

雜談子宮癌

■ 徐千田 ■

醫學上的基本理論、觀念和治療方法，是隨着日新月異的科學進步而改變的。也許昨日的真理，今日已是錯誤而廢棄了。所以每年召開醫學會的意義也就在此。

本年五月，我在紐約參加第六屆世界婦產科醫學會和第十八屆汎美婦產科臨床醫學會的會議時，特別深深地感覺到：如果一年不參加世界性的醫學會，而單靠醫學雜誌上所得的知識，那與現代醫學進步的差距真是一日千里了。即以此次的聯合會議來說，較之過去單獨召開的世界婦產科醫學會，非但所發表的內容充實，而且討論的問題也顯得活潑得多。這主要的原因，在與汎美醫學會合併舉行的關係，而有更多的美國婦產科醫師參加之故。由此可知為何美國的醫學能夠領導世界醫學的道理了。

雖然世界婦產科學會所發表的論文，討論時也不算低潮，但多少不無形式之嫌，可是一到所謂：Symposium 或 Round table Conference（圓桌會議）時，就討論得非常切實、活潑而深入了。而且汎美婦產科醫學會所討論的問題，比一般的論文發表會（Free Communication）更受人家重視。比如說，本人此次參加該會時，曾與Little教授主持婦女骨盤內性管癌討論會，連續三天，聽眾擠得水洩不通，有的坐在地板上，有的站在走廊邊，其熱烈討論的情況，正可看出美國醫師們對醫學問題的研究態度之熱忱了。

現在我把此次會中覺得特別有趣味的二三事記述下來，以供大家參考：

一子宮體部癌手術後，以常識來說，再發時不應該在陰道的斷端，可是非常矛盾的事實顯示，這種再發，易在陰道的斷端。所以數年前，本人就曾法意到這一問題。每當做子宮剔除時，便將陰道壁和頸部癌同樣處理，多割除至4 CM之多。也有人主張：子宮癌經手術後，仍施用鐳錠照射於陰道之

斷端，既可以預防再發，也可以增加五年的根治率。可是在此次權威討論裏，我們幾個人所得的結論是非常奇怪的，幾將我們過去的觀念推翻了。那就是說陰道斷端的再發，不一定為最多，相反的，許多的病例，則是發生於陰道下方三分之一處，所以手術後的鐳錠施用，不一定要放在腔的斷端，隨便放在陰道的任何地方就可以了。

二子宮體部癌，如果蔓延到子宮頸部時，我們一致以為預後是嚴重的，故本人主張，對此種體部癌，如採歐美一般的辦法，單純把子宮剔除，與放射線治療，其成績是不會理想的，於是他們同意了我的辦法，即子宮頸部癌的廣泛性全剷，和淋巴腺剔除，可以增加根治率的療法。

三我曾提示有個子宮體部癌末期的病例：腹水有3000 C. C.，癌的轉移已蔓延了整個腹腔，手術無法可施，只好縫合，停止開刀，以後改施Mitomycin-C, Depo-Provera的化學治療，居然竟告痊癒，現在情況很好，並無再發現象。因之大家也同意我的：黃體素可以預防、或治療子宮體癌再發的意見。

總之，關於子宮頸部癌的手術，雖在歐美有Wertheim的創見與開發，以及Meigs、Blunswick、Stoekel、Schoute等許多優秀的開刀家不斷的努力求新，但老實不客氣的說，自從日本京都本人老師的老師岡林氏，開拓了系統的手術法之後，經過他們的弟子八木星雄、荻野久作、和東京大學小林教授的改進以來，現在的子宮癌根治手術，已在日本各地醫院普遍施用。這種手術技術的改良，已從開花到了結實的時期了。

下面再把我們現在所做的研究，向大家報導一下：

一關於早期浸潤癌的手術法，雖然本人主張仍需作一般性的根治手術，包括骨盤淋巴腺剔除。但

我們在紐約世界婦產科醫學會，主持討論會的主席團們的結論，却與我相反，他們認為不需包括淋巴腺剔除，特別是Kottsneier的主張非常堅決。不過我的意思，以為頸管癌（特別在深部）的臨床診斷比較困難，而病理的診斷，對初期的浸潤癌，不一定能與臨床的進行一致，所以一律把淋巴腺剔除，較為安全，可是Kottsneier等的主張，則為早期的浸潤癌，罕有淋巴腺移轉的現象，可以不必剔除。

三關於子宮癌根治手術，而剔除骨盤神經的排尿障礙，為不可避免的事實，同時因此所引起的膀胱炎，或腎盂、腎臟炎等，又會減低根治率的問題，雖經東京大學的小林教授發表了只要手術時保留骨盤神經，便可解決此項的缺點。但我認為癌是時常靠着神經蔓延，所以保留神經時，因神經太小，不易和骨盤結合組織分別或分開，又多多少少，不得不與神經同時保留，勢將增加再發的機會，（小林氏主張不會），因之我的辦法是放棄保留神經，換以保留上下膀胱的動脈，來改善膀胱的營養與組織的呼吸作用，以促進神經的再生，亦可和保留神經一樣，達到促進膀胱恢復功能的時間。此項改進，當經日本婦產科醫學會評議委員會決議，請我去作特別演講。事實上，演講之前，我已得到消息，原來東京大學系派，準備有一番反駁性的討論。結果聽我演講之後，不但在場的人，對我的理論，表示贊同試辦，即在懇親會上我的老師，和他老師格的京都大學系派的人們，都對此種試辦，表示滿意。特別是三林名譽教授，興高采烈地擁吻着我，讚美不已。由於三林氏平常嚴肅的性格，全場的人都覺得這是一個難得的場面。現在本人等正在繼續觀察，上下膀胱動脈的個人發育差異，和大小不同，是否與膀胱的功能，有相互的關係，以求進一步的考證。

三子宮頸部腺癌，特別是小細胞的預後，比之

上皮腺癌，更顯得惡化，是否能以改變開刀的程序，可以增加效果？例如先行剔除子宮，後再剔除淋巴腺；或者先行剔除淋巴腺，後再剔除子宮？或以抗癌化學劑，來改變這些癌的預後諸問題，尚待我們深入的研究。

四去年五月，國際外科學會，在芝加哥開會時，邀請本人等五位骨盤外科醫師，去演講子宮癌的新觀念。當時Blunschwig與我，預先並沒有商量，或討論過任何內容，可是我們兩人，不約而同地，都是談到癌的免疫問題。

淋巴腺五個以上有轉移者，在文獻上，本來沒有根治的病例，我們故意把淋巴腺有許多轉移的病例，作根治的手術，來觀察此等有五個以上淋巴腺轉移的病例，是否對癌的免疫性有良好的反應？是否比病理沒有證實的淋巴腺病例中的少數病例，還可以活得長久？是否應用抗癌化學劑，可以增加此等病的根治率？這些問題，我們都在從事研究中，另外，我們還注意到淋巴腺網狀內皮細胞的功能問題。至於子宮癌的發生，到底是化學性的發癌物質所引起？或是和濾過性病毒有關呢？前者我們已在研究癌病者的內分泌環境，後者目前尚未得到結果。

最後，關於子宮癌手術後的淋巴液，或血性分泌物之誘導，我們向來採用改良的小林氏尾首側引流法，現在我們已在改用塑膠管，經由陰道的引流，用以觀察引流的效果。

以上拉雜所談，雖僅關於子宮癌臨床上的幾個問題，但可看出，雖只一種疾病，如要改進臨床績效，不知臨床家們要花上多少的心血和努力！這不過提供一個例子，希望各位將來從事臨床家時共勉之！

