



仁濟舊院

一個 古老醫院的更新

執筆與採訪：陳瑞灝、李聰哲

(一)仁濟院歷史的回顧

仁濟院創始於前清時代，已有一百一十二年歷史，比馬偕醫院的創立早15年。由於該院自創立迄今一直是慈善事業的性質，其所接觸的對象係以貧困的民眾為主而非整個社會大眾，故其歷史雖較馬偕醫院為久遠，但社會大眾知之者反而不多。今後新成立的仁濟醫院當然亦將秉承過去服務貧困民眾的宗旨，然而服務範圍將不再限於貧困民眾而將以整個社會大眾為目標。

仁濟院的前身為保嬰局、回春院、同善堂、養濟院……逐漸演進以迄今日的仁濟院。仁濟院全名為：財團法人仁濟救濟院，其下設有兩個直屬醫療機構——仁濟醫院及仁濟療養院，前者係一個綜合醫院，亦就是本文所要介紹的醫院，後者係屬精神病醫院。仁濟醫院的歷史約略可分為前清時代、日據時代及台灣光復以後等三個階段。

(一)前清時代

保嬰局——民國前46年，即清同治五年，由板橋林維源創辦，專收無辜的女棄嬰，因為昔時是重男輕女的社會，女嬰一出生即被丟棄的現象相當普遍。後因新時代潮流的沖擊，男女漸趨平等，該局已無存在的必要，因此改變為恤救貧窮幼童的機構，於民國十三年即光緒二十五年，歸併於仁濟院。

育嬰堂——民國前四十五年，即清

同治六年，由淡水知縣陳培桂創辦，為救濟撫養出生後不足一歲無家可歸的孤兒貧兒，設置在今日的台北市廣州街仁濟醫院現址，於民國前十三年歸併於仁濟院。

回春院——民國前卅七年，即光緒元年，由淡水知縣陳星聚創辦，專為收容救濟行旅病人，設置於新竹東門。於民國前十三年歸併於仁濟院。

養濟院——民國前卅三年，即光緒五年，由台北知府陳星聚創辦，開始設在台北，救濟流離失所，貧困交迫的人；次年院址改設於新竹。於民國前十三年歸併於仁濟院。

同善堂——創設於民國前廿六年即光緒十二年，係當時軍裝局總辦丁道台所竭力促成，將前清袁統領及王統領的柩所改設為同善堂，併購置台北市東門外民田改建為停柩所，專為停放在台官兵的靈柩，並以官商船隻運回大陸原籍安葬。若原籍無遺族親友者，即由該堂安葬。該堂於民國前十三年歸併於仁濟院。

(二)日據時代

民國前十四年，即光緒廿四年（當時日人已據台三年），由日本兒玉總督積極呼籲各界慈善人士慷慨解囊捐輸；是年又逢日本皇太后的葬，日本皇室特賜金救濟貧民，這些賜金亦全部捐給仁濟院前身之一的養濟院作為基金。

民國前十三年，即清光緒廿五年九月，台北知事村上義雄命書記官松岡為委員長，將養濟院、同善堂、育嬰堂、回春院等所屬財產合併創設「

仁濟院」，並任松岡為首任院長。

民國前十一年，即清光緒廿七年，「仁濟院」更名為「台北仁濟院」，救濟範圍為台北、花蓮一帶，除在台北設立醫所、精神病療養所外，並在基隆、宜蘭、羅東設立分院，而且組織醫療巡迴隊至偏遠地區施醫。花蓮在當時由於交通不便，便委託當地醫生辦理免費義診。

(三)台灣光復以後

民國卅四年十月廿七日，台北州接收委員會主任委員連震東派員接管台北仁濟院。

卅五年仁濟院經濟窘困，由董事長連震東及董事張暮年、李延旭等三人，向第一銀行借款，使仁濟院得以繼續維持下去。

卅九年，仁濟院正式向法院登記成立「財團法人台灣省私立台北仁濟救濟院」。

四十年五月，附設仁濟醫院於廣州街落成啓用，（此即仁濟醫院現有的舊舍，新廈十二層大樓啓用後舊舍將改為急診處。）

民國四十四年一月，精神療養所擴建的新廈落成，同時更名為「仁濟療養院」，與仁濟醫院同屬平行的機構。

民國四十七年六月，於淡水鎮竹圍興建「頤樂山莊」，即「仁濟安老院」，於民國四十八年四月啓用，專門收容孤苦無依的老人。

民國六十六年，仁濟醫院十二層新廈將於十月間啓用。（仁濟醫院新廈位於廣州街龍山寺附近）

(二)新醫院的籌備現況

仁濟醫院新任院長蕭柳青教授已于七月一日正式到職視事，各項主要人事亦經安排就緒，在醫師陣容方面，目前已經確定的是：

內科一主任：潘憲（本學院副教授，專長為胃腸科）。

主治醫師：劉祥仁（講師，專長為神經科）。

詹宏泰（講師，專長為心臟血管科）。

外科一主任：徐光輝（副教授，專長為胃腸科，胸腔外科）。

主治醫師：陳德彥（講師，專長為胃腸科，骨科）。

總住院醫師：林介山。

婦產科一主任：吳景志（講師）

耳鼻喉科一主任：陳克紹（講師）

小兒科一主任：林尊信（副教授，新生兒學專家）。

總住院醫師：林洪芳。

其他各科的陣容，亦將在近期内決定。各級醫師人選多以本校醫科校友為主幹。

為了實際了解醫院當前的籌備狀況，我們特別拜訪了蕭教授。蕭教授可以稱得上是一位慈祥長者，誠懇而堅定的表情，使人望之即充滿了無比的信心。首先我們請教了蕭教授有關



仁濟新院

于仁濟醫院的教學計劃，蕭教授表示：「今年恐怕還無法收 Clerk，因為仁濟醫院的新廈十月才啓用，屆時學校方面的見習醫生輪值表都已經安排好，為了儘量避免中途變更實習醫院，所以不收 clerk。不過從今年起，收了七名 Intern，包括醫科 4 名，牙科 3 名。當然若明年醫院業務能上軌道，醫科 4 名 Intern 絕對不夠，若病房能全部開放，至少也要收 20 名才行。關於醫師的 training 方面，今年開始我們對 Intern 已經安排了訓練計劃，包括一星期兩次的 meetings，全院醫師都參加，不過這不算是很好的 training。等到新醫院開辦後，醫院的 staff 比較全了，醫院上軌道了，至少像我們附設醫院一樣的 training course，仁濟也同樣要做。住院醫師的訓練方面，一切按照教學醫院的方式來做，就跟台大醫院的制度一樣

。總住院醫師在整個醫師的訓練計劃中可算是最重要的一環，因為所有的訓練計劃都由他安排；當然實際執行這些教學計劃的是各科的主任及主治醫師。你們目前到其他醫院實習常乏人指導，可是在我們這裡，主任、主治醫師、總住院醫師都要參與教學。」

談到醫院管理方面，蕭教授很謙虛的表示他沒有當過醫院院長，也不是醫院管理專家，目前並無什麼特殊構想，不過他一定本著腳踏實地的原則來辦好這所醫院。

仁濟醫院新廈共計十二層（包括地下一層，為餐廳、機器房、洗衣房等），設 220 張病床，仁濟醫院舊舍改設急診處。將來醫院的發展達到飽和後，舊舍將予拆除，再改建新的大樓。

仁濟醫院並不像長庚醫院、國泰醫院一樣有龐大的財團在幕後支持，無法在短期內購足各種名貴的儀器，不過常用的一般儀器仁濟醫院已經購妥，足以應付作業的需要。仁濟院由于已有百年歷史，各方善士所捐贈的土地相當多，這些土地現在多半出租，每年可收入數千萬元的租金，目前西門町的很多土地事實上係仁濟院的財產。本來仁濟院是一個蝕本的醫院，因為它係以救濟貧民為主，收費相當低廉。今後因為設備改善，醫護人員待遇提高，醫藥費可能作小幅度提高，不過仍以不超過市立醫院為標準，絕不像國泰、長庚的收費那麼高。

蕭教授同時也談到他添加設備的原則，他說：「我們現在並沒有什麼

值得炫耀的儀器，像我們的 X-ray 機器，大致與附設醫院那一台相似，這種機器在幾年前也許還可以拿出來炫耀一番，可是現在已不再是最新的了。牙科方面，我們所買的 chair，並不是坐式的而是最近所流行的躺式，不過這個台大、榮總也早已有了。檢驗科方面，自動化學分析機，一台兩百多萬，我們本來也想買，不過由于目前尚無這種必要，所以就擱置下來了。我們目前購買儀器的原則是先有人才，再買儀器，例如潘憲醫師要來，我們就買 fibroscope；劉祥仁醫師要來，因此我們買了腦波檢查器；徐光輝醫師是 bronchoscope 的專家，因此我們也要買 bronchoscope。今後仁濟醫院發展的原則是由胃腸科作起，再擴展及于其他科。像開心手術的儀器太貴，我們目前還談不上。精神科方面，由于人材難找，可能暫時不用，如果有這方面的病人，我們擬將其送往仁濟醫院的兄弟機構——仁濟療養院。仁濟療養院位于西園路，係一擁有二百張病床的精神病院。」

蕭教授從民國五十一年就到本院任小兒科主任兼教務主任，可以稱得上是創校的元老之一。他談起當年到北醫來的抱負就是要建立一所優秀的教學醫院，多年來他還是一直在追求這個目標，不曾稍懈。今天附設醫院已經成立，而且又欣逢仁濟醫院的董事會當局肯提供一個這麼好的機會給我們北醫，這可以說是建立一所優良教學醫院的良機。附設醫院由于地位稍嫌偏僻，短期內恐怕很難達到理想



蕭柳青教授

狀況，仁濟醫院的開辦正好可以彌補這個缺陷，同時可與本院在醫療上、研究上互相合作。

(三)潘憲主任訪問記

潘憲醫師對 X 光片判讀的高強功力是衆人皆知的一件事，潘憲醫師去年一年內身兼三職，除了在附設醫院內科門診以外，還兼了仁愛醫院 X 光科主任以及內科主治醫師二職，這位曾在榮總接受二年 X 光科醫師訓練的胃腸科醫師表示，他之所以到榮總先接受 X 光科醫師訓練乃是爲了日後接受內科醫師訓練預爲準備，他認爲每一位有志從事內、外科的醫師都應該先接受 X 光科的訓練，這樣子更容易成爲獨當一面的醫師。

談到潘醫師所即將出任的新職時，他略作沈思之後說道：「我們自己的附設醫院在短期內可能無法急速的擴展，所以蕭教授的意思是：仁濟醫院若能北醫合作，我們北醫的畢業生將來才能有比較大的出路。對我這個胃腸科的人而言，仁濟醫院能提供胃纖維鏡 (fibroscope) 及性能相當不錯的 X 光機，那麼我們的工作即可開始。另外有一位中興醫院的黃大夫亦是我們的校友，他也準備到仁濟來和我共同做胃腸科的工作，不過由于中興醫院的院長不肯放他走，他可能要明年才能來。如果有二、三個人一起合作，儀器有了，病人的來源又沒有問題，那麼胃腸科的工作就可順利展開。」

潘醫師認爲一個內科最起碼應具備三種人材：胃腸科、心臟科及神經科方面的人材，因爲在台灣目前以這三類疾病最多。目前的仁濟內科恰好具備這三種人材。潘醫師接著說：「以後其他的部門如果有人肯來，我們當然更歡迎。而且任一部門也不應只限一個人，人越多越好做事。我自己做胃腸科，我當然希望胃腸科能夠有發展，不過我還是希望各部門平衡發展。像心臟科、神經科往往須要有外科方面的配合才能有所發展，不過這兩種外科人材可能較難找。我覺得將來仁濟醫院在發展上可能遭遇的難題是：仁濟醫院處于萬華的古老地區，居民比較守舊，有時可能不肯接受各種必要的檢查，那就會造成作業上的困擾。我們最重要的課題是先取得居

民的信心，而後才談積極的醫學研究。」

根據六十四年台灣省公立醫院就醫人數統計，胃腸科及呼吸科的病人幾乎一樣多，而目前仁濟醫院並無呼吸科的主治醫師，是不是會影響醫療作業呢？我們就這個問題請教了潘憲醫師。他說：「這項統計大概是把感冒、氣管炎都算在內。比較嚴重的呼吸系疾病並不多，其中較常見的是TB、肋膜炎、肺癌等。所以對大部份的呼吸系疾病我們這些非專家應該尚可勉強應付。另一方面外科的徐光輝醫師做過很多的 bronchoscope, bronchogram, pulmonary arteriography 等，亦可補呼吸系人才的不足。當然我還是希望能很快找到這方面的人才，以便解決較深奧的問題。」

潘醫師到仁濟醫院當主任後，他每週還要撥出時間回附設醫院作胃照相機及看門診。附設醫院目前尚無胃纖維鏡，只有胃照相機，而仁濟醫院却一口氣買了五支胃纖維鏡，分屬五種不同的類型。胃照相機及胃纖維鏡功能上有很大的不同，潘醫師為我們作了簡單的說明：「胃照相機是把儀器放入胃內作盲目的照相，一共照32張，照好之後再來細細判讀。這種因為是盲目的，所以也比較客觀，一般用來作 Routine survey，體檢用這種很適合。胃照相機所能看到的視域較大，對很精細的病變無法看出來，而且只限用於胃部，缺點甚多。而胃纖維鏡從食道到十二指腸都可以檢查，若碰到上胃腸道出血時，只有胃纖維鏡才能發揮效用，胃照相機幾乎無用武之地。對於一個技術熟練的人而言，胃纖維鏡是相當好的診斷工具，因為幾乎沒有死角可言。胃纖維鏡可以直接作生體檢查 (biopsy) 及

染色，又因為操作者可以直接看到胃內的狀況，所以功能上比胃照相機要好很多。」

潘醫師這時候拿起桌上的一本日 文書「胃疾患之臨床病理」繼續說道：「日本人胃的疾病特別多，所以他們對胃的研究也特別仔細，幾乎是世界一流的水準。美國人在這方面的研究就表淺多了，真正能做深入研究的人很少。不過在肝臟方面，美國人就研究得很深入。在大腸方面，美國人的毛病也很多，例如 ulcerative colitis 美國人特別多，那他們也研究得比較徹底。」



潘 憲主任

當我們談到仁濟醫院未來的前途時，潘醫師以為那要看仁濟醫院董事會對這個醫院支持的程度、我們的傑出校友是否肯到仁濟醫院服務以及當地病人合作的程度來作決定，如果想達到像台大、榮總的水準那恐怕非短期內所能做到。台大有悠久的歷史，榮總有國家大力支持，這些條件都是我們所不及的。不過潘醫師相信，若大家肯賣力，幾年後仁濟醫院一定達到相當高的水準。

(四)林尊信醫師專訪

新生兒學 (Neonatology) 是小兒科領域裏新興的一門專科學問，在美國，經過近十年來的發展已打下良好的根基，目前乃是熱門又被大家重視的一個科目。在國內，這個科目於近日方才被大家注意到，目前正在起步階段。而國內有數的幾位新生兒學專家中，林醫師首先在馬偕醫院建立一個較為完善的新生兒中心，以應付從各方而來日漸增加的新生兒病童，對我們新生的一代有了更妥善的照顧。自從蕭柳青教授接長仁濟綜合醫院後，即有意請林醫師在小兒科主持大計，故而綠杏社記者特別走訪林醫師。以自由閒聊的方式展開了我們的訪問。

在談話中，我們得知林醫師是本校第四屆畢業的校友，在馬偕醫院當了二年住院醫師後，於民國 61 年赴美深造。先在俄亥俄醫學院當一年的 Intern 與二年的住院醫師，完成一般小兒科之 full training 後，才轉到賓州大學專攻新生兒學科，當了一年的 fellow of neonatology 即回國。在此順便一提，在美國要成爲一個合格的小兒科醫師必須在 American Board of Pediatrics 認定的醫院 Program 受訓一定年限方得獲正式資格，(其詳情可參閱綠杏 28 期林醫師專文介紹「新生兒學」)。美國制度的嚴格是值得吾人深思的。

接著林醫師又談到美國新生兒專科訓練之一般情形。他指出其 course 可分 clinic 與 research 二方面。在臨床方面就是照顧新生兒 (Newborn Baby Nursery 的工作即屬此)。由於吾人對 newborn 的 Biophysiology 研究日益精進，故十年前的新生兒照

顧方法與現在即有顯着的不同。他舉例說：以前很少人注意到新生兒黃疸，而現在如果生後二、三天的 Baby 有厲害的黃疸，即引起醫師的嚴密注意，一天內住院醫師須常 check indirect bilirubin，以防造成嬰兒的 Brain damage-Neonatal Kernicterus。同時即刻探討造成嚴重黃疸的原因，如 ABO type 不合、ph factor、sepsis--- 等，而加以適當的治療，如照日光燈或全身換血，這些在以前根本未受重視。這就是現時新生兒專家一項主要的工作。故若在大醫院接生，有了問題馬上可得到新生兒專家最好的照顧。其次林醫師又指出一個新趨向，即新生兒專家須與婦產科醫師密切配合，從產婦陣痛開始，即以 Fetal Monitor 加以監視，此時小兒科醫師即開始參考與照顧尚未出娘胎的胎兒，若發現有任何 high risk pregnancy 的可能性，於嬰兒降生後即可加以適當的急救任務，以免措手不及。故要獲得較好的新生兒專科訓練最好能在較大的醫院，因其降生的嬰兒較多，如俄亥俄醫學院所屬的一個醫院一年內即有四千個嬰兒降生，若 high risk pregnancy 佔百分之十，一年即有四百個“問題”嬰兒須賴新生兒專家的妥善照顧，無形中吸取無數的寶貴經驗。故現在的小兒科醫師不只是坐在辦公室內“看病”，還須起而與婦產科醫院合作，以便從嬰兒降生的一刹那即可獲得最好的照顧。誰曰這不是二十世紀新生一代的福氣？至於 research 方面，每一位接受新生兒專科訓練的醫師可在一定時間內每人選定一個 topic 做研究，如林醫師就選了 neonatal pulmonary function 做為研究題目，再此可知臨床經驗再輔以專題研究更

是一個專科訓練 course 的特點，這亦可證之於醫學科目愈分愈細的現象。

接著記者想到了一個頗饒趣味的問題，那就是新生兒學牽涉到一個社會道德與倫理方面的問題。記得台大病理科主任林文士人教授曾謂他不贊成新生兒學與老人醫學的發展，因為二者極有可能雖救活了某些垂危待斃之人，但却增加了一些殘障者以及帶有不良基因的人以致增加了病人與社會的雙重痛苦與負擔，林醫師曾就此發表了他精闢的意見：

有人曾控苦說在 intensive care



林尊信醫師

nursery 內一些因黃疸引起的 Brain damage 與 oxygen toxicity 引起的 Bronchopulmonary dysplasia 之殘障嬰兒只是一群“植物人”，因其本身只剩下生物最基本的功能而已。但這是外國新生兒學極端發達所造成的特殊現象，而在國內並非問題所在。例如林醫師在賓州大學的“老闆”即試圖將出生體重一公斤的嬰兒以全身換血來預防 hyaline Membrane disease 而試圖救活該嬰兒，似此即可

能造成一些殘障兒而增加社會負擔，此尤其不適社會福利尚未發展的國家。而在國內，吾人之主要任務在於預防一些不應發生而可能發生的意外，如一個出生體重二公斤早產的嬰兒在現在即可避免其發生意外而好好照顧成一個正常嬰兒；若因為吾人不重視 perinatology 或 Neonatology 以致疏忽某些應可避免的早產嬰兒所發生的意外，如此即屬不合理。故吾人所強調的重點在於預防應可避免的 neonatologic problem；而不在於一心一意地試圖“巧奪天工”以造成醫學上的奇蹟。

記者於此順便再次請林醫師澄清 CPAP 與 Mechanical Ventilator 之不同點。林醫師指出 CPAP 最主要是供給 hyaline Membrane disease 的嬰兒一個 positive end expiratory pressure 以避免其肺之完全 collapse，其前題是該嬰兒能夠“自己呼吸”；而一般 Mechanical Ventilator 是幫助不能自己呼吸的病人去呼吸。這是很重要的觀念問題。

林醫師接著提出一件重要事實，那就是新儀器的使用問題。拿 oxygen therapy 來說，一般人只知 cyanotic baby 即須 supply oxygen 而忽略 blood gas 的 check。因 PaO₂ 太高易造成 retinal damage 甚至可能失明，太低又覺得不夠；而且若 PaO₂ 正常，但所供給的 O₂ 濃度太高了則久之亦會造成 bronchopulmonary dysplasia。總之現在一般人對儀器之使用尚未有清楚之觀念，豈不聞良藥亦是“毒藥”，端看使用者之用法而定其優劣。這也是頗值重視之醫療問題。

記者又問到成立新生兒中心須具備什麼條件。林醫師指出：一個最起

碼的新生兒中心大致須具備 portable X-ray、blood gas machine、transport incubator、open warmer 與 central supply oxygen 等，花費約需三、四百萬元台幣。若以美國的標準來說，單是一座 Computer 即需二十萬美金，若再加上其他一些儀器，成立一個頗見規模的新生兒中心非一百萬美金莫辦，這當然是為因應降生嬰兒人數較多的醫院之需要。在此順便一提 computer 之妙用：例如一位 attending doctor 查房，則嬰兒過去 24 小時之 blood gas、temperature、blood pressure 等資料只須按下幾個鍵鈕即清清楚楚地打在螢光幕上，唉！誰說科學不是神奇的呢？除了儀器外，新生兒中心之 nursing staff 一醫師、護士、外加一種介於護士與 technician 之間的 oxygen therapist，三者缺一不可。而其 staff 之訓練可仰賴國外專家來台代訓，或從國內派人到國外學習。當然成立一個中心，不可缺少的還是病人，若能各方面都樂於轉送病人前來就醫，那才不辜負成立新生兒中心之宗旨。以仁濟醫院之充裕的財源，成立新生兒中心當無問題，主要的還是在於各方面能否支持而轉送病人到醫院來。至於北醫附設醫院則不必再破費成立另一個新生兒中心，倒可考慮成立小兒科之 Nephrologic center 或 Hematologic center，例如本校黃院長就是知名的 Nephrologist，行來當可駕輕就熟。而仁濟醫院又是本校之第二教學醫院，故病人之交流，醫師之交流更不成為問題，如此方可收事半功倍之效。在此林醫師又提到一個素為

國人所疏忽之問題，那就是做為一個 referring center 的醫院，救護車（尤其是專用救護車）是必不可缺的，例如心臟病專用的，或是新生兒專用的救護車。意謂吾人須養成醫院 pick up patients 之習慣，若病重者因無救護車而自己“長途跋涉”赴醫院，不幸的事件就易發生於就診途中。

最後林醫師概略談到以後仁濟醫院之小兒科教學計劃。做為一個教學醫院，除了病人外，當然不可缺的就



劉祥仁醫師

是 teaching staff 與住院醫師、實習醫師，只要有熱心的校友們來支持，加上同學們的奮發向學，遠大的前途將是屬於自己的。

▲附註：

林尊信醫師由於臨時事忙，不能出任仁濟醫院小兒科主任，原職由蕭院長暫代。

(五)徐光輝醫師專訪

當記者踏入生氣蓬勃的仁濟醫院時，見到眼前的景象，大家已不禁在心中為其未來構出一幅美麗的遠景。自從蕭柳青教授接長仁濟綜合醫院後，院務各方面更是蒸蒸日上；加以今年國慶日醫院十一層新廈又將加入服務大眾的行列，相信做為北醫第二教學醫院，必將為北醫師生增添一處優良的教學環境。記者此行是專為訪問甫於七月一日上任的外科主任徐光輝醫師而來。

徐醫師是本校第四屆校友，畢業後即在市立仁愛醫院外科從事醫療工作，直至目前的主治醫師，他在外科方面已有豐富的臨床經驗。此次經蕭院長之極力爭取，方始離開已有多年深厚感情的仁愛醫院，到仁濟醫院接掌外科部門。記者首先請他概述在仁愛醫院時的數年心得與回憶。

大家都知道仁愛醫院素以消化道疾病之診療而聞名國內。徐醫師在外科部門也很自然的走上消化道方面手術的路子，而尤以胃部手術見長，包括較不易 approach 之 cardiac port ion。另外徐醫師也專責胸腔之 bronchoscope 與 bronchogram 之操作，至目前為止已有六百多個病例做過 bronchoscope 的檢查，前半數主要由柯院長所做，後半數則主由徐醫師操作，所以他在這方面之經驗亦是相當的豐富。根據他的看法，bronchoscope 對呼吸道疾病的診斷功效是有限的，不像消化道疾病的診斷利器胃、十二指腸等各種內視鏡。其主要原因在於氣管的分支太多了，而且越分越細，末梢方面已不易到達，故對於 central type 的疾病尚可派

上用場，至於 peripheral 病症的診斷即告無能為力，故還須要 bronchogram 的配合方能達到較完善的診斷效果，至於 plain film of chest X-ray 現已成為胸腔疾病之 routine examination 其重要性，更不在話下。關於上消化道，食道方面之手術，因病例不多，且因該部位乃屬手術時較隱蔽的部位，不易 handle，故一般較少做手術。但徐醫師曾做過二次，效果還不錯。徐醫師指出食道手術在目前還有待發展，許多障礙尚須克服。

話題接下來轉到今後仁濟醫院外科之發展方向與仁愛醫院外科方面足資借鏡的地方。

就像時下流行“個性美”一樣，一家綜合醫院亦須具備與其他醫院不同的地方一即做為某某專科中心，而以此為發展方向。仁濟醫院外科仍以消化道疾病為初步發展的目標，並與內科潘憲主任之診斷相互配合。為何仁愛醫院以消化學中心見稱，甚至比台大醫院做得還好，其主要原因乃在於內外科聯合陣線充分發揮其功能所致。它的做法就是外科靠內科 refer patient；而內科靠外科切下來之 specimen 來 confirm diagnosis，內外科醫師在每週之聯合討論會上大家公開討論，臨床數據輔以實驗室檢驗數據再加上手術後的標本即很容易確定何者為對，何者為錯，檢討得失，以觀後效，而學問也就在其中了。台大醫院則有點“獨立作戰”的味道，大家各行其是，因此也就稍遜於仁愛醫院了。仁愛醫院此一良好的傳統作風今後乃將植基於仁濟醫院。目前外

科除徐主任之外，還有一位也是仁愛醫院來的本校校友陳德彥主治醫師，自然也是以消化道方面見長。在談話中得知訪問當天恰有一個“大刀”要開，那是食道靜脈瘤，於是徐醫師的話題就轉到目前外科部門尚待擴充的問題：

外科是一家綜合醫院所不可缺的部門，而其本身之發展又端賴充足的設備與醫護人員。目前仁濟醫院因新廈尚在裝設內部，而舊有的院內設備



徐光輝醫師

，自感稍嫌不足。另一個問題就是缺乏住院醫師，尤其一位合格的麻醉師是必備的。大家都知道外科手術離不開麻醉，一位出色的麻醉科醫師不但是手術醫師的左右手，更是促進外科進步所不少的一股原動力。至於住院醫師又擔當什麼角色呢？外科所不同於其他科別之處就在於前者好比軍團作戰時的軍團參謀本部，住院醫師就好比重要的參謀人員一樣，大家協力

共同完成一次偉大的戰役，住院醫師之重要性由此可見一斑。而其他科別有點像戰鬥時之單打獨鬥的方式，有時只有一位醫師就可應付衆多病人，自然要求就不像外科那麼多了。因此徐醫師特別歡迎本校的畢業校友加入仁濟醫院的外科陣容，共襄盛舉。至於麻醉科，根本之計還是自己培養，比如說，可從住院醫師當中派一位出去專門學習，而且最好還是醫科畢業的，不要像有的醫院麻醉科醫師是牙科畢業的。如此一方面可促成大家對麻醉科的重視，一方面還可提高國內麻醉科醫師的地位。徐主任還指出國內的外科有一畸型現象，就是一位病人手術後情況的好壞完全由手術醫師“責任一肩挑”，此乃手術醫院身兼麻醉醫師所產生的弊病。其實一位正式的麻醉醫師從病人進入手術房的前一天到手術後進入恢復室與其間之開處方（order），甚至在ICU裏面皆須參與對病人的照顧，如此則能減輕主治醫師不少的重擔，在病人多，分工細的大醫院這點是相當重要的。

在今年國慶日醫院新廈正式加入仁濟綜合醫院的陣容後，將成為北市西區與南區的最大醫院；加上該院腹地廣大，醫療水準較低落，其發展性將非常遠大。徐主任對此亦甚表樂觀，並認為可補本校附設醫院地位偏僻，知名度不足的缺憾，至少短期間內是如此。在該院與本校以建教合作的方式成為本校第二教學醫院後，自然醫護人員將以本校畢業生為主。在改進許多“救濟醫院”時代留下來的弊病，與乎全體北醫人的協力合作下，相信，路是人走出來的。