常口渴和舌乾；血壓下降，脈搏微弱，肌肉痙攣可能變得嚴重。患者雙眼變得無神凹陷，皮膚出現皺折，使手部外觀似洗衣婦的手。兒童亦可能經歷發熱、昏睡和極度脫水造成的抽搐。病程一般為2—7天。體液從腸道快速流失，嚴重時甚至將會在數小時內致死，致死率超過50%。<sup>3</sup>

### 一、世界的霍亂

霍亂原是印度地方的地區性風土病，首次成爲一個國際性的傳染病係在1819—1822年間，這一次的傳染範圍以亞洲爲主。1817年時，在印度加爾各答和達卡（今

<sup>3</sup> 〈霍亂〉。「大英百科全書」，2010。大英線上繁體中文版。2010年8月2日。網址：<http://0-daying.wordpedia.com.opac.lib.ntnu.edu.tw/content.aspx?id=015814> [存取日期：2010年9月14日]

孟加拉境內)中途的傑索爾(Jessore)爆發嚴重的疫情,並因戰爭的關係,士兵大量的往來各地,使得疫情遍及印度、緬甸和錫蘭(今斯里蘭卡)大部分地區。至1820年,在暹羅(泰國)、印尼和遠至菲律賓群島亦甚猖獗,光是在爪哇島便有超過10萬人死亡。1821年在伊拉克巴斯拉(Basra)持續3週的流行中,則有多達18,000人死亡。大流行尚西行至土耳其及歐洲部分地帶。疾病亦沿著貿易路線從阿拉伯傳播至非洲東部和地中海沿岸,而中國沿海各省、朝鮮、日本也紛紛遭殃。<sup>4</sup>當時同屬福建省治理的臺灣海峽兩岸行政區,在嘉慶25年(1820年)皆現災情,《廈門志》即記載:「嘉慶二十五年,廈門大疫,署廈防同知咸成、興泉永道倪琇置地,給貧民埋葬,並施棺木。」<sup>5</sup>臺灣同有災情,據《淡水廳志》所載:「(嘉慶)二十有五年,夏大旱,秋疫。」<sup>6</sup>就其時空背景,及鄰近各省皆有疫情傳出的情況來判斷,當時臺灣盛行的疫病,即是霍亂。<sup>7</sup>當霍亂第一次擴散成為國際性疫病時,遠在千里之外的臺灣即透過層層轉介,搭上了這波國際疫情,這或許是開放島嶼的特性之一,不過實際傷亡情況不詳。

1829年霍亂再次引發大流行,此次更躍出東亞,進入歐洲和美洲等地。1830年霍亂傳至莫斯科和聖彼得堡,並繼續西行至芬蘭和波蘭。帶原者為商人,沿運輸路線快速地傳播至德國北部的漢堡港,一海之隔的英國也於1831年首次出現疫情。1832年霍亂入侵西半球,加拿大、美國相繼淪陷,隔年並侵入至墨西哥和古巴。而與過往鼠疫、天花等大型傳染病相較,霍亂受氣候、地理環境的限制較小,從熱帶到寒帶、一年四季皆可見其蹤跡,使其成為令人更為驚慄的傳染病。19世紀前期幾次的世界性疫情,除讓歐美地區深深感受到這個疫病的威力,並確立了霍亂世界性傳染病的地位。<sup>8</sup>

## 二、日治時期臺灣的霍亂

當時臺灣的殖民母國—日本,同在1822年時首度遭逢霍亂疫情。江戶時期日本雖施行鎖國政策,但與中國方面的往來仍甚頻繁,船隻、人員頻有接觸,藉此管

<sup>4</sup> 見市雅俊《コレラの世界史》(東京:昌文社,1994),頁18-21。〈霍亂〉。「大英百科全書」,2010。

<sup>5</sup> 周凱,《廈門志》(臺灣文獻叢刊96種〔以下簡稱「臺文叢」〕,1961;1839原刊),頁74。

<sup>6</sup> 陳培桂,《淡水廳志》(臺文叢172種,1963;1871原刊),頁349。這一段紀錄後為《苗栗縣志》、《臺灣通史》等所引用。

<sup>7</sup> 詳細討論可參見Kerrie MacPherson,〈霍亂在中國(1820-1930)〉,收於劉翠溶、伊懋可主編,《積漸所至:中國環境史論文集》(台北:中央研究院經濟研究所,1995),頁747-796。

<sup>8</sup> Rosenberg, Charles E, 1987, The cholera years: the United States in 1832, 1849, and 1866. Chicago: University of Chicago Press, pp.213-247. 見市雅俊《コレラの世界史》,頁18-21

道，霍亂病菌便自中國華北傳入大阪、京都等地，迅速蔓延擴散。由於時人多無抗體，加以發病迅速（時人稱爲「三日倒」），故造成嚴重的傷亡。日本與霍亂的初體驗，亦與其他東亞地區一樣，在損傷慘重中展開序幕。而日後並有多次的霍亂大災情。<sup>9</sup>

日本在取得臺灣後，同需繼續面對霍亂的疫情。日軍在1895年時即曾在澎湖爆發大規模的霍亂疫情，在登陸的6,194人中，就有1,945人罹病，死亡1,247人，其罹病率達31.4%，致死率高達64.1%，給予日軍極深的重創。而1902年時，霍亂透過海運侵入臺灣，在當時全臺的二十二個行政區中傳染區就高達十一個，患者有746名，死亡613名，死亡率高達82.2%。1912年，當時福州及上海等地又傳出霍亂流行，臺灣亦不能告免，計有病患333人，死亡256名，死亡率依然高達76.9%。沉寂數年後，1916年再度又有小型流行，患者計34名，死亡16名，致死率47.1%。<sup>10</sup>臺灣雖四面環海，但由於需仰賴對外貿易，船隻人員往來頻繁，一旦港口檢疫出現缺口，或是有居民逕行與外來的帶菌者接觸，便可能造成疫情的擴散，防不勝防。

在1919年，與臺灣一衣帶水的華南地區再度傳出災情，而且複製過往的模式，藉由蒸汽船快速的運輸，日本、朝鮮等地亦遭逢極大的傷害。以朝鮮爲例，1917年時朝鮮僅一名霍亂死亡者，1918年則是掛零，但到1919年，朝鮮全境爆發大流行，即肇因於國際性的傳染，共造成16,915名患者、11,084名死亡者的大災況。<sup>11</sup>而臺灣總督府雖嚴密戒備，並在港口施行檢疫措施，但因人員、貨物甚多，仍掛一漏萬，出現漏洞。先是7月在澎湖發現霍亂病例，接著基隆、鳳山支廳下紅毛港並陸續出現病患，此後就從這三地擴散蔓延，遍及全臺地區，歷經數月的肆虐，共計出現3,836人（包括日人181名、中國人69人），死亡2,693人，死亡率高達70.2%，如此高的死亡率，並造成相當的社會恐慌。<sup>12</sup>當時的總督田健治郎並特以諭告（第二號），通令各機關必須嚴防霍亂。<sup>13</sup>但是在屏東所出現的霍亂疫情，其狀況卻較爲曲折。

### 三、入侵阿緬廳

<sup>9</sup> 松田道雄，《日本疾病史》（東京：平凡社，1969重刊，1912原刊），頁213-247。

<sup>10</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》（台北：臺灣總督府警務局，1922），頁3-14、17-18。

<sup>11</sup> 三木榮編著，《朝鮮医事年表》（京都：思文閣，1985），頁572-574。

<sup>12</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁14-16。

<sup>13</sup> 臺灣總督府編，《詔敕・令旨・諭告・訓達類纂》（台北：成文，1999），頁320。

1919年時，南部的台南、高雄地區是當時的主要疫區之一，忙煞相關防疫人員。雖已鄰近屏東地區，但因自恃下淡水溪（高屏溪）的阻隔，加以各種預防措施的施行，以致阿緱廳的公衛體系在9月時仍慶幸得以免於霍亂的侵襲，甚至尚有餘力派遣醫師前往台北進行支援。<sup>14</sup>總督府甚至對於來自島外疫區而未注射霍亂疫苗者，下達禁止登陸的命令。<sup>15</sup>而阿緱廳亦獎勵居民至醫院接受霍亂疫苗接種，並派遣阿緱醫院院長小倉金作至當地小學校內進行衛生演講。<sup>16</sup>上述措施的對象若慮及當時之經濟情況，當是以日人為主。

但隨著全臺疫情的擴散，病菌仍找到缺口進入了屏東地區，突破的地點即在東港。東港是屏東地區的主要出入港，也是高雄港以南的代表港口及街市。晚清的記載便稱東港港口為：「深丈餘，內地商船往來貿易，為舟艘輻輳之區」<sup>17</sup>，點出其可直接與華南沿岸港口貿易往來的功能。但受到河港易淤積、夏冬水量落差大等自然條件的限制，其亦有所限制，《東瀛識略》即稱「由打狗而南，有東港、放索港（一名新打港），均止小舟出入」。<sup>18</sup>進入日治時期，總督府鑑於其貿易價值及航運功能，將其指定為「特別輸出入港」，開放東港與中國港口進行貿易。其並一度吞吐屏東地區三分之二的米糧運銷。<sup>19</sup>但至1917年，因為港口淤積，及因大環境改變導致貿易量的衰退，東港於該年被取消特別輸出入港的資格。<sup>20</sup>故當1919年霍亂疫情肆虐時，東港非如基隆、打狗等大港可直接與國際貿易，亦被限制無法與中國沿岸通商，僅具島內一般港口的性質，理論上可阻絕來自於中國華南地區的疫情。

然1919年10月27日時，突然於東港支廳下東港街的漁民部落中，發現一男三女共四名的臺籍疑似患者，當中並有兩名已經死亡，這讓當地行政系統大為緊張，因除恐蔓延整個東港市街外，位於屏東地區中段的東港，上可至萬丹、阿緱街，下可通枋寮、恆春等地，先前所依憑的下淡水溪的天險之隔蕩然無存。若然蔓延，勢必帶來極大的傷亡。故隔日池田鳴遠警務課長，瀧澤豐吉衛生主任及另外一名人員因而急赴東港進行調查。在10月底時，官方並已擬妥備以一萬人份的疫苗以做因

<sup>14</sup> 〈阿緱通信（九月）〉，《臺灣醫學會雜誌》203（1919年10月），頁953-954。

<sup>15</sup> 〈豫防注射をせぬ者は乗船を許さず 愈々十七日より實施〉，《臺灣日日新報》，1919年9月10日，7版。

<sup>16</sup> 〈阿緱通信（九月）〉，《臺灣醫學會雜誌》203（1919年10月），頁954。

<sup>17</sup> 盧德嘉，《鳳山縣采訪冊》（臺文叢97種，1960；1895原刊），頁64。

<sup>18</sup> 丁紹儀，《東瀛識略》（臺文叢2種，1957；1873原刊），頁51。

<sup>19</sup> 〈東港近信 內地移出米〉，《臺灣日日新報》，1910年6月14日，3版。

<sup>20</sup> 〈東港の實狀〉，《臺灣日日新報》，1917年11月3日，2版。

應。<sup>21</sup>

臺灣並非首次面對霍亂，故來襲時官方已有標準模式可依循。在11月1日時，阿緱廳長高山仰便以告示四十號宣布東港地區的霍亂有蔓延跡象，需特別注意。<sup>22</sup>而依循總督府的規範，於疫情爆發時需設置檢疫委員會<sup>23</sup>，阿緱廳亦為掌控檢疫、預防等事務，故於該日設立檢疫委員設置。<sup>24</sup>委員成員包括阿緱廳警視池田鳴遠、警察醫曾根原初太郎、公醫吉池男、加納和氣生等在內的十一人。而當時已瞭解沾染過污物的蒼蠅是主要的傳染媒介，官方並派遣巡查四名、壯丁十一名進行蒼蠅驅逐，不少有力人士亦緊急捐出金錢提供予救助貧民，如茄苳腳區長就購買防蚊液發送，應是用於驅趕蚊蠅，避免病菌透過這些飛蟲傳播。並招募兩名醫師預計免費替兩千名民眾進行預防注射，顯示公衛體系與基層行政體系已經快速運作起來。<sup>25</sup>

雖從7月臺澎地區傳出災情，直至10月間，屏東地區皆處於平安無事的狀態下，但當病菌找到缺口登陸後，即便官方有所因應，仍如其他地方迅速陷入難以控制災況中。至11月11日，患者快速累積至118人，並已有78人死亡。<sup>26</sup>而為瞭解霍亂的情況，來自內務省防疫官兼內務技師加藤源三並將東港作為預定的視察地之一。<sup>27</sup>面對擴大的疫情，11月15日廳長再度以廳令第七號，宣佈東港的霍亂疫情適用於臺灣傳染病預防令，以提升因應層級。<sup>28</sup>總督府也派出醫學博士、檢疫醫官羽島重郎於各地巡視，11月19日抵達阿緱巡視，隔日便離開北返。<sup>29</sup>

而前述檢疫委員會成員之一的加納和氣生，又名加納小郭家，出身日本熊本縣，畢業於長崎醫專，除是醫生，並是あうぎ和歌派歌者。他在1912年來臺，後被分發到南部東港郡潮州擔任公醫，在與日本國內迥異的熱帶偏僻地區，從事公醫工作。除了擔任醫生，身在異鄉，他並自1914年底起師事齋藤茂吉<sup>30</sup>，後並專注於

<sup>21</sup> 〈東港に又虎疫 四名發生二名死亡（二十九日打狗發電）〉，《臺灣日日新報》，1919年10月30日，2版。臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁128。

<sup>22</sup> 阿緱廳，《阿緱廳報》，1919年11月30日。

<sup>23</sup> 臺灣總督府編，《臺灣總督府事務成績提要》第二十五編（台北：臺灣總督府，1921），頁625。

<sup>24</sup> 阿緱廳，《阿緱廳報》，1919年11月15日。

<sup>25</sup> 〈東港の虎疫 患者累計百十八人〉，《臺灣日日新報》，1919年11月14日，4版。

<sup>26</sup> 〈東港の虎疫 患者累計百十八人〉，《臺灣日日新報》，1919年11月14日，4版。

<sup>27</sup> 〈加藤内務技師視察〉，《臺灣日日新報》，1919年11月18日，2版。

<sup>28</sup> 阿緱廳，《阿緱廳報》，1919年11月15日。

<sup>29</sup> 〈阿緱通信（十二月）〉，《臺灣醫學會雜誌》206/207（1920年2月），頁247。

<sup>30</sup> 1882年生於日本山形縣，舊姓守谷，別名童馬山房主人，1905年進入東京大學醫學科，並開始作和歌，亦是一位亦醫亦詩的奇人，1953年卒。

作歌，留下許多描述臺灣風土人情的和歌。<sup>31</sup>

在1919年10月31日，加納小郭家接到命令要前往東港處理霍亂疫情，而相關公告即於前述的11月1日公告。他接到命令後，他形容有著「武夫出陣」之感，畢竟前往危險的災區並非易與之事，且又必須拋下家人一段時日。<sup>32</sup>但當時醫生有限，東港地區至1930年，仍僅有公醫一名、醫師五名、醫生兩名，平均一名醫生必須服務近兩千名的人口，實力有未逮。<sup>33</sup>故即便是在潮州服務的加納小郭家，仍必須前往支援。待他抵達東港後，發現當地災情正值高峰，由於病死亡人數暨快且多，當地連棺材都無法立即備妥。當時先行的人員及地方的行政官員已依循作業程序進行了相關的處理，先將病人隔離於臨時建造的病房內，這也是當時的標準作業程序；若無法移動病人，則會選擇在病人屋舍前圍上紅色布條以作警示。

被派遣來支援的加納小郭家，第一天先是借宿當地公醫吉池勇的家中，結果當夜該家的老女傭就因霍亂而過世了。且災情來勢甚猛，加納小郭家也在當地足足忙了一整個月，等到疫情告一段落後，11月25日時甚至還從東港前赴小琉球看診。<sup>34</sup>而忙了一個月後，加納小郭家終於回到潮州家中，因當時幾乎天天傳出霍亂死亡疫情，丈夫又身在疫區前線，待他一回家門，妻子便在他肩頭大哭，讓他心疼不已。<sup>35</sup>

至11月21日，東港確定不再有相關患者出現，但最終累積有患者144人，當中94人死亡，致死率達65.3%，整體而言係低於全臺的平均。<sup>36</sup>會產生這樣的現象主因可能是由於阿緱廳的疫情晚至10月方發生，官方已有相當之準備；又如疫病發生後，隨即動員民眾補抓蒼蠅，據云共計抓除171萬多隻的蒼蠅，方使霍亂災情得以控制。<sup>37</sup>而有些警察爲了救助災區內的貧民，並主動捐出救恤金以供所需之人。<sup>38</sup>待疫情結束後，檢疫所隨之於12月21日解散<sup>39</sup>，廳所也頒予防疫委員十一人24至160圓不等的薪酬。<sup>40</sup>但受到虎疫影響，往來人員大幅減少，消費自然不振，東港市街景

<sup>31</sup> 田淵武吉，〈小郭家一代略傳〉，《短歌雜誌原生林》5：3（1939年12月），頁5-20。

<sup>32</sup> 篠原正巳，《アララギの歌：加納小郭家台湾の歌》（台北：致良，2003），頁228-229。

<sup>33</sup> 東港郡役所編，《東港郡要覽·昭和五年》（東港：東港郡役所，1930），頁42。

<sup>34</sup> 篠原正巳，《アララギの歌：加納小郭家台湾の歌》，頁229-230。

<sup>35</sup> 篠原正巳，《アララギの歌：加納小郭家台湾の歌》，頁264-266。

<sup>36</sup> 〈阿緱通信（十二月）〉，《臺灣醫學會雜誌》206/207（1920年2月），頁247。

<sup>37</sup> 〈東港虎疫終熄 新患者を出さず〉，《臺灣日日新報》，1919年11月30日，7版。

<sup>38</sup> 〈虎疫終熄す 唯だ僅かに南部に残存〉，《臺灣日日新報》，1919年11月26日，7版。

<sup>39</sup> 〈阿緱通信（十二月）〉，《臺灣醫學會雜誌》206/207（1920年2月），頁247。

<sup>40</sup> 阿緱廳，《阿緱廳報》，1919年11月30日。阿緱廳，《阿緱廳報》，1920年3月25日。



況因而蕭條不少，商家也大受打擊。<sup>41</sup>

為何會是在東港而非在陸路交通頻繁的阿緱街等地區率先爆發，其途徑又是從何而來？由至1922年的正式報告出爐時仍未能確定，僅能推測可能是間接來自於鳳山支廳的紅毛港庄。紅毛港在當時是一個三面環海的漁村，居民多以漁業為生，而該庄之會爆發疫情完全屬於意外。主因是7月4日時有一艘來自南洋，經香港、廈門等霍亂災區返航打狗的「南洋丸」號商船，因暴風雨的關係擱淺於紅毛港，庄民見狀積極前往援助，結果在19日當地便爆發嚴重的災情。而8月25、6日間當地又有另外一場暴風雨，將隔離病舍及其他設備沖入海中，病菌並因而留入海中，隨著潮流擴散。<sup>42</sup>而東港地區的漁民可能便是因在海上活動時與帶菌的漁民有所交流，或是病菌潛伏於海中的魚類，經漁民補抓入肚後所致，終導致病情從該地登陸，在當時被認為是一偶發且奇特的可能傳染途徑。<sup>43</sup>另值得注意的是在10月4日早晨時，東港街附近的大埔庄即發現一名疑似病例，當天下午該名患者便告死亡，然因沒有擴散而未引起注意。<sup>44</sup>

#### 四、再度來襲

霍亂疫情歷經1919年的肆虐後，至年底雖稍有緩和，臺灣的防疫機關也對於對岸的疫情嚴加注意。但1920年初夏，隨著氣溫回升，疫情重萌。先是4月10日時，在楠梓坑支廳出現數十名病患，稍後並侵襲到岡山郡及台南市，而後蔓延南部各地，更循著鐵路運輸往中北部地區擴散，可謂來勢洶洶，雖當時總督田健治郎一度認為7月時疫情已獲控制，但實際上直到12月底整體疫情方告一段落。<sup>45</sup>總計全臺共出現2,670名患者（包含日人63名），死亡人數達1,675人，死亡率為62.73%。<sup>46</sup>雖傷患數、死亡率皆較前一年略低，但仍造成嚴重的傷亡。而與前一年類似，阿緱地區的霍亂疫情較其他為晚，可能仍是受自然環境阻隔的緣故。另因該年10月臺灣進行行政改制，阿緱改稱屏東，故以下亦以屏東稱之。

<sup>41</sup> 〈虎疫終熄す 唯だ僅かに南部に残存〉，《臺灣日日新報》，1919年11月26日，7版。

<sup>42</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁123。

<sup>43</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁90-91。

<sup>44</sup> 〈阿緱通信（十月中旬）〉，《臺灣醫學會雜誌》204（1919年11月），頁994。

<sup>45</sup> 吳文星等主編，《臺灣總督田健治郎日記》（台北：中研院臺史所籌備處，2001），頁366-367。臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁137-139。

<sup>46</sup> 臺灣省行政長官公署主計室編，《臺灣省五十一年來統計提要》（台北：同編者，1946），表409。

該年10月正是高雄州境內霍亂疫情的高峰<sup>47</sup>，官方也緊急於地方進行霍亂防疫宣傳。<sup>48</sup>然在10月9日時，屏東郡內的里港庄仍出現了兩名死亡病例，並確定是霍亂患者，宣告疫情再度來襲。<sup>49</sup>官方並再度進入戒備狀態。根據事後的清查發現，在10月4日時，鹽水港株式會社瀾力肚農場（今屏東縣新埤鄉瀾力村境內）的一名工人馮合元欲往旗山郡的旗尾工廠就診，但因途中病情加劇，尙撐不到該處便於5號死亡。隔天，與他同居的工人林股發病，官方也展開行動，以防止疫情擴散。但馮合元、林股兩人是從何處感染到霍亂病菌？則一時如墜五里霧之中，無法查出。<sup>50</sup>後再經繼續追查，發現在2日時，有兩名工人曾至台南七股地區工作，當中一名即是馮、林兩人的其中一名，而該地區正是霍亂疫區。前往打工的兩人當中有一名因感染上病菌，於回程的當中死於甘蔗園當中，同行的工人並未回報，僅將之密葬並逃走。因而大體可確定是由台南七股傳入。<sup>51</sup>

至14日，屏東郡有一名日本人發病。<sup>52</sup>在屏東街長興庄的高砂澱粉會社，一名名為川上德次郎的社員，於上述事件後也發病，但在這段期間，他並無長距離的差旅，僅其家族成員因腸黏膜發炎曾至屏東醫院就醫。在回程當中，順道購買了赤鯛回來，並吃了少量的生魚片，可能即是因此誤食病菌入口而發病。<sup>53</sup>到了19號，屏東街海豐庄出現一名患者，28日頭前溪庄再出現一名病患，但傳染路徑皆不明。<sup>54</sup>

屏東這一波的疫情到11月20日宣告全部終熄，患者總計七名。<sup>55</sup>相對於1919年的情況，實甚輕微，可謂在有驚無險中度過這一波的襲擊。而從患者零星出現卻未擴散的情況，可看出防疫單位對於病患出現後的防堵措施已有相當之應對措施，方使疫情未如前一年般失控。

<sup>47</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁188。

<sup>48</sup> 〈虎疫豫防活寫〉，《臺灣日日新報》，1920年10月8日，7版。

<sup>49</sup> 〈奇特の庄長 貧民を救恤す〉，《臺灣日日新報》，1920年10月20日，7版。

<sup>50</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁214-215。

<sup>51</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁215。

<sup>52</sup> 〈高雄州虎疫十四日の發生十名〉，《臺灣日日新報》，1920年10月17日，7版。

<sup>53</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁215。

<sup>54</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁215。

<sup>55</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁215。



圖一、全臺霍亂情況

圖片來源：臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，無頁碼。

表一：日治時期歷年霍亂傷亡人數

年度	患者	死亡數	死亡率(%)
1895	5,495	3,916	71.73
1902	746	613	82.17
1912	333	256	76.88
1916	34	16	47.06
1917	2	1	50.00
1918	1	1	100.00
1919	3,836	2,693	70.20
1920	2,670	1,675	62.73
1921	12	0	0.00

資料來源：窪田一夫，《臺灣ニ於ケル「コレラ」ノ疫學的觀察》（台北：臺灣總督府中央研究所衛生部，1935），頁197-198。臺灣省行政長官公署主計室編，《臺灣省五十一年來統計提要》，表409。

## 參、病毒性疫情：流感

流感 (influenza) 同是一項國際性的傳染病，其係由流感病毒所引起，不同於一般所稱的「感冒」，流感專指由RNA流感病毒所引起之病症。因流感甚易變異，一旦出現新株流感病毒，人體因對其無免疫的防備，而甚有可能再缺乏免疫力（抗體）的情況下而爆發流行。在歷史上所爆發的流感疫情中，尤以在1918年至1920年間流感疫情最為嚴重，據估計在短短兩年間，全球五分之一、甚至到一半的人口都同時「流行」，並造成約四千萬人死亡，死亡人數比在一次大戰戰場上損失者的一千五百萬人還多。<sup>56</sup>該次流感疫情也被稱為「有史以來，全世界最短時間內殺死最多人的疾病。」<sup>57</sup>一般而言，流感死亡率不高，約在千分之一左右。然1918—20年間這波流感卻是例外，其全球死亡率預估達2.5%。<sup>58</sup>

臺灣雖四面環海，在蒸汽船等海運系統的仲介下，光是在1918年臺灣即有超過五分之一的人口「趕上流行」，並造成兩萬五千多人死亡的紀錄，堪稱臺灣所經歷最慘烈的一場流行疫病。<sup>59</sup>而在當時臺灣的殖民母國—日本，同是災情慘烈，並成為傳入臺灣的起源地之一。<sup>60</sup>

### 一、平地市街的疫情

這次的世界性流感傳染一共分為三波，第一波自1918年春季開始，約隨夏季結束，第二波則起於同年的秋季，終於1919年年初，第三波則為1919年年底至1920年春天；而臺灣的疫情亦大致尋此一脈絡爆發。<sup>61</sup>

#### 1、1918年的災況

<sup>56</sup> Oldstone, Michael B.A., *Viruses, plagues, and history*, pp.173-174. 由於當時各地區統計的標準不一，死亡估計有兩千萬至五千萬等不同的說法。

<sup>57</sup> Oldstone, Michael B.A., *Viruses, plagues, and history*, pp.173-174.

<sup>58</sup> 關於此波流感病毒的真正型態，目前相關研究仍在進行中，現多指出為H1N1流感病毒所引發。相關研究介紹可參見Kobasa D, Jones SM, Shinya K, et al, "Aberrant innate immune response in lethal infection of macaques with the 1918 influenza virus". *Nature* 445 (January 2007), pp.319-423. 施信如，〈H1N1知識篇—流感病毒的前世今生〉，《科學月刊》474（2009年6月），頁427-430。

<sup>59</sup> 〈附錄〉，《臺灣醫學會雜誌》206/207（1920年2月），頁附2。

<sup>60</sup> 詳細介紹可參見速水融，《日本を襲ったスペイン・インフルエンザ—人類とウイルスの第一次世界戦争》。東京：藤原書店，2006。

<sup>61</sup> 陳乾原，〈臺灣醫學史上最慘烈的一場疫病—日據大正七年（西元1918）的流感大流行〉，《整合中醫學雜誌》6（2003年9月），頁55-74。蔡承豪，〈流感與出草—臺中地區的泰雅族動亂（1918-1923）〉，《臺灣文獻》56：1（2005年3月），頁171-205。

阿緱廳或因遠離主要港市及交通線，在第一波疫情時，僅在7、8月時有散發的零星病患。<sup>62</sup>至第二波年底的疫情爆發時，阿緱廳亦陷入風暴當中。在1918年11月，阿緱的小學校內的學生開始出現流感情。<sup>63</sup>主因來自於11月3日於屏東公園舉行的聯合運動會，造成於鄰近地區引發大流行。<sup>64</sup>大型活動因人群聚集，本就是容易傳播病菌的場域，流感病毒即因此而在找到跳板大肆傳播。另一個值得注意的是日人社群內的散播，阿緱地區如同臺灣其他地區，係由日本人社群中先行爆發，這可能係因流感病毒乃是透過日本人往來於日臺之間所傳播所致。在該年春天時，日臺往來最頻繁的基隆地區即先出現疫況，應係來自日本的病患帶入病毒所致。秋冬的疫情，10月底時亦是台北地區的日人社群中先行爆發。<sup>65</sup>

隨著疫情的擴散，至11月中旬時，疫情較上旬更為嚴重<sup>66</sup>，臺日患者共計約190餘名，赴阿緱醫院就診者也僅12名，且並無死亡者。<sup>67</sup>但疫情仍隨感染人數增加而持續惡化，如廳內技手田寬，就於11月30日因染上流感引發肺炎而病逝。<sup>68</sup>11月上旬時，阿緱醫院短時間內就湧入大量患者，除了病房，連行政區都放滿病人，但能住院者在醫事人員的照顧下，死亡率較其他地區為低。<sup>69</sup>從這個時間點以及有能力就醫者來判斷，應該多為日本籍患者為主。恆春市街的疫情則因距離阻隔，疫情較晚爆發，但初期亦以日人為主，其死亡率達5%，臺人則僅為1.5%。<sup>70</sup>

其後病毒從都市擴散至鄉村中，意味著陸續進入臺灣人聚集的社群當中。<sup>71</sup>結果在短短兩三天內便有十數名民眾染病，不少貧民染病卻無力就醫，且此波疫情侵襲者主要針對青壯年人士，這些人的染病，使得家庭經濟連帶陷入困難。因而有不少臺灣籍有力人士集資，並與阿緱醫院交涉，希望可以降低藥價，以讓貧民購買。<sup>72</sup>但根據阿緱醫院院長小倉金作便指出，民眾對於流感防疫的觀念薄弱，一些

<sup>62</sup> 〈本會十二月例會〉，《臺灣醫學會雜誌》197（1919年3月），頁466。

<sup>63</sup> 〈阿緱の感冒 病勢蕃社を冒す〉，《臺灣日日新報》，1918年11月21日，7版。

<sup>64</sup> 〈本會十二月例會〉，《臺灣醫學會雜誌》197（1919年3月），頁466。

<sup>65</sup> 詳細討論可參見蔡承豪，〈「西班牙夫人」來了一—1918年流感侵襲下的臺灣社會景況〉。收於胡春惠、薛化元主編，《中國知識分子與近代社會變遷》（臺北：政治大學歷史系，2005），頁337-362。丁崑健，〈1918-20年台北地區的H1N1流感情〉，《生活科學學報》12（2008年12月），頁141-175。

<sup>66</sup> 〈本會十二月例會〉，《臺灣醫學會雜誌》197（1919年3月），頁466。

<sup>67</sup> 〈阿緱の感冒 病勢蕃社を冒す〉，《臺灣日日新報》，1918年11月21日，7版。

<sup>68</sup> 阿緱廳，《阿緱廳報》，1918年12月9日。

<sup>69</sup> 〈阿緱通信（十二月）〉，《臺灣醫學會雜誌》195/196（1919年12月），頁423。

<sup>70</sup> 〈本會十二月例會〉，《臺灣醫學會雜誌》197（1919年3月），頁466。

<sup>71</sup> 〈阿緱通信（十二月）〉，《臺灣醫學會雜誌》195/196（1919年12月），頁424。

<sup>72</sup> 〈阿緱 醫療補助捐金〉，《臺灣日日新報》，1918年12月12日，4版。

防疫措施難以全面施行。<sup>73</sup>對於疾病特性及預防方式的不瞭解，也使得疫情更為高張。

總計1918年的疫情，共造成62,938名患者，2,237名死亡，即約四分之一的廳民感染。死亡率則達3.55%，在西部地區中排名第三，僅次於台南（4.41%）、嘉義（4.24%）兩廳。顯示阿緱地方的疫情雖屬晚發，其傷亡率卻相當可觀。而就族群來分析，患者百分比以日人最高，外籍人士次之，臺籍人士最低；但死亡率則正好相反，以日人最低，甚至連臺人的三分之一都不到。這種現象，有學者認為係因日人有較健全的醫療觀念，且願意就醫；而臺人則偏向迷信，且不願就醫所致等民族性因素。<sup>74</sup>但更值得注意的是，日人可能因係其較有經濟能力，故方較有意願就醫，並有較妥善的生活環境所致。且當時流感並無特效藥，即便求助於西醫也未能得以救治，反而發病後有著妥善照顧是相當重要的關鍵，入院後的醫護照顧，正可提供這樣的幫助。臺人患病者中有不少民眾經濟能力較差，無力就醫且生活環境不佳，即便就醫也難與日籍醫師溝通；加以缺乏正確的防疫觀念，患病後仍持續進行勞力工作，而無適當的休息，皆可能即是導致高死亡率的緣故。故死亡率的差異，應是涉及了政策、經濟能力、就醫觀念等因素的結果。<sup>75</sup>

表二：1918年阿緱廳流感疫情傷亡情況

族群	患者	死亡者	患者百分比(%)	死亡率(%)
日	2,413	25	32.4	1.0
臺	60,398	2,209	23.2	3.6
原	—	—	—	—
外	147	3	25.8	2.2
計	62,938	2,237	23.5	3.55

資料來源：〈附錄〉，《臺灣醫學會雜誌》206/207(1920年2月)，頁附2。

為何會造成這樣的情況？學校的情況或許可作為一個觀察的指標。學校是一個人員密集之處，且學童、教職員長時間處於教室之內，易容易群聚傳染，後又可能將之帶回家中，傳染給家族成員，形成連鎖的傳染事件。雖臺灣在10月已有疫情，

<sup>73</sup> 小倉金作。〈回答〉，《臺灣醫學會雜誌》197（1919年3月），頁493。

<sup>74</sup> 丁崑健，〈1918-20年台北地區的H1N1流感疫情〉，頁169-170。

<sup>75</sup> 關於此波流感疫情中的族群差異，詳細討論可暫參見蔡承豪，〈H1N1流感疫情下的行政動員與醫療因應：以1918年臺南廳地區為例〉，宣讀於臺灣科技與社會研究（STS）學會、高雄海洋科技大學主辦，「第二屆STS學會年會暨會員大會—〈差異與連結：STS、工程與社會〉」，2010年5月15日至16日。

但要到11月3日臺灣醫學大會作成決議的情況下，官方才緊急宣布台北各級學校於11月5日起臨時停課五天，以避免學校成為擴散中心疫情。<sup>76</sup>民政長官亦在12月13日時以民警第1739號命令通令各廳施行預防措施。<sup>77</sup>各行政區的學校於是紛紛宣布停課，各地區停課的情況即如表三所示。

表三：各地學校停課情況

廳別	總學校數	停課學校數	平均停課日數
台北	101	51	7
宜蘭	35	16	7
桃園	28	10	5
新竹	56	21	8
台中	79	1	4
南投	20	1	6
嘉義	64	31	7
台南	85	40	6
阿緱	53	10	6
台東	24	15	11
花蓮港	39	23	17
澎湖	7	7	12
總計	591	226	8

資料來源：〈附錄〉，《臺灣醫學會雜誌》206/207(1920年2月)，頁附3。

阿緱廳的停課比例在南部地區是最低的，在全臺當中也僅高過於幾乎沒有學校停課的台中、南投兩廳。或許即是先是因為行政單位及校方對於疫病缺乏正確的認識，後續的緊急停課等程序又未徹底施行，因而使得流感有散播的途徑，使傷亡甚為慘重。

## 2、1919—20年的災況

流感雖一度暫息，至1919年，10月中旬時在阿緱醫院來院的45、6名患者中，

<sup>76</sup> 〈流行性感冒の警告＝學校、劇場、集會を閉鎖せよと＝臺灣醫學會の決議〉，《臺灣日日新報》，1918年11月4日，5版。〈豫防心得可決 昨日の醫學大會に於て〉，《臺灣日日新報》，1918年11月4日，5版。〈市内各學校五日間休校 流行感冒豫防の爲めに〉，《臺灣日日新報》，1918年11月5日，7版。

<sup>77</sup> 臺灣總督府編，《臺灣總督府事務成績提要》第二十五編（台北：臺灣總督府，1921），頁629-631。

大約有6—7人被診斷出是流感，但市街上並未有大規模的感染，故僅是散發的患者。<sup>78</sup>1919年年底，流感疫情又再度蠢蠢欲動，並漸有蔓延之勢。這一次的流感的爆發原因可能來自於日本渡臺的新兵<sup>79</sup>，亦有可能是前一年所潛伏的病毒再度復甦所致。但不管如何，12月時不少行政區已陸續傳出警報，包括台北、桃園、宜蘭、台中、花蓮、澎湖等廳紛紛傳出災情，不過阿緱廳仍無病患。<sup>80</sup>

至1920年1月時，阿緱的流感疫情開始昇溫，1月中旬住院的60名患者中，有27名是流感患者，幾乎已達半數。部分患者離院後，仍有三名死亡，四名則痊癒。<sup>81</sup>而在阿緱醫院任職的謝銀醫師，其在休假返回彰化時不幸染上流感，於1月7日去世，醫院因而損失一個人才。<sup>82</sup>而阿緱醫院內的醫護人員同不可倖免，1月下旬時小倉金作院長及數名護士皆染上流感，此時又適逢病人大量湧入求診之際，讓醫院陷入宛如戰場的窘境，所幸約一、兩週後人員大體陸續痊癒，方解除困境。不過仍有護士經過數月後仍因神經炎所擾。<sup>83</sup>但在1918年已有接觸的經驗下又再度爆發院內感染的情況，相對於1918年護士皆無人感染的情況<sup>84</sup>，可看出一旦病毒找到缺口，便可能迅速蔓延開來，即便是在醫療機構內。

而歷經1918年的肆虐，從1919年底開始，公衛機構也嘗試比照霍亂，進行流感疫苗注射。如在東港地區，便由吉池勇公醫接種466名。其成績事後與未接種者的一萬三千多名相較，接種者當中患病者有14名，患病率為3.0%，較非接種人員的6.4%低上許多。<sup>85</sup>但這樣的數據是值得懷疑的，因就當時的技術，尚未有能力發現流感病毒，僅能猜測是某些病菌係病源，故要針對病毒型的流感製作疫苗應未有此技術，上述的數字是巧合亦或是真的有效，仍待更進一步的分析。<sup>86</sup>此外，官方

<sup>78</sup> 〈阿緱通信（十月中旬）〉，《臺灣醫學會雜誌》204（1919年11月），頁994。

<sup>79</sup> 〈台東通信（一月）〉，《臺灣醫學會雜誌》208（1920年3月），頁305。

<sup>80</sup> 〈流行感冒と各廳の現状〉，《臺灣日日新報》，1919年12月21日，7版。

<sup>81</sup> 〈阿緱通信（一月）〉，《臺灣醫學會雜誌》208（1920年3月），頁304。

<sup>82</sup> 〈阿緱通信（一月）〉，《臺灣醫學會雜誌》208（1920年3月），頁304-305。

<sup>83</sup> 〈阿緱通信（三月十四日）〉，《臺灣醫學會雜誌》209（1920年4月），頁412。

<sup>84</sup> 小倉金作。〈回答〉，《臺灣醫學會雜誌》197（1919年3月），頁493。

<sup>85</sup> 丸山芳登，〈臺灣ニテ施行シタル流行性感冒豫防注射綜合的成績並びに病後免疫ニ關スル一ノ統計〉，《臺灣醫學會雜誌》211（1920年6月），頁656。

<sup>86</sup> 當時醫生多將病因歸為由Richard Pfeiffer醫師於1892年所發現的「拜菲爾氏」(Pfeiffer's bacillus)，這或許是受到當時流行的細菌學說的影響，且種說法一度在歐美、日本甚為盛行，參見〈流行の悪性感冒の病源菌確認むる 北里研究所で研究の結果＝バイフェル氏の發見したるインフルエンザ菌であると＝〉，《臺灣日日新報》，1918年11月14日，7版。相關討論可見速水融，〈日本を襲ったスペイン・インフルエンザ〉，頁433-435。陳乾原，〈臺灣醫學史上最慘烈的一場疫病—日據大正七年（西元1918）的流感大流行〉，頁66-67。丁崑健的研究則引用當時的新聞報導與藥商廣告，指出當時已瞭解如何製作疫苗，參見丁崑健，〈1918-20年台北地區的H1N1 流感疫情〉，頁167-168。但實際上要至1933年，英國科學家



並在小、公學校分別發放漱口水，並對一般民眾進行衛生宣導。多管齊下之下，至1月13日時，患者合計僅310名，當中日人147名，臺人163名，而死亡者則分別為1名、7名，官方宣稱這是防疫措施的效果所致。<sup>87</sup>

但患者人數仍持續攀升，至1月20日的統計，共有2,505人感染，217人死亡，死亡率為8.66%。1月25日時，患者則達3,841人，當中369人死亡，死亡率達9.60%，而由阿緱醫院所收容的患者有157名。<sup>88</sup>而至3月10日的統計，患者總計共10,678人，死亡人數達1,459人，死亡率為13.66%。死亡率與其他行政區一樣，呈現較前一年大幅攀升，總體患者卻大幅減少的趨勢。這是因為官方的處理措施較得宜，亦或是因民眾已經產生抗體及抵抗力較弱者已在前一年死亡，仍值得探討。而相較於全臺死亡率的12.98%，阿緱廳的情況仍屬較為嚴重的區域，在西部的行政區中則次於嘉義（17.14%）、台中（13.67%）。<sup>89</sup>

## 二、原住民地區的疫情

在這場世界疫情中，臺灣原住民有將近60%的人感染上流感，其比例約是日本人的1.7倍(58.5%：34.8%)，而約是漢人的3倍(58.5%：20.1%)。而這麼高的死亡率，和山地醫療設備的缺乏，應該是有相當的關連。

屏東地區在日治時期，仍有相當人數的原住民。1918年的流感統計中，雖無出現原住民的相關統計，但在當時的報導中，確可看見相關紀錄。<sup>90</sup>以潮州支廳為例，該行政區內約有57個原住民部落，分佈在今瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉等地區。根據1921年的統計，「番地」共有原住民15,014人（另有高山原住民88人），約佔該支廳人口的25%。<sup>91</sup>當中的茫牙利社在11月中旬時便出現達60名左右的患者。<sup>92</sup>

加納小郭家在1919年時，也為這場世紀災難在原住民部落的情況，留下了一首名為「舊臘下旬為流行感冒視察入番區」這樣的和歌：「為挽回熟番性命，於石白

---

Wilson Smith, Christopher Andrewes 及 Patrick Laidlaw 方分離出第一個人類流感病毒，1918-20年間可否製造出有效的流感疫苗，仍待更多醫學資料予以佐證。

<sup>87</sup> 〈阿緱の感冒〉，《臺灣日日新報》，1920年1月18日，4版。

<sup>88</sup> 樞山生，〈全島各廳下に於ける流行性感胃患、死者概況〉，《臺灣警察協會雜誌》33（1920年3月），頁30、32。

<sup>89</sup> 臺灣總督府警務局，《大正八九年コレラ病流行誌》，頁105-106。

<sup>90</sup> 〈阿緱通信（十二月）〉，《臺灣醫學會雜誌》195/196（1919年12月），頁424。

<sup>91</sup> 志賀格編，《潮州郡勢要覽》（潮州：潮州郡，1924），頁4。

<sup>92</sup> 〈阿緱の感冒 病勢蕃社を冒す〉，《臺灣日日新報》，1918年11月21日，7版。

調藥。小生診視於黑暗石室中，因患流行病之番人。」<sup>93</sup>想必他也是相當努力的營救原住民的生命，但從「於石臼調藥」、「黑暗石室」之類的描述看來，顯然該地方經過了上一波的流感侵襲，醫療設備依然欠缺，故僅能就地使用原住民的器具，並且在其房舍內進行醫療行為。以這樣的設備如何對抗恐怖的流感，著實讓人不甚樂觀。連當時巡視原住民區域的警察本署理蕃課長江口良三郎這等的官員亦都不免在巡視中染上疾病，實不難想像原住民部落內的景況了。<sup>94</sup>而加納小郭家除親自前往部落內免除原住民移動之苦外，並不收取醫療費，希冀可以減輕他們的負擔，有些原住民就帶著芋頭前來來支應醫療費用，形成當時疫情中一個特殊的景況。<sup>95</sup>

而在原住民部落中的流感至1920年年底又有爆發的趨勢，造成屏東郡下六龜庄一帶的原住民有所傷亡，因而出現襲擊官方分駐所的事件，潮州郡<sup>96</sup>內亦有原住民爭鬥事件。<sup>97</sup>在平地地區已趨緩和之際，原住民區域因資源的不足、對於日方統治有所不滿，加以其原有的信仰觀念，認為疫病來襲必與祖靈有關，因而選擇再度出草以慰祖靈有關。<sup>98</sup>

## 肆、防疫措施的比較

1918—1920年間，流感、霍亂兩波世界性疫情相繼來襲，造成屏東地區內甚大的傷亡，境內景氣亦連帶大受影響。因兩種疫情的性質不同，官方的定位也有所不同，故產生了不一樣的處理措施。以下先就兩波疫情的發生時間及傷亡情況進行整理，並比較分析官方對於兩者的防疫措施差異。

### 一、傷亡比較

流感與霍亂的爆發時間正好呈現交叉的情況，並無重疊，對民眾而言卻是疫病反覆再現。兩項疫情其傷亡情況及發生時間則如下表所示。

<sup>93</sup> 篠原正巳，《アララギの歌：加納小郭家台湾の歌》，頁232。

<sup>94</sup> 〈江口警視病む〉，《臺灣日日新報》，1920年1月27日，3版。

<sup>95</sup> 篠原正巳，《アララギの歌：加納小郭家台湾の歌》，頁232-233。

<sup>96</sup> 潮州支廳在1920年的地方改制下，名稱變為潮州郡。

<sup>97</sup> 〈屏東の蕃情 不穩の微あり〉，《臺灣日日新報》，1920年12月2日，7版。

<sup>98</sup> 蔡承豪，〈流感與出草—臺中地區的泰雅族動亂（1918-1923）〉，頁191-194。

表四：1918—20年間屏東地區流感與霍亂疫情概況

時間	病情	傷亡
1918.11—12	流感	患者62,938名，2,237名死亡
1919.10—11	霍亂	患者144名，94名死亡
1920.01—02	流感	患者10,678名，1,459死亡
1920.10—11	霍亂	患者7名

兩個疾病的性質基本上有所不同，大體而言流感較易在秋冬爆發，而霍亂以氣溫溫熱的時節較易傳播。而就傳播力而言，流感屬於飛沫傳染，不需任何媒介就可以直接、快速、廣範圍的傳播。霍亂雖也是傳染力甚強的疾病，但由於仍須透過接觸或蠅蟲中介，傳播力相對較弱。由於流感死亡率相對較低，又患者在發病前即可傳播病毒，因而產生了大量的患者。死亡率較高的霍亂，則因感染者快速死亡，反使得散播有所侷限，因而死亡總人數反不及流感。

## 二、防疫行動

兩種傳染病對於當時的政府而言，亦是性質截然不同的疾病。霍亂是當時八種法定傳染病之一，故已有一套因應的標準。地方除需向總督府通報外，並須發佈命令通告其下轄區，並組成包括警政、醫療、行政人員相關防疫小組因應，並調動不同支廳的公醫前往疫區馳援。這些行政措施，相對之下可較快搭配地方的警察及基層進行，對於傳染媒介的蠅蟲也能做到針對性的撲滅，因而1919、20兩次的霍亂疫情皆在短時間內就被控制。相較於清代時可能僅是事後的買棺、置墓地而言，可謂有相當大的進展。

流感對於當時的公衛體系與民眾而言，都是一種相當陌生的病，甚至可能會與一般的感冒混淆。故1918年流感爆發之後，感染人數迅速攀升，甚至有可能是屏東有史以來在最短時間內造成感染、死亡最多的疾病。官方在1918年時可能因沒有法源依據，沒有立即做出處置，直到11月5日因有醫學大會的背書方進行停課。但阿緱的停課比例甚低，以當時患者的人數之眾來看，實有值得檢討之處。不過到了1920年，流感預防宣傳已較為積極，甚至有推出感冒預防歌，期望以之宣揚正確防疫知識。<sup>99</sup>從無到有，可看出公衛體系對於疾病的認知及其因應措施的轉變。

<sup>99</sup> 〈感冒豫防の歌〉，《臺灣警察協會雜誌》32（1920年2月），頁72-73。

### 三、疫苗注射

公衛體系在當時皆採取疫苗注射的方式。就實際的成效來看，1920年的災情確較1918年及1919年和緩。但這是否真與疫苗有關？

就疫苗的數量而言，霍亂的來源是來自於細菌，當時已有能力觀察且找出病菌，因而得以量產準備，地方也主動聘請公醫前來注射。但在流感的部分，公衛機構雖比照霍亂進行流感疫苗注射，並宣稱接種者患病率為3.0%，較非接種人員的6.4%之數字低上許多，加以1920年初的流感感染人數較低，因而被視為疫苗的效益。然以當時的科學技術，尚未有能力發現流感病毒的病原體，且接種人數相對甚少，故流感疫苗是否真如官方宣傳之效力，仍待更進一步的分析。而當時對於疫苗的製作與成效也不無質疑聲，負責的技師更宣稱製作流感疫苗的難度是霍亂的兩倍。而就疫苗的製作過程來觀察，皆是以「肺菌」、「感冒菌」來發想，其效果應當相當值得質疑。<sup>100</sup>而實際上大規模的流感疫苗注射在1920年年底才正式有系統的展開，但該時已經沒有大規模的流行了。疫苗對於兩疫苗的效用，是有所差異的，霍亂有產生抑制的效力，但對流感則大有疑問。

### 伍、結論

屏東全境位處熱帶，雖遠離台北政治中心，卻是日本官方在臺首次接觸熱帶疾病的地區。日人治臺後，在該地陸續設置公衛機構，以進行公共衛生改良。然在1918—20年間，屏東地區連續遭遇流感與霍亂的交互侵襲，對當地的社會秩序、民眾生命、經濟景況等皆造成甚大的衝擊。以1918年的流感疫情為例，有62,938名感染患者，即幾乎是四分之一的廳民感染，其中並有2,237人死亡，3.55%的死亡率則高居西部行政廳中的第三位。而霍亂死亡人數雖少，可是超過六成的死亡率，及迅速死亡的病程，則對民眾產生巨大的心理衝擊。

衛生改良一向是日本殖民政府對國際宣揚治台成績的主要項目，且隨著統治經驗的累積及醫療技術的進步，對於疫病的抑制成果日漸浮現，也使得民眾的壽命累積得以逐步延長。但從這兩場國際性疫病的情況來看，由於傳染病擴散迅速，災情仍不可避免，官方可著重者，仍在事後的防堵。而在面對不同性質的傳染病時，公衛體系採取不一樣的措施。霍亂是法定傳染病，已有長久的接觸經驗及標準程序，並有技術可以觀察到病原體，故官方可迅速組成行政小組，並調動醫療資源及基層

<sup>100</sup> 〈流行感冒の豫防藥製造 容易な事業でない〉，《臺灣日日新報》，1919年12月18日，7版。

體系進行防堵，甚至可查明控管傳播路徑，而非被動的因應。其死亡率雖高，卻可將之侷限於某一範圍內。且霍亂在屏東會爆發，從這兩年內的情況來觀察，也多屬於意外產生。

流感則出現截然不同的狀況，其並非法定傳染病，1918年時官方也是第一次接觸到大規模的流感疫情，所以應變較慢，且無標準程序可因應，導致患者、死亡者人數皆達為空前，擴散範圍甚至深入原住民區域及南端的恆春地區，幾告全境淪陷。1920年再度應戰時，雖有包括疫苗接種、宣導歌等作為，傷亡數字也確實較前一波和緩，但是否為公衛體系的努力所致，仍不無疑問。且就前述鋪陳內容來分析，可看出兩者資料之比重有所落差，流感甚至並無專門的疫情報告書，也可看出官方對於兩者掌握程度的差異。

兩項國際傳染病接連來襲，對屏東地區的公衛體系實是艱鉅的挑戰，從中並可看出不同疾病所帶來對當地社會的不同衝擊。屏東地區的醫療及疾病史研究，除是日本熱帶醫學的開端外，顯仍有眾多的面向，值得更進一步探討分析。

## Double epidemics struck : the flu and cholera epidemics in A-Gou County from 1918 to 1920

**Tsai, Cheng-Hao\***

### **Abstract**

One of the transitions occurred in Pingtung Area during Japanese colonial time was the ruler controlled public health with the governmental authority which altered the epidemical structure and the life experiences of the residents in certain area. From 1918 to 1920, the epidemics of flu and cholera struck Pingtung area twice respectively in three years and caused tremendous damage. Both flu and cholera were highly contagious and overseas originated. The epidemics invaded the city through convenient transportations and mobile of people from the harbor and then spread to the countries - even to the mountainous area where the aboriginal tribes lived. During the flu epidemic in 1918, 62,938 people were infected - that was one-fourth of the county residents and 2,237 were dead from the disease - the death rate of 3.55% was up to the third place among all the west counties in Taiwan at the time. Nonetheless, literatures regarding the two epidemics spreading in A-Gou County during 1918 to 1920 were still insufficient. The discussions made for the responding measures by the public health system during certain period were also sparse. The present study attempted to use the investigation report, news coverage, and memoirs to re-build the invasion, spread, and extinguish phases of the epidemics and examine the responding measure of the public health system of the colonial government. The results suggested the two epidemics were treated differently by the government which was caused by the completion of laws, technology regarding the diseases, experiences accumulated, and the characters of the epidemics so that there were different casualties between two epidemics.

**Keywords:** flu epidemic, cholera, public health, Dongang, Teochow