

一讀書

一個學醫的學生在校時該不該讀書呢？我的意思是說該不該很用功，廢寢忘食地，以成績爲唯一目標地去用功呢？這是個很有趣的問題。

在社會上成功的醫生（暫且以開設醫院且病人多者爲準，學術或其他方面有特殊成就者不在此限。），其在校成績十分優良者當然有，可是在校成績很差，甚至延了好幾年才畢業的也有。可見，一個醫生在社會之所以受歡迎，在校成績之優劣，並非絕對的因素。

但，這並非是說在學校中儘可不用讀書了。而是說，對一個想要開業的臨床醫生而言，除了要有夠水準的醫學知識和技術外，更重要的是待人處世的技巧。這種待人處世的技巧，可以從學校內外各種社團活動中學習得來。事實上，在校中受歡迎的人，到社會中往往也會較受歡迎。現在醫生越來越是成組作業（team work）了。小至單人開業的醫生如何領導院中之護士、助手；大至多人聯合開設的綜合醫院，其統御領導更是一大問題。

所以，對一個有志走學術路線專心研究的同學，努力爭取最高分數，以便取得獎學金繼續深造當然重要，而對意無做個成功的開業醫生，其社交能力的培養也是值得重視的問題。

那麼，到底要不要讀書呢？我很欣賞一個前輩所說的話：「在校拼命用功的是個傻瓜，出校後不拼命用功的更是個大傻瓜。」請注意，這句話的重點在「拼命」這兩個字上。

二出路

一個醫學生畢業之後，該考慮的就是出路問題了。有志出國深造的，當然需專心準備出國；伯叔父母當什麼大醫院院長的，這更不用提，因出路絕對沒問題。我們所要說的是既不出國，也無優良背景，必須申請做住院醫師的人。

通常做過一年實習醫師之後，對自己適合做那一科，大多有個腹案了。此時該以自己興趣爲基準去申請。至於申請大醫院好呢？還是小醫院呢？這就是一個大問題了（此處所說的大小以病人數及醫生數多少來分）一般來說，大醫院各種形式的患者較多，在其中呆過幾年，各種奇怪的病例可以看得多，並且對疾患可以學到較正確的處理原則。不過，在大醫院中，因醫生人數較多，在每一年該學些什麼東西，大多有一定的程序，（此尤以外科、婦產科爲然），必須在其中待上較長的時間後，才能有單獨作業的能力。在小醫院中則相反。奇怪之病例較少，且設備一般較差，若遇危險之病急則放棄治療並請轉送其他大醫院，對疾病之處理原則只能學到院長本身那一套，是否錯誤自己也搞不清楚，只是糊裏糊塗跟着做去。可是對各種手術之學習時間較短，對一般（常見）之疾病，較早有單獨作業之能力。

由上所述，可知道大小醫院做住院醫師是各有利弊。有種改良的方式，那就是先到大醫院去做二到三年的住院醫師，務將必要之各種處理則正確地學好，然後再到規模較小的醫院去學開業醫師所常見的疾病及手術。此時因本身已有基礎，對開業醫師所用之較經濟之變通辦法較有批判能力及吸收能力。從而亦能學習到一個成功的開業醫師所謂的「開業術」。

三牛糞伯

他是一種類型的人物，我們在比較鄉下的大醫院中常可見到，其實在大城市中的大醫院也有這類人，只不過較不公開化罷了。因爲我最近所認識這一類人中的一個名叫牛糞伯，所以在此就以他爲代表來說。事實上，這個名字也頗富代表性。

他一定要有相當年紀，足夠到做祖父的年紀；他一定不能讀太多書，只能寫自己住址姓名就好了；他不穿嶄新的西裝，頂多是四季一件舊西裝上衣；他不穿皮鞋及襪子，大多是一雙拖鞋；有時還嚼點檳榔。

他的身份很特殊。有時跟院方有特殊關係（親戚、朋友或其他）。甚至就是以前經過院的病人。全院的消息他最靈通。早上住院幾個，下午出院幾個，晚上手術幾個，半夜送太平間幾個，他都清清楚楚。醫院員工薪水簿上沒有他的名字，可是他却在員工餐廳中吃飯。他經常睡在醫院中。

（請接第二十二頁）

種新的人道主義，正在推廣於世界各地。

早在一九〇二年德國薩克遜邦議會首先掀起安樂死的立法化旗幟。因爲德國刑法並無處罰幫助之規定，從而幫助自殺，以解除其痛苦之行爲，依法不受追咎。此一旗幟一經高舉，響應之聲，此起彼落。例如，美國成立安樂死協會，旨在促進安樂死的合法化；英國亦組織自殺的安樂死合法化協會。但反對浪潮，亦甚浩大，因此，安樂死的合法化運動，迄無重大成果。惟一九二四年的丹麥刑法草案，一九二六年的捷克刑法預備草案，一九四七年的美國紐約州刑法等，先後相繼採納此一新觀念，完成立法程序。

其在我國，對於安樂死的合法化問題，贊成鼓吹者固然大有人在，但唱反對論者亦不乏其人。因此，若要它出現於法條上面，可能是遙遠的未來了。易言之，在現行法制下，實施安樂死，仍要受處罰，僅得當作量刑的參考而已。

安樂死能否成爲阻却違法事由，爭論甚爲激烈，但肯定說者似乎略佔上風，而且大有脫穎而出之勢，蓋此一新思想正由各種角度加以充實，逐漸獲得學者的支持，社會各層人士的同情。安樂死雖可得爲阻却違法事由，但須加以嚴格條件的限制，否則，豈非成爲庸醫殺人大開方便之門嗎？綜合各家學說，各國立法例，安樂死必須具備下列條件，始能成爲阻却違法事由。

㈠所患的是絕症：病者患了絕症是實行安樂死的前提。所患的是不是絕症，必經醫療專家的認定，而非蒙古大夫所可遽下診斷的。因爲一個病究竟是不治之疾抑或不是，這是一個純粹的醫學問題，絕非那些僅稍有衞生常識的江湖郎中所能認定。

㈡這絕症必須是痛苦難忍的：痛苦與否，多爲主觀的感覺。因此，同一絕症對甲可能痛苦得不堪言；但對乙可能等閑視之，不當一回事，甚至苦中求樂。就此而言，甲可爲實施安樂死的對象，而乙則不夠資格「享受」。

㈢由於患者的囑託與承諾：這個囑託與承諾必須是明示的、眞實的、且有在場親人的證明。爲證明囑託與承諾是符合這個條件，最好的方法是作成文書，經由在場親友簽名。當然，作成文書後，囑託與承諾仍可隨時撤回。由此可知，要不要實施安樂死，其決定權，全在病人自己，醫生或親友絕對不可越俎代庖。

㈣成年人的患者始有囑託與承諾的能力：未成年人的意思表示，通常多由其代理人代理或得其允許，始能發生法律效力。但依㈢條件，囑託或承諾，必須病人親自爲之，任何人都不可代爲「決定」；可見，未成年人與此條件不合。此外，未成年人年輕氣壯，對抗絕症，或有奇蹟異功出現，所以，不宜賦與有權請求實施安樂死。

㈤以書面向管轄法院聲請 經法院許可後，才付諸實施。該聲請書必須有二人以上的證人，並附該科醫生的認定書。法院受理安樂死聲請後，應速組織三人專門委會，其中必有二人係醫生，會同有關人員鑑定該案件是否可行，作爲法院裁定准許或駁回的準則。當然，法院裁定准許後，病人仍可拒絕實施安樂死。

我們提倡安樂死合法化，絕不是鼓勵大家向絕症屈服；相反的，我們確實非常希望大家勇敢地向死神挑戰，絕不可跟它妥協；凡能如此者，我們無不致以由衷之敬佩。但我們也要呼籲大家，不可忘記一命運的主宰者是人類自己。語云：好生不如好死，何況是「惡生」呢？因此，**如我們對於自己的生命已感絕望，生命的價值，幾乎等於零，甚至是負數—只有受苦難，而我們不願意受此「活罪」；那麼，讓我們安排一個漂亮的死亡，豈非理想的人生歸宿嗎？**

（承二十三頁）

他到底做些什麼事呢？可多囉！病人到這院來，不知道該看什麼科，找他，他替病人找到一個好醫生。病人需要開刀，心裡害怕，找他，他會安慰病人一番，帶病人到病房去，把同樣開過刀的病人指出來，甚至自己翻開衣服，露出從前的刀疤以證實此言不虛；病人開刀，不知何時是吉時，他翻開曆書，替病人選出一個黃道去日，說明此時開刀不會發炎，發炎不會太厲害，太厲害時不會死。病人晚上睡不著覺，或發高燒數日不退，他會到病床前喃喃作法收驚，祛邪避災。他在醫院後面擺上一個小香案，供奉一個小佛像，病人入院、出院，手術前後都來此地燒香祈禱，他酌收成本費，貧苦病人甚至免費奉送，決不趁機敲詐。

在洋醫院中，有所謂的醫療諮詢師，住院牧師，心理衞生醫師，精神分析醫師等等專門人才的設置。而牛糞伯，可說是集這些人的大成吧。

將來我們開業，尤其醫院越開越大後，不知不覺中，牛糞伯這種人就出現了。起初當我們感覺我們對病人費了半天口舌，遠不如牛糞伯一句話有效時，難免會有點氣憤，可是久而久之，我們會發覺這種人對人情世故之洞悉遠非學過嚴格科學訓練的醫生所能及。雖然我們不願公開承認有他的存在，可是，在無形中，我們醫院的成功爲他助力不少。所以，有一天，我們會懷念牛糞伯這一類型的人物吧。 (62.4.5)