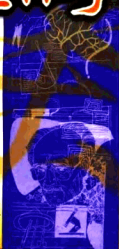


朱世能 著



医林奇案



文匯出版社

— 目 录 —

自 序.....	(1)
一、致命的小瘤	(1)
二、空气成死因	(9)
三、姑娘的悲剧	(17)
四、广东来客	(24)
五、缝针是祸种	(32)
六、一位精神病人	(39)
七、手术后的灾难	(46)
八、该谁负责	(53)
九、小糖是杀手	(60)
十、自信的高工	(66)
十一、阑尾手术	(73)
十二、自疾难断	(80)
十三、胃切除手术后	(86)
十四、麻烦的病征	(92)

十五、摸不到的肿块	(98)
十六、粟粒性肺结核?	(105)
十七、工伤	(111)
十八、两名船工	(117)
十九、几个瘤?	(123)
二十、活了半个小时	(133)

一、致命的小瘤

秋夜的晴空，星星在闪烁。江南的小镇已沉浸在一片清澈宁静的气氛之中。每家人家的窗口都透露出柔和的灯光。劳动了一天的人们，早已享用了他们的晚餐，在桌旁、电视机前喝茶、谈天和看报，体味着他们的休闲和欢悦。有的已经在做睡觉前的准备了。

突然，一幢旧式楼房传出尖嘶的“救命”声，人们立刻意识到所发生事件的紧迫和严重。几家邻居随声冲进二楼的一间卧房，一切使他们惊讶：男主人倒在床前小桌旁的地上，女主人惊慌失措，无力拉起躺着的丈夫，见到好心邻居前来相救，圆瞪的眼睛流着大滴的泪珠，捶胸跺脚，想说什么又断续含糊得让人无法听清。

两位邻居拍打着地上的男主人，并呼唤着他“福根，福根”的小名。福根脸色苍白，口唇青紫，两眼垂闭，双手冰冷，口角留有白沫，按不出脉，也测不出呼吸，当然，也没有应答。

邻居们七手八脚抬着福根下楼。有人找来一辆



板车。人们簇拥着女主人，一起将福根赶送镇上那家医院去了。

几位邻居继续留在屋内。屋内的陈设几乎没有什么特别，家具被褥等都各就各位。靠窗的桌上放着茶壶和一只盛有半杯茶的茶杯。约莫过了10分钟光景，街上一阵摩托车声，三位民警赶到现场。墙上的时钟指着9时1刻。

民警询问了在场的每一个人与男主人的关系，一一作了记录。“大家不要动任何东西。可以回去休息了。有需要再找你们。”一阵商量之后，三位民警中的一位留守房内等着法医来取证，另两位迅即骑上摩托，赶往医院。

医院的急诊室比较简陋。两张诊疗床，一个药柜，一张放满消毒锅之类的长桌，两张小桌和几把椅子。其余的就是盐水瓶架，氧气钢瓶之类。仰卧在一张床上的福根已经被蒙上了被单，紧挨的一张小桌上一只关着的心电图机吐着一张长长的灰底细格纸，纸上留着一条水平的墨线。隔壁一间候诊室里女主人的哭泣声和叫喊声显得十分凄凉。几位邻居正拉着，甚至是按压住这位因“飞来横祸”的袭击而过于伤心，近于疯狂的年轻妇女。

民警熟悉这儿的大夫和护士。在值班大夫报告了简单的情况之后，双方开始了严肃的对答，伴着沙沙的笔记声。

“什么时候死的？”

“抬来的时候已经测不出呼吸和心跳，血压是‘0’。做了心电图，没有电波。”

“身上有伤痕没有？”

“没有发现。”

“有呕吐物或大小便失禁没有？”

“没有。但口角有一些唾沫。”

“考虑患的是什么疾病？估计死因是什么？”

“现在难说。只能讲可以排除几种情况：不是外伤，不像急性烈性传染病。脑出血或心肌梗死的可能性也较小。中毒需要考虑。由于病发突然，口唇青紫，急性呼吸循环衰竭几乎是可以肯定的。”

法医从现场取证以后，又赶来医院。现场的环境都已照相，几个封口的瓶子中采集的标本包括饭、菜、茶、酒之类。

汇总各方面的情况包括：死者 31 岁，本地人，碾米厂工人。平素健康。当天晚上 9 时不到夫妻俩在房内商议家事，死者突呼胸闷不适，随即倒地。当时没有旁人在场。晚饭、饮茶都如平日。死者性格内向，不善交际，生活检点，未有纠纷。事前没有不愉快的经历。平日不吸烟，偶饮少量黄酒。夫妻感情融洽。结婚四年未育。

这一夜经妥善安排之后，人们分别离开自去休息。第二天一早，法医和医院领导一起向死者家属和

单位领导提出需要进行尸体解剖，以明确疾病和死亡要求。在这个阶段，作为当事人的女主人有责任协助公安部门破案。

家属和单位领导在尸体解剖申请单上签名之后，解剖在当天下午举行。按照惯例，在明确案件性质究竟是法律纠纷还是医疗问题之前，法医将和医学院的病理大夫合作解剖。

对死者从头颅到胸腹、四肢进行仔细观察记录后，常规对急死案的采样检查，包括取胃内容物、尿液留作毒物分析，作心内血液细菌培养等都一一完成。对大动脉中有无血栓或栓子栓塞也都作了详细剖查。结果除内脏有静脉淤血外，没有发现明显的异常，也未见到心肌梗死病灶或脑内出血灶，更找不出其他明确的疾病病变和死亡原因。初步的病理诊断报告写着：内脏静脉淤血，尤以肝、肺、肾为明显；左右心房、心室呈舒张状态，充满死后凝血块。可能死亡原因：循环衰竭。

一周左右，各种检验报告陆续送来。胃内容物，尿液，连同茶杯内的茶样以及饭菜等的毒物分析都是“阴性”，心血培养也没有致病性细菌生长。这表明没有中毒的证据，也不存在急性的、可以致死的败血症。法医们见到这样的结果，论定这个案件既非自杀，也没有他杀的可能，不涉及法律问题，因而他们可以退场了。

这样的“无头案”往往使一向以探索疾病奥秘为己任的病理大夫们感到肩头的压力。他们深感死者所患的疾病既不常见,也不简单,着实可以使不少临床大夫望之兴叹。病理大夫们在再一次仔细观察所有内脏标本和所制成的切片,还是没有发现特殊的病变后,进行了一番讨论,一致认为,根据死者循环衰竭的表现,心脏应当是检查的重点,为此必须在原有基础上用上新的技术。他们相信深入的研究和仔细的分析一定会得出科学的结论。

桌上放着已经在福马林液中完好固定的、可供切取组织块检查的心脏标本。病理大夫们围在一起,商量着心脏传导束的检查。在确认定位无误的情况下,选定特定部位切下了6个心肌组织块,进行薄的切片和染色。这样,又有50多张切片供病理大夫细琢。

几天后的一个下午,病理大夫们进行集体会诊和讨论。在几台显微镜前,大夫们轮流观察,终于发现了异常:在心房、心室之间作为心脏传导系统一部分的“房室结”旁有一群体积较大、形态略有怪异的细胞。这些细胞正侵犯着传导束支,附近还有一个出血小灶。高年大夫引经据典,诊断它为“心脏房室结旁间皮瘤”。

真相大白。就是这个米粒大的肿瘤侵犯压迫心脏传导系统,造成心脏搏动骤停,血液停止流动。这

就像切断电源引起停电一样。

综合所有发现,经过讨论研究,最后的尸体解剖病理诊断报告书上这样写着:1. 心脏房室结旁间皮瘤,侵犯传导束支,引起局部出血;2. 左右心室、心房扩张;3. 部分内脏淤血,以肝、肺、肾为明显;4. 紫绀。死亡原因:间皮瘤导致心脏传导阻滞,心力衰竭。

将这个诊断和解剖发现告诉医院并转告家属以后,医院的大夫们得到了又一次的经验,家属也在悲痛之余表示了理解。

“这肿瘤是怎么发生的?”家属问。

“就像许多肿瘤的病因和发病机理目前不够清楚一样,心脏间皮瘤的原因也不明。间皮瘤来自间皮组织,心脏的间皮瘤可能由先天性残留的间皮细胞增生形成。”病理大夫解释说。

“肿瘤有良性恶性之分,间皮瘤属于良性肿瘤还是恶性肿瘤?”

“根据肿瘤对机体危害性的大小,分为恶性肿瘤和良性肿瘤,恶性的多称之为癌或肉瘤,良性的就称瘤。当然良性恶性也是相对的,像这例肿瘤长在心脏要害部位传导束的附近,尽管是良性瘤,但也引起严重的后果,危及生命。”

“能不能早期发现心脏间皮瘤?有什么治疗的办法?”

“这种肿瘤都比较小，至今报告最大的直径不超过1.5厘米，大多仅几毫米而已，是目前可以成为直接死亡原因的一种最小的肿瘤。据统计女性比男性多，平时不引起症状，心电图或其他先进的检查方法也难以发现它，因而目前来说几乎无从治疗。怎样做到对这种肿瘤的早期诊断和及时治疗，还需要研究。但这作为一种特殊的肿瘤性疾病，为急死案的法医、病理检查提供证据，排除自杀或他杀，无疑是十分重要的。”

“心脏也会生肿瘤？心脏肿瘤多见吗？”

“人身上的组织除毛发、指甲以外都可以发生肿瘤，当然不同的组织发生肿瘤的机率不同。心脏发生肿瘤的机会很少，影响传导系统的间皮瘤更罕见。在世界上一组资料比较完整的425例心脏肿瘤统计中，良性肿瘤319例，恶性肿瘤106例。其中良性间皮瘤仅12例，占心脏肿瘤的2.8%。所有病例几乎都有类同的经历和表现，可以称之为医林中的奇案。”

二、空气成死因

一个闷沉炎热的暑天下午，医学院病理系李教授在办公室看完送来会诊的切片，正要站起来招呼助教将会诊意见书送出去，助教小王匆匆进来，将一叠刚从市医疗事故鉴定委员会送来的病历和有关材料交到教授的书桌上。

教授书桌的一侧堆满大本的书刊，另一侧是已经审改好将要发出的一份份稿件。桌面中间那块小空地搁着一台刚使用过还来不及收拾的不小的显微镜。显然，李教授是位大忙人。

李教授匆匆翻阅了这些材料，便断定这个案件非同寻常。病人是中午以前死亡的，科室报告的情况和家属的意见使那家规模不大的医院的领导马上拨通电话，准备材料，向市卫生局汇报请示。根据“避亲求公正”的原则，医疗事故鉴定委员会将任务委托给与该医院无从属关系的另一所医学院研究解决。

尸体解剖申请书有医院领导和死者家属的签字。所附的病历摘要是这样写的：男性，52岁，职员，



已婚。刺激性咳嗽二月，少痰，无咯血。既往体健。吸纸烟已有二十多年，每天一包。胸部 X 线摄片发现右肺上叶近肺门处有一个不规则形肿块，大小约 5×4 厘米，痰脱落细胞检查发现可疑癌细胞，拟诊肺癌准备手术。因发现病人血压偏低、贫血，给输血 300 毫升，无不适应反应。手术前一天早上静脉滴注 5% 葡萄糖盐水 1000 毫升，10 时半左右输液滴完，家属通知护士，护士匆匆前来换上另一瓶盐水。10 多分钟后，病人出现烦躁，呼吸困难，颜面青紫，全身抽搐，随即昏迷。给吸氧，人工呼吸等抢救无效，呼吸、心跳先后停止。解剖目的一栏写着：明确死因。

李教授顾不得炎热，立即关照助教小王，向医疗纠纷办公室挂电话，要求补充有关盐水滴注和其他细节，并将用过的盐水瓶，未滴完的盐水，以及针头、输液管等收集起来以备进一步检查。另外，教授召集几位病理大夫一起讨论了解剖的方案。晚饭前，尸体已被运送到医学院停尸室。

有关解剖的时间，有大夫提出尸体暂时放进冰箱，明天解剖。李教授摆摆手，表示不同意。他的意见是：大家回去吃饭，晚上 8 时开始解剖。

8 时不到，有关病人滴注盐水等详细临床过程的记录已经送来。那记录这样写着：10 时半左右输液滴完，家属即到办公室找护士，护士匆匆取了又一瓶盐水挂在床旁盐水瓶架上，即将原输液管的针头

插入瓶口朝下的橡皮瓶塞，见输液玻璃小管中盐水不滴，就挤压橡皮管直到滴液通畅。整个过程约几分钟光景，动作利索，随即离去……李教授读到这里，轻轻噢了一声。

这时的解剖室，已是灯光通明，助手已经准备了冰块、抽风机降温。解剖台旁边的小桌上，明亮的刀、剪、镊、针俱全。李教授和他的助手、学生一共十多人陆续前来，上台的三位大夫进入更衣室，在室温25℃的环境里穿上厚厚的解剖工作衣，汗珠开始在他们的额头闪露。

解剖开始。出于工作经验和对该案件的敏感，在查看尸体外表，仅发现死者消瘦、口唇青紫之后，李教授要执行解剖的大夫一改剖胸、剖腹等常规解剖步骤，首先锯开头颅骨，剪开硬脑膜，暴露脑顶部软脑膜的血管。果真不出所料，透过薄薄的血管壁，可见到脑表面大小血管中血液似未凝固，分布像串珠，断断续续，被透明无血的空隙间隔着。将这部分照相记录之后，随即打开胸腔，暴露并仔细剪开位于前方的心包膜，又将心包膜剪缘稍稍提起，向心包腔中注满清水，用尖刀在右心房里轻轻捅了一下，只见无数的气泡溢出水面。手提相机的助手很快将这一幕收进镜头。在场的大夫不约而同地嘘了一口气，表示他们心中都有了底。

在进一步检查内脏中发现：心脏内没有凝固的

血液呈浅红色泡沫状。两肺明显淤血，显紫红色，切开后挤出的血也是泡沫状。腹腔中部分肠系膜血管内也有气泡存在。此外，右肺上叶支气管旁有一直径约4厘米的边缘不整齐的坚实肿块，切面灰白色。从肿块中取下小块作快速切片，证实这是一例肺的鳞形细胞癌。

几个主要脏器检查完毕之后，衣服已被汗水浸湿的几位大夫有一种轻松的感觉，他们纷纷把头从解剖台边回过来，习惯地让助手抹去脸上的汗水。这时，主刀的那位大夫突然发现他周围有几位正听病理学课程的学生，就问他们：

“你们说说看，这肺癌和脑、肠系膜血管的病变，还有肺的淤血有什么关系？”

几位学生毕竟年轻，相互投以疑惑的眼光之后谁也没有吭声。

“回去想想，下次再问你们。”

在以后的一个月里，固定后组织的取材、切片、染色等等步骤逐个完成。李教授又带领大夫们检查完所有的切片，修改好助手整理的记录报告。一方面将书写工整的病理诊断报告寄至医疗事故鉴定委员会，另一方面又组织了一次有医院领导、临床大夫、病理大夫和法医等各方面专家出席的临床病理讨论会。

小小的会场济济一堂。会上临床大夫报告简单病历以后，专家们各抒己见，发表了有关诊断和可能

死因的意见,推理、分析、猜测……最后集中到补液质量、注射技术,以及有无其他中毒的可能性等问题。病理大夫根据送检的有关补液的毒物分析以及致热源检查发回的报告,向在座的各位郑重宣布,所有这些检查结果都是“阴性”。随后主持解剖的病理大夫向大家详细报告了尸体病理解剖过程,各内臓肉眼观察和切片显微镜检查的记录,并放映了幻灯片。最后的病理诊断写着:1. 内臓(心、肺、脑、肠)血管空气栓塞;2. 右肺上叶支气管鳞形细胞癌,Ⅱ级;3. 两肺淤血水肿。死亡原因:空气栓塞导致窒息。

会场一片寂静。法医发表了意见,认为无论根据尸体解剖所见,以及临床的表现,都说明这例空气栓塞的诊断是正确的。因为“除了死后相当长时间某些腐败性细菌繁殖产生气体外,尸体心血管里是不应该有游离的空氣的,何况这例解剖在死后 10 小时不到就进行。只有血管穿破,在一定压力下,空气才会进入血管,到达心脏和其他内臓的血管。”

病理大夫随即补充:“根据分析,本例不能排除在更换输液瓶过程中残留于输液管中的空气被压入血管的可能性。”

一些大夫在低声议论。他们现在已经明白为什么那天教授坚持急于在晚上进行解剖。因为天热,细菌容易繁殖,愈早解剖就愈能避免导致血管内空气存在的人为因素,同时已存在的空气也不致消失。