

彩色圖譜組織病理學

Colour Atlas of Histopathology

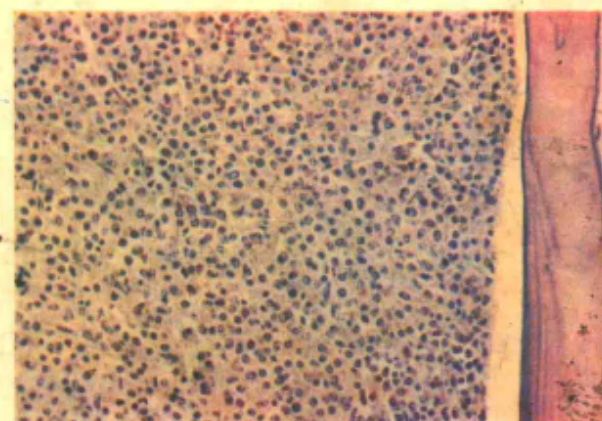
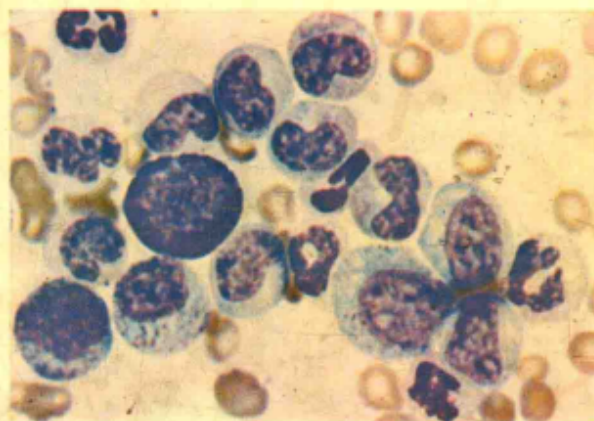
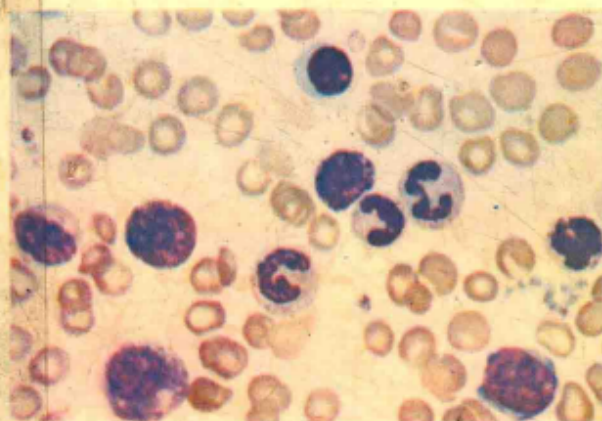
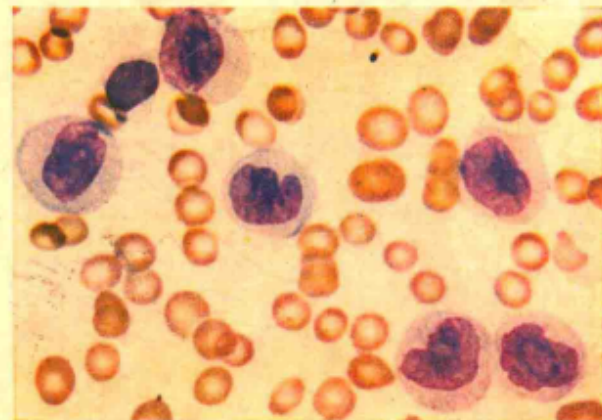
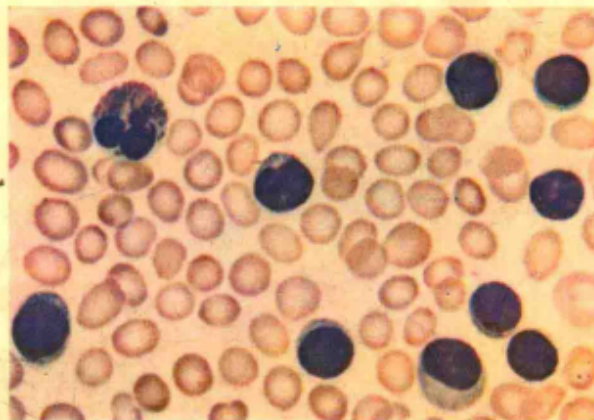
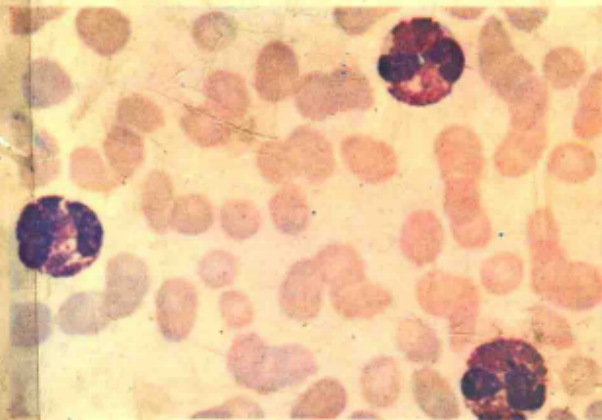
國立臺灣大學醫學院病理學研究所病理學碩士

原著：R.C.CURRAN.

醫師：陳 武 雄 監修

醫學士

張紅淇 范文政 譯



合記圖書出版社發行

彩色圖譜組織病理學

Colour Atlas of Histopathology

作者： R·C·CURRAN

國立臺灣大學醫學院病理學研究所病理學碩士

臺北醫學院・中國醫藥學院執教

醫師：陳 武 雄

醫學士

張紅淇 范文政

譯

合記圖書出版社發行

出版登記新聞局局版臺業字第0698號

著作權註冊臺內著字第 號

版權所有 翻印必究

中華民國六十八年十月初版
中華民國七十二年九月三十日第二版

彩色圖譜組織病理學

實價新臺幣 550 元

監修 陳 武 雄
譯者：張紅淇 • 范文政

發行人：吳 富 章

發行所：合記圖書出版社

總經銷：臺北市吳興街 249 號

電話：7019404 劃撥 6919 號

印刷廠：瑞明彩色印刷有限公司

電話：3818928 • 3719616

CONTENTS

目 錄

- 一、炎症與修復第 1 頁
(INFLAMMATION AND REPAIR)
- 二、血液、脾臟、淋巴結及骨髓第 4 頁
(BLOOD, SPLEEN, LYMPH NODES AND BONE MARROW)
- 三、耳、鼻與口腔第 11 頁
(EAR, NOSE AND MOUTH)
- 四、胃腸道第 14 頁
(ALIMENTARY TRACT)
- 五、肝臟、膽囊與胰臟第 20 頁
(LIVER, GALL BLADDER AND PANCREAS)
- 六、心臟與動脈第 24 頁
(HEART AND ARTERIES)
- 七、氣管、支氣管與肺第 30 頁
(TRACHEA, BRONCHI AND LUNGS)
- 八、內分泌器官第 37 頁
(ENDOCRINE ORGANS)
- 九、中樞神經系統與耳朵第 42 頁
(CENTRAL NERVOUS SYSTEM AND EYE)
- 十、腎臟與膀胱第 49 頁
(KIDNEYS AND BLADDER)
- 十一、男性生殖系統第 56 頁
(MALE GENERATIVE SYSTEM)
- 十二、女性生殖系統第 58 頁
(FEMALE GENERATIVE SYSTEM, INCLUDING BREAST)
- 十三、骨頭、軟骨及關節第 67 頁
(BONES, CARTILAGE AND JOINTS)
- 十四、皮膚第 75 頁
(SKIN)
- 索引第 87 頁
INDEX

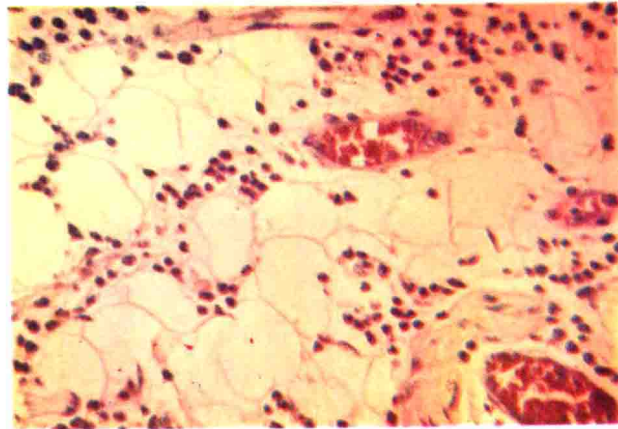
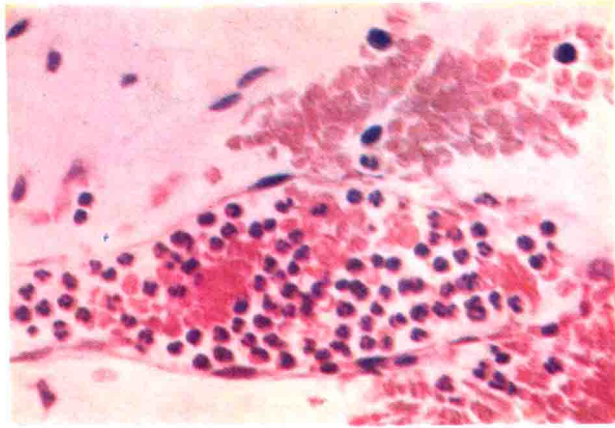
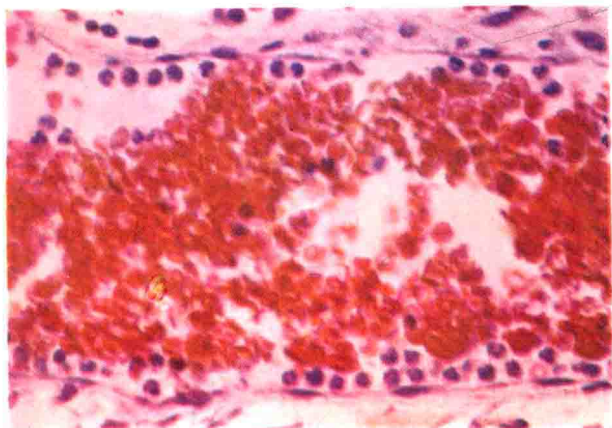


圖1、1：著壁現象（或鋪列現象：指白血球沿管壁鋪列之現象）

圖1、2：微血管出血——紅血球滲出 (diapedesis)

圖1、3：白血球滲出 (Acute inflammation: emigration of leucocytes)

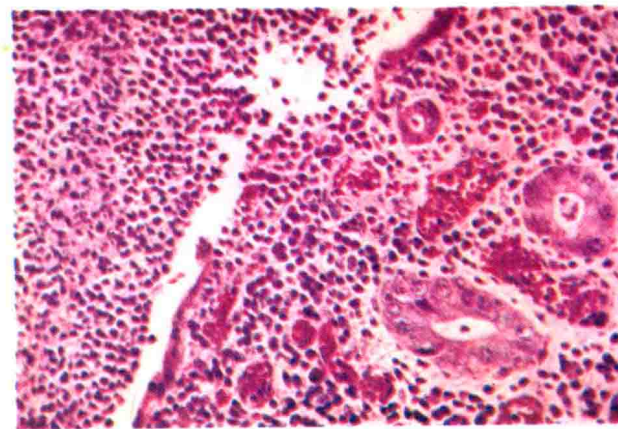
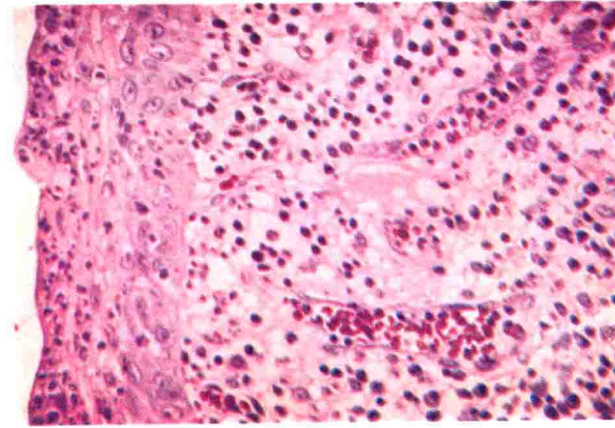
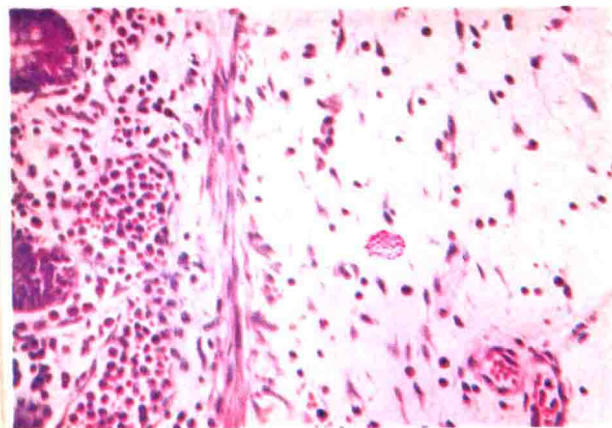


圖1、4：炎性水腫 (inflammatory edema)

圖1、5：急性炎症 Acute inflammation

圖1、6：急性膿腫 (acute Abscess)

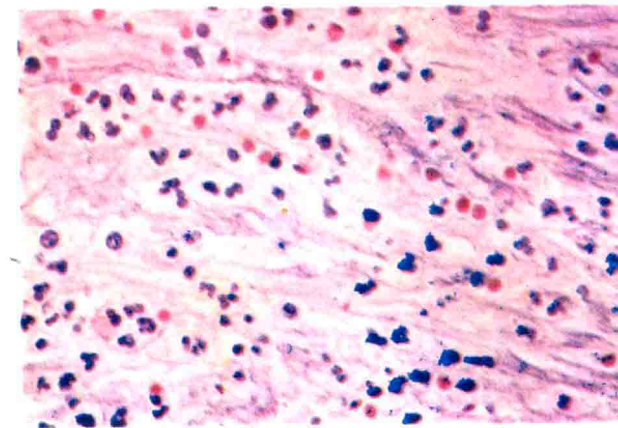
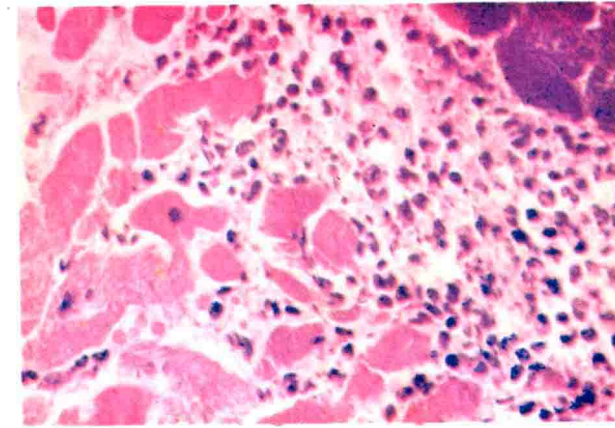
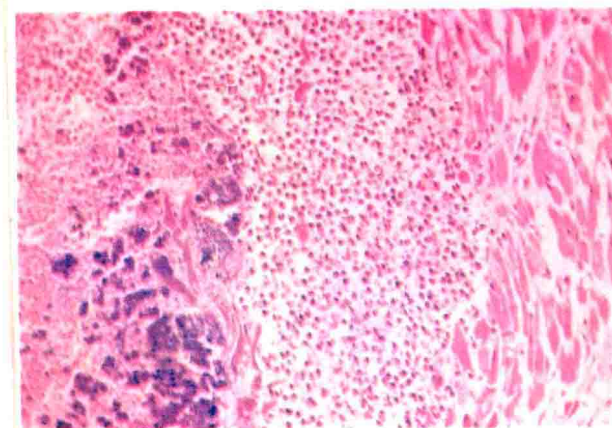


圖1、7 膿血性膿腫 (pyemic abscess)

圖1、8 膿血性膿腫 (pyemic abscess)

圖1、9：急性炎症：膿腫

圖1、1~1、3 各圖表示急性發炎反應中所必有之血管反應，圖上組織乃一受急性炎症之腸系膜。圖1、1：著壁現象（或鋪列現象：指白血球沿管壁鋪列之現象）：此血管為微血管，它極度怒張擴大，而多形核白血球——尤其嗜中性球，附著到微血管壁上，這以後，白血球將開始滲出 (Emigration) 到周圍的組織，並趨向發炎刺激物存在的源地。什麼原因使白血球「黏」到血管內皮上面則不明白。吾人須注意白血球滲出于血管外通常發生自微血管後微靜脈 (postcapillary venule) 而非自微血管本身。圖上的血管既極度擴張，因此血行靜止 (stasis) 可能已經開始。圖1、2：微血管出血——紅血球滲出 (capillary hemorrhage—diapedesis of red cells)：微血管極度擴張，其腔內含有無數多形核白血球，血管內皮業已破裂，故出血已浸潤鄰近疏鬆組織內。圖1、3：白血球滲出 (Emigration of Leucocyte) 發炎細胞（幾乎全是嗜中性多形核白血球）已離開擴張的血管而遷移到鄰近組織。於圖片右底處可見一神經纖維。圖1、4~1、6：各圖取自區域性腸炎或 Crohn 氏病 (regional enteritis or crohn's disease) 圖1、4：炎性水腫 (inflammatory edema) 此段取自終末迴腸 (terminal ileum)，在左邊可見有兩條腸腺之隱窩 (crypt)，此組織極度充血且一些擴張微血管內含許多多形核白血球，水腫的程度極著，且在黏膜肌層之右邊更顯明，此處纖維組織細胞均受水腫液之推斥使炎症細胞看來浮懸在一大的空間內。圖1、5：急性炎症：此圖顯示肛門黏膜之急性炎症，到處是充血 (hyperemic)，且多形核白血球成千上萬聚在擴大的微血管腔內，它們亦大量遷移穿過多層扁平上皮 (左邊)。組織內含有大量炎性水腫液，這種情形已

存在數月因而出現一些漿細胞 (plasmacells) 及淋巴球了。圖1、6：急性膿腫 (acute Abscess) 所謂膿腫乃指組織內聚有一區域的膿 (pus)，而局限不散之意。其成因多因先有一強的刺激物 (細菌或化學物劑) 破壞組織，便生急性發炎，引起中性白血球聚集，最後這些活的死的白血球及死壞溶解的組織加在一起留在一個區域內便成為膿腫。既然膿腫之形成常伴以組織之破壞，則復原 (癒合) 必造成癍痕形成 (scar formation)，本圖的傷害區是在盲腸 (cecum)，圖中見有充血及一急性膿腫 (左)，形成于結腸腺 (右) 之深部，膿腫內的膿 (pus) 含有大多數的嗜中性白血球，其中有許多是已經壞死或變性 (necrosis or degeneration)；漿細胞 (中央與頂上右邊) 很多都圍在膿腫之周圍。圖1、7及1、8 膿血性膿腫 (pyemic abscess) 於 pyemia (膿血症)，感染經由一原發地點經血液循環來到各組織，是故會發生許多組織之膿腫 (多發性膿腫) 圖1、7：此損害區在心肌肌層，膿腫內含有壞死的細胞碎片，葡萄球菌菌落 (左邊) 以及多量的多形核白血球 (中央)，其中多數已變性，較完好的心肌見于右邊。圖1、8：乃另一膿腫之高倍放大圖，圖中顯示雖然離開膿腫最遠的心肌纖維仍屬完整 (見底部左邊)，但接近膿腫處的心肌纖維則壞死，此可由其變成高度嗜伊紅性 (eosinophilic) 並缺核這一點來看，多數核白血球亦均壞死，就如同心肌纖維般，它們也是被葡萄球菌之毒素所殺。圖1、9：急性炎症：膿腫此為一膿的抹片 (塗片)，取自急性膿腫。圖中顯示條狀纖維素 (fibrin)，嗜中性白血球，紅血球及幾個巨噬細胞，此圖中見不到有微生物，做 gram 氏染色便可畢其原形矣。

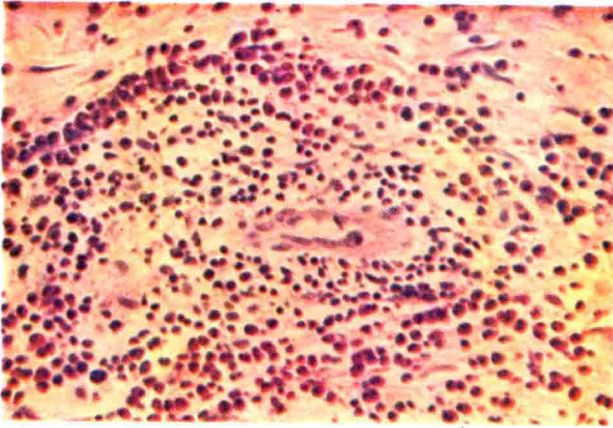


圖1、10：嗜伊紅性多形核白血球
(Eosinophil polymorphs)

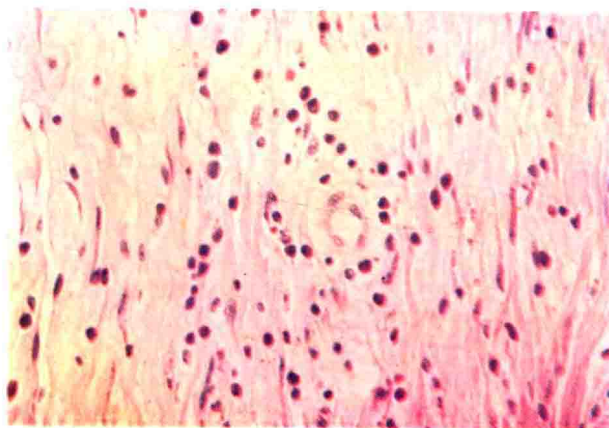


圖1、11：纖維芽細胞 (fibroblasts)

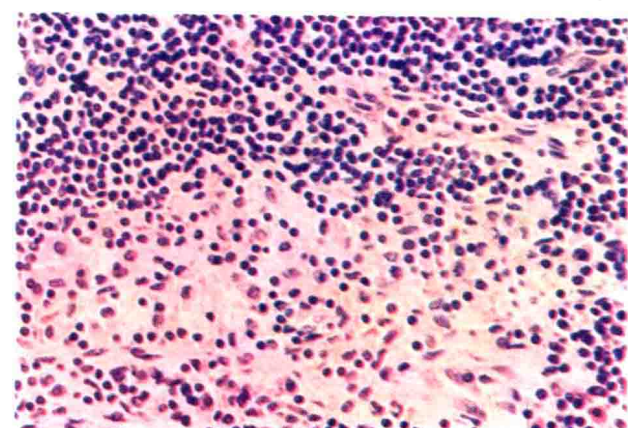


圖1、12：慢性淋巴腺炎 (chronic lymphadenitis)

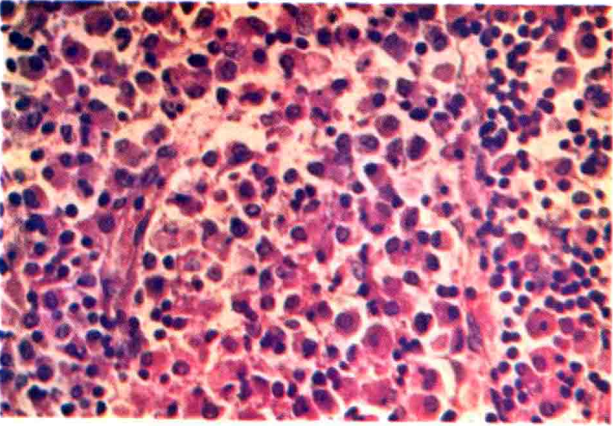


圖1、13：傷寒 (腸熱症) Typhoid, Enteric fever

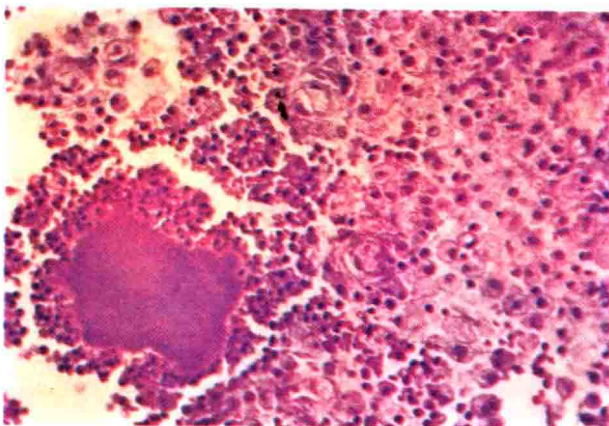


圖1、14：放射菌病 (Actinomycosis)

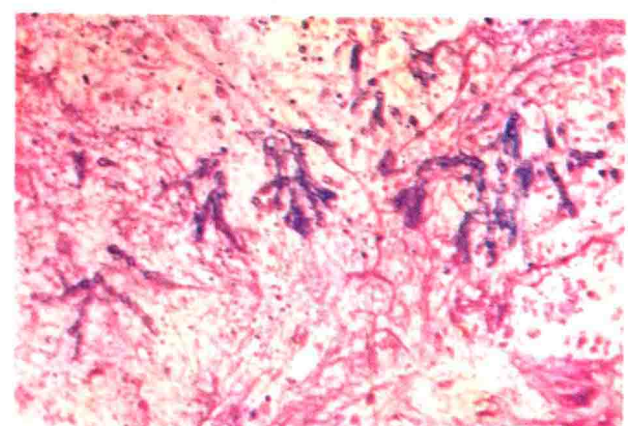


圖1-15：黴菌膿腫 (fungal abscess)

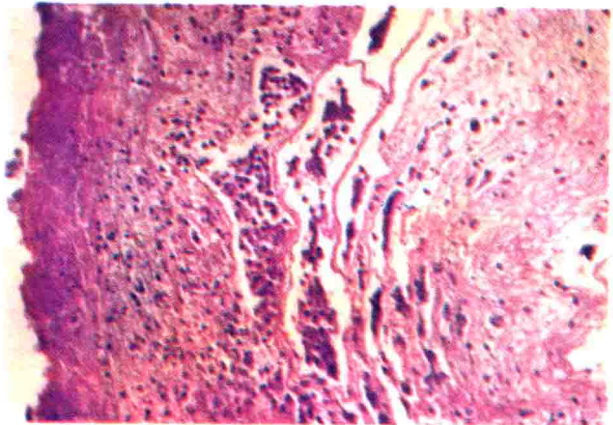


圖1、16：偽膜性炎 (白喉) Pseudo membranous inflammation (diphtheriae)

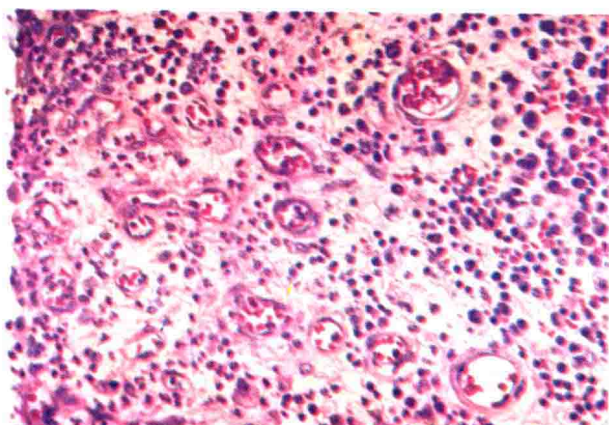
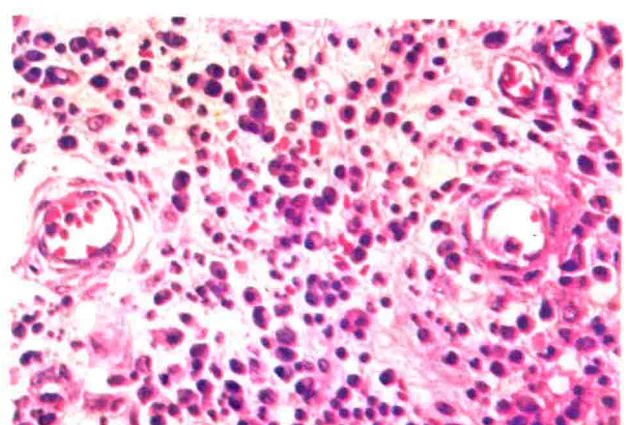


圖1、17：肉芽組織 (修復組織)



1、18：肉芽組織 (修復組織)

圖1、10：嗜伊紅性多形核白血球 (Eosinophil polymorphs) 此圖顯示部分被膜(capsule)圍著成體的絲蟲 (*Onchocerca volvulus*)，最接近血管 (中央) 的細胞是淋巴球及漿細胞但居多數的其他細胞則為嗜伊紅性多形核白血球 (eosinophil)，組織內出現大量嗜伊紅性多形核白血球通常為組織對此類寄生蟲的反應。圖1、11：纖維芽細胞 (fibroblasts) 及嗜伊紅性多形核白血球：此為圖1、10之另一病灶區，於此圖見到由許多細長纖維芽細胞所做出的膠質纖維組織所構成的被膜。嗜伊紅性多形核白血球也見到許多。圖1、12：慢性淋巴腺炎 (chronic lymphadenitis)：巨噬細胞 (macrophages) 與淋巴球：這是淋巴結的周緣部分，顯示輕微的反應變化。周圍的淋巴竇 (sinus) (在底半部) 內充滿了吞噬性單核細胞，這是由竇內襯細胞衍化來的。頂部的一片組織是介于竇間，其上含有淋巴球，及一些漿細胞。頂部右邊的血管係一小的微靜脈。圖1、13：傷寒 (腸熱症) —— Typhoid, Enteric fever：本症之發炎反應的特徵是組織內出現大量巨噬細胞而獨缺乏嗜中性多形核白血球。於此派耶氏淋巴結集 (Peyer's patch) 內，巨噬細胞幾乎已完全取代正常所應出現的淋巴球，有一些巨噬細胞是變性的，但壞死則並不顯著。於此圖片中，巨噬細胞的細胞質並未像它在一般傷寒症般地具有特徵——亦即，嗜伊紅性。圖1、14：放射菌病 (Actinomycosis) 此為一粒硫磺粒 (sulfur granule)，取自閩尾上的一個膿腫。以色列放射線菌之菌落 (左) 被壞死的組織碎片及多形核白血球所圍，泡沫 (含脂肪) 狀

巨噬細胞則出現于邊緣圖右。此種病灶可經由門靜脈散佈到肝而在肝造成蜂窩狀膿腫 (honey-comb abscess) 圖1-15：黴菌膿腫 (fungal abscess) 這是屍體檢查一個患有賀金杰氏 (Hodgkin's) 病的16歲患者的甲狀腺而偶而發現的。此病人曾用化學治療，因而身體防衛力量受到壓抑，引起黃麴菌之乘虛而入。圖中管狀分支的黃麴菌菌絲在已死的組織和纖維素上生長著，但是組織並無細胞性反應來對付。(註：黃麴菌即 *Aspergillus flavus*) 圖1、16：偽膜性炎 (白喉) —— Pseudo membranous inflammation (diphtheriae) 於白喉感染，白喉桿菌並未深入組織或體內，而只停留于身體腔道之表面釋放毒素造成全身性症狀，此毒素為外毒素。此圖顯示一取自于扁桃腺之膜 (偽膜)，此膜由細菌 (左邊，表面上)，纖維素索及發炎細胞 (中央) 及壞死上皮 (右邊) 共同組成。圖11、17及1、18：肉芽組織 (修復組織) 潰瘍 (ulcer) 或傷口修復時，其填充於裂口之內的組織在外觀上似一肉芽，是以名為肉芽組織。用修復組織一詞較可免于混淆不清。圖1、17：圖示——修復組織業已包覆一膿腫，此種修復組織由厚壁微血管環羣、許多炎症細胞、許多多形核白血球及漿細胞所組成。巨噬細胞在肉芽組織內常為數很多，當修復開始，纖維芽細胞數目開始增加，最後的結果是一個血管纖維性組織。圖1、18：厚壁微血管，多形核白血球、淋巴球及許多漿細胞在本圖可看得更詳細些，那些染色很輕而纖細的微纖維 (fibril) —— 介于炎症細胞之間的，可能係新生的膠質微纖維。

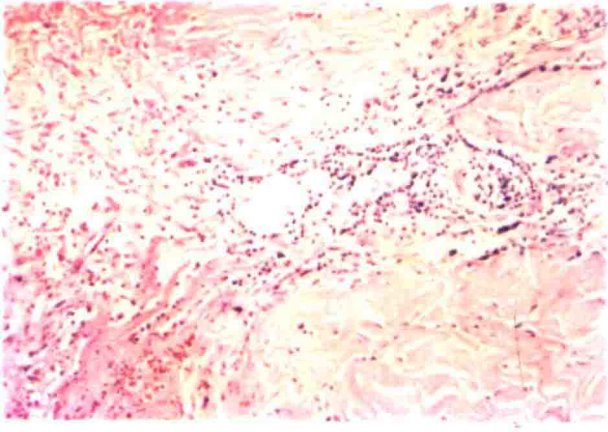


圖1、19—1 癒合中的傷口——皮膚

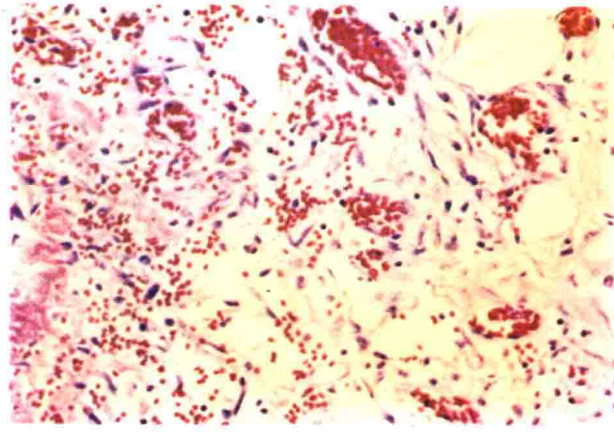


圖1、20：癒合中的傷口——皮膚

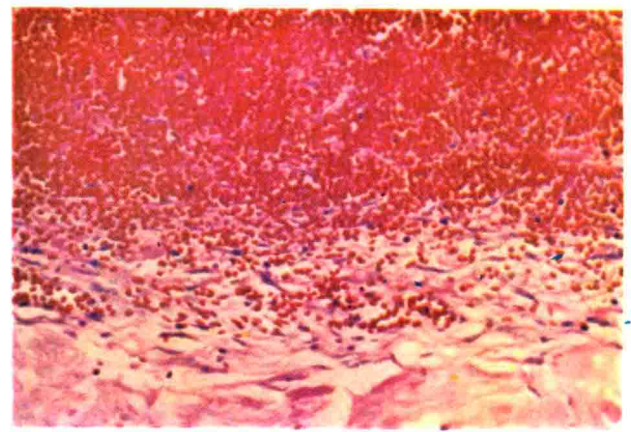


圖1、21 癒合中的傷口——皮膚

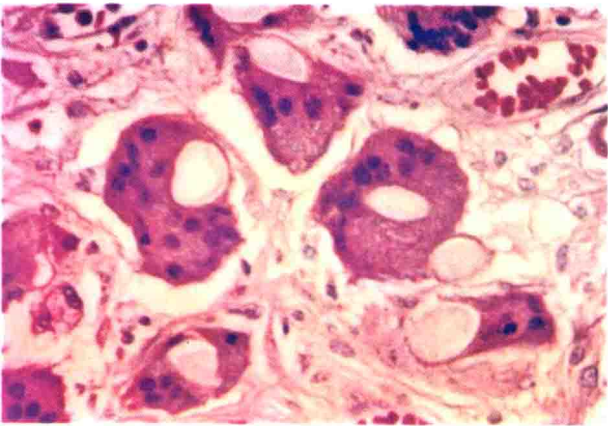


圖1、22 癒合中的傷口——皮膚

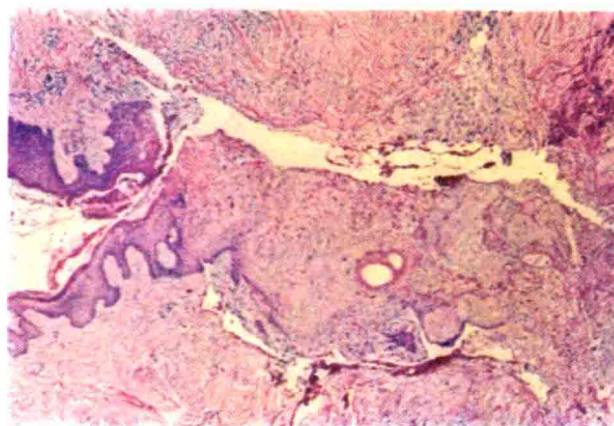


圖1、23：癒合中的傷口——皮膚

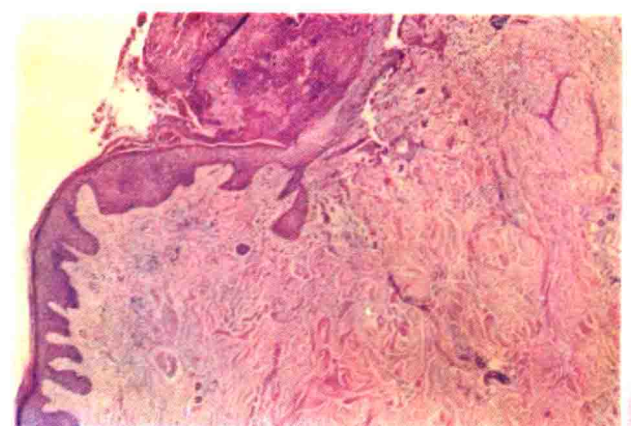


圖1、24：癒合中的傷口——皮膚

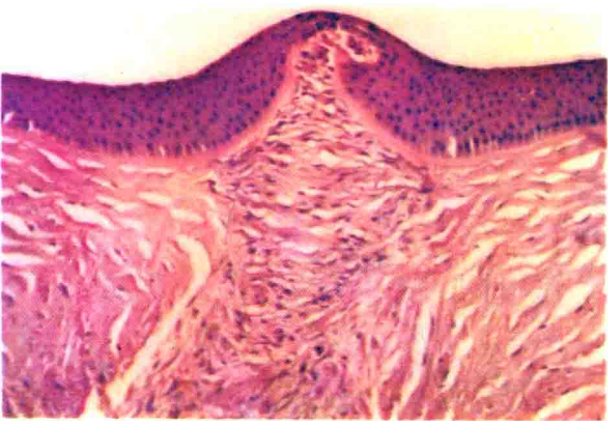


圖1、25：已癒合的傷口，角膜

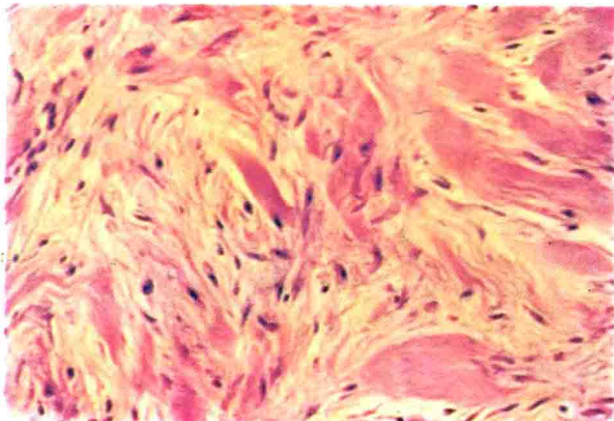


圖1、26：疙瘩 (keloid)

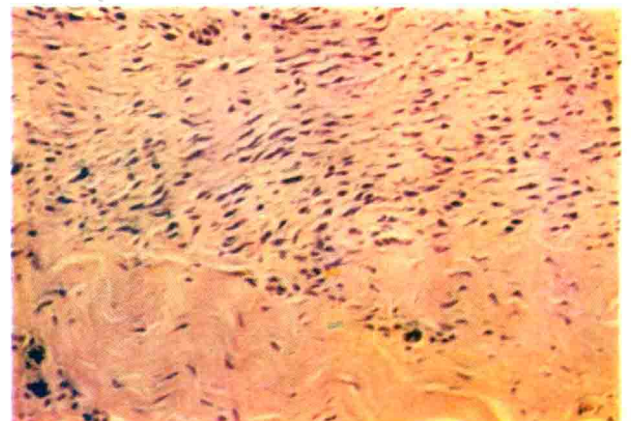


圖1、27：纖維瘤病 (fibromatosis)

圖1、19—1、24 癒合中的傷口——皮膚：圖1、19：此為一個10天久的皮膚外科傷口。圖上只見傷口之真皮部分，其上皮部分落到照片的左側以外去了（見1、23），在染色淡紅的真皮膠質纖維組織中，此傷口形成一裂溝，填以淡染之細胞性組織：更詳細檢閱此一溝口吾人發現其填充物為由小的血管（主為擴張的微血管）、巨噬細胞（fibroblasts）及淋巴球所組成。圖1、20：此為圖1、19病灶的高倍圖，顯示若干極度擴張的微血管及微靜脈，此外也有細長的纖維芽細胞、巨噬細胞（正在吞噬染色淡紅之纖維素——fibrin）（左）。逸出于血管外的紅血球亦可見。圖1、21：不完全的血行靜止（hemostasis）導致外科傷口（surgical wound）之血腫形成（hematoma），巨噬細胞正侵入紅血球羣中，而纖維芽細胞也正活躍在血腫塊旁的膠質纖維組織上，其排列方向恰平行于血腫塊之方向。圖1、22：前一次手術中植入於傷口中的縫線（耐隆）刻正被多核巨細胞（異物巨細胞）所吞噬，每一條縫線皆圍以或圍入於一巨細胞中。巨細胞之間出現纖維組織。圖1、23：此圖傷口同於圖1、19及1、20者，左邊可見一道位於扁平上皮上的裂口，而從下緣（lower edge）處正有一團新生的，染色淡白的扁平上皮組織增生進入傷口內，不偏不倚的填充了它（中央及中央右側）。一含有紅血球之溝道將兩側的上皮細胞團與真皮結締組織分隔。上皮組織遷移入傷口內是一不好的併發情況，它們會延遲傷口之癒合。圖1、24：這是一個17

天長的癒合中的手術傷口。皮膚之上皮連同其正常的乳頭間突起，可被見之於左下表面，有一層新的扁平上皮（缺乏乳頭間突起）由此處向右上方向延伸，企圖覆蓋傷口表面，此情此景恰見之於右上象限之頂。此一新的上皮業已遷移而一痂皮（scab）之下（見中央頂部），詳閱此痂皮可見含有纖維素、發炎細胞及壞死上皮。圖1、25：已癒合的傷口，角膜：在眼睛摘除之前兩個月此一角膜層在手術中被切開過。覆蓋已癒傷口（中央頂部）之上皮很薄且不似正常上皮般具有高度之分化性。因傷口而在角膜基質內形成的一個溝口（gap）現填滿了細胞性結締組織（中央），但包曼氏膜（Bowman's membrane）上的裂口仍可見之于新的上皮之下。圖1、26：疙瘩（keloid）：於此傷口已癒合之皮膚，疙瘩組織形成，其特徵是有異常大的膠原纖維（右邊三分之一）及大的纖維芽細胞之出現。這些大的細胞應當好好地與正常時較小較少的纖維芽細胞以及圖1.27中的細胞作比較。圖1、27：纖維瘤病（fibromatosis）：此一病灶取自腳掌之筋膜。那些形成膠原（collagen）的纖維芽細胞（上半）擁有比正常時不活躍的纖維細胞（fibrocytes）——位于正常成熟的膠原中（底半部）——更大的核。在細胞質內容物與構造上也有相同的明顯差別，但此處未能見之。在纖維瘤病中，纖維芽細胞的數目是如此之巨，而其外觀又是如此活躍（active），使人覺得有惡性化瘤之傾向，但其實此等病灶為良性，終其存在期間仍為靜止。

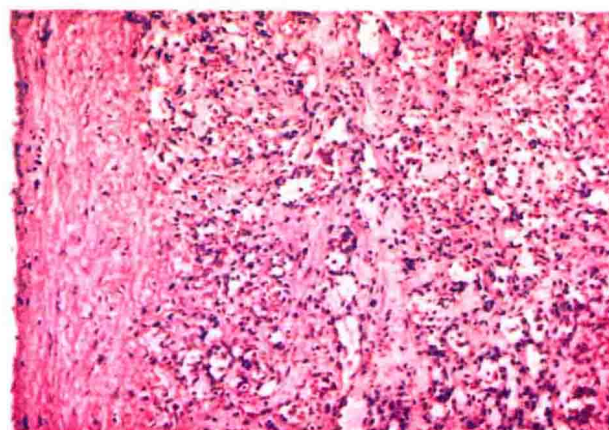


圖2、3：門靜脈鬱血—脾臟 (portal Congestion)

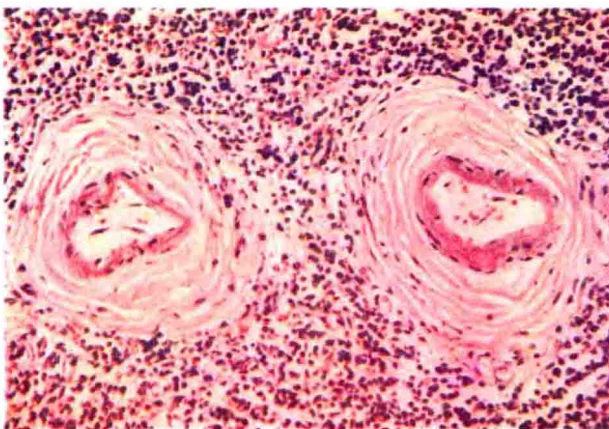


圖2、6：全身性紅班性狼瘡，脾臟 (systemic lupus erythematosus, spleen)

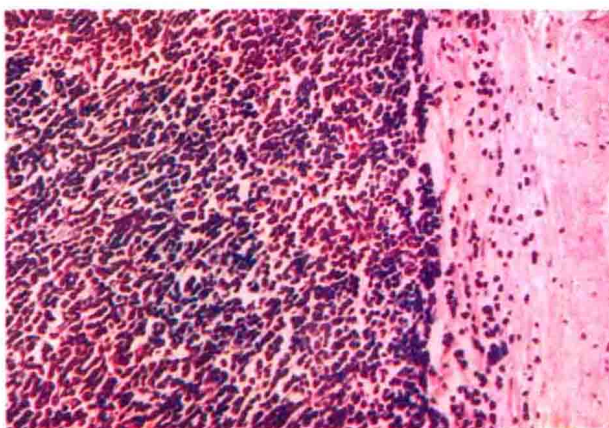


圖2、9：胸腺瘤（thymoma）。

：全身性紅斑性狼瘡，脾臟 (systemic lupus erythematosus, spleen) 此症之病灶上有明顯的血管變化，其管壁組織組織呈現廣泛而漸進性的變性，此圖中則見二條刷狀動脈管壁纖維組織增加，這些增加的膠原纖維原 (collagen) 排成同心環狀層板，狀似洋蔥皮 (onion-skin)，在血管內膜 (intima) 吾人亦見有嗜伊紅性物質之沉積；有時血管呈類纖維性壞死 (fibrinoid necrosis) 圖2、7—2、9：胸腺瘤 (thymoma) 胸腺瘤可能是前縱隔腔 (ant. mediastinum) 內最常見的瘤。它們常是良性的，呈分葉狀，包被于一纖維性被膜之內。此瘤由不同比例的上皮細胞和胸腺細胞 (淋巴球) 共同形成，有的病例中其中一種細胞佔優勢，見不到另一種細胞。圖2、7：此瘤由大的，蒼白的上皮細胞組成，細胞會有大核及明顯的核仁。細胞的境界不明，其中有的似有做成 Hassall 氏小體之傾向 (左)，基質 (stroma) 則浸潤以淋巴球。圖2、8：病灶處亦為上皮細胞性，但淋巴球已不只是見於基質中，有的亦混合于上皮細胞羣中。此種型態的瘤與精腫 (seminoma) 或惡性胚細胞瘤 (dysgerminoma) 很相似。上皮型的胸腺瘤有時常伴同着重肌無力症 (myasthenia gravis)。圖2、9：此瘤由小的成熟淋巴球組成，全部包覆于一厚的纖維被膜 (右) 內。

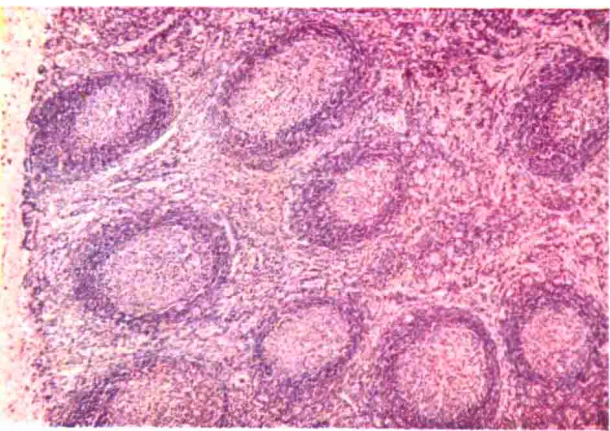


圖2、10：慢性淋巴腺炎
Chronic lymphadenitis: follicular hyperplasia

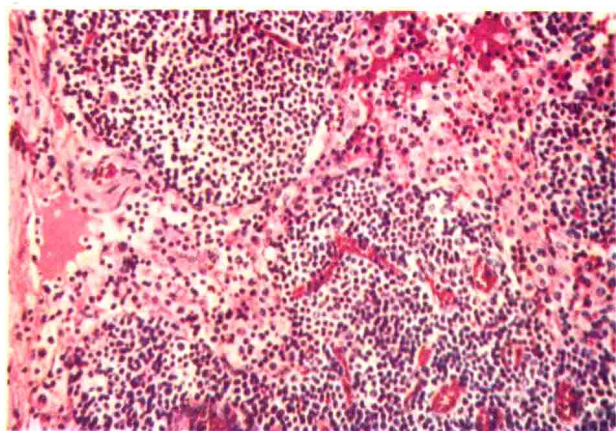


圖2、11慢性淋巴腺炎 Chronic lymphadenitis: sinus catarrh

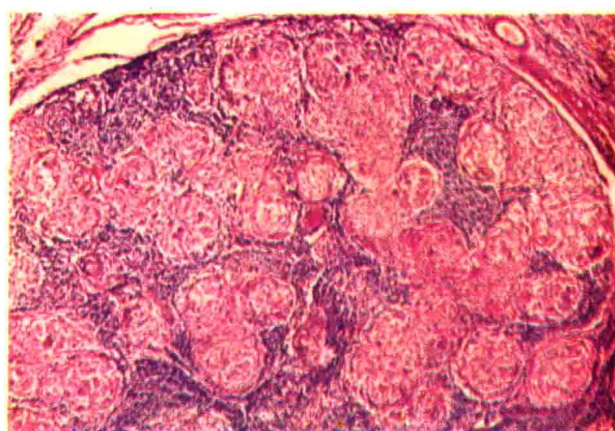


圖2、12：肉樣瘤病，淋巴結
(sarcoidosis, lymph node)

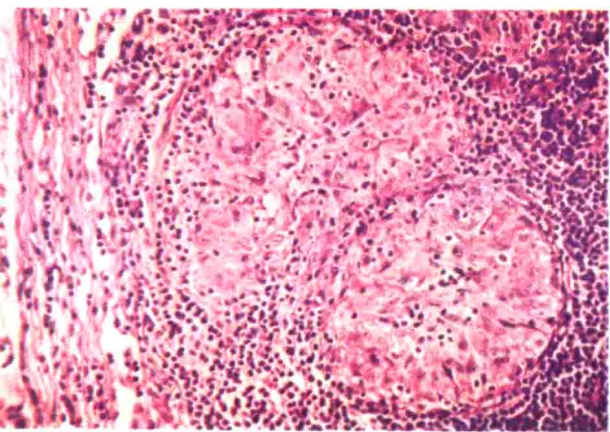


圖2、13：肉樣瘤病，淋巴結 (sarcoidosis, lymph node)

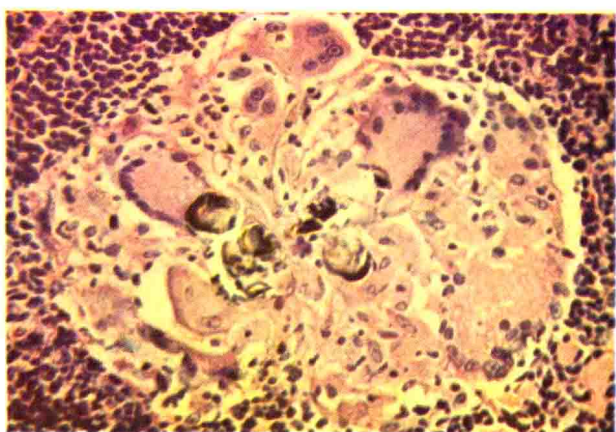


圖2、14：肉樣瘤病，淋巴結 (sarcoidosis, lymph node)

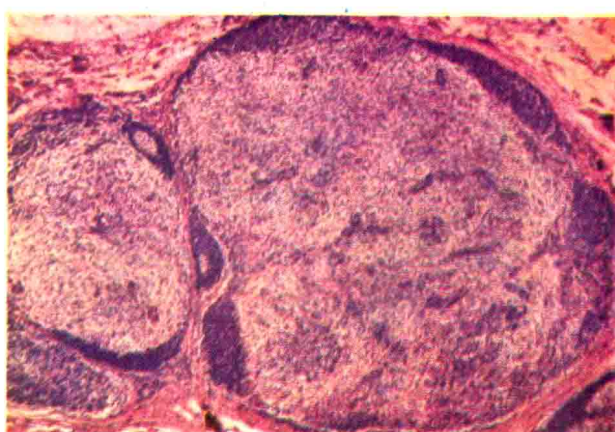


圖2、15：皮膚病性淋巴腺病（脂黑變性網狀增生）
Dermatopathic lymphadenopathy (lipomelanin reticulosis)

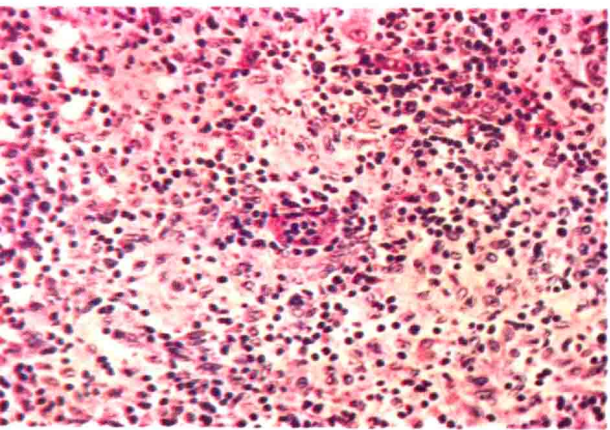


圖2、16：皮膚病性淋巴腺病（脂黑變性網狀增生）
Dermatopathic lymphadenopathy (lipomelanin reticulosis)

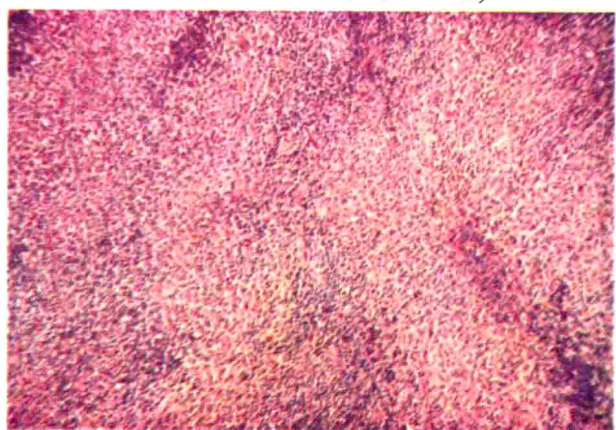


圖2、17 貓抓病，淋巴結 (cat scratch disease)

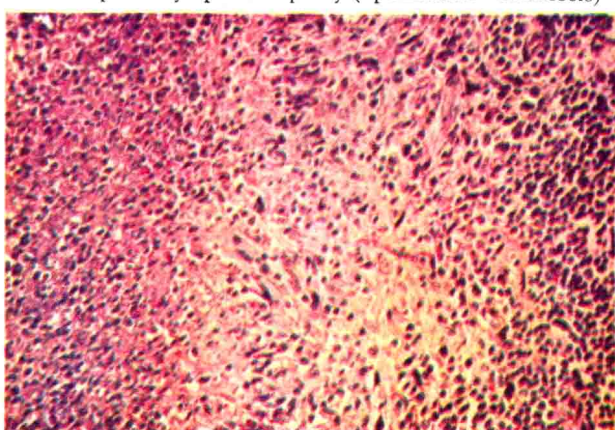


圖2、18：貓抓病，淋巴結 (cat scratch disease)

圖2、10與圖2、11慢性淋巴腺炎 (chronic lymphadenitis) 圖2、10：濾泡性增生 (follicular hyperplasia) 淋巴結的皮質中，濾泡的數目增加，胚芽中心 (germinal center) 增大，高倍鏡檢發現許多有絲分裂像且嗜嗜細胞嗜嗜細胞碎片亦可見及之。髓質部出現許多濾泡在濾泡性淋巴腺亦常見，但此「像」並非用來診斷為濾泡性增生之特徵。圖2、11：竇卡他 (Sinus catarrh) 於此淋巴結內病理反應主犯淋巴竇，使此竇因充滿淋巴及許多由襯細胞而來的單核巨噬細胞而擴大。竇間組織則呈充血 (hyperemia)，被膜與被膜下竇見於圖左。圖2、12—2、14：肉樣瘤病，淋巴結 (sarcoidosis, lymph node) 肉樣瘤病 (sarcoidosis) 是一種臨床症候羣，但原因不明。肉芽組織狀的肉樣瘤反應是非特异性反應，可因許多不同物劑而起，例如鉍 (Beryllium)，此種病灶偶亦見於引流一癌瘤的淋巴結內。圖2、12：此一患有肉樣瘤病之病人的淋巴結組織幾均已被這種肉瘤性肉芽組織瘤所取代。圖2、13：兩個小的肉芽腫 (granuloma) 幾乎均充滿了「轉變的組織球」——類上皮細胞，且位置靠近淋巴結被膜 (左)。病灶並無壞死，完全與這種濾泡病灶雷同的病灶亦可見之於增殖性非乾酪性結核症 (proliferativenoncaseating tuberculosis)，而且，事實上，結核結節常見位於被膜之下，因為結核菌常由被膜下竇進入淋巴結內。圖2、14：於此肉

芽腫內，多數的細胞為巨細胞且為多核，並且有些 (中央者) 尚且有層狀嗜鹼性包涵體 (schaumann 體)，這些緻密小體業已鈣化，碎裂。其中之一形體小，呈星形 (中央頂部)。當肉樣瘤病的病灶退化掉後，組織球會變成纖維芽細胞，結果纖維化。圖2、15及圖2、16：皮膚病性淋巴腺病 (脂黑變性網狀增生) Dermatopathic lymphadenopathy (lipomelanin reticulosis) 此種病主要是患有慢性炎症的皮膚病灶其引流的淋巴結受到侵犯 (例如濕疹或牛皮癬)。淋巴因而腫大，仍結構仍保留着。圖2、15：竇組織極度增生，足以壓迫淋巴結內位周緣的濾泡。圖2、16：吾人極易誤認此一病灶為淋巴瘤 (lymphoma)，但是增生的網狀細胞 (reticulum cell) 形像一致且並無不正常的細胞，淋巴球則散在其間；那些網狀細胞常含有黑色素 (melanin) 血鐵素 (hemosiderin) 及細碎的脂肪小球。圖2、17與圖2、18：貓抓病，淋巴結 (cat scratch disease) 此為濾過性病毒引起的病。圖2、17：淋巴結內有不規則的竇膿腫 (sinuous abscess)，膿腫內充滿壞死碎片且圍以細長而呈柵欄排列的組織球 (類上皮細胞)。圖2、18：膿腫的中心在圖左，有一區域的組織球 (中央) 圍繞着它，這些組織球有排成柵欄之傾向，在這之外 (右側) 則為淋巴結內的淋巴球。貓抓病之組織像與花柳性淋巴肉芽腫相同 (lymphogranuloma venereum)。

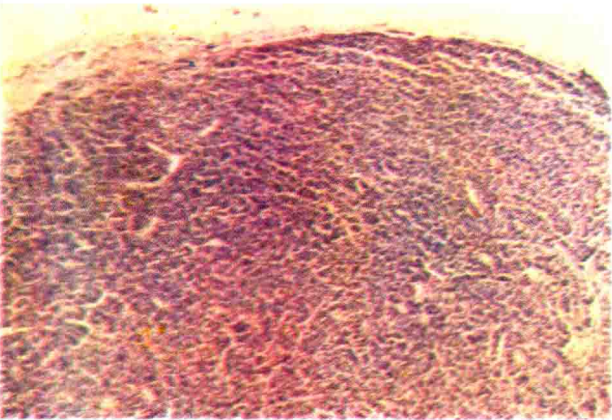


圖2、19：惡性淋巴瘤：淋巴細胞型，分化良好（淋巴肉瘤），淋巴結

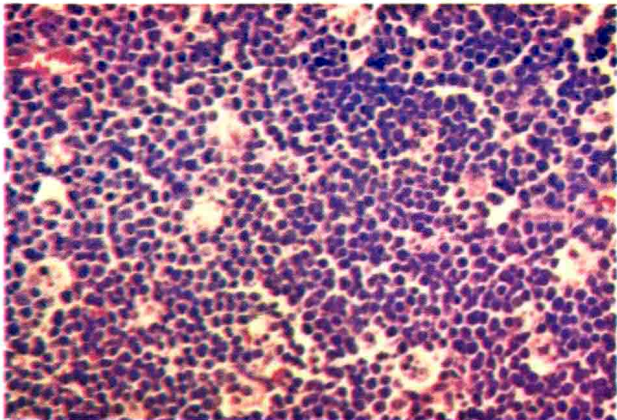


圖2、20：淋巴細胞型，分化良好（淋巴肉瘤），淋巴結

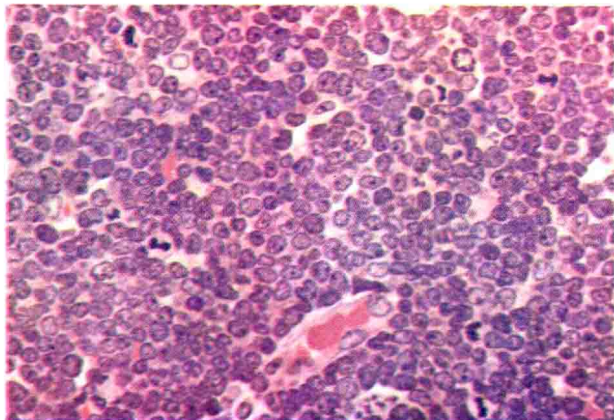


圖2、21：淋巴細胞型，分化惡劣（淋巴肉瘤，淋巴芽細胞瘤），淋巴結

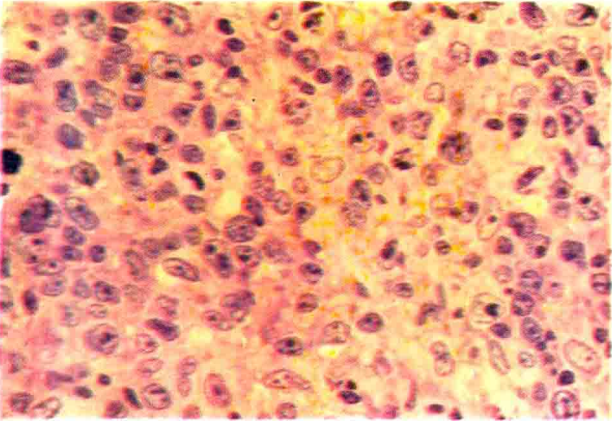


圖2、22：組織細胞型（網狀細胞肉瘤），皮膚

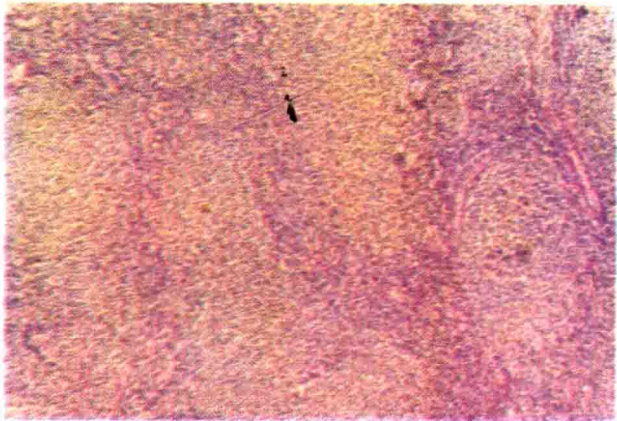


圖2、23：淋巴細胞型，結節狀（濾泡性淋巴瘤），淋巴結

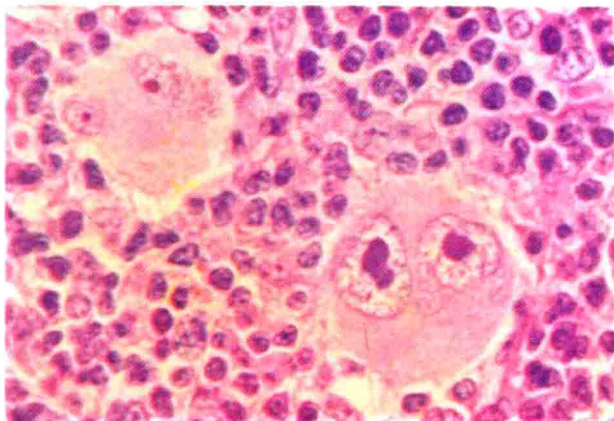


圖2、24：賀杰金氏症淋巴細胞型（賀杰金氏副肉芽腫）

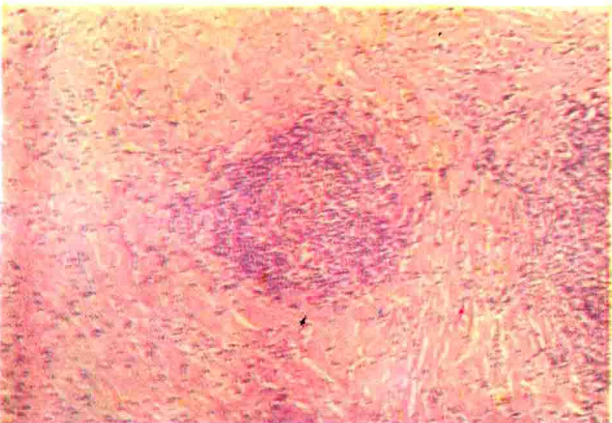


圖2、25：賀杰金氏症，結節性硬化型，淋巴結

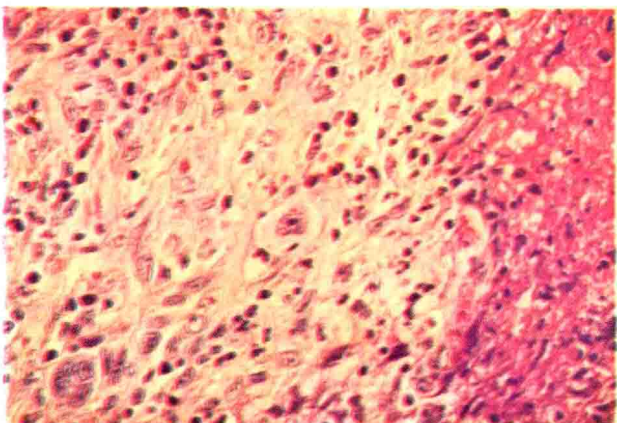


圖2、26：賀金杰氏症混，合細胞型（賀全杰肉芽瘤）

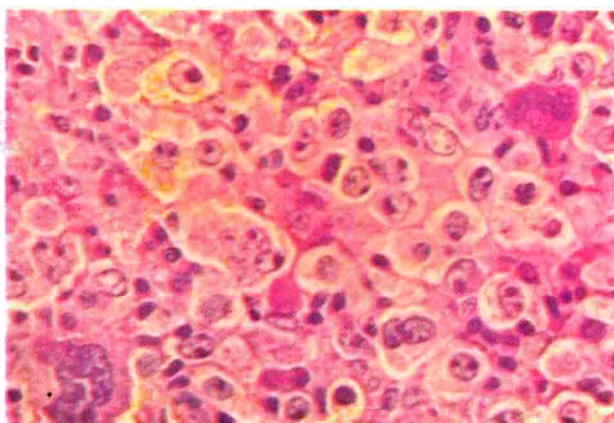


圖2、27：賀金杰氏症網狀細胞型（reticular type）

圖2、19—圖2、27：惡性淋巴瘤 (malignant lymphoma) 圖2、19：淋巴細胞型，分化良好（淋巴肉瘤），淋巴結：(lymphocytic type, well-differentiated, — lymphosarcoma, lymph node) 淋巴結全被一片均勻一致的小淋巴細胞所取代，所有正常結構均為消失。 圖2、20：淋巴細胞型，分化良好（淋巴肉瘤），淋巴結：(lymphocytic type, well-differentiated, — lymphosarcoma, lymph node) 此為圖2、19之相似病灶的放大圖，把贅瘤性小淋巴細胞看得更仔細。圖中偶亦見到吞噬性組織球散在於瘤細胞間。 圖2、21：淋巴細胞型，分化惡劣（淋巴肉瘤，淋巴芽細胞瘤），淋巴結：(lymphocytic type, poorly differentiated— lymphosarcoma, lymphoblastoma, lymph node) 此瘤由一片的不成熟類淋巴細胞所組成。其與圖2、20不同之點在於①較多的有絲分裂②具有核質較散開的泡狀核，此圖係特別取自一薄片來顯示細胞之詳細構造之用。 圖2、22：組織細胞型（網狀細胞肉瘤），皮膚：(histiocytic type, reticulum cell sarcoma, skin) 此亦取自一薄（0.5um）切片。此病灶是瘤堆積於皮膚而起，其細胞較多形性（pleomorphism）而核則呈核質散開的泡沫狀，且細胞質之緣界不明，多數的核呈伸長形或再變形。 圖2、23：淋巴細胞型，結節狀（濾泡性淋巴瘤），淋巴結：lymphocytic type, nodular (follicular lymphoma, Brill-Symmers disease)：此瘤由類淋巴細胞組成一種節

結狀或濾泡狀樣型，這些濾泡遠比在濾泡性增生的病灶內所見者為界限不明。 圖2、24：賀杰金氏症淋巴細胞型（賀杰金氏副肉芽腫）(hodgkins disease, lymphocytic predominance-Hodgkins paraganuloma) 此為淋巴結。見有一個典型的 Reed-Sternberg 細胞（具有兩個鏡像般的核）（底右）。除了其他大的細胞外（頂左），皆屬小淋巴球（佔優勢）。 圖2、25：賀杰金氏症，結節性硬化型，淋巴結 (Hodgkins disease, nodular sclerosing type lymph node) 中心有一島狀賀杰金氏細胞組織，被緻密的膠原纖維所包圍，另一羣細胞的邊緣在右側，於此型的淋巴瘤內，多數淋巴組織被膠原纖維組織所取代。 圖2、26：賀金杰氏症混，合細胞型（賀全杰肉芽瘤），淋巴腺。此瘤由組織球，多形核白血球（包括許多嗜伊紅性球，例如，在左邊頂者）及 Reed-Sternberg 細胞（例如，在左下角者），少數小淋巴細胞亦出現。右邊深染成紅色的組織係壞死了。 圖2、27：賀金杰氏症網狀細胞型（reticular type）——賀金杰氏肉瘤，淋巴結。此淋巴結被許多大的，多形的細胞所據滿，其中若干為多核且類似 Reed-Sternberg 細胞（例如在中央靠左及左下角者），淋巴細胞或發炎細胞很少，一般而言，於賀金杰氏病之各型中，以淋巴球居多的型和結節性硬化型其預後均比混合細胞型及網狀細胞型還好。

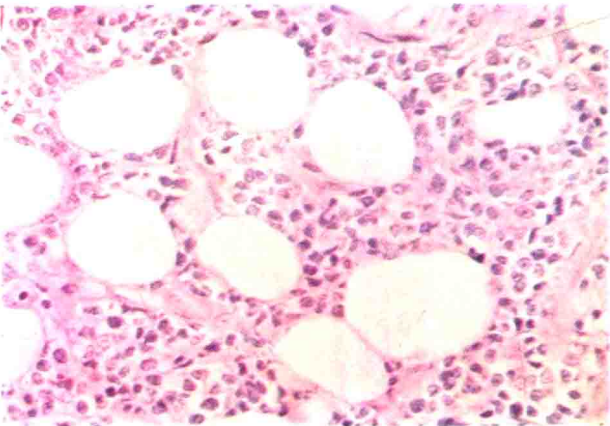


圖2、28：惡性淋巴瘤，組織球型（網狀細胞肉瘤）

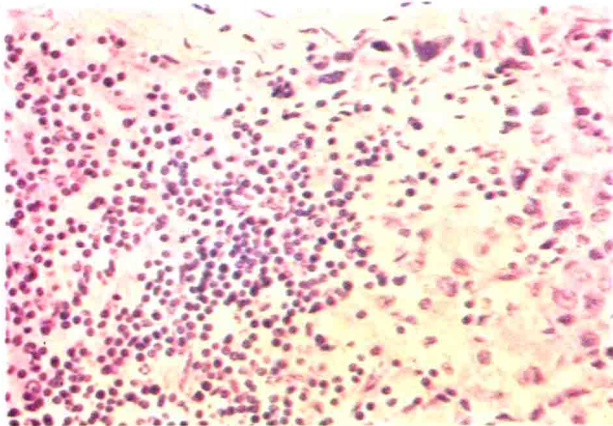


圖 2、29：次發性癌瘤，淋巴結（Secondary carcinoma）



圖2、30：次發性腺癌，淋巴結

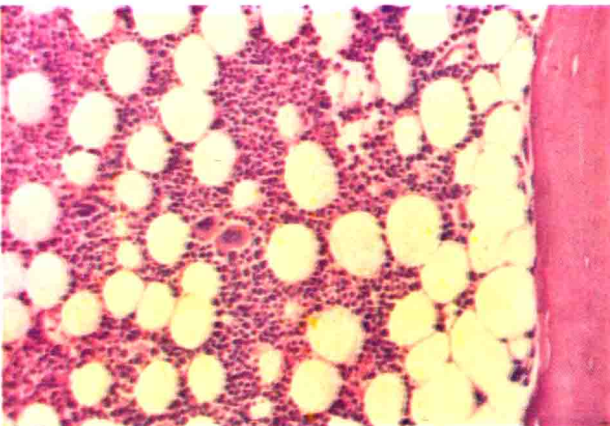


圖2、31：正常的造血骨髓

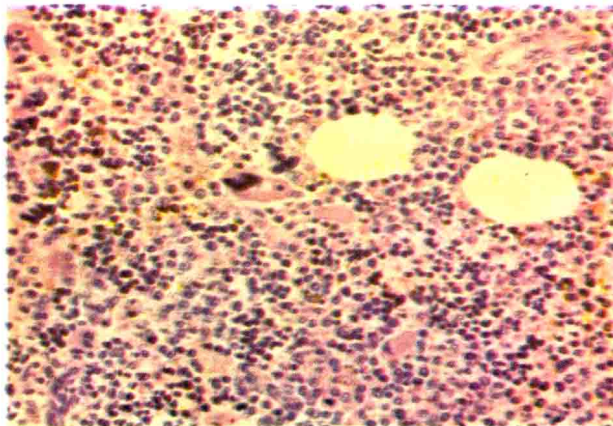


圖 2、32：造血骨髓增生

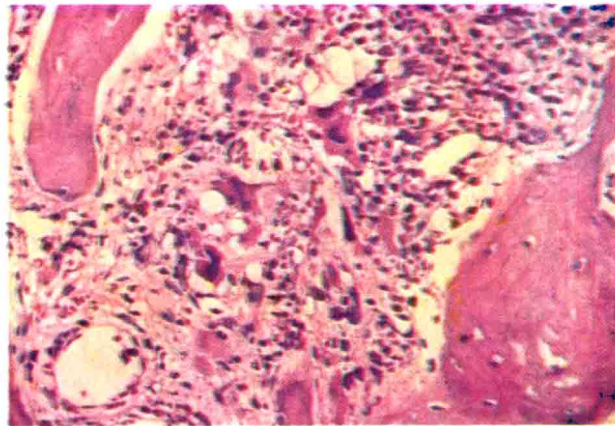


圖2、33：骨髓硬化症（特發性原發性瀰漫性骨髓纖維化）

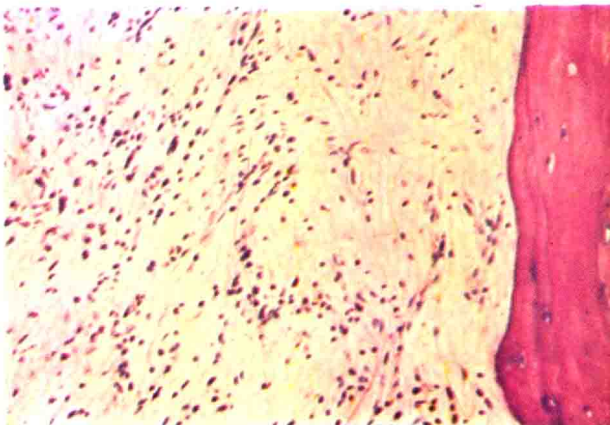


圖2、34骨髓硬化症 Myelosclerosis: marrow

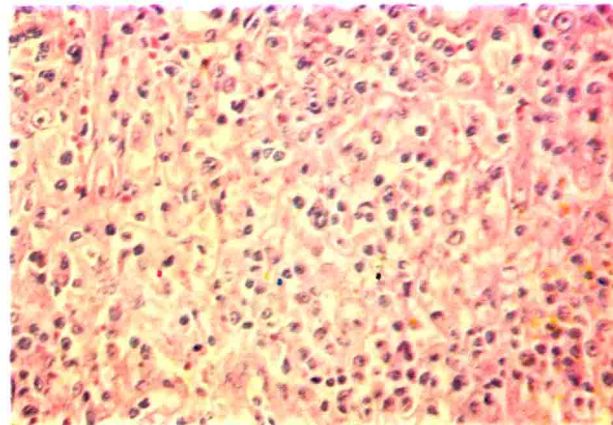


圖2、35骨髓硬化症 Myelosclerosis: spleen

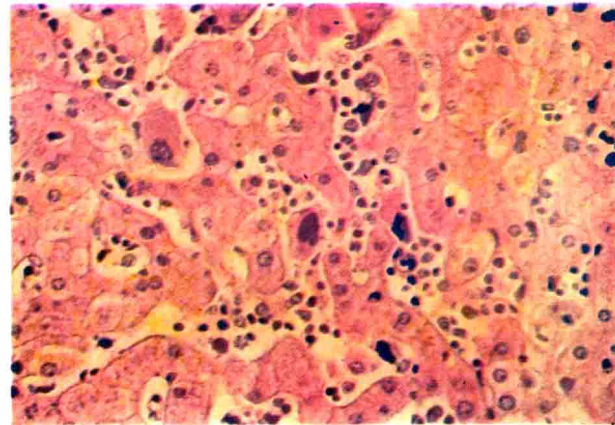


圖2、36：骨髓外造血：肝 Extramedullary haemopoiesis: liver

圖2、28：惡性淋巴瘤，組織球型（網狀細胞肉瘤）（mal-ignant lymphoma, histiocytic type — reticular cell sarcoma）此圖顯示網狀細胞（reticulum cell）侵潤到沿淋巴結周圍之脂肪組織。圖 2、29：次發性癌瘤，淋巴結（Secondary carcinoma）瘤細胞（右邊者）正從頂上的被膜下竇（subcapsular sinus）生長而侵入結內，此惡性瘤細胞之所以屬於未分化型者，其證據有：明顯的核嗜鹼性及核多形性，周緣的竇是淋巴所到之處，因而也是癌瘤性細胞栓到達之處。小型的逗留性瘤細胞羣易被忽略或誤為竇性增生（sinus hyperplasia），繼發性逗留（deposit）常與原發性者其特徵相同。圖2、30：次發性腺癌，淋巴結：此一次發生腺癌組織的逗留位置深入於淋巴結內，它是由一大的腺泡（acinus）所組成，此腺泡由一極不正常的柱狀上皮細胞所內襯，泡內並充滿壞死組織。環繞着它的是一些少量的纖維組織。圖中見有兩條竇隙（sinus）充滿着淋巴球；此瘤之原發性瘤係生於胃者。圖2、31：正常的造血骨髓此圖顯示在正常脊椎骨髓內造血組織與脂肪之間的相對比例。造血組織有：白血球前身（prec ursors），紅血球前身細胞，及巨核細胞（mega karyocytes）。圖右見有一層的不活躍的骨芽細胞覆於層狀骨之上。圖 2、32：造血骨髓增生：（Hyperplasia of hemopoietic marrow）此圖之脂肪較少而造血組織較多，造血的細胞是正常的，那些較多而呈深染的細胞羣集是紅血球前身細胞，而較淡染的細胞羣則係白血球前身細胞（包括髓芽細胞——myeloblasts），此圖內亦

有巨核細胞（megakaryocytes）及含血鐵素（hemosiderin）之巨噬細胞。圖2、33至圖2、35：骨髓硬化症（特發性原發性瀰漫性骨髓纖維化）（myelosclerosis-Idiopathic primary generalized myelofibrosis）此症可能與骨髓性白血症及真性紅血球增多症有關，因為這三種病都是一種骨髓性增殖病症（myeloproliferative disorders）在圖 2、33骨髓組織已被疏鬆的結締組織所取代，其內巨核細胞與不正常的網狀細胞佔優勢，巨核細胞增多是骨髓硬化症的一個特徵。圖2、34顯示骨髓纖維化的一個更嚴重的程度，所有造血細胞均已完全被纖維細的結締組織所取代，其內含有成纖維細胞，漿細胞及淋巴球。圖 2、35：此為脾臟之一切面。此器官呈暗棕紅色，且重達 820克，它由很密的細胞性組織所組成，其內以異常網狀細胞為居多。也有許多不成熟細胞，可能是紅血球及白血球之前身細胞。吾人可證明網蛋白（reticulin）之增加，但在比例上以骨髓中此項增加較明顯。（見圖2、34），馬爾匹基氏體呈萎縮。圖2、36：骨髓外造血：肝此為一嬰兒的肝臟，此嬰兒死于胎性母紅血球症（Erythroblastosis fetalis），肝竇狀隙內含有巨核細胞及不成熟的紅血球與白血球，那些小的暗色細胞是紅血球之前身細胞。此圖中肝細胞係經妥善保留並見得到其含肝糖之蒼白而顆粒狀的細胞質；骨髓外造血現象亦是骨髓硬化症之一特徵，可能也是骨髓性增殖症的一部份。

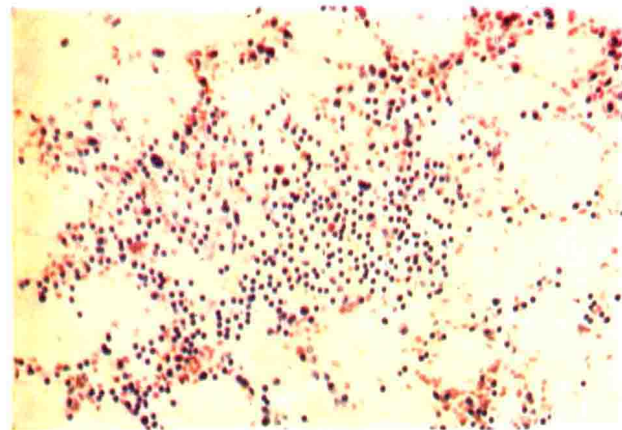


圖2、37：造血骨髓發育不全
Hypoplasia of haemopoietic marrow

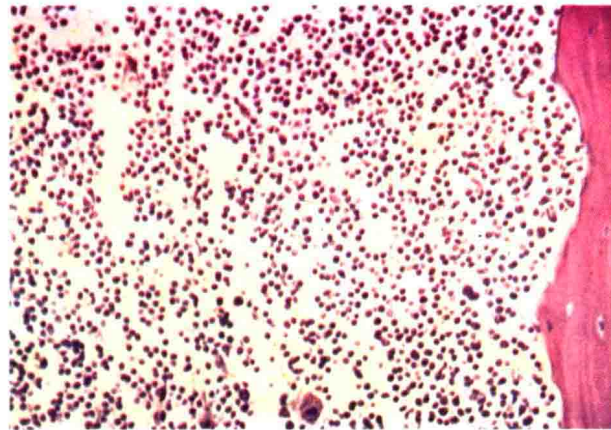


圖2、38：惡性淋巴瘤、淋巴細胞型、骨髓
Malignant lymphoma, lymphocytic type: marrow

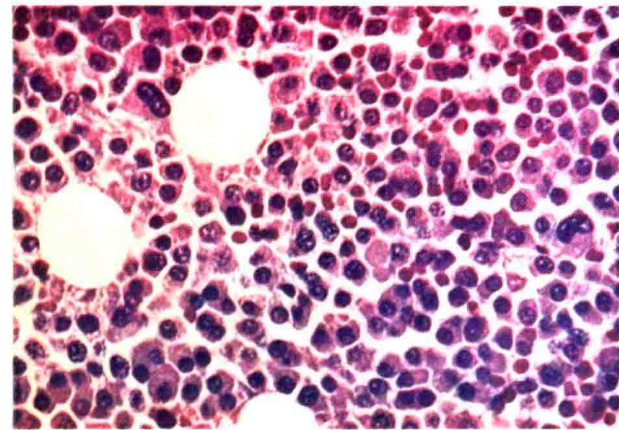


圖2、39：多發性骨髓瘤：骨髓
Multiple myeloma: marrow

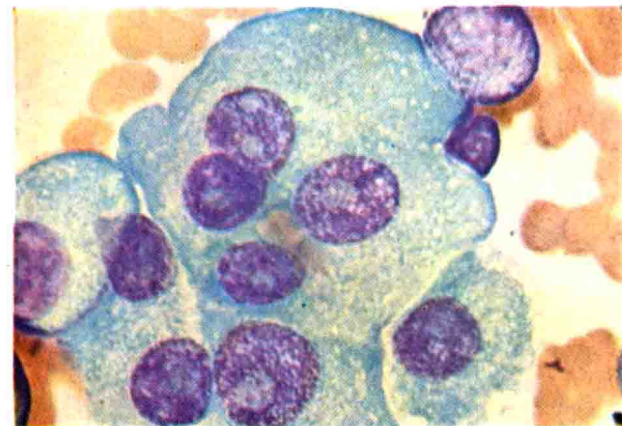


圖2、40：多發性骨髓瘤：骨髓
Multiple myeloma: marrow

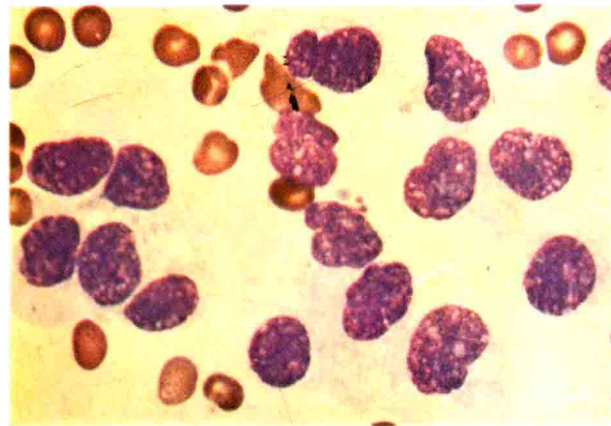


圖 2、41：癌瘤細胞，骨髓 (Carcinoma cells: marrow)

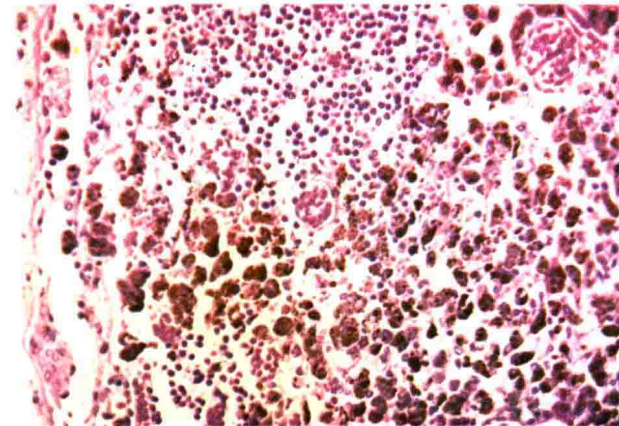


圖 2、42：此為淋巴結，淋巴竇隙 (sinus)
Haemochromatosis: lymph node

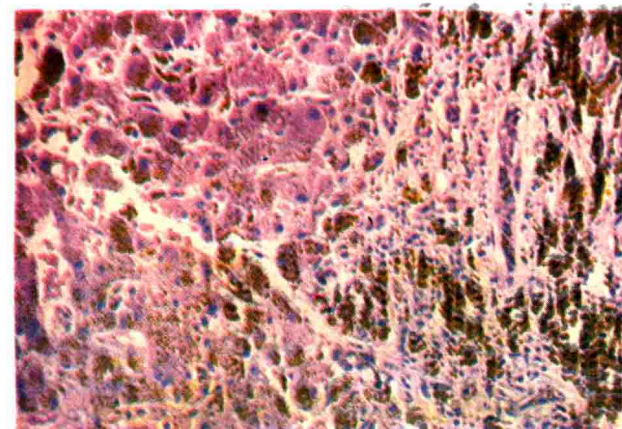


圖2、43：此肝臟顯示有門脈性硬變 (portal cirrhosis)

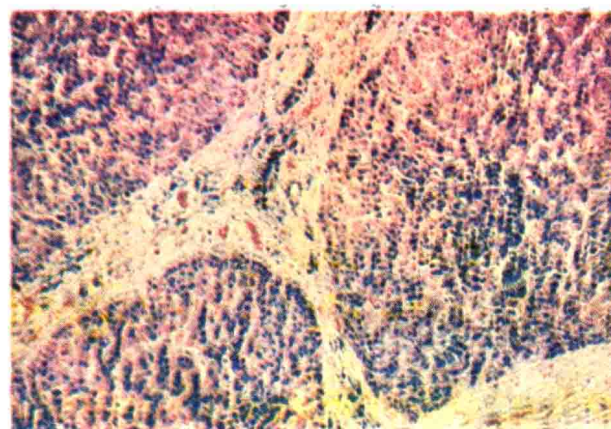


圖2、44：血色病:肝臟 Haemochromatosis: liver

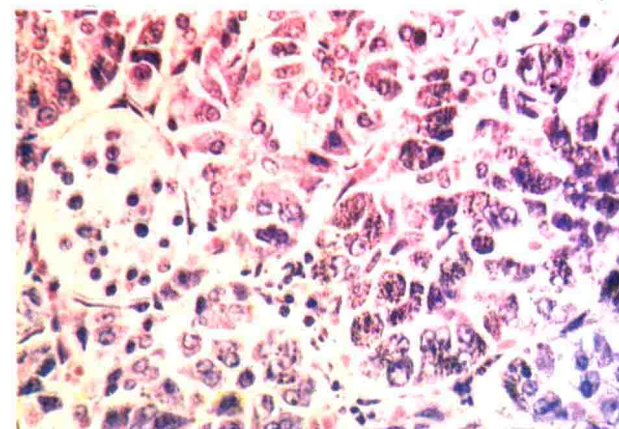


圖2、45：Haemochromatosis: pancreas

圖2、37：造血骨髓發育不全 (hypoplasia of hemopoietic marrow)：這是一接受氮芥 (nitrogen mustard) 治療的質金症患者的背椎骨骨髓，此人並因而得有再生不能性貧血 (aplastic anemia)，造血組織業已遭受氮芥之化學性破壞，除了脂肪以外，餘留甚稀少之漿細胞，淋巴球，嗜伊紅性白血球及巨核球，有的地方有出血。圖2、38：惡性淋巴瘤、淋巴細胞型、骨髓：除了底部中央一隻巨核細胞以外，其餘造血組織均已被小的成熟淋巴球所取代。圖右邊的骨小樑已被瘤細胞所侵蝕。圖片中顯示的這種程度的骨髓侵佔 (involvement) 常是淋巴球性白血症而較不像是淋巴肉瘤。圖2、39及圖2、40：多發性骨髓瘤：骨髓 (multiple myeloma, marrow) 此為一高度惡性的骨髓內原發瘤，它發生於紅骨髓內 (脊椎骨、肋骨、顱骨、及長骨兩端)，並由許多多發性紅色硬結所組成，後者會破壞骨因而在X光片上造成具有特性之圖像。有時此種病灶是瀰漫性的。圖2、39：於此切片中骨髓被漿細胞所取代，其中有的是不正常的漿細胞，漿細胞的特徵——核偏於一極都仍還保留下來。其中有的核並還保有鐘面染色質排列之樣型。細胞質多，且為典型的嗜兩性 (amphophilic)，此種藍~粉紅色現象因為是細胞質內富含含有核糖體的核糖核蛋白，而後者能吸收一些 hematoxylin。這些核糖體與血清內所見之球蛋白形成有關。核分裂像身見。圖2、40：這是一片用 Leishman's 淺色法染出的抹片。所見細胞是原始型漿細胞，其中之一具有多核。核仁很大並且有時為多發性，細胞質為嗜鹼性，核周圍光圈明晰可見 (例如，在左邊者)，核仁/核之比例高，此點有助於吾人將骨髓瘤與良性漿細胞性反應 (benign plasmacytic rx) 作一區別，紅血球疊成串鋼板狀 (rouleaux) 乃因血清蛋白質之改變所致。圖2、41：癌瘤細胞，骨髓 (Carcinoma cells) 此為一骨髓塗片，用 Leishman's stain 染的。此片取自一患有乳房之未分化性癌瘤的病人身上。圖中顯示有散在性的細胞羣，這些細胞的

核均極原始且染色質均很纖細，核仁明顯且有數個。細胞質很豐富但極淡染且邊緣不明 (ill-defined)，且有一些細胞形成合體性聚集。圖2—42至圖2—45：血色病 (hemachromatosis) 血色症指過量的鐵被吸收並以血鐵素 (hemosiderin) 之形式貯積起來，大多數是堆在實質性和上皮性細胞內，所貯積的鐵量多於正常許多倍。鐵的貯積在網狀內皮系統內相當少，此異於輸血性鐵質沉着症 (transfusional siderosis)。圖2、42：此為淋巴結，淋巴竇隙 (sinus) 內充滿含有血鐵素之巨噬細胞但無纖維化現象。被膜與被膜下竇隙位在左。圖2、43：此肝臟顯示有門脈性硬變 (portal cirrhosis)，纖維化組織在膽管 (右側) 之周圍大量增加；有許多含血鐵素之巨噬細胞夾在纖維組織內，且同樣的色素也一併見之於實質細胞 (左邊及中央) 內但濃度高些。色素沉積常先於硬變過程；與此相對的是，即使在嚴重的鐵質沉着症 (siderosis) ——例如在多次輸血後，那些大量堆積於肝內的血鐵素也很少會造成纖維化及肝硬變。圖2、44：此圖片內之硬變肝組織係用普魯瓦藍染過的，以便顯出血鐵素內之鐵成分。色素沉積在肝細胞內及巨噬細胞內都很大量，巨噬細胞位於廣大的緻密纖維組織上，後者把肝實質細胞分成數個不同大小之再生性結節。圖2、45：於胰臟內多數的血鐵素是堆積於外分泌腺的細胞內，雖然有一些島細胞 (islet cells) (左邊) 之細胞質內也可見到一些具折射性的色素顆粒。在嚴重的情況 (病灶) 下內外分泌腺細胞均遭破壞，且由於其他細胞 (β -cells) 之喪失將引起糖尿病。此症有時血鐵素、黑色素、血棕素 (hemofuscin——一種不含鐵之色素) 一起堆積於皮膚上，是以有時被稱為「銅色糖尿病」(bronze diabetes)。下面各圖片除了2、56及圖2、63以外，均為同樣倍數大小 ($\times 1050$)，這些圖片均為取自骨髓或末梢血液之塗片。因此各細胞之間可作比較。所有塗片皆是以 Leishman's 染色法染成的。

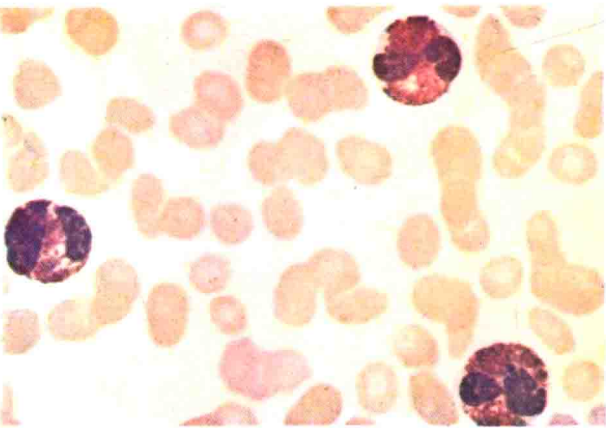


圖2、46：嗜伊紅性白血球增多症，末稍血液
Eosinophilia: peripheral blood

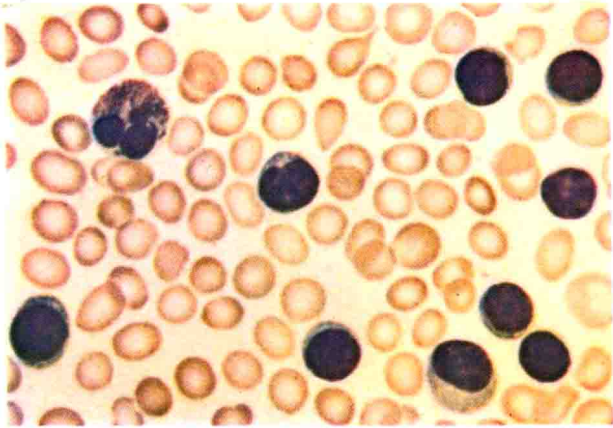


圖2、47：慢性淋巴球性白血症，末稍血液
Chronic lymphocytic leukaemia: peripheral blood

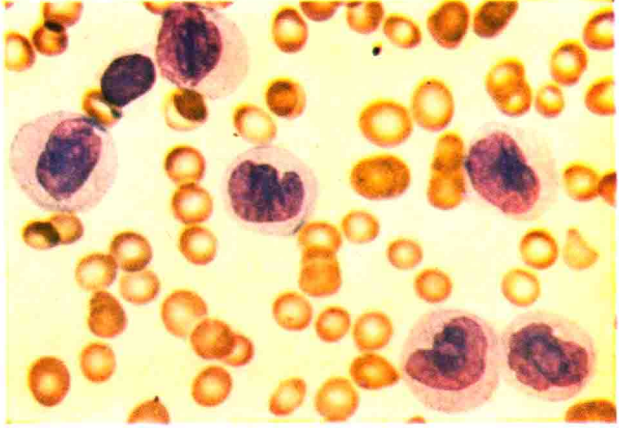


圖 2、48：單核球性白血病 (schilling type)
Monocytic leukaemia (Schilling type): peripheral blood

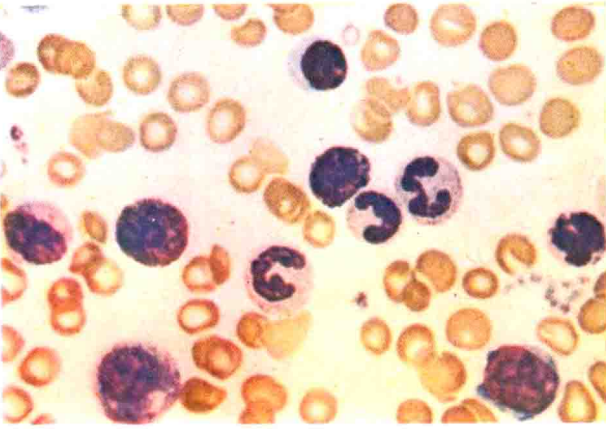


圖2、49：慢性顆粒球（顆粒性白血球）
Chronic granulocytic leukaemia: peripheral blood

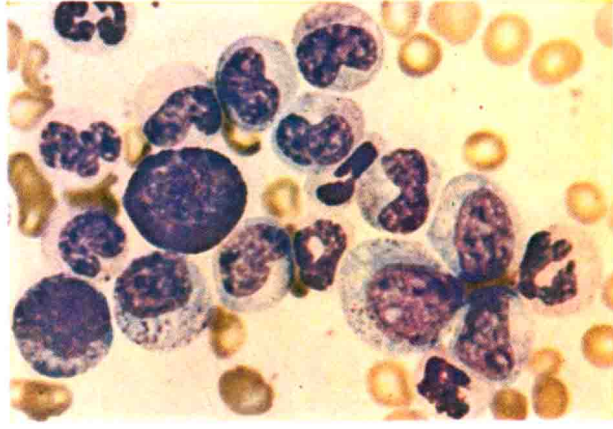


圖 2、50：慢性顆粒球（骨髓）
Chronic granulocytic leukaemia: marrow

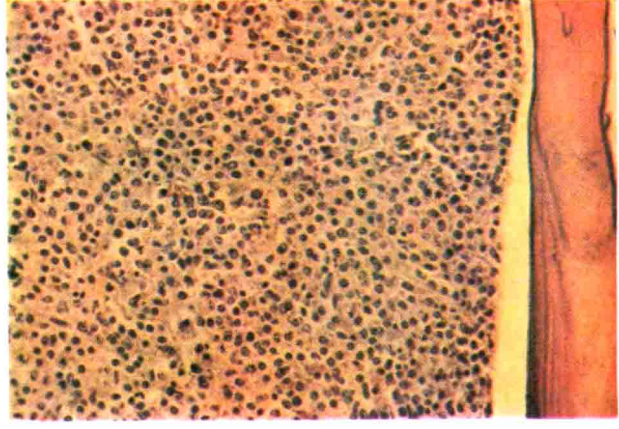


圖 2、51：急性顆粒球性血 白血症：骨髓
Acute granulocytic leukaemia: marrow

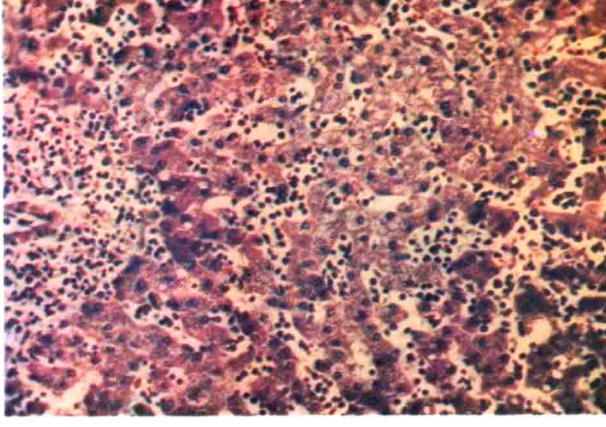


圖 2、52：慢性顆粒球性白血症，肝臟
Chronic granulocytic leukaemia: liver



圖 2、53：傳染性單核球增多症——腺熱症
Infectious mononucleosis: peripheral blood



圖 2、54：全身性紅斑狼瘡
(stemic lupus erythe matosus) 末稍血液片
Systemic lupus erythematosus: peripheral blood

圖2、46：嗜伊紅性白血球增多症，末稍血液 (Eosinophilia) 圖中末稍血液之白血球有大量之增多，其中百分之九十為嗜伊紅性白血球，此圖中有三個嗜伊紅性白血球，它們都是成熟的且核分二葉。嗜伊紅性白血球增多在過敏性疾病是常見的一種現象，在皮膚病及害生蟲感染時也常見到，尤其是鉤蟲病及旋毛蟲感染 (trichinosis)。圖2、47：慢性淋巴球性白血症，末稍血液：小淋巴球之數目有可觀之增多。其中有一為大型淋巴球，左邊頂部並見一隻嗜伊紅性白血球。圖 2、48：單核球性白血病 (schilling type)，末稍血液。患此症的病人其末稍血液有大量增多之單核球，每一單核球有一凹摺之核及豐富而顆粒纖細之細胞質，此型的白血症幾乎均是急性，並有許多急性顆粒性白血球性白血症 (acute granulocytic leukemia) 的臨床特徵。圖 2、49與圖2、50：慢性顆粒球（顆粒性白血球）性白血症：圖 2、49：於此塗片中，末稍血液之白血球增加甚多，並且不分葉 (unsegmented) 的嗜中性白血球居大多數。其他的細胞為：在中央偏左之一個嗜伊紅性白血球及一個嗜鹼性白血球，及在底部右邊的髓細胞及髓芽細胞。對這些白血球可藉着還原其細胞質內的鹼性磷酸分解酶 (alkaline phosphatase) 而與正常白血球作一區分。圖 2、50：於此一骨髓塗抹片中，白血球之前身細胞居多數他們包括 4 種前髓細胞 (promyelocytes)，具有核仁；及兩個髓細胞 (myelocytes)，其一充滿了嗜鹼性顆粒；及七個變形髓細胞 (metamyelocytes)；

及 6 個嗜中性多形核白血球。圖 2、51：急性顆粒球性血 白血症：骨髓於此切片中骨髓組織完全被大的原始型細胞——幾乎全是髓芽細胞所取代。深染而較成熟之細胞，包括多形核白血球，也有少數出現於此，但沒有巨核細胞可見到。圖 2、52：慢性顆粒球性白血症，肝臟：於本切片中，白血細胞 (leukemic cells) 瀰漫性地浸潤着肝器官但有聚結於門脈區 (portal area) 之傾向 (左邊)，在門脈區的細胞濃度遠比在慢性淋巴球性白血症時門脈區周圍的細胞濃度還少。圖 2、53：傳染性單核球增多症——腺熱症 (infectious mononucleosis——glandular fever) 末稍血液：圖右所示之淋巴球係不正常者，其核內染色質排成長索狀似羊毛皮，而在左邊的淋巴球其核內染色質則形成粗的聚落。這些不正常的淋巴球亦同時具有較多之細胞質但組成不均勻，以較正常之細胞質為蓬鬆 (fluffy)——毛狀的。圖 2、54：全身性紅斑狼瘡 (stemic lupus erythe matosus) 末稍血液片：紅斑性狼瘡細胞 (LE 細胞) (見右邊) 係一種嗜中性白血球而含有一極大的細胞質性包涵體，此包涵體可能是來自於核的斷片的染色質所形成。嗜中性多形核白血球本身的核已被推到周邊去，LE 細胞與 tart 細胞的一個重要區別是前者染色質詳細情形完全喪失而後者染色質仍留存着。圖中另一細胞是嗜中性白血球。



圖 2、55：鐵缺乏性貧血：末稍血液

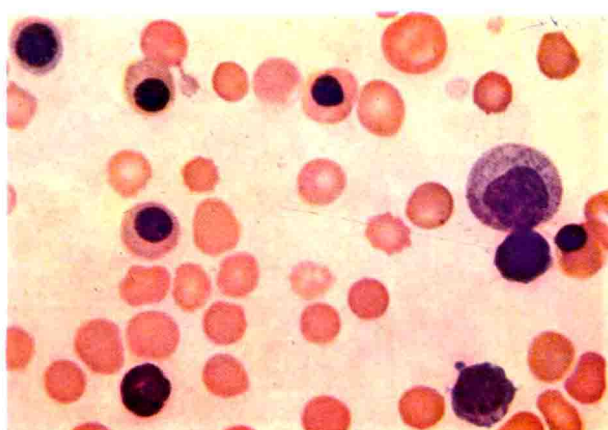


圖 2、56：新生兒溶血性疾 (胎性母紅血症—erythroblastosis fetalis)

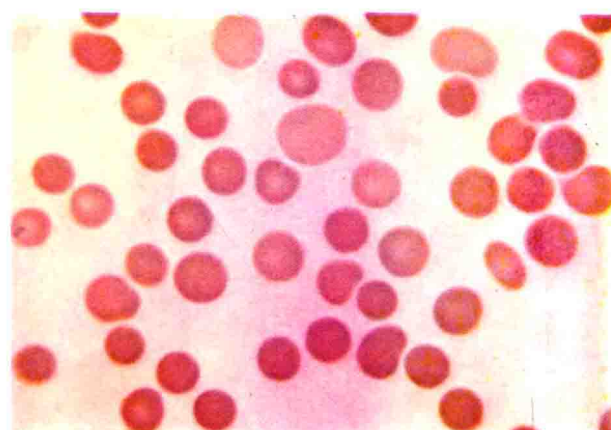


圖2、57：先天性圓球性貧血：末稍血液 (congenital spherocytic anemia)



圖2、58：先天性圓球性貧血 (congenital spherocytic anemia)：末稍血液



圖2、59 惡性貧血 (Pernicious anemia) (愛迪生氏貧血)

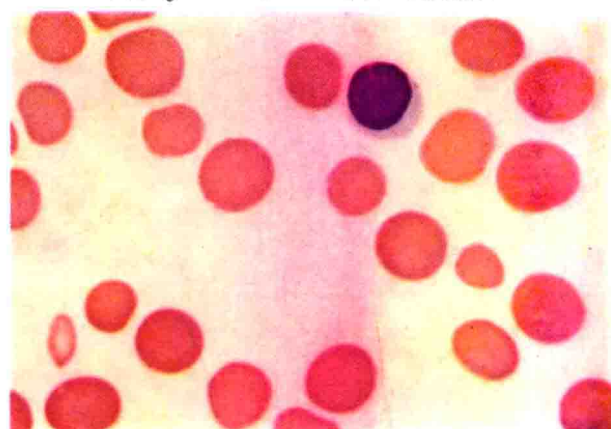


圖2、60：惡性貧血：末稍血液 Pernicious anaemia: peripheral blood

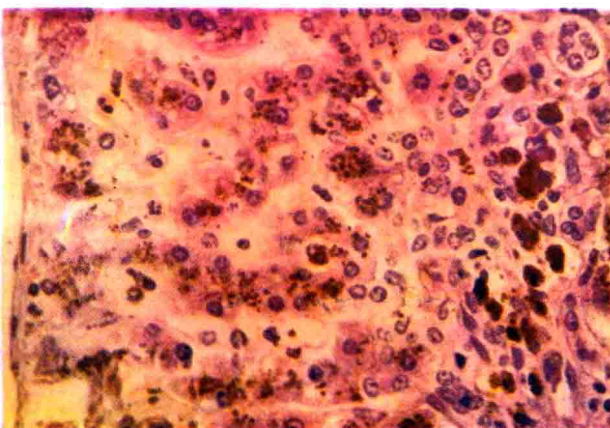


圖 2、61：惡性貧血：肝臟

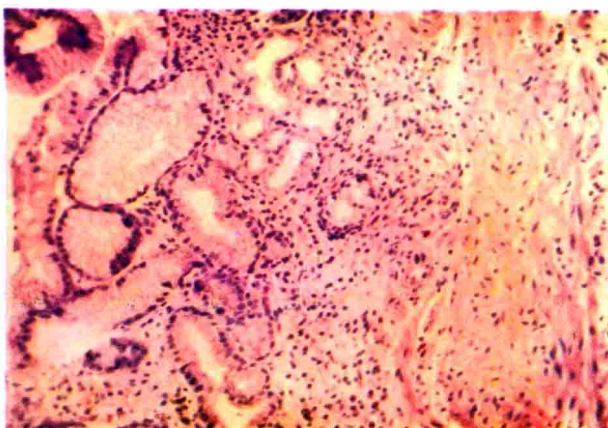


圖2、62：惡性貧血：胃 Pernicious anaemia: stomach



圖 2、63：鐮刀細胞貧血，末稍血液 Sickle cell anaemia: peripheral blood

圖 2、55：鐵缺乏性貧血：末稍血液此圖之紅血球小（小球性——microcyte）而染色淡（低色素性——hypochromatic），其未被染上的中央圈產生一種環的外觀。一嗜中性白血球，一小淋巴球及數個血小板並見於圖中。圖 2、56：新生兒溶血性疾 (胎性母紅血症——erythroblastosis fetalis)，末稍血液。在左邊底部角隅上的是一個淋巴球。最大的一個細胞是髓細胞而在他下面的是一個嗜鹼性正母紅血球（normoblasts），在右邊底角處的那個也是。其他五種細胞亦均為正母紅血球，其中三個多染色性（頂部左象限），另二個則是正染色性。紅血球顯示有形狀不一之現象（anisocytosis）且巨形性紅血球亦存在。若干細胞顯示多染色性，這些早期紅血球細胞之大量出現是由於嚴重溶血侵犯嬰兒，而溶血是由於母子間 Rh 因子互不相合之故。圖2、57及圖2、58：先天性圓球性貧血 (congenital spherocytic anemia) 於末稍血液中紅血球呈現深染且其平均直徑變小（稱為小球細胞——microcyte），有幾個較大的細胞呈現些微的多染色性。圖2、58：此一末稍血液塗片係用 cresyl violet Leishman stain 作活體染色。有6個紅血球是網織球（reticulocytes），他們的細胞質內具有一纖細藍色網狀物，這是內質網之遺留物。注意這些年輕細胞之平均直徑比那些較成熟的細胞還大。圖2、59—圖2、62：惡性貧血（愛迪生氏貧血）——Pernicious anemia, Addisonian anemia。此為一骨髓塗片，中央的細胞是一個嗜鹼性巨母紅血球(mega loblast)，在左邊的細胞是一個多染色性巨母紅血球，而第三種

細胞則是一多染色性正母紅血球（normoblast）。巨母紅血球之核的染色質型呈纖細網狀，此與正母紅血球染色質之較為粗大聚集不同。紅血球顯示相當明顯的形狀不一（anisocytosis），但是他們的平均大小均較大且細胞內充滿血紅素（hemoglobin）。圖2、60：在末稍血液中，紅血球呈大型（大球性細胞）且充滿血紅素，其中之一為卵圓形（底部右邊）卵圓細胞增多症（ovalocytosis）常為一明顯的特徵，大小不一的紅血球增多現象在此片較不明顯。有一小的淋巴細胞亦見之於圖中。圖 2、61：此肝臟切片顯示有明顯的血鐵素增多。血鐵素被見之於門脈區（右邊）之吞噬細胞內，而且也見之於肝細胞內，少數則呈現於 kupffer 細胞內。圖 2、62：此為胃之切片，顯示胃黏膜之萎縮。泌酸細胞（oxyntic cells）與壁細胞業已消失，存餘的細胞則是分泌黏液的。漿細胞與淋巴球浸潤黏膜，黏膜肌層（the muscularis mucosa）比正常更厚。圖 2、63：鐮刀細胞貧血，末稍血液（Sickle cell anemia）有很多紅血球之形狀變窄，伸長，並呈鐮刀形，並且，靶細胞（target cell）也見得到。紅血球本身亦有很多形狀不一或大小不一之現象。圖中4個帶核細胞是正母紅血球（normoblast），其中3個其細胞質是多染色性的。有很多紅血球亦顯示有多染色性（polychromasia）。鐮狀細胞在一般淺色塗末片中並不明顯，但當氧氣張力減低時它會影響幾乎所有的紅血球。我們亦可在具有鐮刀性紅血球素質（sickle cell trait）之病人身上求證而知，後者一般為無症狀。

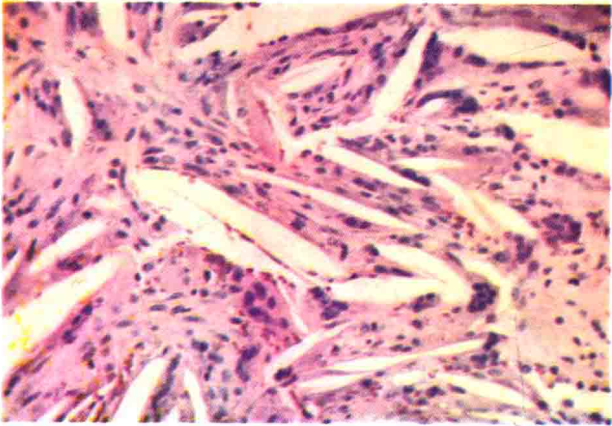


圖3、1：膽脂瘤 (cholesteatoma)

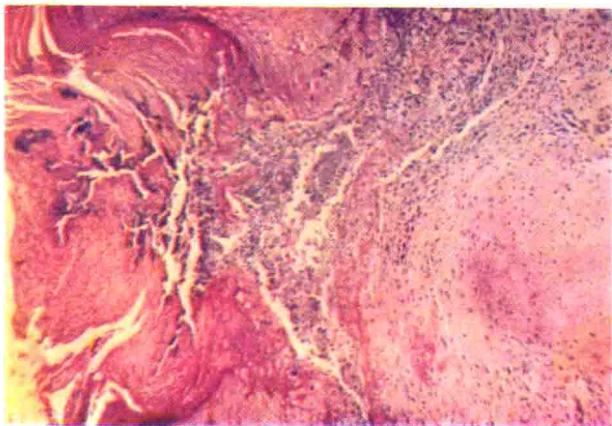


圖 3、2：慢性蝸狀結節性軟腫皮膚炎 (或軟骨周圍炎)
Chondrodermatitis helicalis chronica (perichondritis)

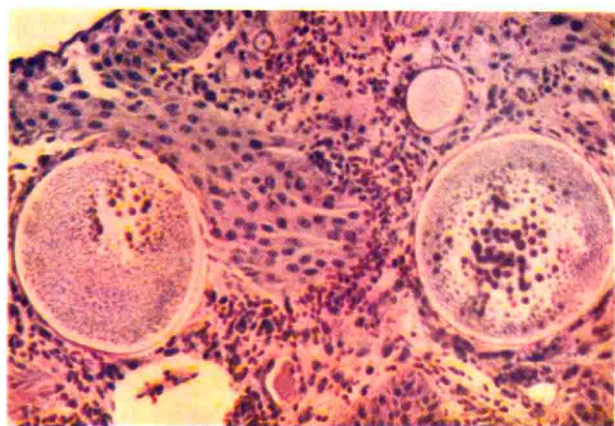


圖3、3：鼻芽胞蟲病 (rhinosporidiosis)

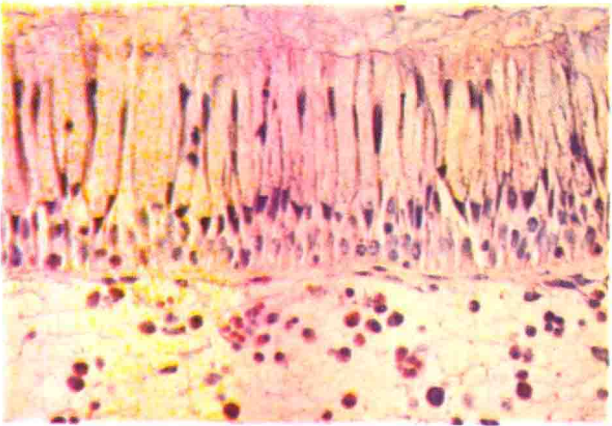


圖 3、4：鼻息肉 (Nasal polyps)



圖3、5 鼻息肉，倒翻性乳頭瘤
Nasal polyp: 'inverted papilloma'



圖3、6：鼻息肉，倒翻性乳頭瘤
Nasal polyp: 'inverted papilloma'

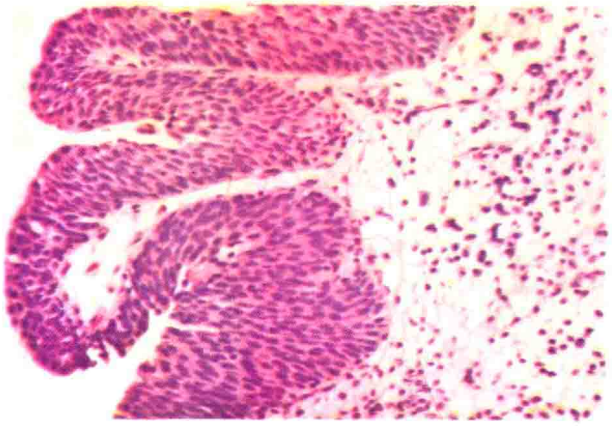
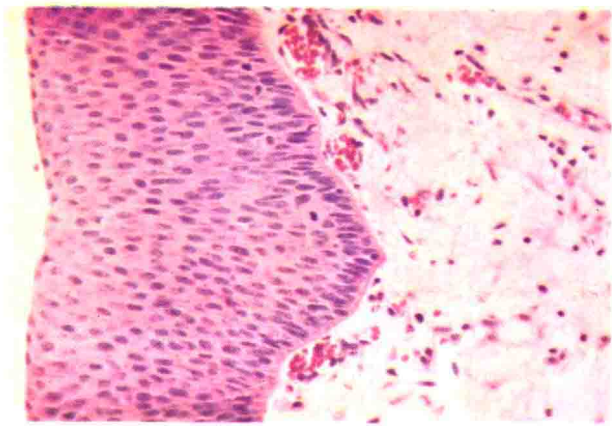


圖3、7：鼻息肉，上皮性乳頭瘤
Nasal polyp: 'epithelial papilloma'



鼻息肉，上皮性乳頭瘤
圖3、8 Nasal polyp: 'epithelial papilloma'

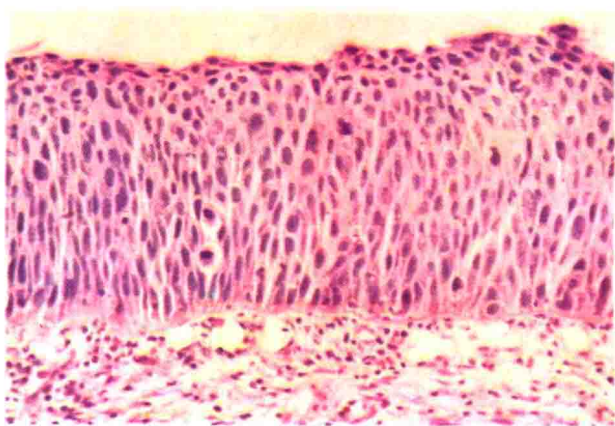


圖3、9：鼻息肉，上皮性乳頭瘤 (epithelial papilloma)

圖3、1：膽脂瘤 (cholesteatoma) 此種嚴重的病灶常是慢性中耳炎及乳突炎之後遺症。它並非是一真正新生物 (即瘤, neoplasm) 只是扁平上皮在中耳內之一種過度生長，於病灶之中央，吾人見到一些軟的物質，它是由膽固醇晶體，巨噬細胞及異物巨細胞所組成，膽固醇晶體在做切片之過程溶掉了只遺留空白裂隙。多數的晶體位於巨細胞內。膽脂瘤是舊的出血加上變性的扁平上皮細胞長入內耳有限空間而成。圖 3、2：慢性蝸狀結節性軟腫皮膚炎 (或軟骨周圍炎) —— chondrodermatitis nodularis helicalis chronica (perichondritis) 此等病灶係一種小的疼痛性黏節，生於耳輪之邊緣上，在中央 (左邊) 者是一小的疥癬 (scab) 由濃密的角質組成。耳朵的纖維彈性軟骨已遭某一程度之破壞 (右邊)，且已有小的囊泡 (cyst) 形成於軟骨周圍之下 (cyst 在圖片之中央)。圖3、3：鼻芽胞蟲病 (rhinosporidiosis) 此為菌類 (fungus) 侵犯鼻黏膜引起之感染病灶。此為從一易碎的鼻子息肉樣 (類息肉——polypoid) 質團切下之切片。在扁平上皮底下有數個圓球其內充滿芽胞 (spores)，大小不等，中央的一個 (叫 sporangia) 較大且較為深染 (嗜伊紅性深染)，出血可能源於開刀所致。圖 3、4：鼻息肉 (Nasal polyps)：此為一大的、軟的、膠樣的質團，覆蓋着黏液素的上皮含有許多很大而可分泌黏液素之杯狀細胞及小的底細胞。基底膜很

厚，其水腫樣中心有很多嗜伊紅性白血球浸潤，其他細胞為漿細胞及淋巴球。此病灶整個是良性的，它並不是一種瘤，只是炎性水腫之結果。圖3、5及圖3、6：鼻息肉，倒翻性乳頭瘤 (inverted papilloma) 圖3、5：此一息肉由分化良好之過度形上皮組成，後者形成不規則裂隙及空間，基質是疏鬆的、水腫樣的結締組織其上輕微地浸潤有慢性發炎細胞。這病灶常很大但不是惡性的。圖3、6：此為與圖3、5相似之高倍放大圖，病灶同上。雖然發炎現象很重，且表面上皮密密麻麻浸潤着多形核白血球而底下組織則浸潤以漿細胞及淋巴球，但是過度上皮仍是分化良好的。圖3、7圖3、9：鼻息肉，上皮性乳頭瘤 (epithelial papilloma) 此型的鼻息肉較可確定是瘤，因為它們易於再發且經歷惡性變化。於圖 3、7，上皮在形式上屬於過渡型但並非典型且生長快速積極，小的暗色細胞正行有絲分裂中，淋巴球與漿細胞則見之於水腫樣中心裏。圖3、8與圖3、9乃一比圖3、7的瘤更生長迅速的瘤的高倍放大圖。二圖之過度上皮細胞均極厚，且細胞含有大的嗜鹼性核並帶有明顯核仁。有絲分裂之數目非常明顯，圖 3、9 之細胞已失去其正常的歸極性 (polarity) 並且排成不規則形式。又有一點淋巴球被見之於血管性的水腫樣中心 (core)。



圖3、10：含齒囊腫 (dentigerous cyst)

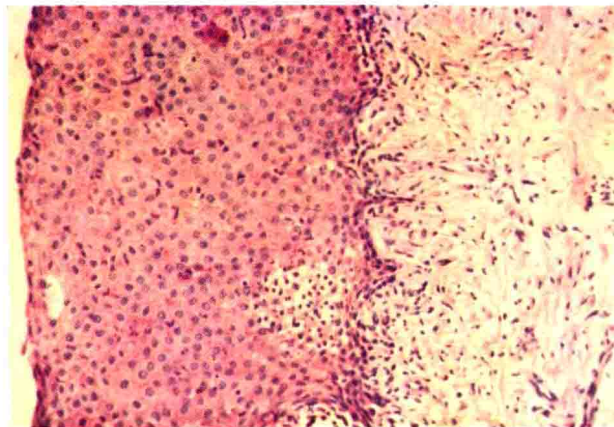


圖 3、11：牙齒囊腫 (dental cyst)

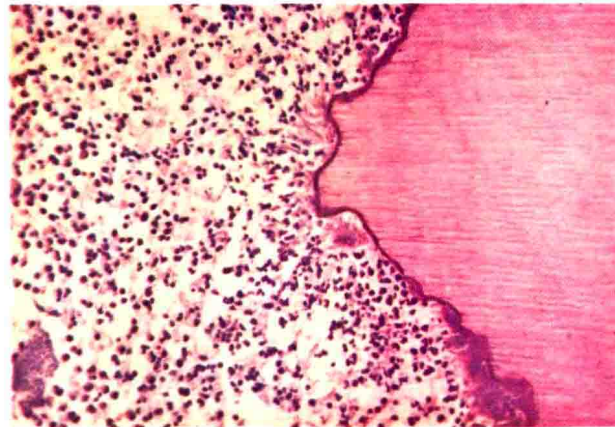


圖3、12：牙齒之內吸收 (internal absorption of tooth)

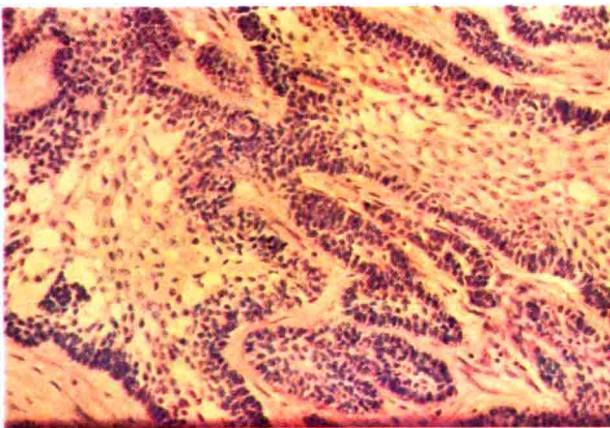


圖3、13：釉芽細胞瘤 (adamantinoma or ameloblastoma)

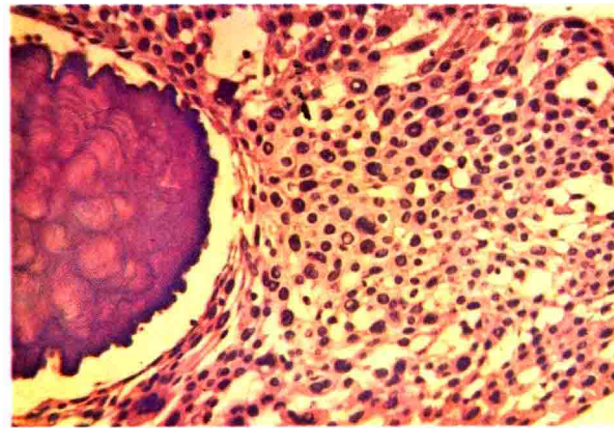
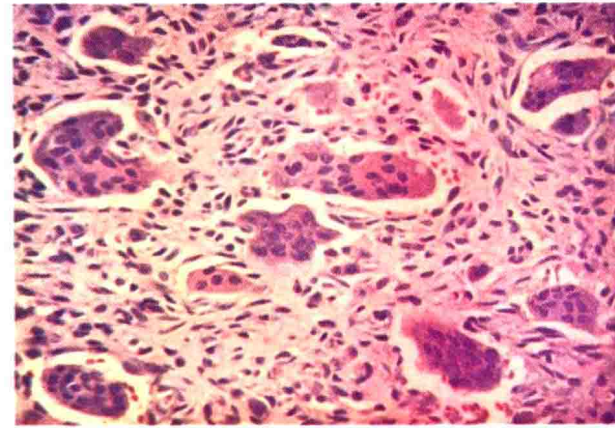
圖 3、14：鈣化性上皮性生齒性瘤
Calcifying epithelial odontogenic tumour

圖 3、15：巨細胞齦瘤 Giant cell epulis

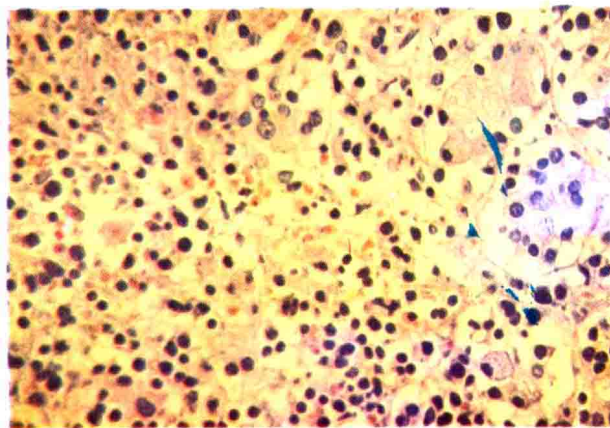


圖 3、16：腮腺炎 (mumps)：顎下唾液腺。

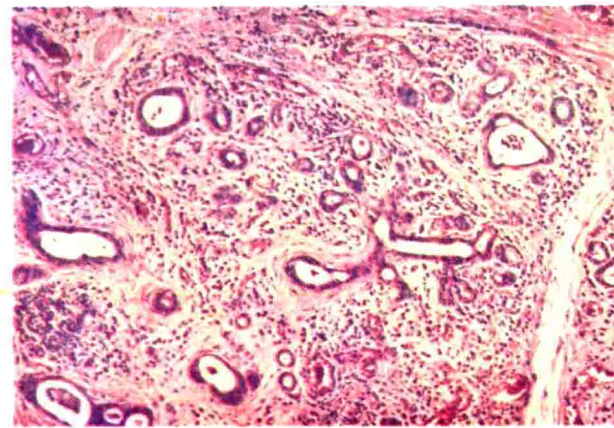
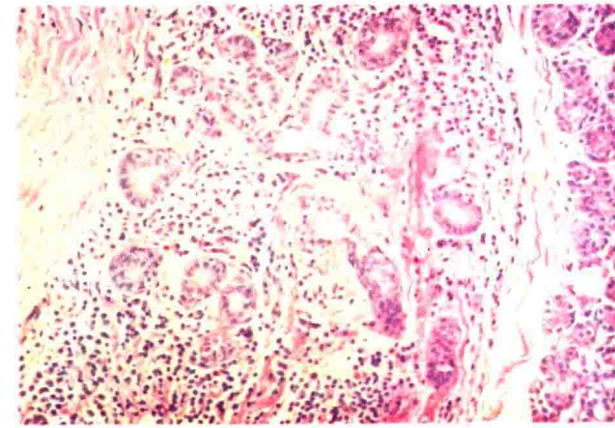
圖3、17：慢性涎腺炎：腮腺
Chronic sialadenitis: parotid gland

圖3、18：慢性涎腺炎：腮腺 Chronic sialadenitis: parotid gland

圖3、10：含齒囊腫 (dentigerous cyst) 此型的囊腫常見於第三上顎白齒區域 (即智慧齒處)，是由生齒上皮 (odontogenic epithelium) 衍生而來。它有一纖維組織性壁而內襯以多層扁平上皮。圖 3、11：牙齒囊腫 (dental cyst) 此囊腫之形成，是當有一齒性肉芽腫生成時，內陷的上皮餘留物增殖而形成空腔 (lumen)，結果形成一個壁為纖維組織而內襯為非角質性扁平上皮 (左邊) 的囊腫，有輕微之淋巴球浸潤。圖3、12：牙齒之內吸收 (internal absorption of tooth) 牙齒硬組織最常遭受破壞之原因為齲齒 (caries)，但有時發生於人齒髓處或齒固執帶之慢性炎症也會造成廣泛的齒骨質 (象牙質——dentine) 吸收，此時牙齒質 (琺瑯質，enamel) 已遭穿透，且齒骨質及其具特徵性的小管均遭侵蝕，可能是因生長於齒骨質面上的微生物放出酶作用的結果，這種微生物在本圖中可在底部左邊隅處見到；此一炎症滲出物 (左) 富含多形核白血球。圖3、13：釉芽細胞瘤 (adamantinoma or ameloblastoma) 此瘤長自生齒上皮 (odontogenic epithelium)，常位於下顎骨內 (擴展入此骨之內)，在中央的瘤細胞與釉芽器官 (enamel organ) 之星形網狀細胞很相似，同時在中央區也可見到很多空泡 (vacuole)，這些空泡有時擴張以造成一個囊腫樣病灶，中央的細胞被周圍一層排列緻密而深嗜鹼性的圓柱形細胞所包圍，其間的轉移是漸進式的、混合式的；這層周圍上的深染細胞與釉芽器官之成釉細胞 (ameloblasts)。其他的組織是纖維性基質。雖然這個瘤性病灶組織學上看來屬良性的，但它有浸潤之傾向，以致外科摘除常增困難或不可能。圖 3、14：鈣化

性上皮性生齒性瘤 (calcifying epithelial odontogenic tumor) 這是一種排成層片狀，密切相接的上皮細胞瘤，細胞核嗜鹼、多形。沒有有絲分裂之證據。有一緻密的鈣化性及層板性體 (左邊)。此可能僅係細胞之變性後產物，這種物體初形成時，常先呈嗜伊紅性質團，其後再加上鈣化因而染成藍色。圖 3、15：巨細胞齦瘤 (giant cell epulis) 此一病灶位於下顎骨內。多核巨細胞與破骨細胞 (osteoclasts) 很像。但基質細胞則為一相當成熟的纖維芽細胞，它們形成相當量的纖維性結締組織。雖然此等病灶與骨之巨細胞瘤相像，它只是反應性的 (reactive) 而非新生物 (neoplastic)。圖 3、16：腮腺炎 (mumps)：顎下唾液腺。腺體組織幾乎已遭完全破壞，只有一小羣分泌黏液素之細胞仍活着 (右)，大量的細胞性碎片散布在許多淋巴球與漿細胞之間，後者浸潤着腺體。圖 3、17及圖3、18：慢性涎腺炎 (chronic sialadenitis) 腮腺 (parotid gland)：圖3、17：腺體的數個小葉在圖中可見之。腺泡 (acini) 已消失不見只餘留管道。有許多纖維組織及淋巴球、漿細胞浸潤着腺體，這些發炎性細胞有的侵入到管道內。血管網 (vascularity) 非常顯着。有一結石 (calculus) 出現在腮腺之主要管道中。圖 3、18：此圖留著有一些正常的腮腺 (右側)，其腺泡內襯以分泌酶 (serous) 之細胞。在慢性發炎之小葉裡 (中央與左邊) 其腺泡完全喪失只有間管 (intercalated duct) 餘留着。組織多被纖維組織及含大量漿細胞之炎性浸潤物所取代。

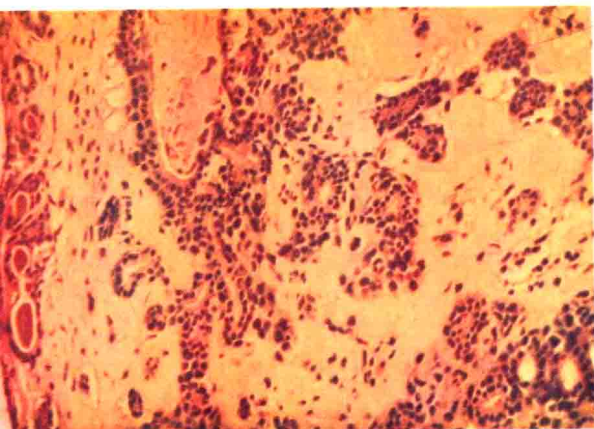


圖3、19：多形性腺瘤，腮腺
Pleomorphic adenoma: parotid gland

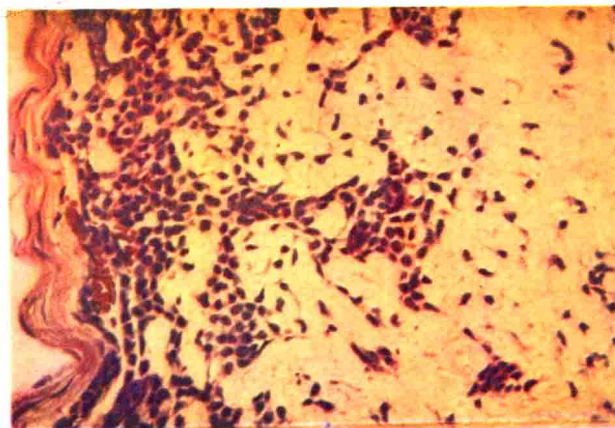


圖3、20：多形性腺瘤，腮腺
Pleomorphic adenoma: parotid gland

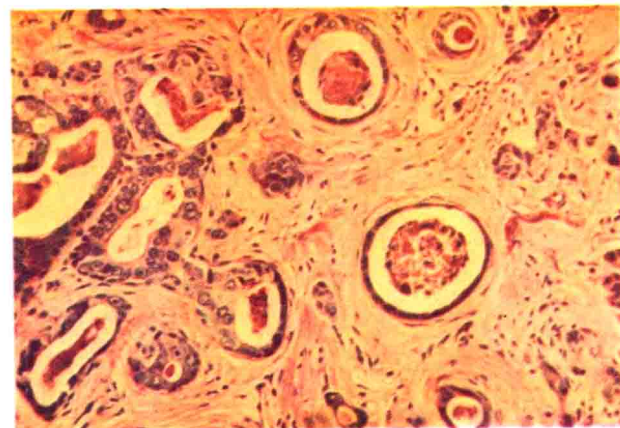


圖3、22：原發性腺癌，腮腺
Primary adenocarcinoma: parotid gland

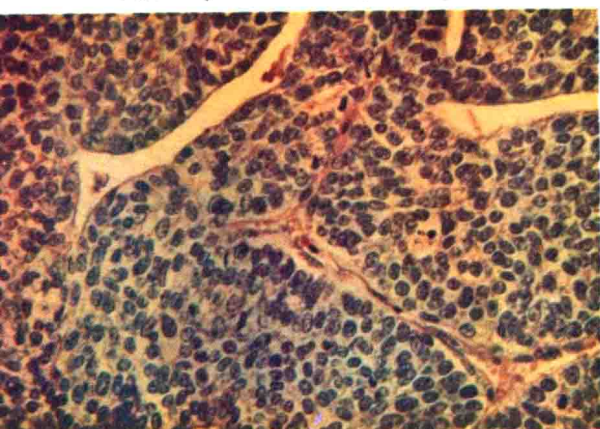


圖3、22：原發性腺癌，腮腺
Primary adenocarcinoma: parotid gland

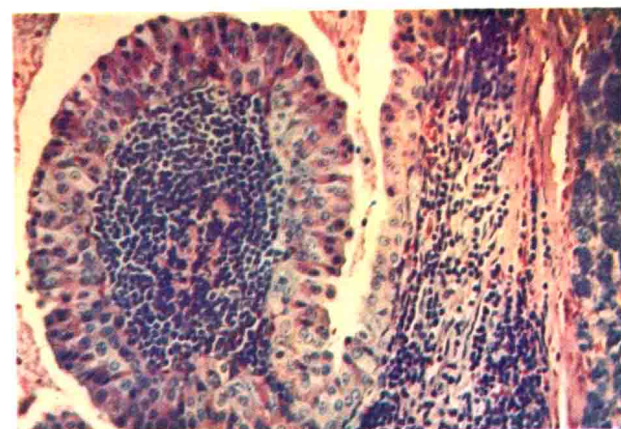
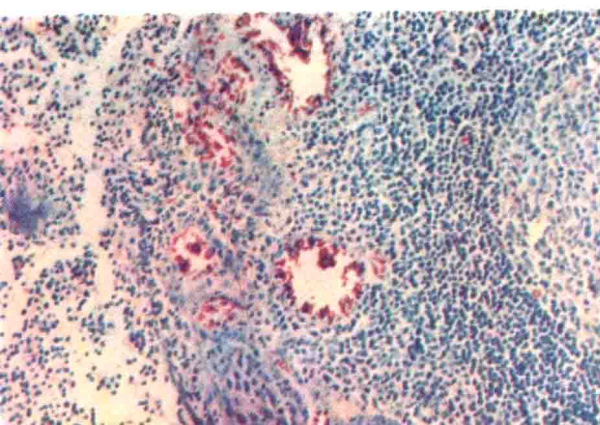


圖3、23：腺淋巴瘤（乳頭狀淋巴囊腺瘤），腮腺



圖3、24：慢性扁桃腺炎（chronic tonsillitis）



25：慢性扁桃腺炎（chronic tonsillitis）

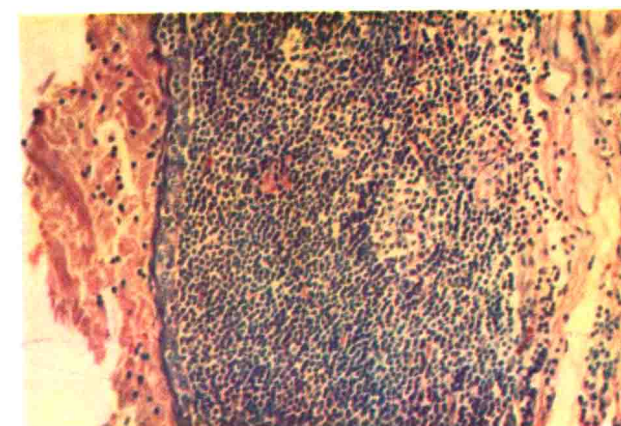


圖3、26：側頸鰓囊 Lateral cervical branchial cyst

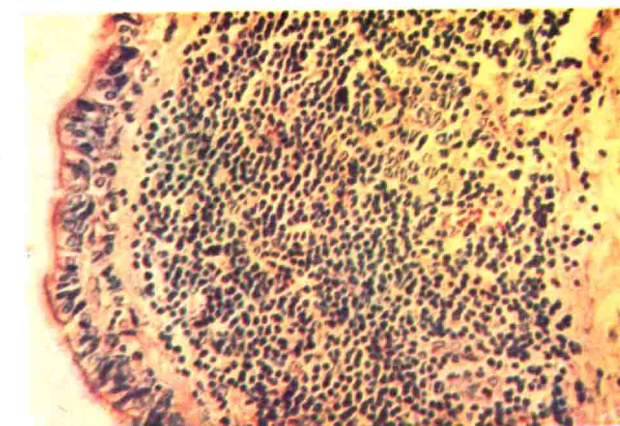


圖3、27：側頸鰓囊 Lateral cervical branchial cyst

圖3、19及圖3、20：多形性腺瘤，腮腺（pleomorphic adenoma）圖3、19：上皮細胞形成腺泡及管樣構造，這些構造有的具兩層細胞，外層為肌上皮層。這些上皮性構造位於血管少但基質多的粘液性（myxomatous）基質內，另外也有一些細胞分散在基質內，形態上與上皮細胞不能分，有的與軟骨細胞極像。圖3、20：此為高倍圖，可以看見瘤細胞如何形成索狀（cords）或片狀（sheets）的聚集，然後在一端上漸呈尖形而接於單獨的瘤細胞上，這種個別的瘤細胞與在細有粘液性之基質內所見的星形細胞（stellate cells）不能區別，圖左是一纖維性被膜，並未能完全包被此瘤。圖3、21與圖3、22：原發性腺癌，腮腺（primary adenocarcinoma）惡性上皮細胞形成小的巢團及不規則的腺體樣構造，這些細胞顯出高度多形性（異形性——pleomorphism），有的是小而扁，有的是大而柱狀。分裂像於本圖中未見但此瘤之其他部分會有之。纖維性基質很多。有些位在惡性腺體樣構造的腔內物質是角化物（中央偏右）。圖3、22：此瘤相當未分化，只形成極少數不規則的腺體般空腔。瘤細胞具大型核及明顯核仁，有些可見一點分裂像，基質只由小的血管構成。圖3、23：腺淋巴瘤（乳頭狀淋巴囊腺瘤），腮腺（adenolymphoma—papillary cystadenoma lymphomatosum, parotid gland）此為一生長緩慢的良性瘤，其被膜形成良好。圖右邊可見一部分正常的腮腺，由深嗜鹼性的黏液素分泌性細胞組成。瘤本身則是由厚片狀的

高柱狀嗜伊紅性上皮細胞及類淋巴性基質所組成。這些上皮細胞可能來自管道，它們形成不規則的囊狀空腔，並有鉗狀的上皮性質團伸入其內。囊狀空腔內很少有黏液素。圖3、24及圖3、25：慢性扁桃腺炎（chronic tonsillitis）圖3、24：中央的一個角化性栓壓迫周圍上皮組織及淋巴組織而使之萎縮。當有許多栓子形成時它們產生一種臨床外觀類似濾泡性扁桃腺炎（follicular tonsillitis）之病灶，但實際上無發炎反應。於本例中亦見有細菌菌落及多形核白血球，扁桃腺本身則有血管增生之現象。圖3、25：此為同一扁桃腺之另一個隱窩（crypt）的高倍圖，類淋巴組織呈增生現象並可見有一個胚芽中心（germinal center）。圖中並有充血現象，微血管均呈擴張。隱窩之空腔內容有細菌（中左）及發炎細胞（包括多形核白血球及淋巴球）。圖3、26及圖3、27：側頸鰓囊（lateral cervical branchial cyst）圖3、26：此囊位置近於下顎角處，且在胸鎖乳突肌之前。其內襯以多層扁平上皮，後者形成多量角質（圖左），有些已角化之細胞仍留有核。囊壁富含淋巴組織其中有一為具胚芽中心之濾泡。這種囊與甲狀舌管囊（thyroglossal duct cyst）相近似。圖3、27：鰓囊有時內襯以柱狀上皮，但不常見。此地的柱狀上皮是帶纖毛（ciliated）的，與呼吸上皮相似；鰓囊的壁照例都含有淋巴組織。