

# 戰後台灣婦產科的手術技藝與性別政治

傅大為（高醫性別所・清大歷史所教授）

本文從婦產科的基本技藝——子宮搔爬術 D&C 開始討論，然後再進入到戰後徐千田流派的婦產科絕學：子宮頸癌根除術，最後以七零年代而興盛的子宮頸抹片篩檢技術來結束，並同時旁及戰後剖腹產技術的興起過程。也許有人會問，為什麼要那麼重視婦產科的手術技藝？因為，在研讀文獻與沈浸在婦產科醫師們的回憶中，我常看到他們，雖然是婦產科醫師，但往往更是一群有著外科醫師（surgeons）般的手術執著、熟中於手術技藝、並以各種手術學習為婦產科醫師「行醫濟世之所必備」的群體。從這樣一種「手術型婦產科醫師」的歷史類型來看，從戰後早年徐千田流派的興起與主導，到後來台大流派的改變與急起直追，在一個缺乏良好而廣泛的子宮頸抹片篩檢的社會中，婦產科醫師熟中於子宮頸癌根除術、子宮切除術、剖腹產術等等，並將這些手術技藝、還有手術動刀的比例與頻率推到一個有國際高知名度（或說壞名聲）的地步，這一切，畢竟有其戰後台灣婦產科傳統的歷史淵源。從上，可以追溯到日治時期日本與台灣婦產科門派的流變與消長，從旁或從下，以子宮頸癌根除術為顛峰與主軸，我們可以順游而下，看到從此發展孕育出來的台灣高剖腹產率、還有「手術技藝」所代表的高醫學價值，這一切，包括了這個技藝與器具組合傳統的歷史慣性，一直要到近年來如抹片篩檢等「他種／醫療技藝」的逐漸發展與廣受重視，才稍有遏止的趨勢。

**關鍵詞：**婦產科、性別政治、手術技藝、台灣醫學史、子宮頸癌、抹片篩檢

收稿日期：91.8.27；定稿日期：91.10.17

子宮切除術是一個身為婦產科醫師必要會的手術，而子宮頸癌的子宮根治術，並不是每位婦產科醫師都要會的，開業醫師發現子宮癌，只要將病人轉診即可，另一方面子宮頸癌的手術方法尚在修改中，手術者除了天份之外，尚須透入非常大的心力，我今日的成就，已有許多人因我而死，實在不希望有更多的人，死在手術不如我的人之手。邱文虎教授稱子宮癌手術為無底坑之手術。（所以老師一直主張他允許之人之外，不要他的學生亂動子宮癌手術）

——徐千田語，阮正雄「悼婦產科一代宗師（三）」，  
《一代仁醫徐千田》

徐千田這裡說的「許多人」、「更多的人」，是指「許多婦女」、「更多的婦女」。所謂「一將功成萬骨枯」，而「名醫成名也一樣萬骨枯」（阮正雄，1997），當然這些骨骸，也是婦女的骨骸。而在這些成千上萬的骨骸上昇起的，卻是台灣的子宮頸癌手術之「父」（徐千田），這中間，從性別政治來看，卻不能不有著深刻的

---

**致謝辭：**本文為期刊修訂稿（2002年10月7日）。本文初稿的完成，要感謝令方與嘉苓的私下討論與提供協助。另外還要感謝Taiwan science studies email list上諸位朋友如盧莘艷、呂宗學、鍾月岑等對我提出相關問題的回應、討論與寶貴意見。在2001年11月底於國防醫學院召開的第二屆「性別與醫療」工作坊，我則要進一步感謝劉仲冬、張珏、張菊惠、程慧娟以及其他朋友所提出的寶貴意見。另外，此文初稿在高醫性別所討論時，碩士生吳塗銘婦產科醫師，還有其他同學，也都提出許多好意見。至於本文構思與寫作過程中所訪談的醫師與助產士，更是需要感謝，請見本文最後的訪談說明與記錄。最後，要感謝期刊的兩位匿名評審者的寶貴意見，因為時空因素，一些目前無法更改的大項，將於未來書稿中補強。

諷刺、不能不漂浮著性別政治濃烈的歷史餘味。

當年日本殖民政權，砍伐台灣森林，將樹木造成梁木，起碼還在阿里山設立「樹靈塔」，定期祭拜；而每當台灣婦產科名醫的紀念活動時，我們不斷看到的是各地雲集而來的學生醫師們，濟濟一堂，對於他們恩師的回憶、祭拜、與感恩，但是卻沒有看到甚麼對應的「婦靈塔」的設立，更不見祭拜，對照之餘，令人感到不勝歎嘘。倒是徐千田自己，在學生輩門不斷的崇敬聲中，回顧他過去五十年的婦產科臨床生活時，由衷之言卻只能用兩個字來表達：遺憾。讀來令人動容（徐千田，1982: 27）。<sup>1</sup>

緬懷之後，當然我們仍然得面對醫學、面對台灣婦產科戰後的技藝與絕學。這些當然也得來不易。在婦女骨骸之上，台灣婦產醫師們更有成千上萬的論文、積年累月的手術經驗與心血，<sup>2</sup>才足以打造一個出身雖然卑微、但是戰後卻成為台灣醫學四大科之一的婦產科醫學。所以，我們需要一貫地從性別政治的角度，企圖深入婦產科的醫學技藝之中，面對血淋淋的手術與女體，而與精細的手術技藝對話，並隨時警覺到，醫學中最技術的環節，也可能是發揮最大意識型態功能的地方。

以下，本文將從婦產科的基本技藝——子宮搔爬術，所謂的D & C開始討論，然後再進入到戰後徐千田流派的婦產科絕學：子宮頸癌廣泛性切除手術（或簡稱「子宮頸癌根除術」），最後以七〇年代而興

<sup>1</sup> 徐千田解釋：「…只能以『遺憾』來表達我由衷之言，諸如某個病例如果這樣做的話，也許能救活患者的生命，另一個病例如果沒有那樣作也許不會發生危殆，但生物的反應無法再次重來，徒留滿腔的遺憾而已。」

<sup>2</sup> 在婦科方面，1998年出版，厚達千頁的《婦科腫瘤學》，是所謂的「本土化醫學教科書與參考書」（謝博生，1998:i-ii），可以參考。

盛的子宮頸抹片技術而結束，並同時旁及戰後剖腹產技術的興起過程。也許有人會問，為什麼要那麼重視婦產科的手術技藝？因為，在研讀文獻與沈浸在婦產科醫師們的回憶中，我常看到的，雖然是婦產科醫師，但他們往往更是一群有著外科醫師（surgeons）般的手術執著、熱中於手術技藝、並以各種手術學習為婦產科醫師「必備的基本技術」為前提的群體。從這樣子一種「手術型婦產科醫師」的歷史觀點來看，從戰後早年徐千田流派的興起與主導，到後來台大流派的改變與急起直追，在一個缺乏良好而廣泛的子宮頸抹片篩檢的社會中，婦產科醫師熱中於子宮頸癌根除術、子宮切除術、剖腹產術等等，並將這些手術技藝、還有手術動刀的比率與頻率推到一個有國際高知名度（或說壞名聲）的地步，這一切，畢竟有其戰後台灣婦產科傳統的歷史淵源。從上，可以追溯到日治時期日本與台灣婦產科門派的流變與消長，從旁或從下，以子宮頸癌根除術為顛峰與主軸，我們可以順游而下，看到從此發展孕育出來的台灣高剖腹產率、還有「手術技藝」所代表的高醫學價值，這一切，包括了這個技藝與器具組合傳統的歷史慣性，一直要到近年來如抹片篩檢等的「另類醫療技藝」逐漸發展與廣受重視，才稍有遏止的趨勢。

## 一、「家庭計畫」之前台灣的子宮搔爬術

在之前的一篇論文「台灣近代婦產科的興起及其性／別政治」（傅大為，2001）中，我提到「子宮搔爬術」對於戰後婦產科醫師的重要性。在六〇年代中期台灣官方開始進行大規模的家庭節育計畫之前，透過子宮搔爬術所進行的墮胎或墮胎節育，在當代婦女墮胎史中，佔有相當大的份量。也正是透過此「小手術」，戰後婦產科醫師

與台灣婦女家庭，建立了重要的關係，特別是一般城市中的婦女。

一般而言，日治時期的台灣，也許因為是人口不多，所以不准墮胎，避孕之事也極少，亦很少有這方面的知識流通。只有在醫院中，在生產子女已很多的情形下，婦產醫師也許會建議結紮。至於市區民間，西方六〇年代避孕丸的風潮尚未來到。就當時的婦女，我們看到的是一篇篇日治後期「阿媽的故事」的告白，不斷的告訴我們母親們為不斷的生育而苦。幾乎每一位阿媽都在訴說「窮苦」的一生，在說她的身體、工作與人際關係，說她如何在不斷生育、兒女時而早夭、常送作童養媳的環境中度過。從小時沒有東西吃、不斷工作、不能休息、很少睡覺、不斷被打被罵，到十多歲出外工作、出嫁、生兒育女、生老病死等等；如果幸運的話，兒女孝順，在當了婆婆後，生活才比較好過。總之，生活就是如何「拖與捱」過一段段生命的階段、如何從生命序列中的一個階段「逃脫」到另一個階段。<sup>3</sup> 在這其中，我們幾乎沒有讀到什麼墮胎與避孕的段落。同時我們也不會驚訝，在這種情況下，如果墮胎成為可能時（如在戰後國府初期），這些為生育與貧窮而苦的母親們，會有什麼不願意。

日治結束國府來台的四〇年代末、五〇年代初時，也許是吳濁流所說的本省人「道義之心並不輸日本人」時代的結束，而一些本省人「和外省的不良份子一模一樣而開始作不道德的競爭」（吳濁流，1993: 186）時代的開始。舊有的道德開始模糊，新的可能性默默滋生。<sup>4</sup> 在這其中，一場默默的「性與身體」的運動，在家庭臥室、在

<sup>3</sup> 除了市面上一些《阿媽的故事》、《消失中的台灣阿媽》通行本之外，近幾年來，我在清華的大學部開授「台灣近代文化史」的課程，一個基本要求，就是要同學去訪談自己的阿媽，幾年來，可說閱讀過幾百篇日治中末期台灣阿媽的訪談，這是台灣婦女身體史的一個重要章節，日後應當會寫進我正在準備的書中。

婦產科診所中逐漸開始發展。在我們所訪談的許多老婦產科醫生中，幾乎每個人都承認，在五〇年代、遠在正式的家庭計畫之前，婦產科醫師替許多婦女墮胎，是個公開的秘密。雖然，在此同一時段內，日本的女性避孕環（Ring）已經進入台灣——遠在家庭計畫的樂普之前，但是，可能許多的家庭（包含先生）與婦女，仍然不斷地前往診所墮胎。<sup>5</sup> 在這裡我的基本論證，是認為戰後台灣，逐漸產生以「墮胎」當作一種家庭私下節育的有效手段，其結果之一是，在婦產科醫師與助產士彼此競爭獲取「家庭與婦女」信任的過程中，透過墮胎的特殊醫療技術與知識權威，使得婦產科醫師開始領先。當然退一步說，從日治後期以來，助產士與產婆、漢醫草藥、乃至針灸等，究竟在台灣近代婦女墮胎史中，曾扮演了甚麼樣的角色，還需要進一步的研究與求證，<sup>6</sup> 不過應該不會影響到這裡的論點。

4 究竟在五六〇年代，台灣民間與婦女的墮胎觀念，與所謂「道德」之間的關連，還需要進一步研究。台灣過去有「嬰靈」的說法，影響如何？也許當時外省婦女的道德負擔較輕？總之當時的情況與今天不一樣（在美國墮胎大論爭之後的時代）。今天台灣醫師的宣誓詞中，也以母體卵子受精的那一刻為生命的開始。此誓詞不知始於何時？

5 而即使在日本，在九〇年代避孕藥終於可以合法上市之前，墮胎一直是婦產科醫師的主要收入之一，見 Lock (1993)。

6 目前，我收集到的一點資料，仍然十分零星，不過基本上沒有動搖到此節的主要論證。雖筆者知道早期助產士也有嘗試手術墮胎的，或是說醫院婦產科偶而會接到助產士墮胎失敗的緊急案例（楊明敏醫師回憶），特別是在醫院中看過許多墮胎手術的助產士，但是案例總數大概並不多，特別是後來法律對助產士的行為軌範越來越嚴。根據兩份轉引自吳燕秋（2001）的資料，1971年農復會抽樣調查，96%的婦女由開業醫師墮胎，只有0.8%由助產士協助，1.6%尋求密醫來作。1977年杜友蘭的另一份墮胎調查，則發現有5.6%是找助產士；當然，這兩份資料的可靠性也可以質疑。而在五六〇年代，此比例可能會高些，但應不會高多少，畢竟墮胎手術是較複雜的。至於戰後台灣的漢醫草藥與針灸，雖然他們都宣稱能夠墮胎，古醫書

總之，子宮搔爬術，在戰後台灣的婦產科發展、婦女與家庭的新規劃、還有助產士的生計維持上，都扮演著一個重要的角色。是有些積極的助產士，雖然在護校中沒有教授 D&C (dilatation and curettage)，但是台灣民間的助產士傳統，當時仍然有其技術的鮮活傳統，所以對剛從學校「畢業」的小助產士，是個「全然的新天地」，<sup>7</sup> 包括一些據說頗為優良的 D&C 技術。所以在戰後台灣開始的「墮胎潮」中，一些積極而優秀的民間助產士，仍然在其中分到一小部分的墮胎案例。但是同時，D&C 大概也是戰後助產士「手術」技術發展的最後階段。當戰後婦產科醫師，在徐千田流派的大力推動與影響下，從 D&C、剖腹產、子宮切除術出發，繼續向其他更複雜、更需要團隊與外科相關技術（如血庫、全身麻醉等）的手術進行時，反觀許多助產士，連要保持操作 D&C 的手術，都會受到相關法律禁制不斷的壓制。

最後，我們來看看在徐千田流派中，基本技術 ABC，但同時也是最容易賺錢的子宮搔爬術，是如何進行的，還有它又與婦女子宮的「關係」為何。

---

中也言之鑿鑿，但是有效性究竟有多高，是個問題，也常成為婦產科醫師嘲弄的對象。此問題當然需要作進一步的研究。

<sup>7</sup> 最近訪談的助產士 X，在六〇年代前後的助產士，如果以當時頗為優厚的 D&C 來維生，一開始可以在自己開的產房中來進行，但是後來醫師法律對之益加嚴格取締，所以她們常常透過找個退伍「軍醫」當作是看門的，然後仍然私下進行 D&C 手術。或是以「女醫」之名來規避法律，或是跑單幫，或是與男醫師合作，男醫師也順便從助產士那裡學 D & C。這些六〇年代的各種存活策略，令人想起在日治時期台灣男婦產科醫師聯合助產士的發展策略，見傅大為（2001），只是主客對調了。

(徐千田) 教導帶領年輕醫師作子宮搔爬手術是年輕醫師最怕的，因他都用上下葉，而一個子宮搔爬手術 D&C 的案例常要作 40 至 60 分鐘，年輕住院醫師側身拉完勾後，手麻木張不開，腰也直不起來。他常苦口婆心的告誡住院醫師，婦產科醫師最容易賺錢的是 D&C，最容易出事的也是 D&C，因此做 D&C 時，必須要確實不能有一點疏忽，更不可以快速草率的搔爬幾下即要結束，一個婦產科醫師沒有穿破幾個子宮的經驗，其 D&C 是不算畢業的。其意思是說有穿破子宮的經驗才會有破的感覺，而知所停止，避免造成進一步的傷害。我在住院醫師及曾跟他處理一例子宮搔爬手術後子宮穿洞，小腸多處破洞。我們將子宮修補後切腸子重接，修補小腸全部自己來，不找外科。(阮正雄, 1997) (黑體係筆者所加)

的確，一個「手術型的婦產科醫師」，不需要外科。有趣的是，像「一個婦產科醫師沒有穿破幾個子宮的經驗，其 D&C 是不算畢業的」這樣的名言，在徐千田之後，似乎在婦產科醫界頗為流行，我在許多訪談、場合中都聽過。但是，這樣建立在子宮穿孔之下的學習 D&C 方式，是否沒有問題？很值得進一步探討——特別是婦女子宮又成為學習基本手術的「實驗品」的時候。我參考 *Williams Obstetrics* (20<sup>th</sup> edition) (Williams et al., 1997) 在討論 D&C 技術時，完全沒有提到這句名言或類似的意思，書中特別要求一些動作，為的就是避免穿孔。我訪談過的優秀助產士，當她在學習與進行過很多的 D&C 手術時，也「很幸運地」，從沒有發生過嚴重的子宮穿孔。<sup>8</sup> 那麼，

<sup>8</sup> 當然這中間也有模糊地帶。根據助產士 X、還有一些婦產科醫師說，輕微的子宮

我們要如何來瞭解徐千田這樣的名言？是否婦女的子宮，即使作為基本技術的訓練器材時，也可能是如此地被糟蹋？

## 二、戰後台灣的子宮頸癌及其廣泛性根除手術

五六〇年代的台灣婦產科，論開刀，許多人都以徐千田流派為主。至今在各種紀念與回憶徐的場合，徐的出名學生輩最津津樂道的，就是徐千田繼續發展岡林式（Okabayashi operation）的「子宮頸癌廣泛切除手術」，還有它如何在徐門之中被發展成熟、徐千田如何在亞洲各地作開刀秀、以展示他以及岡林式的子宮頸癌開刀技藝。在台灣，因為徐不輕易傳授這門絕技（見本文的首頁引文），所以今天仍然可以追溯出一幅手術傳遞的「系譜圖」，畫出徐的絕技的傳道路線，如當年徐千田傳給了哪幾位弟子醫師，而那幾位後來又傳給了哪幾位等。至於此手術技藝的細節修正、手術後的引流問題與可能的併發狀況的解決，每個細節貢獻，都可以指名道姓的說出來。<sup>9</sup> 同時又因為徐千田並不把此技術看成是基本訓練，得傳其道或不得其門而入，自然有相當的差別，這也就產生了徐門之中有「留一手」所產生的恩怨。

從社會學的角度，這個「系譜圖」當然可以引發出更多的討論。其中之一，也是最令我注意的，就是子宮頸癌根除術，在當年是如此

---

穿孔，一般注射了子宮收縮劑後，就會復合，甚至一般手術中的婦女根本不知道。事後大概也無恙。一些醫師說，能夠感受到「穿孔」的感覺很重要，最糟糕的是穿破子宮後，不斷地把腸子拉出來而不自知。這個嚴重情況，有些醫師戲謔之為「升旗」！

<sup>9</sup> 例如，請參考陶五柳編的《一代仁醫徐千田》（1995），感謝吳嘉苓告知此書並引起我的注意。

的炙手可熱，進而形塑了戰後婦產科的某種歷史性格、一種醫院技術的技術傳統。首先，從流行病學而言，台灣的子宮頸癌發生率頗高，這就促成了「婦科如何來醫療子宮頸癌」成為一重要問題的緣由。五〇年代的台灣，婦產科界究竟是如何來作的？國民黨來台後離開台大的徐千田，因為他過去台北帝大老師大賀征（京都大學岡林的女婿）的緣故，即著手研發著名的岡林式開刀法來對付子宮頸癌，<sup>10</sup> 進行廣泛式子宮根除手術，並在子弟兵羽翼之中，不斷研究發展。藝成之後，聲名遠播，從中興醫院的徐千田「醫局」到徐千田自己開業的「徐婦產科」，前來求診的婦女非常之多，單單徐婦產科，「每個月單子宮頸廣泛性根除術就有 20 到 25 例，其他子宮切除及卵巢腫瘤都是常見的手術」。但是，我們可以注意到，從當年的大賀到後來的徐千田，當初在台灣研發岡林開刀法時，並沒有一個已經成熟而完備的岡林法可供隨時參考，所以實驗的性質其實很高。張耀東曾回憶：「這項手術作起來，大家都非常緊張，有如臨大敵般」（張耀東，1995）。<sup>11</sup> 其中的成敗情況如何？我們下面會討論，不過行文至此，很容易令我們迴響起此文開頭所提到的「樹靈塔」、還有徐千田「遺憾」的五十年感言。

同時，作為一個強烈對照，並大概也間接促成徐門開刀熱的，是台大婦產科的戰後發展取徑。從東大出身的魏炳炎接手負責婦產科之後，對於子宮頸癌開刀術的興趣，似乎並不高。根據台大張道遠醫師的說法，這是當初魏主任有意識的選擇：

<sup>10</sup> 後來岡林因故被迫從京都大學離職，而岡林的弟子八木日出雄繼續在岡山醫科大學研發與完成此開刀法，並以老師之名來命名之，遠近馳名，而台灣的詹明芳醫師即從八木那邊學習，回國後受到徐千田的注意。

<sup>11</sup> 另外，訪談醫師甲也提到，當年徐千田除了與大賀一起摸索外，之後也透過「看書」，自己來摸索，後來訪問八木、參考他的作法。

光復初期，由於醫療資源有限，如麻醉、輸血輸液療法及抗生素來源的不足，都凸顯手術的危險性（當時曾發生第一外科病人因破傷風感染而連續死亡的事件，導致徐傍興主任的去職）。當時魏炳炎教授的理念上，既然這兩種治療方式的效果差不多（子宮根除手術與放射線照射），何苦讓病人承受多一分的危險。這種人道主義的精神一直秉持著，直到後來麻醉安全的提升，血庫成立，輸血治療的穩定及消毒、消炎藥物的普及後才改變。（張道遠，1995）

這個「人道主義」的說法，雖然在前面徐千田「許多人因我而死」的背景下，值得重視，但是我們仍然有質疑的空間。究竟當年的子宮頸癌廣泛性根除術有多危險？一方面讓徐門弟子趨之若驚，另一方面讓當年不幸患病的婦女前仆後繼？固然，徐千田的學生蔡明賢醫師回憶，從四十年前子宮癌手術還用「腰椎麻醉」，最長只能維持二小時，而為手術準備的只有由血牛抽的300cc，而強作最少出血量500cc的大手術，徐門子弟都認為這是徐千田「堅強的意志與不畏任何困難的魄力」（蔡明賢，1997）。但另一方面，曾作徐千田開刀第一助手的張耀東（1995），<sup>12</sup>在欽佩徐之餘，亦警告岡林式手術即使到晚近仍有其危險性。

筆者曾經訪談過某醫學中心教授丙，問說是否這樣多少顯示了當年徐千田的「非人道主義」？他的回答是很確定的「並不顯示」，並且尊重當年徐醫師還有其他人的作法，認為不同的醫師會有不同的判

<sup>12</sup> 關於子宮頸癌廣泛性根除手術的台灣史，筆者研究資料的來源，幾乎全部來自各種類型、不同門派醫師的研究、文字與訪談，但卻比較缺乏對相關婦女病患、乃至其他醫療專業人員，如護士與麻醉師等，進行訪談或閱讀文獻（幾乎沒有），以提供另類的觀察與經驗角度。這是本文的未來發展應該補強的地方。

斷與作法。雖然，教授丙也提到，台大方面一直是比較「保守、穩健、甚至客觀與超然，沒有外在因素的干擾、或現實的考慮」。另外，筆者訪談過的某醫學中心退休教授丁，問到徐千田的子宮頸癌手術，他這樣子說：「這很難講，這個子宮頸癌他的結果很好。以前他也給人家批評是世界第一，是這麼說的，也許結果是比較好的，我也不敢說…」

我們可以反過來考慮上面張道遠醫師的說法，認為光復初期，子宮根除手術與放射線照射「兩種治療方式的效果差不多」，所以促成台大選擇人道主義的放射線療法。但是這是否有實際的證據可言？我們可以參考台大自己當時的兩篇回顧式的研究報告，由王耀文、王春雄（1952a）所提出，其中所引子宮頸癌病人的數據，基本上是魏炳炎 1949 年底入主台大婦產科之前的十三年總結。就 1938—1945 年末入院治療的子宮頸癌病人，治療後經過滿五年的成績而言，其實數據並無法支持張的說法。若從 1938 至 1950 年末的 13 年間而言，<sup>13</sup> 子宮頸癌病人共 874 名，其中日籍 133 名。但若要看滿五年的治療成績，則時間要追溯到 1945 年末斷開，病人總數只 343 人。其中，有 161 名（多為第一、二期）進行手術療法，有 137 名（多為二、三期）進行放射療法。但是因為當時五年後病人下落不明者比例甚高，手術療法者達 68%，而放射療法者則達 70%，故而成績的可靠性很低。但是就如此缺憾的資料而言，所謂腹式廣泛性子宮全剔除術的五年存活率，的確比放射療法要高。<sup>14</sup>

<sup>13</sup> 1949 年，徐千田正式離開台大，而同年年底，由嘉義醫院轉來的魏炳炎醫師接掌台大醫院婦產科主任。其中，1949 年開始致力於組織切片檢驗，開始有子宮頸癌第零期的概念。若以 1946 年當作個次分期，則之後到 1950 年末，癌症第一期減低約 10%，而第三期反見激增約 60%。（王耀文、王春雄，1952a）

令人驚訝的是，王耀文、王春雄第二篇（1952b）提到，在約略相同的時段內，「歐美全面的傾向放射療法，反之當時日本全採取手術治療」，為何有如此的差異，則需要進一步研究。所以在文末，王耀文把八木教授在岡山醫學大學的「岡林法」手術成績，分別與歐美二十四個放射治療中心、還有與另外九個中心<sup>14</sup>的五年存活率來比較，在大部分的情況下，八木醫師的岡林法成績都是最好。總之，在如此的情況下，我們可以瞭解，受日本影響深刻的戰後台灣，以發展複雜而出色的開刀技術，作為醫療子宮頸癌的主流手段，並且在整個婦產科界擁有高知名度，並不令人意外。

目前，雖然筆者尚未看到對整個「五六〇年代子宮頸癌根除術」的全體評估或統計，但是，即使今天在台大婦產科自己編的本土《婦科腫瘤學》中的資料來看，如果取較晚的 1969 – 1978 時段為例（黃思誠，1998: 407-409），則世界許多案例統計的結果，子宮根除手術的五年存活率，是要比放射性治療來得高。還有，如果把岡林式子宮頸癌根除術與西方其他子宮頸癌根除術來比較，則岡林式根除術的存活率要更高，是符合了一般岡林根除術所號稱的「癌細胞清得較乾淨」宣稱。況且，話說回來，當年作鑄錠「放射性治療」的危險性又有多高，如何估計？從台大在 1980 年後，才把接受放射性治療的病人改成在放射線科接受治療來看，台大當年對鑄錠室的安全與專技問

14 見王耀文、王春雄（1952b）。第四表廣泛剔除術成績，一、二、三期的手術數分別為 53, 40, 3，而五年後健存者為 10, 7, 0。而第八表則為放射成績，一、二、三期手術數為 8, 50, 70，五年後健存者為 3, 7, 0。這個比較對我而言很明顯。

15 包括 20 世紀上半期歐洲幾個最有名的放射治療中心，如 1914 最早開始的 Stockholm 療法，Forssell 報告了 24 例無法開刀的子宮頸癌病人以鑄放射線治療成功的例子。還有後來的巴黎療法，30 年代的 Manchester 療法等等。參考《婦科腫瘤學》（黃思誠，1998:386-387）。

題有多重視，也是可以疑問的。<sup>16</sup> 至於徐門，對於當年也使用鐳錠來治療復發病患，但卻沒有認真注意到放射線的安全問題，倒是坦然承認（阮正雄，1995c），甚至懷疑此為造成許多徐門醫師後來致癌的原因。當然我們還可以再加一句問號：當年在不注意安全的情況下，許多原本已患病的婦女又是如何經歷這些放射線的？

不過，對付婦科的厲疾，婦產科的醫療傳統並不單純、也不盡然都如徐門「手術型婦產科醫師」，卻是歷史的事實。以英國為例，從十八世紀開始到二十世紀，就如Moscucci (1990) 的名著 *The Science of Women* 所言，近代婦科與產科的複雜歷史，正是兩種不同而有衝突的傳統（傾向內科的產科 vs. 傾向外科手術的婦科），在既聯合又鬥爭的脈絡中，共同企圖建構近代英國婦女的女性性格（femininity）。一些從「男助產士」出身的著名產科醫師，如W. Hunter等，從反對產鉗、到後來反對一些婦科大動刀戈的著名手術，都是常發生的事。透過這些態度取向，產科醫師們希望能夠逐漸進入地位最高的 physicians 圈子與上層社會。到了二十世紀，在日治時期的日本內地，東大婦產科與京大婦產科的傳統並不相同，<sup>17</sup> 也顯示了婦產科內部的異質性。對於子宮頸癌，東大婦產科並不熱中開刀，而傾向物理治療；至於京大婦產科出來的，則有早期台北醫專時期以開刀聞名的迎諧（醫專時期—1914-36）、著名的岡林教授、後來的三林教授、徐

<sup>16</sup> 雖然我們知道，1956 年台大的魏炳炎親自設計與成立在婦產科病房的「鐳錠室」。並指導治療方式（劑量的算法等）。見《台大醫院婦產科百年史料輯錄》，（黃思誠等編，1995:202）。

<sup>17</sup> 一個類似的情況，則是日治時期東京大學細菌學研究與日本國際著名的細菌學家北里柴三郎的「北里研究所」的差異與分庭抗禮，而這個大差異與競爭的情形，後來也影響到台灣細菌學、熱帶醫學方面的研究。見劉士永（1999:132-133）。

千田的老師大賀征、還有徐的好友岡山大學著名的八木教授等。這兩個傳統，在四〇年代，對於子宮頸癌根除手術的善惡，有激烈的辯論，張耀東（1995）在 1942 年曾參加全日本婦產科學會，就目睹了這場大辯論，並認為台大的魏炳炎當年也該在場。

這也許是為什麼，東大出身、專研細菌學的真柄正直，在取代迎諧（熱中開刀術，不喜寫研究論文）接手台北帝大婦產科後，似乎並沒有積極研發子宮頸癌根除手術。在真柄〈台北八年〉的自述中，他提到台大醫學部長三田定則替他定下的研究題目是胎盤與妊娠毒血症，但「另一方面台灣只有一個大學，患者也多，我專心於子宮頸癌及子宮拖垂手術」（黃思誠譯，1995）。這似乎是因為台灣患者多，使得他不得不專研子宮頸癌，但是對於廣泛式的根除術，究竟有多少的研發，不無疑問。台大方面的婦產科前輩們，對此的說法也不盡相同。<sup>18</sup> 但是同時，真柄則專心於他有強烈興趣的婦產科學術研究。到了戰後，真柄倒是對於子宮頸癌根除術精進異常，並以開刀聞名。也許這個發展，後來逐漸影響到戰後台大的態度。

這種「熱心學術、對開刀術並不特別熱心」的取向，似乎也是後來東大出身的魏炳炎接手台大婦產科後的方向，勤於發表論文於國際 SCI 期刊，<sup>19</sup> 並對許多手術的適應症規定十分嚴格。當然，台大這個對「手術房」有所保留的婦產科傳統，在戰後並沒有持續多久，前後

<sup>18</sup> 參考《台大醫院婦產科百年史料輯錄》中（黃思誠等編，1995），李枝盈、洪孔達的說法，還有王耀文、王春雄（1952a）。張耀東（1995）則持有比較保留的看法。

<sup>19</sup> 戰後早年台大曾在美國 NIH 援助下成立「子宮頸癌病毒研究室」，又與美國第二海軍醫院合作研究泡疹病毒與子宮頸癌之關係。見〈台灣婦產科百年回顧〉一文，《台大醫院婦產科百年史料輯錄》（黃思誠等編，1995: 17）。但是後者年份不詳，也可能在 1968（黃思誠等編，1995: 202）。

大概只二十年。1968 年，眼看時機逐漸成熟，<sup>20</sup> 台大終於在魏炳炎一聲令下，成立子宮頸癌手術小組，由李卓然教授主持，「病人數目激增，有口皆碑，李卓然教授，儼然一代宗師，與徐千田教授同屬台灣子宮頸癌手術之二大天王」<sup>21</sup> 云云。轉眼間，手術型的婦產科醫師，已經不分台大中興，<sup>22</sup> 不分徐千田李卓然，只是從五六〇年代的一個父親（子宮頸癌手術之父），到了七〇年代增加成兩個天王。為什麼會有這個轉變？當然，1968 年之前，台大不是沒有進行任何關於子宮頸癌根除術的研究，只是沒有如李卓然那樣的團隊發展而已。從今天的事後之明看來，對於子宮頸癌廣泛性切除術作研發，台大也有個自己的「系譜」，一般說都是如此：真炳傳邱士榮、邱士榮傳李卓然（在魏炳炎的號令下）。<sup>23</sup> 順便可以一提，台大中興之外，國防醫學院系統，亦於 1963 年之後，於榮總開始研發子宮頸癌手術，後來號稱成為「徐千田以外的第二個子宮頸癌手術中心」。<sup>24</sup>

20 這個時機，固然可以從上面張道遠（1995）的引文來看，但也可以從衛生署的「台灣地區歷年主要死亡原因」之統計來看。1950 年代到 1960 年代初，惡性腫瘤的死因都只佔第七、第八，但到了 1966 的統計，惡性腫瘤的死因突然跳到第二，以後這個排名一直維持下去到 1982，更跳為第一。如此大致可以推斷，婦科腫瘤的重要性也大增。

21 同上註，見〈台灣婦產科百年回顧〉一文（黃思誠等編，1995：17）。1968 這個年份，也可以在該輯錄「台大婦產科歷年子宮頸癌病人人數統計表」（黃思誠等編，1995：275），得到驗證。

22 在 1961 年成立的中華民國婦產科醫學會，由魏炳炎、徐千田等人共同成立，而魏炳炎一做理事長就作了 17 年，為何如此，都還待進一步研究。

23 無論是李枝盈（1997）、訪談的教授丙、或是徐門的阮正雄（1995a；1995b；1995c），都是如此說。

24 榮總於 1963 年後，以孟憲傑為領導來發展，1965 年又有楊迺侗的加入，這些醫師從國外加入，似乎不是徐千田的系統。陳福民說「第二」，就是領先台大的意思（1997）。

本文行文至此，從醫療技術史與病患身體史的角度面，對於徐門「手術型婦產科醫師」的歷史討論、並對照戰後台大婦產科的另類傳統，可以暫時告一段落。回過頭來，我們再來對此技術面與性別意識型態的關連問題，作進一步的思考。

回溯前面所說的徐門訓練婦產科醫師的基本三種手術：D&C、剖腹產、還有子宮切除術。<sup>25</sup> 至於子宮頸癌根除術，則不屬於基本訓練。除了臨床手術的學習與操作外，徐門子弟還提到一個相關的重點：對於其他人手術的觀摩、以及觀摩的原則（阮正雄，1997）<sup>26</sup> 等等，在這一切的訓練裡，似乎總是以各種手術為中心。各種回憶、小故事、徐千田的幽默與機智等，也都是圍繞在手術房中。即使是最累的「大將」，<sup>27</sup> 一到了手術房，往往還是精神百倍云云。而即使如此，在徐門子弟的眼裡，徐千田還正是個標準的「手術癮」（operative addiction）典範、或「手術中毒」（operative intoxication）的最佳個案。

問題是，一個婦產科醫師的基本訓練，是否必然是這三種手術為主？我們在前面已經看到徐門許多以「婦科手術」為中心的婦產科基本訓練、還有子宮頸癌廣泛切除術的技術顛峰，這些手術為主的傳統，應該促成了後來台灣婦產科勇於動刀、還有國際知名的「高剖腹

25 據了解，過去高雄醫學院的基本訓練，也是這三刀。根據劉仲冬告知，過去榮總或三總，醫師們時而以一個剖腹產所需的最少時間來比賽、來練習手術技藝。

26 徐千田有個很值得思考的開刀觀摩與開刀技術競爭的標準：「如果你發現別人的手術很好，即表示你與該當事人有差距一輸他。如你發現該手術者平平，即表示你跟他的程度相近，如你看的手術者很差勁時，你可能是會比他好一點點而已。」

27 根據賈易中，此為沿用日本時代流傳下來的稱呼，學生們當面喊徐為先生，背後尊稱為大將（陶五柳，1995）。但在本文的脈絡中，很容易聯想到開頭談到的「一將功成萬骨枯」的話。

產比例」之情況。但是，我們要問，是否可以有一種以「產婦」為中心的另類婦產科基本訓練呢？

筆者要論說的是，基本訓練當然不必然是徐門的那三刀。台大在六〇年代之前，或許不是如此的基本訓練。我們還可以進一步設想，一個婦產科醫師的基本訓練，特別是產科醫師，為甚麼不可以是臀位產接生、雙胞胎接生、還有例如「無痛分娩」的相關技術與麻醉技術？<sup>28</sup>二、三十年前，如果一個婦產科醫師，透過剖腹產來作雙胞胎接生，老醫師回憶說，會被同行笑話的，但是在今天卻非如此，雙胞胎已落在剖腹產的適應症中。其實雙胞胎兒較小，如果其他正常，反而易生，過去我們訪談老助產士，接生雙胞胎的很平常。但是因為容易早產，不易臨時安排小兒科，故一個說法是剖腹產反而容易。<sup>29</sup>然而，從前面無痛分娩的困難在於麻醉師的缺乏，到這裡早產雙胞胎的困難在於不易安排小兒科醫師，表面上看起來是個制度於專業的問題，但換個角度來說，是否也可以說是婦產科基本訓練的方向問題？

甚至，如何進行VBAC（Vagina Birth After C/S），也可以是個基本訓練啊？台灣婦產科傳統有一句流傳的話，「一胎剖腹、終生剖腹」，但它早已經是誤導而過時的看法。許多醫師認為這是高風險的生產，根本不對產婦建議此法，以致台灣一般醫院的VBAC比率在國際上是瞠乎其後。當初婦產科的訓練，究竟有多少著力與此，大有問

28 參考吳嘉苓關於「無痛分娩」還有VBAC的討論。吳嘉苓認為，「產婦訴諸剖腹產來減低產痛，顯示了台灣產婦對於應付產痛的貧乏資源」（2000: 17）。許多醫院不提供「硬脊膜外麻醉」以進行無痛分娩的原因，說法都是麻醉師人力不足，而且健保不給付。本文關於剖腹產的許多問題，得力於吳嘉苓的論文與討論，特此致謝。

29 關於雙胞胎的討論，部分來自高醫性別所研究生吳翌銘醫師的看法。

題。總之，我這裡所提的另類基本訓練，當然是以產婦為中心的基本訓練。所以，如果臀位產、雙胞胎、VBAC、無痛分娩等，能夠在基本訓練中大受重視，自然可以降低剖腹產基本訓練的重要性。當然，這裡的構想，也許比較適合產科，但是在婦科的情形又如何？今天的婦科，在基本技術上，除了各種開刀手術外，是不是還有許多其他技術？這多少顯示，今天婦科的手術傾向，與產科（obstetrics）本源的潛在意義，<sup>30</sup>是有其長遠的潛在衝突。但是在此二科興起的歷史中，因為整個醫學界的許多環境生存因素，又將此二科緊緊的聯繫在一起。

根據 Moscucci (1990)，近代歐洲婦科的發展，從鴨嘴器（speculum）開始，就與手術、外科「切割身體」的取向，逐漸接近。對於男性婦科醫師而言，這也許是種「男性雄風」的呈現，通過知識權力的手術刀，對女性身體作切割與解剖，並且透過這些手術，同時建構了一個零碎化、身體部分可先後組合切割、容易剖開操作與再縫合的女體，也許可稱之為「布娃娃女性」。有點像屠格涅夫《父與子》中無神論的主角 Bazarov，喜愛醫學解剖，卻又愛上了一位女孩，他對那位女孩的第一個反應是「真是個漂亮的身體！難道我不應該在解剖台上好好看看它嗎？」（Jordanova, 1989: 1）但是同時，部分的產科醫師，卻有另外一個更接近傳統女性形象的醫療傳統。他們對許多切割或侵入身體的技術頗有保留，認為那會破壞女性的純真（如對鴨嘴器與內診），破壞女性做為母親生育的天職（如對剖腹產、子宮與卵巢切除等）、破壞女性傳統特有的女性魅力與性感（如

<sup>30</sup> 包括 obstetrics 此一詞的原始意義。是「在婦女之前，等待、觀察、與適時的行動」之意。

卵巢切除）。這些醫師，有時倒頗同情那些女病患的父親們，因為後者對於「女兒」形象的關切，與他們對於女人形象的關切類似。這個傳統，雖然有時與女性的利益較為接近，<sup>31</sup>有時其實也是複製建構了傳統賢淑女性的意識型態，相對於布娃娃，也許可稱之為瓷娃娃女性——光鮮亮麗、脆弱而易碎。相對於前面的手術型婦產科，這個產科傳統，比較自我認同於傳統上層的內科醫師。

同時在十九世紀後期，透過著名生物生理學家如 Claude Bernard 的鼓吹，對生物體進行活體解剖（vivisection），是使得生命科學成為如物理化學般的「實驗科學」之不二法門。當歐洲的婦科醫師們在發展剖腹產、卵巢切除術等技術而引起大爭論時，Bernard 無條件的支持他們，認為外科本身，是實驗方法與活體解剖取向的延伸，而後者正是科學醫學的基礎所在。這些觀點，使得鼓吹手術導向的婦科醫師們，在十九世紀末可以強調說，卵巢切除術，既是醫療、又是實驗，它是一種最高貴的活體解剖（Moscucci, 1990: 109, 143-144）。雖然，當時的女性主義者與反活體解剖者強烈批評 Bernard，認為活體解剖觸犯生命、強暴女人，並有小說 *The Beth Book* (1897) 來諷刺他太太無法忍受這位活體解剖的先生（Moscucci, 1990: 160）；但是在那個強調科學、實驗、活體解剖的男性雄風時代，手術型婦科仍然不斷地發展新技術，並在不缺乏嚴重病患的情形下，新實驗科技的形象、還有由手術而來的優渥收入，都會使得優秀的年輕醫師急於進入手術型婦科，而把產科只留給二流的醫師來作。這也正是英國近代仍然有必要把婦科與產科作結合、年輕醫師必須產婦科一起修習的理

31 根據 Moscucci (1990)，這也是早期部分男性產科醫師爭取中上階層婦女的發展取向與策略。

由，否則婦科逐漸會與手術外科融合，而產科逐漸會在整個醫學界邊緣化。但是，婦產科結合訓練的結果，卻又有使得產科逐漸「手術婦科化」的現象，即使從近代台灣，我們也可以隱約看到這種趨勢，如徐門的基本訓練模式，如七零年代以來剖腹產大量攀升的情況等等。

如果說前面我所提的「另類」婦產科基本訓練，比較接近於一個理想化的、以婦女為中心的產科，但是在過去的歷史現實上，有其困難。那麼如何可能解決這個婦產科發展與婦女健康利益的問題？一個可能的答案，也許在於婦產科的「預防醫學」、甚至婦產科相關的公衛發展上面。如果能夠透過有效率的、「非集中化」科技型態的預防醫學篩檢，大幅降低傳統嚴重病患的數量，自然會使得集中化的「手術婦科」型態，在整個婦產界的重要性降低，同時也會使得更以女性為中心的、非手術超控型的「耐心與等待」的產科技術，能夠在婦產科醫學界，有其新的發展空間。另一個可能的答案，則在於發展更新的生物醫療科技，藉以跳過或「架空」手術刀導向。這在最近也可以看到一些新發展，例如藉由血管阻斷術來切除肌瘤，可以保住子宮。又例如透過對人類乳突病毒 HPV 的基因解碼，研發出子宮頸癌口服疫苗等等。<sup>32</sup> 但是因為時空限制，本文無法對此第二個問題來作討論，何況，生物醫療科技的新發展，所可能帶來的新「醫療與性別、醫療與身體」等問題，仍需要進一步考察。

以下，我們就開始討論一點台灣於七〇年代中期才開始比較大幅進行的「子宮頸抹片篩檢」，還有它與台灣之前的「手術型婦產科」、特別是它與子宮頸癌根除術的關係。

32 關於血液阻斷術，請參考李樹人（2001年11月7日）。關於子宮頸癌疫苗，則請參考邱俊吉（2001年11月23日）。

### 三、七〇年代台灣的子宮頸抹片篩檢—— 歷史問題與婦產科脈絡

1943 年，美國醫師 Papanicolaou 就和婦科病理學家 Dr. Herbert Traut 共同發表重要論文，提出子宮頸抹片檢查在病理學與檢測成功證實的報告。這個新理論技術對婦科技術史的一個重要意義，我認為，就是使得子宮頸癌廣泛性切除手術的重要性降低，而後者，正是台灣五六〇年代徐千田婦產學派的絕技。前面也提到，台大婦產科則扮演後起之秀，於 1968 年以後也開始研發此絕技，並與徐門競爭激烈，時而對後者的傳統有間接的批評。

首先我問一個比較表面的時間問題：當美國從 1950 年代中期，就開始大量進行抹片篩檢，為何當年受美國醫學影響很強的台灣，要到 1974 年才由周碧瑟等開始進行大量的篩檢？

在回答這個易引起辯論的問題之前，我們先要區分子宮頸抹片做為醫院中的「檢測技術」（medical detection）與它作為向一般社會婦女所進行的「篩檢」（screening）二者的不同，二者所需要的社會、公衛與醫療條件也不同。而某種癌症的篩檢，往往需要以在醫療上能夠正確檢測、預防、治療該癌症（從潛伏期、早期到其他階段）為前提（Chou, 1991: 86）。<sup>33</sup> 在台灣醫學界，前面提到的王耀文、王春雄第一篇（1952a）中，當他們回顧台大過去十三年的子宮頸癌治療成績時，就已經提到 Papanicolaou 的「陰道塗抹標本法」有早期發現癌

33 可以再加上兩條：(a) the disease constitute a health problem to the individual and society, and (b) the cost of screening is in reasonable proportion to the benefit achieved and to the total expenditure within the health sector。

症的效果，所以在傳統癌症第一期的前面，有所謂第零期的出現。但是當時他們似乎沒有提到篩檢的可能。十四年後，台大的文錫圭等人（Wen, Kuo & Wang, 1966）終於發表了可能是國內第一篇子宮頸抹片在醫院檢測的研究報告。<sup>34</sup> 在該文中，文錫圭等已經提到抹片「篩檢」的重要性，但是他們的資料，並非一般性的篩檢，而是來自 1962—66 四年內台大看診的 11,735 位病患，一共採集了 12,249 次抹片。這在當年，大概已經算是比較長期而大幅度的報告了。有趣的是，如果我們再把之前討論的台大婦產、中興徐千田兩個系統拿來比較，看看在 1974 年前，那邊對抹片細胞學的研究比較深入，答案似乎可以肯定——是對子宮頸癌開刀比較不熱心的台大系統。<sup>35</sup> 台大也是有「台灣第一個細胞抹片檢查」服務的（黃思誠，1995: 53）。<sup>36</sup>

回到前面那個「時間落後」的問題，從五〇到七〇這二十個年頭，不知道是否是台灣子宮頸癌篩檢所需要的醫學研究與公衛的「準備期」？我有點懷疑需要如此久。換句話說，是否這是因為技術透過所謂的跨文化「散播」（diffusion）必然需要的時間？根據周碧瑟與

34 關於戰後台灣婦產科學術研究的發表記錄、歸納整理、與簡單評價，黃思誠的〈百年來台灣婦產科人心靈導遊〉（2000）是筆者的重要參考。

35 從黃思誠（2000）及其他相關資料分析，大致如此。徐門第一篇討論 Pap smear 的，大概是 1972 年張中全在《中華民國婦產科醫學會期刊》的論文。另外從阮正雄的幾篇回憶看來（1995、1997），中興醫院的抹片檢查、細胞學研究室，也是從 1972 年開始。筆者這裡暫時不討論過去徐門從生化研究來治療子宮頸癌的歷史，如雞母珠毒蛋白的嘗試與爭論——即使這也算是徐門開刀取向之外的一種嘗試，這也在 70 年代才開始的。根據董大成（1995），徐千田、董大成、林耀榮的第一篇雞母珠毒蛋白致癌效果的論文，是在 1971 年底於《台灣醫學會雜誌》中發表。

36 當時得到國際婦女會的資助，所以檢查的服務是免費的。這是在王耀文主持的子宮癌症特別門診中進行的。按照文錫圭等（Wen et al., 1996）的論文資料，時間該是從六〇年代初開始。

賴明芸「各國子宮頸癌篩檢技術初探」（1993）一文，我簡單列出「各國」開始大幅度篩檢的大略時間表（依五、六、七〇年代分）：

1950 年代	美國（1956）、加拿大（1950）、諾威（1959）、紐西蘭（1955）
1960 年代	日本（1962）、芬蘭（1963）、瑞典（1964）、英國（1966）、冰島（1965）、丹麥（1964）
1970 年代	荷蘭（1970）、西德（1971）、義大利（1970）、印度（1970）、南非（1972）

從上表看來，台灣在開始篩檢的歷史時機，與許多國家相比，是瞠乎其後的。根據王佩芬「子宮頸抹片」的論文（2001: 23），她訪談張中全、崔玖時，知道在七〇年代中期，當篩檢開始大幅推廣時，還引起台大病理與三總病理對於「抹片檢查」認可問題的辯論，因為傳統檢查，是靠切片，而抹片檢查，卻是細胞學檢驗。可見，在西方似乎早已被承認的技術，在當時台灣，雖然細節仍有待追溯，卻還有醫學意義上的「阻力」。從本文的觀點看來，這其中的歷史與性別意義為何？

至於台大婦產科系統，前面提過，主持人魏炳炎對於開刀不熱心，所以一直到 1968 年前，對於子宮頸癌根除手術沒有積極推動。但是，或許是力量不足、或是公衛支援不夠，他們似乎也沒有大力推動起碼是區域性 Pap test 篩檢，用來減低在後期才發現子宮頸癌的病患人數，如此就可以同時減低對子宮頸癌根除術開刀的需要。我們知道，第零期或第一期（起碼在 Ia 期）的子宮頸癌，並不需要子宮頸癌根除術，而有更簡單的療法，如電刀與冷凍電燒等，而當 Pap test 篩檢越廣泛，則臨床上第零期第一期的案例百分比就越高，而第二期以

上的百分比就越低，從台大醫學院子宮頸癌病患在五〇與七〇年代的「臨床分期分佈」的比較，就看出有這種效應（黃思誠，1998）：<sup>37</sup>五〇年代的分佈為，原位癌、第一期、第二期的百分比各為 1%、11.7%、25.5%，到了七〇年代則各為 22.0%、38.3%、23.0%。

我們今天回顧這段歷史，不禁覺得，一方面，西方的抹片篩檢早已大幅進行，但另方面，台灣的婦科醫師們仍然在開刀房霍霍揮刀以根除子宮癌，甚至台大做為後起之秀，以李卓然的權威來與徐千田競爭子宮頸癌根除術的「天王」之位，這個現象，從今天性別政治的歷史角度來看，讓人不禁問道，台灣婦女的身體又被擺在甚麼位置？

本文此節所提出的根本問題於是乎在，從比較歷史來看，為何台灣抹片篩檢的開始如此之晚？除了一些可能的經費缺乏外，當然一般無病婦女對男婦產科醫師的迴避也是個重要的理由。但是另外，這中間有甚麼婦科學的理由、有甚麼台灣婦產科歷史傳統的理由存在，可以同時來解釋這種阻力或遲滯、或說解釋這種「本土婦科的自主性」？

對於這個婦產科醫療史的問題，筆者的論點是這樣的。正是戰後台灣婦產科開始在技術上，大量投資心血於「手術型」的婦產科操作模式，並以「子宮頸癌根除術」作為這種手術技術取向的顛峰，所以，這種「手術集中型」技術傳統的歷史慣性，包括醫師長年的訓練投資、手術技藝的高醫療聲望、醫師間的穩定合作組合，使得台灣婦產科，至少是在比較大型的醫院與研究中心，不易轉型，而來推行另

<sup>37</sup> 同時可以參考 Wang、Huang、和 Wen (1963)。另一篇類似的後續追蹤，從 1963-79 年，則為 Wen, H. K. (1981) Changing trend of clinical parameters of cervical cancer treated at National Taiwan University Hospital (1963-79). *Journal of obstetrics and gynecology of the Republic of China*, 20: 24-30。

一種「地方分散型」Pap 抹片篩檢的預防醫學技術的新型態。甚至，我們可以看到，這兩種醫療技術之間，在整個台灣婦產科醫療界、還有醫師與婦女之間的關係，可以有個「互為消長」的關係。也就是說，當 Pap 抹片篩檢越成功、健康婦女越願意定期檢查，子宮頸癌早期發現者越多，則台灣婦女的子宮病變就越不需要這種傳統根除術的絕技，而手術集中型的技術傳統在台灣婦產科界的重要性也就會相對的降低。在這裡，傳統婦產科中的性別政治，似乎也開始展現一個新的面相。就傳統的婦科癌症病變、或者是普通生子的大事上，權衡輕重，戰後台灣婦女似乎並未就婦產科醫師的男性性別問題，產生很大的抗拒；反過來對於「手術集中型」的男醫師而言，在這些嚴重大事上可以「為了妳好」而振振有詞，性別問題也可以容易迴避掉。但是對於「無病婦女」是否願意給男醫師定期進行抹片檢查，性別問題自然浮現，而男醫師也無法再以「嚴重大事」來迴避。<sup>38</sup> 周碧瑟（1983）曾調查過七〇年代末農村婦女對抹片的接收態度，發現雖然教育程度愈高、觀念愈進步、認知愈高，但是農村高教育程度者的抹片受檢率，比起只受過中等教育者，要低很多。從本文目前的問題性看來，也頗有意義。<sup>39</sup>

所以綜而言之，對於大醫院或醫學研究中心，因為技術傳統的慣

38 當超音波技術開始於婦產科診所間流行時，許多孕婦在產前檢查時，主動要求超音波檢查，避免內診，也是類似的原因。筆者過去在訪談婦產科老醫師時，發現如果他們沒有馬上趕上這個新技術，則容易受到許多孕婦的排斥。

39 參考周碧瑟（1983），表七，還有頁 221〔後收於《台灣癌症篩檢》論文集（周碧瑟，1997）〕。碧瑟對此原因的解釋，是認知與實踐之間的差異問題，即衛生教育中所謂的 KAP（knowledge, attitude, practice）。但是筆者以為，教育程度愈高，性別意識大概也相對提高，會有另外性別政治的考慮，而未必與 KAP 有關，否則為何中等教育程度的婦女，從認知到實踐比較容易？

性、因為這兩種技術彼此的消長關係、再加上傳統「男醫師與女病患」的固定醫病模式與改變的困難，我們可以理解，是可以造成阻力與遲滯。

我們不能單純反駁的說，Pap 抹片篩檢是公衛的事，而醫師當然只管開刀，所以當然對 Pap 抹片篩檢沒有興趣，所以與婦產科的技術傳統如何如何，沒有關係。說「醫師只管開刀」，其實只是婦產科傳統的一個歷史現象，並非必然如此。具權威性的醫師或醫學院，對預防醫學與公衛漠不關心，也並非是必然的常態，反而可以是個問題。畢竟，Pap 抹片檢測的發明者 Papanicolaou 本來就是醫生，而它的驗證者，Dr. Herbert Traut，則是個婦科方面的病理學家。

反之，因為 Pap 抹片篩檢是種地方分散型的技術，個別而言，資本人力都相對較低，可能成為地方婦產科診所的醫師、乃至許多助產士有興趣的新技術——預防醫學方面的新技術，透過對於「先期發現」、「準確率極高」的保證，一方面可以讓地方婦產科醫師、還有助產士，加強與地方婦女的關係，另方面也可能引起地方婦女保健的興趣與意識。所以，地方婦產科診所醫師，<sup>40</sup> 對於 Pap test 阻力、慣性與質疑，應該要小很多；何況，地方診所，本來就沒有「集中型手術」的傳統負擔。當然，這並不能保證有好的篩檢成績，但這已經是另外一個問題了。

最後，從一般癌症防治的角度與歷史脈絡，可以對本節集中在「婦產科歷史傳統」的論點，提出另一層的商榷。是否 Pap 抹片篩檢，也該從一般癌症篩檢的歷史發展與脈絡來看？前面提到，從衛生

---

<sup>40</sup> 感謝成令方對本文這方面的論點，建議了一個婦產科專業的分層結構性分析，並連結到地方婦女的保健意識上來。

署的「台灣地區歷年主要死亡原因」之統計來看，由戰後到六〇年代初，惡性腫瘤的死因都只佔第七、第八，但到了 1966 的統計，惡性腫瘤的死因突然跳到第二，以後這個排名一直維持下去到 1982 年，更跳為第一。是否正是在這個脈絡下，可以簡單解釋幾個防癌基金會在 1973 年成立（見本文末），並且在 74 年開始較為大型的子宮頸抹片篩檢？至於筆者的簡單回應，也許可以如下說。防癌基金會的成立，也許可以從整個惡性腫瘤的死因大幅提昇來解釋，但是婦科的腫瘤，則未必可以看成是同一回事。

雖然戰後癌症死因的排名不高，但是就婦產科內部而言，則大概是子宮頸癌死亡的戰後排名最高，手術操刀精熟的婦產科醫師們，沒有理由不重視。況且，就整個醫界的癌症治療而言，婦產科的癌症治療，因為所涉及的身體部位，比較不是立即生死問題，所以過去也比較可以放手研究，其研究與臨床的操作，也比較先進而長久。<sup>41</sup> 所以，筆者以為，不能只從一般癌症的脈絡去看此問題。況且，即使在戰後西方，惡性腫瘤的死因，同樣也不是個高排名的死因，但這並沒有阻止子宮頸癌篩檢在戰後西方即大幅發展（如 14 頁簡表），而這正是本節最初所提出的「時間落後」的問題所在。所以，台灣婦產科的歷史傳統，從日治時代到戰後，的確是個重要的因素。

1974 年開始，「中華民國防癌協會」進行兩個梯次的子宮頸癌篩檢。第一次從 1974 到 1978 年，共有 661 家婦科診所參與，有 77,599 位婦女受檢。第二次從 1979 到 1984 年，共有 560 家婦科診所，更作經常性的參與，共有 175,823 位婦女受檢。

<sup>41</sup> 此處為婦產科醫學教授丙的訪談看法。即使目前新興腫瘤科的成立，似乎比較是專業分化的結果，比較在血液腫瘤方面，而與婦科腫瘤的傳統，重疊性不高。

同時，我們可以注意 1973 年這個有意義的時間。當年，在吳基福的推動下，中華民國防癌協會成立；而同年，徐千田六十大壽，徐千田防癌基金會也成立，徐門也開始「推動」子宮頸抹片篩檢。台灣的婦產科史，於是逐漸進入到一個新的時代。

◎作者簡介：

傅大為，高醫性別所、清大歷史所教授。專研：性別與醫療史、台灣醫療史與性別政治、科技與社會。

email: dwfu@mx.nthu.edu.tw

Homepage: <http://sts.nthu.edu.tw/dwfu/>

## 訪談記錄：（謹表筆者特別感謝之意）

婦產科醫師十多位訪談與助產士訪談若干。

特別相關的幾位訪談：

助產士 X，（傅大為，成令方），台北某醫院，2001/Nov./11.

婦產科醫師甲，（傅大為）、台北某婦產科醫院，李美儀轉寫。  
1998/July/10.

婦產科醫學教授乙，（傅大為，吳燕秋），台北某區域醫院，  
2001/Nov./12.

婦產科醫學教授丙，（傅大為），台北某醫學中心，2002/  
Aug./13.

婦產科醫學退休教授丁，（傅大為），台北某醫學中心，張淑卿  
／游千慧轉寫。1998/July/7.

## 參考文獻

### 中文部分

- 王佩芬(2001)《重新說故事——子宮頸抹片檢查》。國立清華大學社會學研究所碩士論文。
- 王耀文、王春雄(1952a)〈台大醫院婦產科之子宮頸癌及其治療成績：第一篇 過去十三年間之統計學的觀察〉，《台灣醫學會雜誌》，51: 218-227。
- 王耀文、王春雄(1952b)〈台大醫院婦產科之子宮頸癌及其治療成績：第二篇 五年間無再發生存率〉，《台灣醫學會雜誌》，51: 310-318。
- 台大醫院百年懷舊編輯委員會編(1995)《台大醫院百年懷舊》。台北市：國立臺灣大學醫學院附設醫院。
- 行政院衛生署(2001)，〈表 18：台灣地區歷年主要死亡原因〉。World Wide Web:  
<http://www.doh.gov.tw/newdoh/90-org/org-10/org10-6/87/2/%AA%ED18.xls>
- 吳香達(1993)《臨床產科學》(第五版)。台北市：茂昌。
- 吳嘉苓(2000)〈產科醫學遇上『迷信』婦女？—台灣高剖腹產率論述的知識、性別與權力〉，何春蕤編《性／別政治與主體形構》，1-38。台北市：麥田。
- 吳濁流(1993)《無花果：台灣七十年的回想》。台北市：前衛。
- 吳燕秋(2001)〈戰後台灣婦女墮胎文化史〉，國立清華大學博士論文研究計畫。
- 李枝盈(1997)〈邱士榮教授生平業績〉，《邱士榮教授紀念演講會》，1997 年 11 月，台大醫院。
- 李樹人(2001 年 11 月 7 日)〈切除肌瘤：血管阻斷術可保住子宮〉。《聯合晚報》，第六版。
- 阮正雄(1995a)〈悼婦產科一代宗師之一〉，陶五柳編，《一代仁醫徐千田》，

- 336-346。台北市：徐千田防癌研究基金會。
- 阮正雄(1995b)〈悼婦產科一代宗師之二〉，陶五柳編，《一代仁醫徐千田》，347-365。台北市：徐千田防癌研究基金會。
- 阮正雄(1995c)〈悼婦產科一代宗師之三〉，陶五柳編，《一代仁醫徐千田》，366-387。台北市：徐千田防癌研究基金會。
- 阮正雄(1997)〈恩師徐千田教授與學生的互動〉，《中華民國婦產科醫學會會訊》，9: 16-19。
- 周碧瑟(1983)〈台灣地區農村婦女對子宮頸癌抹片檢查認知與接受之分析研究〉，《中華醫學雜誌》，31(4): 302-311。（後收於周碧瑟，1997）
- 周碧瑟(1997)《台灣癌症篩檢：1982-96 論文集》。台北市：中華民國預防醫學學會。
- 周碧瑟、賴明芸(1993)〈各國子宮頸癌篩檢計畫之初探〉，《公共衛生》，19(4): 384-395。（後收於周碧瑟，1997）
- 邱俊吉(2001年11月23日)〈研製子宮頸癌口服疫苗：國防醫學院重大突破〉。《中時晚報》。第一版。
- 徐千田(1982)〈婦產科醫局與我〉，見《徐千田院長紀念講座》。
- 《徐千田院長紀念講座》，2001，台北醫學大學。
- 張道遠(1995)〈第一屆總住院醫師—李卓然教授〉，黃思誠等編《台大醫院婦產科百年史料輯錄》，102-105。台北市：台大婦產科同門會。
- 張耀東(1995)〈淺談台灣岡林式手術的濫觴〉，《台大醫院百年懷舊》編輯委員會編《台大醫院百年懷舊》，56-57。台北市：國立臺灣大學醫學院附設醫院。
- 陳福民(1997)〈台灣婦產科百年史系列：國防醫學院篇〉，《中華民國婦產科醫學會會訊》，12: 15-20。
- 陶五柳編(1995)《一代仁醫徐千田》。臺北市：徐千田防癌研究基金會。
- 傅大為(2001)〈台灣近代婦產科的興起及其性／別政治〉，發表於《性別、醫療

與社會—學術研討會》。高雄：高雄醫學大學兩性研究中心。

黃思誠(1995)〈魏炳炎教授事略〉，臺大醫院百年懷舊編輯委員會編《台大醫院百年懷舊》，53-55。台北市：國立臺灣大學醫學院附設醫院。

黃思誠(1998)《婦科腫瘤學》。台北市：華香園。

黃思誠(2000)〈百年來台灣婦產科人心靈導遊〉，黃思誠編《台灣婦產科百年史》，208-227。台北市：中華民國婦產科醫學會。

黃思誠等編(1995)《台大醫院婦產科百年史料輯錄》。台北市：台大婦產科同門會。

黃思誠譯(1995)〈台北八年〉，黃思誠等編《台大醫院婦產科百年史料輯錄》，162-168。台北市：台大婦產科同門會。（真柄正直原著）。

董大成(1995)〈勇於實驗國內第一人〉，陶五柳編，《一代仁醫徐千田》，75-80。台北市：徐千田防癌研究基金會。

劉士永(1999)〈一九三〇年代以前日治時期台灣醫學的特質〉，《台灣史研究》，4(1): 97-147。

蔡明賢(1997)〈徐千田精神〉，《中華民國婦產科醫學會會訊》，9: 16-19。

蔡焯東(2001)〈徐千田老師對婦癌學術研究及各項防癌工作之貢獻〉，見《徐千田院長紀念講座》。

謝博生(1998)〈序〉，黃思誠著《婦科腫瘤學》，i-ii。台北：華香園。

## 英文部分

Berek, J. S. (ed.)(1996) *Novak's gynecology*. (12<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Chou, P. (1991) Review on cervical cancer screening. *Chinese Medical Journal*(中華醫學雜誌), 48(1): 1-12. 後收於周碧瑟(1997)。

Jordanova, L. J.(1989) *Sexual Visions*. New York: Harvester Wheatsheaf.

- Lock, M. M. (1993) *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Moscucci, O. (1990) *The science of woman: Gynaecology and gender in England 1800-1929*. Cambridge [England]; New York: Cambridge University Press.
- Murphy-Lawless, J. (1998) *Reading Birth and Death: a History of Obstetric Thinking*. Bloomington, IN.: Indiana University Press.
- Wang, Y. W., Huang, C.S. and Wen, H. K.(1963) Changing trend of clinical staging of the patients of cervical cancer in N. T. U. H. during the period from 1948 to 1962. *Journal of obstetrics and gynecology of the Republic of China*, 2: 9-12.
- Wen, H. K., Kuo, T. C. and Wang, Y. W. (文錫圭、郭德彰、王耀文)(1966) Cervical smear in the detection of cervical malignancy. *Journal of obstetrics and gynecology of the Republic of China*, 5(3): 201-207.
- Williams, C. & MacDonald, G. et. al.(1997)*Williams Obstetrics*.(20th ed.) Stanford, Conn.: Appleton & Lange.

# The Surgical Technique and Sexual Politics of Gynecology in Post-War Taiwan

Dai-Wie Fu Professor

Institute of History

National Tsing-Hua University

From the basic technique of D&C (dilatation and curettage) to the supreme gynecological operation called Radical Hysterectomy (RH) for cervical cancer, in this paper I trace the technical construction and development of a typical obstetrics-gynecology doctor during Taiwan's postwar years of 50s and 60s. Because of the poor conditions of women's health (high morbidity and mortality rate of cervical cancer) in the 50s, plus the difficulties and hence the medical prestige of RH operation, Taiwan's postwar tradition of gynecology has constructed and developed a certain type of doctors who are eager to perform surgical operations and value them more than any other medical treatments. On the other hand, contrary to some feminists' generalization, gynecology in Taiwan was not inherently fond of opening woman's body by a surgical knife, and the complications and contradictions of different gynecological trends are explored and analyzed. However, ironically and almost sadly, around Taiwan's 1970s various trends of gynecological tradition were finally unified under the paradigm of surgical operation, with RH for cervical cancer as the top of gynecological achievements. Only from the vantage point of this highest gynecological "achievement," I argue in this paper, can we begin understanding why in later days Taiwan the notorious C/S operation is so prevalent among obstetricians, and why the long established Pap smear techniques was so much delayed in being received and practiced in Taiwan.

**Key Words:** gynecology, sexual politics, surgical technique, history of medicine in Taiwan, cervical cancer, pap smear