原著

原發性膀胱纖維腫ノ一例

Dr. F. Sukigara. : A case on the fibrom in the bladder wall.

九州帝國大學皮膚科泌尿器科教室

醫學士 鋤柄福之助

膀胱腫瘍ハ人體新生物中、比較的稀有ナルモノニシテ、全體ノ約〇・五% (Wildbolz) 〇・三九% (Gurt) ナ占ルニ過ギズ。而シテ全尿路疾患ノ約三% (Kister) ニ該當ス。

臨牀上膀胱腫瘍ノ大多數ヲ占ルモノハ乳嘴腫及ビ癌腫ナリ。兩者孰レガ多キカハ議論ノ存スル所ナルモ、大體ニ於テ全體ノ三分ノ一ハ乳嘴腫ニシテ良性ニ屬シ、残り三分ノ二ガ癌腫又ハ癌腫樣變性ヲ呈シテ惡性ヲ帶ビタリト見テ大差無キモノノ如シ。其他筋腫、肉腫、腺腫、皮膚樣囊腫、粘液腫、纖維腫及ビ血管腫等アレド、孰レモ乳嘴腫、癌腫ニ比スレバ其數甚ダ少ク、今日迄ノ報告ヲ見ルニ筋腫及ビ肉腫比較的多キモ、他ハ孰レモ未ダ十例ニ達セズ、中ニモ膀胱纖維腫ニ就テハ、東西ノ文獻ヲ涉獵スルニ報告例殆ンド無ク、甚ダ稀有ナリト思考セラル。

余ガ次ニ記載セントスルハ、膀胱外壁ヨリ出デ、上方ニ向ヒテ成長シ、遂ニ手拳大ニ達シタル膀胱纖維腫ノ一例ニシテ、甚ダ興味アル所ノモノナリ。

實 驗 例

患者 中○彌○郎 農 一八歳

初診 昭和二年三月廿九日

主訴 下腹部ノ腫瘍形成及ビ排尿時ノ輕度鈍痛

家族歴 何等特記スベキ事ナシ。

既往症 性來壯健ニシテ、著患ヲ知ラズ。花柳病ニ罹リシ事ナク、下腹部ニ打撲外傷ヲ受ケシ事ナシ。

發病及ビ經過 約一ヶ月前ヨリ何等原因ト認ムベキモノ無クシテ、排尿ニ際シ下腹部ニ鈍痛ヲ覺エ同時ニ下腹部ニ鶏卵大ノ極メテ硬キ腫瘍アルヲ發見セリ。當時ハ他ニ格別ノ苦痛無カリシ故ソノ儘放置セシモ、該腫瘍ハ一日ト次第ニ増大シ、約一ヶ月ニシテ鶏卵大ニ達シ、同時ニ輕度ノ壓痛ヲ覺ユルニ至レリ。本腫瘍ハ膀胱内ニ尿充滿スルト共ニ多少増大シ、排尿後ニ於テハ多少縮少スルヲ常トスト云フ。患者ハ附近ノ専門醫ヲ訪ネ其忠告ニヨリテ本年三月廿九日吾ガ外來ヲ訪ネ、同日レチウス寶腫瘍？ノ診斷ノ下ニ直ニ入院セリ。

現症。體格營養共ニ中等、筋及ビ皮下脂肪組織ノ發育ハ普通ニシテ、皮膚粘膜及ビ淋巴腺ニ變化無ク、諸反射機能正常ナリ。胸部ハ肺臟心臟共ニ異常無シ。

腹部ヲ診スルニ肝、脾、腎ハ之ヲ觸レズ。下腹部中央ニ於テ約鶏卵大ノ腫瘍アルヲ發見ス。該腫瘍ハ半バ骨盤腔ニ隠ル、ヲ以テ其下端ヲ極メ得ザレド、上端ハ恥骨縫際上緣ヨリ約四指橫徑ノ上ニアリ。形狀ハ卵圓形ニ近ク、平滑ナル表面ヲ有シ硬度ハ硬クシテ軟骨様ナリ。以上ノ狀態ハ恰モ婦人ニ於ケル子宮筋腫ヲ聯想セシム。

直腸診。攝護腺ニハ何等著シキ變化ナシ。唯直腸深ク挿入セシ指頭ニ對シテ同時ニ腹壁ヨリ腫瘍ヲ強壓セシ時、僅少ナレド腫瘍狀抵抗ヲ感ジタリ。

膀胱鏡的検査。膀胱壁ニハ何等著シキ變化無キモ頂部ニ於テ粘膜充血シ多少膨隆セル部分アリ。試ミニ腹壁上ヨリ腫瘍ヲ加壓ス

ルニ、其部ハ明カニ前方ニ突出移動シ、該腫瘍ハ膀胱壁ト密接ナル關係アルヲ想ハシム。○・一%インヂゴールカルミン液七珉ヲ靜脈内ニ注射セルニ、右腎ハ三分三十三秒、左腎ハ三分四十二秒ニテ勢良ク色素排泄シ初メ、其濃度ニ於テ左右區別無く、腎臓ハ兩側共ニ機能ニ異常無キヲ知レリ。

腫瘍ノ位置、大サ等ヲ精シク知ラン爲メニ氣體X線撮影術 Pneumoradiographie ヲ行ヘリ。豫メバンカイン液ニテ皮膚皮下組織ニ浸潤麻醉ヲ施シタル後、腹膜ヲ損傷セザル様打診ニテ膀胱上界ヲ定メ恥骨縫際直上ニテ穿刺シ、レチウス竇 Cavum Retziiニ酸素瓦斯約三〇〇珉ヲ注入シ、直ニレントゲン寫眞ヲ撮影シタリ。之ヲ見ルニ膀胱ハ明カニ影像ヲ示セシモ、該腫瘍トノ關係ハ不明ニ了レリ。

尿ハ清澄ニシテ殆ド變化無シ。便通モ毎日一回宛普通便アリテ便秘無シ。血液ワ氏反應ハ陰性ナリ。

以上ノ所見ヨリシテ患者ノ主訴タル下腹部ノ腫瘍形成ハ恐ラク、レチウス竇ニ生ゼル腫瘍ト診斷シ、手術ニヨリ該腫瘍ノ全剔出ヲ圖リタリ。

手術及ビ經過。昭和二年四月十一日、クロ、ホルム、エーテル全身麻醉ノ下ニ、高木教授執刀ニテ高位切開ヲ行ヒシニ、腹壁下ニ約手拳大ノ腫瘍横ハルヲ見タリ。暗紫赤色ヲ帶ビ、表面、平滑漿膜様光澤アリ。其下端ヲ探レバ膀胱頂部外壁ニ連リ腫瘍ハ膀胱壁ヨリ發生セルヲ想ハシメタリ。而シテ腫瘍ノ腹壁面ハ何等癒着無ケレドモ頂部及ビ邊緣部ハ腹膜及ビ大網膜トノ癒着甚ダシク、腫瘍ノミヲ剔抉スル事不可能ナル狀態ナリキ。故ニ先ヅ癒着セル大網膜及ビ腹膜ヲ腫瘍頂部ヨリ切除シテ次第ニ邊緣部ニ及ビ、又腫瘍ガ膀胱壁ニ連續シ之ヲ分離スルコト到底不可能ナル狀態ニアリシヲ以テ、膀胱壁ヲモ腫瘍ト共ニ之ヲ切除セリ。而シテ膀胱壁ハ嚴重ニ二重縫合ヲ施シ尿ノ漏出セザラン事ヲ期シ、腹壁ノ大部分ヲ縫合シ沃度ホルム綿紗ノタンポンヲ置ク。同時ニ尿道ヨリハネラトンヲ挿入シテ尿ノ膀胱内ニ蓄溜スル無キヲ期セリ。

手術後一日目ハ三十八度内外ノ發熱アリシモ二日目ヨリ平熱トナリ、其後ノ經過頗ル順調ニシテ七日目ニ一部タンポン交換アリ、八日目ニ拔絲シ、ソノ後毎日タンポン交換ヲ行ヒテ約三十日ニシテ腹壁傷口全ク治癒セリ。十五日目ヨリネラトンヲ除去シ、患者

ヲシテ自ラ放尿セシムルニ、容易ニ目的ヲ達スル事ヲ得、其後ハ排尿全ク常態ニ復スルヲ得タリ。故ニ手術後四十一日目ニ退院セシメタリキ。

然ルニ退院後十日ニシテ患者ハ再ビ腹部ニ於テ小塊アルヲ認メ驚キテ直ニ余ノ許ニ來レリ。依テ診スルニ左下腹部ニ鶏卵大腫瘍アルヲ觸知セリ。其表面ハ平滑ニテ弾力性硬固ナリ。腹壁トハ癒着無ケレドモ、深部トハ堅ク癒着シテ動カズ、何等自覺症狀無ク排尿排便共ニ障礙無シ、再入院後觀察スルニ該腫瘍ハ次第ニ増大シ手術後約八十日ニシテ既ニ鶩卵大トナレリ。其成長ノ急激ナル事ト、既ニ深部トノ癒着甚ダシキ點ヨリシテ該腫瘍ノ惡性ナルヲ想像セシメ恐ラク肉腫性ノモノナラントノ考エヲ懷カシメタリ。而シテ該腫瘍ノ別出ハ恐ラク不可能ナラント思ヒX線深部療法ヲ試ミル事トセリ。

愚考スルニ今回ノ腫瘍ハ膀胱壁トノ關係無ケレバ、前腫瘍別出時既ニ附近淋巴腺ニ轉移セシ腫瘍アリテ、手術後急速ナル成長ヲ來セルモノニ非ザルカ、而シテ今新タニ出現セシ腫瘍ガ果シテ肉腫性ノモノナルカ否カハ該腫瘍ノ組織的所見ニヨリテ始メテ決定サルベキ問題ナルモ、今暫時X線深部照射ニヨル影響如何ヲ觀察シ、其作用ノ遲速ニヨリテ腫瘍ノ性質如何ヲ知ラントセリ。

X線深部照射（本照射ハ當學部產婦人科教室白木教授宮原學士ノ御好意ニヨリテ同教室備付ノX線裝置ニテ行ヒタリ。照射條件ハ白木教授ニ據ル。）

條件 裝置 デュピター Jupier

球管 米國製深部治療用クーリヂ Coolidge 球管第十號

照射野ノ數 前後各一個所 大サ6×8糎 連續照射

濾過 ○・五耗亞鉛板及ビ三・〇耗アルミニウム板

第二次電流ノ強サ 二ミリアンペア

焦點皮膚面間距離 二十三糎

波長 前方ヨリハ〇・一〇八〇Å 後方ヨリハ〇・〇九六〇Å

深部百分率量二六・九—二八・九%

配量 約一五〇% HED

六月廿日ヨリ照射ヲ初メタリ。然ルニ第三回照射後約三週間ニシテ腫瘍著シク軟化セルヲ認メX線ニ對スル反應著明ナルヲ以テ、更ニ七月十二日ヨリ前ト同ジ條件ニテ三回連續照射セリ。然ルニ反應益々著明ニシテ腫瘍ハ次第ニ軟化縮少シ、三ヶ月後ニハ腹壁ヲ觸レルモ殆ンド腫瘍の抵抗ヲ感ぜズ。患者ハ全ク健康體トナリテ入院時ヨリ體重一貫目ヲ増加シテ十月廿六日欣然トシテ退院セリ。肉眼の所見。剔出セル腫瘍ノ形狀ハ大體ニ於テ栗ノ如ク、廣キ基底ヲ有シ、上端ニ於テ稍尖リ、前後ニ多少扁平ナリ。大サ約手拳大ニ近ク長サ一〇輊幅八輊厚サ五輊アリ、重量二〇〇瓦ニ達ス。其表面ハ平滑ニシテ緊張シ恰モ成熟セル林檎ノ如キ美麗ナル赤紫色ヲ呈シ、之ニ觸ル、ニ軟骨ノ如ク固ク、強ク指壓ヲ加フルモ表面容易ニ陷沒スル事ナシ。腫瘍ハ前面即チ腹壁ニ接シタリシ部分ハ何等癒着無ケレド、後面ハ腹膜ニヨリ被覆セラレ、且前後兩面ヲ境スル周緣部ハ大網膜、血管、脂肪組織等來リテ癒着シ、腫瘍基底部ハ多少括レテ、其一部ニ膀胱壁ハ粘膜ト共ニ連結セルヲ見ル。腫瘍ヲ切半スルニ斷面ノ大部分ハ灰白色ニシテ軟骨樣光澤及ビ硬度ヲ有シ、且處々ニ於テ白色ノ纖維性組織縱横ニ相錯綜シ網狀ヲ呈セルヲ見ル。一個處腫瘍ノ腹壁面ニ近ク腐肉狀ニ軟化セル部分アリ。該部ハ其質極メテ脆弱ニシテ指頭ニテ容易ニ破潰スルヲ得ベシ。腫瘍ト膀胱壁トノ境界ヲ見ルニ、白色ヲナセル數條ノ纖維組織束狀トナリテ互ニ移行セルヲ認メ、且ツ膀胱外面ヲ被包スル漿液被膜ハ直ニ腫瘍表面全體ヲ被覆セルヲ見、腫瘍膀胱壁ヨリ出デ、漿膜下性 Subseros ニ外方ニ向ヒテ成長スルヲ想像セシム。

顯微鏡的所見。組織標本ハ一〇%フォルマリン液ニ貯藏シ、之ヨリツェロイデン、パラフィン切片ヲ製シ、之ニハマトキシリン・エオジン染色、ワンギーソン氏染色、オルセイン彈力纖維染色、ビルシヨウスキー氏鍍銀法等ヲ施シ鏡檢セシニ次ノ所見ヲ得タリ。腫瘍膀胱壁部ニ於テハ、ハマトキシリン・エオジン染色法ニヨル切片ヲ見ルニ、膀胱壁筋層ノ膀胱粘膜ニ近キ部分ニハ、何等認ムベキ變化無ケレド、外壁ニ近ヅクニ從ヒ、間質結締組織ハ甚ダシク増殖シ、爲メニ筋組織ハ壓迫性萎縮ニ陥リ、遂ニハ全ク間質結締組織ノミトナリテ腫瘍部ニ移行セルヲ認ム。腫瘍部ニ於ケル纖維組織ハ不規則ニ錯綜シ或ハ束狀或ハ波狀或ハ渦狀或ハ網目狀トナリ、

其等纖維束間ニハ種々ノ圓形細胞プラズマ細胞エオデン嗜好細胞等出現セリ。血管ノ新生著シカラズ。ワンギーソン氏染色法ニヨルニ、筋組織ハピクリン酸ニ黄染シ、間質結締組織及ビ腫瘍細胞ハピクリン酸ニテ一様ニ赤橙色ニ染色シ、腫瘍ノ結締組織性ナル事ヲ明示セリ。又彈力纖維染色ニヨレバ彈力纖維ハ腫瘍ニ近ヅクニ從ヒ退行變性ヲ示シ、短螺旋狀或ハ顆粒狀ト化シ腫瘍中ニハ全クソノ形跡ヲ認メズ。

腫瘍中心部所見トシテハヘマトキシリン・エオジン染色法ニヨル切片ヲ見ルニ纖維組織不規則ニ錯綜シ、所々化膿性炎症ヲ起シテ無數ノ化膿細胞集團シ膿竈ヲ形成セリ。纖維束ハ束狀波狀或ハ網目狀ヲナシ縱横ニ走り、細胞核ハ卵圓形乃至長橢圓形ニシテ、核絲分裂ヲ認メズ。膿竈周圍部ニ於テハ炎症狀滲潤ノタメ腫瘍細胞間ニ大小不同ノ圓形細胞ヲ混ジ所見複雑ニシテ肉腫樣變性ヲ疑ハシムルガ如キ像ヲ呈セリ。ワンギーソン氏染色法ニヨルニ、腫瘍細胞ハ一様ニ赤橙色、膿竈ハ黄褐色トナリ、腫瘍ハ結締組織性ナルヲ示セリ。

鑑別診斷。本症ト鑑別スベキハ先ヅ尿管 *Urachus* ヨリ發生スル腫瘍ナリ。サンデルン *Sandelin* ハ尿管ノ平滑筋纖維ヨリ發生セル筋腫ノ一例ヲ報告セリ。氏ハ腹直筋、筋膜 *Rectus fasciae* ノ後面ト腹膜トノ間ニ於テ手拳大ノ腫瘍アルヲ發見シ、手術ニヨリ剔出シ、初メハ卵巢腫瘍ナラント考ヘシモ、鏡檢ノ結果子宮トハ全々無關係ニ發生セル筋腫ナルヲ確メ、恐ラク尿管ノ後身ナル膀胱脛韌帶 *Lig. Vesico-umbilicale* ノ平滑筋ヨリ發生セルモノナラント結論セリ。尿管トハ胎生期ニ於テ存在スル尿囊 *Allantois* ノ一部ニシテ膀胱頂部ヨリ臍窩ニ通ズルモノナルモ、胎生期ノ終末ニ至ルヤ管腔充塞シ、終ニハ全ク一條ノ韌帶ト化スルモノニシテ、膀胱脛韌帶 *Lig. Vesico-umbilicale* 又ハ中心臍韌帶 *Lig. Umbilicale medius* ト稱セラルル者之ナリ。稀ニ胎生期ヲ終ルモ尿管閉塞セズ、囊胞ニ止マル事アリ、時ニ其内容化膿シテ膿囊トナル。又稀ニ尿管ノ平滑筋ヨリ筋腫發生スル事アリ。次ニ鑑別スベキモノハ膀胱外壁ヨリ發生スル腫瘍ニシテ此場合最も問題トナルハ筋腫ナリ。乳嘴腫、癌腫ノ如キ上皮性腫瘍ハ膀胱内壁ニ發生シ、外壁ニ來ル事殆ンド無ケレバ茲ニ問題トスルニ足ラズ。膀胱筋腫ハ現今迄ニ約三十數例ノ報告アリ、ソノ中、膀胱外壁ニ發生セシモノ十數例ヲ算ス。初メハ原發性膀胱筋腫ノ存在疑問トサレ、ロキタンスキー *Rokitansky* フルステル *Förster* ウイルヒ *W. Vir-*

Chow 氏等ハ膀胱筋腫ハ盡ク攝護腺ヨリ發生スル者ニシテ、膀胱壁ヨリ原發生ニ發生スル事無シト主張セシモ、一八七〇年デヤクソン Jackson ガ一婦人ニ於テ膀胱壁ニ筋腫發生セルヲ發見シ、初メテ其原發性存在ヲ明カニセリ。膀胱外壁ヨリ發生シ漿膜下性ニ上方ニ成長セル筋腫ハ臨牀上診斷困難ナル事多ク、ソノ初期ニ於テハ多ク自覺的苦痛ヲ缺グタメ比較的巨大腫瘍ニ成長シ易シ。婦人ニ於テハ特ニ子宮筋腫トノ鑑別困難ナリ。

結 論

一、余ハ十八歳ノ男子ニ於テ膀胱外壁ヨリ漿膜下性ニ上方ニ向ヒテ成長セル手拳大腫瘍ヲ實驗シ、之ガ外科的切除ヲナシ、且ツ該腫瘍ノ組織學的性狀ヲ檢索セリ。

二、本患者ハ臨牀上、下腹部ノ腫瘍形成排尿時膀胱部鈍痛ヲ主訴トセルモ自覺的症狀ハ輕微ナリキ。

三、膀胱高位切開術ニ依リテ腫瘍ヲ全摘出セリ。其際膀胱壁ノ一部及ビ癒着セル腹膜、大網膜ノ一部ヲ切除セリ。

四、腫瘍ノ大サハ縦徑十糎横徑八糎重量二〇〇瓦ヲ算シ表面平滑緊張シ美麗ナル赤紫色ヲ呈シ形狀栗實ニ似テ上端稍尖リ、前後ニ多少扁平ニシテ基底部擴大セリ。膀胱壁基底部ノ一部ニ附着ス。

五、組織學的檢索ノ結果腫瘍ハ纖維腫ナル事及ビ其發生母地ハ膀胱壁間質結締組織ナル事ヲ確メタリ。

六、手術後膀胱トハ無關係ニ左下腹部ニ腫瘍再發セリ。該腫瘍ハ臨牀上惡性腫瘍ノ性狀ヲ呈セシヲ以テ、X線深部照射ヲ試ミシニ反應著明ニシテ短時日ニテ全ク消失セリ、組織學的檢索ニ據レバ摘出セル腫瘍ハ纖維腫ニシテ、遂ニ惡性腫瘍ノ所見ヲ確メ得ザリシカド、再發セル腫瘍ハ其成長迅速且X線照射ニ對スル反應著明ニシテ肉腫性腫瘍ノ性狀ヲ示セリ。即チ余ノ例ハ臨牀上ニ於テ全ク惡性腫瘍ノ經過ヲトレルモ、摘出セル腫瘍ニハ何等惡性腫瘍ト認ムベキ所見ヲ確認シ得ザルヲ以テ、余ハ茲ニ組織學的所見ヲ尊重シ、原發性膀胱纖維腫ノ一例トシテ報告セント欲スルモ、臨牀上所見ヨリ考察スレバ腫瘍ハ一部分肉腫性變性ヲ來セルモノナルベク、或ハ纖維肉腫ト認ムルガ至當ナルヤモ知レズ。

摺筆スルニ當リ恩師高木教授ノ御懇篤ナル御指導御校閲ニ對シ衷心感謝ノ意ヲ表シ、同時ニX線深部照射ニ際シ特別ノ御好意ヲ

寄セヨレシ産婦人科教室白木教授官原學士ニ厚ク謝意ヲ表ス。

出 版 文 献

- Aschoff Pathologische Anatomie. Spez. Teil. 1936.
 Blum Das Myom der Harnblase. Folia Urologica. V. 1911.
 Heusch, Karl: Ueber Neurofibrome der Harnblase. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 21. H. 3/4, 1926.
 Michaelis Ueber breitbasige Blasengeschwulst. 1893.
 Mackenzie Bladder Neoplasms. The Journal of Urologie. Vol. XIV. 1925.
-
- Neumann Un cas de fibromyome de la vessie. Hygiea (Helsingborg) Zitirt bei Casanella 1890,
 Sandelin Ein Fall von Myom, augenscheinlich von Lig vesico-umbilicale ausgehend. Chir. Abt. Marienkrankenh. Helsingborg. 1923.
 Wildbolz Lehrbuch der Urologie. 1924.
 高木, 益頭 原發性膀胱筋腫ノ一例. 東京醫學會雜誌第廿二卷大正七年.

附 圖 說 明

- 第一圖 膀胱纖維腫(實物三分一)大腹壁面ヨリ見ル。上縁ニ附着セルハ大網膜及ビ腹膜ナリ。下部ニ膀胱壁一部ヲ見ユ。
 第二圖 同前 横斷面圖、連結部ハ膀胱壁ナリ。腫瘍中心一部腐肉狀ニナレルヲ見ル。
 第三圖 顯微鏡的所見。腫瘍發生部ヲ示ス、左方島嶼狀ニ散在セルハ膀胱筋層ナリ。(擴大八二倍)
 第四圖 同前、腫瘍細胞(擴大三〇〇倍)

A case on the fibrom in the bladder wall.

By F. Sukigara.

The patient, male, aged 18. years, came to the Institute complaining of the tumour in the abdomen and a dull, slight pain occasioned on the urin discharge. He stated that there was no evident cause for this disorder, and that there was a stiff egg-sized tumour in the lower abdomen and felt a dull pain caused whenever he discharged urine from a month past. This tumour grew bigger and bigger day by day and attained to the size of a goose-egg in a month. This swells up when the bladder is filled, shrinks when the urin is discharged. He was admitted at once to the ward under the diagnosis the maladic might have been the rechstumour.

Upon the examination a tumour about the size of goose-egg, as the patient stated, was found in the middle of the lower abdomen; it was hidden partly in the cavity of pelvis, so that whereabouts of the lowest end could not found: but the uppermost end was located on the spot about 4 cm. far from the upper edge of the symphysis pubis; the shape was nearly of oval; the surface smooth and stiff like cartilago. These seemed somewhat resembled to the myom of uterus. The cystoscopic examination showed nothing abnormal except that the top was somehow raised up with the congested mucous membrane. A finger's pressure on the abdominal wall plainly elicited the jostling and removing of the part, and suggested the close connection with the bladder wall. The "Pneumoradiographie" was used to see precisely the position and the size; but the indistinct image failed to bring to light the obscurity. The rectal examination also showed no change in the prostate gland; but on the tip of finger that had been inserted deeply felt instantaneously, as it was very slight, the tumourial resistance in response to the heavy pressure upon the abdominal wall. The urin was almost normal. The Wassermann's reaction was also negative.

Taking into consideration all the above mentioned symptoms, we arrived at last to the diagnostic conclusion that the tumour would have been grown in the cavity of reclus, and the complete extraction of it should be necessary.

Consequently, the operation was carried on, and the tumour taken out was so large as a man's fist, so heavy as it weighted 200 grams. The surface was flat, smooth and strained, in the colour of a rich scarlet, as if it were a riped apple. The touch was rather hard similar that of a cartilago, and never yielding in even with a finger's pressure. The tumour appeared, in front, that is to say, from a part close to the abdominal wall, to have left no trace of adhesion;

but the back was entirely enveloped with the peritoneum, and the linings which separated the two surfaces, the fore part and the rear, were intermixedly crossed together with the capillary blood-vessel, fatty tissue, and the netz etc., and were contracted more or less in the base, where the tumour had been grown; while the small portion of the bladder wall and the mucous membrane were connected to a part of the base of tumour.

Cutting the said tumour into two parts, we saw in the greater part of the faces a hoary-ash colour and also such lustre and hardness as of the cartilago. we witnessed, too, in the various sections the whitish fibre tissues so complicated and intermingled, running lengthwise and crosswise, in the most confused manner.

With a view to ascertain the diagnosis, we prepared a slice from the said tumour and coloured it by the Hämatoxylin-eosin and Van-gieson's method, and carried on the microscopic examination. The result obtained was that very tumour had been a fibricus productive in the tissues of the bladder wall.

第一圖

膀胱纖維腫(前面圖)
(實物三分之一大)

膀胱粘膜

第二圖

同上(横斷面)

空洞

膀胱壁(後部)

第 三 圖

顯微鏡的所見 (擴大82倍)

鋤柄
附圖

第 四 圖

同 上 (擴大300倍)