

陰茎癌の2例と最近10年間に於ける慈大泌尿器科 教室例の統計的觀察

東京慈恵会医科大学泌尿器科教室（主任 南 武教授）

南		武
千	野 一	郎
三	木	誠
小	林 睦	生

CARCINOMA OF THE PENIS : REPORT OF TWO CASES AND REVIEW OF THE RECORD FOR THE PAST TEN YEARS AT THE JIKEI UNIVERSITY HOSPITAL

Takeshi MINAMI, Ichiro CHINO, Makoto MIKI and Chikao KOBAYASHI

*From the Department of Urology the Jikei University School of Medicine
(Director Prof. T. Minami)*

Case 1. A sixty-seven years old Japanese male was admitted to the hospital in January, 1963, complaining of a fistula in the prepuse. A thumb tip sized and a little finger tip sized enlarged lymphnodes were palpable in the left inguinal region, and an index finger tip sized one in the right side. They were firm but not tender.

Amputation of the penis was performed at the peno-scrotal junction and removed the lymphnodes two weeks later.

The histological report of the removed penis was of basal cell carcinoma but no metastasis was found in the lymphnodes.

The Postoperative course was uneventful and the patient has been in good health without any evidence of recurrence up to present, about a year and three months after surgery.

Case 2. A sixty-two years old Japanese male was admitted to the hospital in August, 1963, complaining of a tumor mass of the penis.

Upon admission, a thumb tip sized lymphnode was noted in the right inguinal region. As the tumor was localized at the tip of the penis, amputation of the penis was performed at about 1 cm proximal to the sulcus coronarius. The enlarged right inguinal node was also removed at the same time.

The histological report was of squamous cell carcinoma and metastasis was noted in the lymphnode.

Postoperatively, irradiation therapies were given with 5,000r. of ^{60}Co and 3000 r. of deep X-ray. However, lung metastasis of the tumor was found in sixth month after surgery, and the patient has still been under our care up to present, about a year after surgery.

During the past ten years, eight cases of carcinoma of the penis, including these two cases, were treated at the Jikei University Hospital. The total number of the male out-patient during the same period was 12,369, making the incidence of this disease as 0.065 %

The ages of the patients varied between thirty-two and sixty-nine (average age fifty-nine) and the majority of them were muscle laborer of low economic level.

Their chief complaint was mostly a tumor mass of the penis and was associated with abnormality in urinary stream in all the cases and local pain in seven of the eight cases.

Phimosis was present in five cases; past history of gonorrhoea in two cases and syphilis in a case.

Enlargement of the inguinal nodes were seen in six cases on initial examination and two of them were proved to be metastasis.

The tumor was mostly originated in the glans of the penis and six of them were growing ulcerative type.

Histologically, one of them was basal cell carcinoma but the other seven cases were all squamous cell carcinoma.

Total amputation of the penis associated with bilateral inguinal nodes dissection were undergone in three cases and partial amputation of the penis followed by irradiation therapy in two cases.

Four cases are known to be alive up to present; three of them are free of tumor but one with metastases in the both lungs. Three cases died in five to eighteen months after surgery. The end result of the remaining two cases are not known.

I 結 言

最近経験せる陰茎癌の2例を報告し、併せて昭和29年より同38年迄の10年間に慈恵医大泌尿器科を訪れた陰茎癌8症例につき、若干の臨床的考察を試みたので報告する。

II 症 例

症例1：伊沢某，67才，会社員。

初診：昭和38年1月18日。

主訴：陰茎の腫大，陰茎左側の瘻孔。

現病歴：昭和36年夏頃より亀頭と包皮が左側部から次第に癒着しはじめ，全周に及びついに包皮の反転が不能となった。37年4月，外尿道口から膿汁様分泌物が出ることに気付き，某医で受診し包茎の手術をすめられたが放置していた。しかしその後も膿汁様分泌物が続き，37年6月陰茎左側に腫脹硬結を生じた。それは漸次拡大し，時々針で刺す様な疼痛を覚える様になった。38年1月3日その部に水疱形成し，搔破すると膿汁が出た。ついで排尿時に尿の漏出を認める様になり我々の教室を訪れた。

既往歴：特記すべきことはなく，性病罹患も否定している。

家族歴：特記すべきことはない。

現症：体格中等，栄養良好。腎は左右共触れず，睪丸，副睪丸等外性器に異常はない。陰茎は全体に腫大し（長径 8.0cm，根部の直径は 2.8cm，亀頭部の直径は

5.0cm），亀頭は包皮に被われ，先端に乳嘴状の硬い腫瘍がのぞいている。左側包皮に瘻孔があり，ゾンデを入れると右側包皮下にまで及んだ（図1）。外尿道口包皮は狭く，指先で亀頭を触れると亀頭左側は包皮と癒着している。リンパ腺は右鼠径部に示指頭大1個，左鼠径部に拇指頭大及び小指頭大の2個を触れ，いずれも圧痛はないが硬い。頭部，鎖骨窩等には触れない。なお，排尿時陰茎左側瘻孔よりわずかつつ滴状に尿の漏出を認めた。



図 1

検査成績：

1) 血液所見；赤血球数， 338×10^4 ，白血球数 7,200，血色素 13.0g/dl，ヘマトクリット30%。2) 血沈；1時間 57mm，2時間 90mm。3) 血液化学；UreaN, Electrolytes 共に正常。

4) 肝機能；正常。5) 尿所見；性7.4，蛋白 30mg

/dl, 糖陰性, 赤血球 1~2ヶ/視野, 膿球多数, 短桿菌多数. 6) レ線検査; 胸部単純では正常, IVP では両側共排泄良好であるが, 左腎盂に軽度の奇形を認める.

臨床診断: 陰基癌

治療: 昭和38年2月6日型の如く陰基全切断術を行い, 尿道を会陰に出した. 腫張せる鼠径リンパ腺は日を改めて2週後に出剔した.

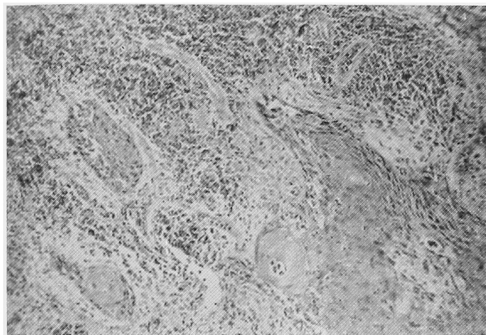


図 2

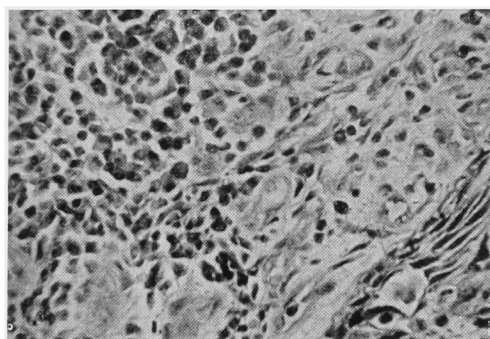


図 3

病理診断: 病理組織は図2, 図3に示す如く基底細胞癌で癌上皮はかなりの異型度を示し, 比較的分化した癌胞巢の深部への浸潤がみられた. また, プラズマ細胞の強い出現が目立つ. 剔出リンパ腺には転移像を認めず, 著しいプラズマ細胞の浸潤を伴った線維化があり, 反応性のものと思われた.

術後経過: 現在術後1年3ヵ月になるが転移もなくすこぶる健康である.

症例2: 小宮某, 62才, 農業.

初診: 昭和38年8月27日.

主訴: 陰基部腫瘍.

現病歴: 約半年前より時々尿線の分裂に気付くも放置していた. 2ヵ月前に外尿道口部に疣状のものができているのに気付いたが, それが急激に増大して外尿道口を被う程になり, 排尿時尿線分裂著しく一部は滴

状となつて出る様になつた. 疼痛は全くなき, 某医に陰基癌の疑いありと云われ当科へ紹介された.

既往歴: 昭和33年左第4指の疣も切除したがその部が潰瘍状となり, 某大学病院で皮膚癌の診断の下に指根部より切断した. その他特記すべきことなく, 性病は否定している.

家族歴: 特記すべきことはない.

現症: 体格栄養共に良好. 腎は左右共触れず, 睪丸, 副睪丸, 精系, 陰囊, 前立腺等は正常. 陰基は図4の如くで包茎は認められず, 繫帯部から外尿道口を被うが如く暗赤黒色の硬い腫瘍があり, その大きさは, $2.6 \times 2.0 \times 1.5 \text{ cm}$ であつた. 腫瘍周囲の陰基組織に硬結はなく疼痛も全くない. 排尿させると腫瘍と亀頭の間から2本細い尿線となつて流出し, 一部は滴状となつて出た. リンパ腺は拇指頭大に硬く腫大したものを右鼠径部に1個触知出来る以外, 左鼠径部, 頸部, 鎖骨窩等には触れなかつた.

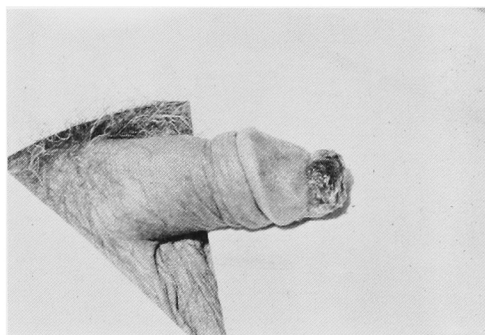


図 4

検査成績:

1) 血液所見; 赤血球数 400×10^4 , 白血球数 5,300, 血色素 13.2 g/dl, ヘマトクリット 39%, 出血時間及び凝固時間共に正常. 2) 血沈; 1時間 32mm, 2時間 58mm. 3) 血液化学; Urea N, Electrolytes 共に正常.

4) 肝機能及び血清蛋白分層; 正常. 5) 尿所見; 性6.0, 蛋白 30mg/dl, 糖陰性, 赤血球少数, 膿球少数, 球菌少数. 6) レ線検査: 胸部単純, 腎, 膀胱部単純, IVP 共に正常.

臨床診断: 陰基癌

手術: 昭和38年9月23日, 冠状溝より近位1cmの部で陰基を切断した. 直ちに凍結標本にて切断端全体をみてもらつたが, 癌浸潤のないことを確認した. 従つてその部位の部分切断術に止めた. 右鼠径部の腫大リンパ腺は剔出した.

病理診断: 病理組織は図5, 図6に示す如く扁平上

皮膚で、分化の低い癌細胞巣がみられ、その周囲は好中球の浸潤が著しく、壊死乃至は類壊死の状態を呈していた。なお剔出したリンパ腺にも癌細胞があり、それは充実性でその癌細胞はわずかな間質結合織でとりかこまれ、間質は主にプラズマ細胞とリンパ球からなっていた。

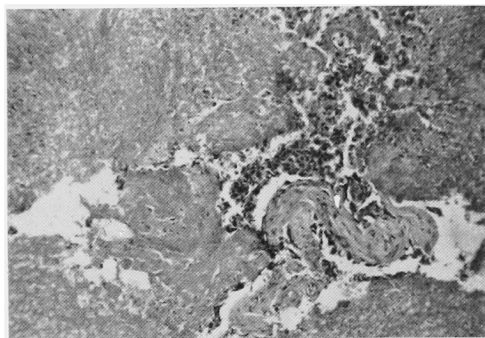


図 5

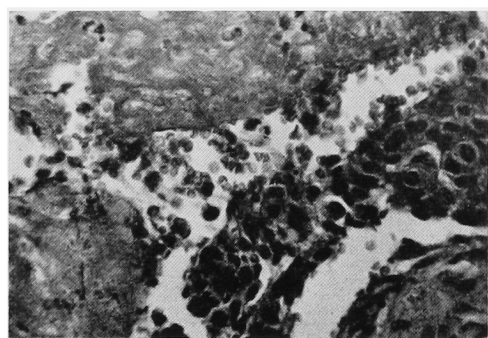


図 6

術後経過：上記の如き病理所見であつたため、術後右鼠径部に病巣線量で計 5,000r の ^{60}Co 照射と、陰茎残部に 3,000r レントゲン照射を行つた。その後定期的に諸検査を行つていたが、術後6カ月に到り両肺野に移転像を認め、現在（1964年7月）加療中である。

III 臨床的観察並びに考按

陰茎癌は陰茎腫瘍の中では最も多いが、男子尿路性器腫瘍全体からみればその2%程度 (Lederman, Dean)¹⁾ である。また、人種差、生活程度差等によりその発生率に著しい差がある。白色人種より有色人種に多く、且つ、肉体労働者或は経済的に恵まれない階級に多いと云われている。表1は昭和29年より昭和38年迄の10年間に慈恵医大泌尿器科外来患者数と陰茎癌数についての表であり、この10年間の外来患者

表1. 慈大泌尿器科における最近10年間（昭29—昭38）の外来患者数と陰茎癌数

	外来総数	男子数	陰茎癌数		
昭29	1,328	1,095	0	外来患者総数に対する割合	外来男子数に対する割合
30	1,270	982	0		
31	1,606	1,295	0		
32	1,712	1,379	1		
33	1,696	1,296	1		
34	1,467	1,001	0		
35	1,642	1,147	1		
36	1,676	1,301	1		
37	1,885	1,347	2		
38	2,287	1,526	2		
	16,569	12,369	8	0.048%	0.065%

総数は16,569名、そのうち男子は12,369名であり、陰茎癌症例はわずかに8例である。従つて外来男子の0.065%である。

表2. 陰茎癌8症例

	職 業	年令	症状発現より初診迄	主 訴
1 佐藤某	林 業	69才	8 月	陰茎部腫瘍、尿閉
2 米川某	木工業	37才	6 月	陰茎部腫瘍
3 田村某	農 業	66才	3 月	陰茎部痛と排尿痛
4 得平某	不 明	61才	8 月	亀頭先端の腫瘍
5 渡辺某	自動車修理業	56才	1年5月	陰茎部硬結と疼痛
6 伊藤某	畳職人	45才	1 年	陰茎部腫瘍と疼痛
7 伊沢某	会社員	67才	1年6月	陰茎部腫大と瘻孔形成
8 小宮某	農 業	62才	6 月	陰茎部腫瘍
平 均		57.9才	9.8月	

表2はこれら8例の、職業、年令、症状発現より初診迄の期間、主訴等である。我々の例でも農業、林業、木工業等の肉体労働者が多く、本邦の他の報告²⁾³⁾⁴⁾をみてもほぼ同様である。

年令の点では、我々の例では最年少が37才、

最年長が69才で平均57.9才であり、60才代が5例ある。文献上最若年例として2.5才の報告(Creite)⁵⁾ もみられるが、Colon⁶⁾ の集めた欧米の統計をみても、大体40才代から60才代に最も多い。本邦の飯田⁷⁾ の88例、藤井⁸⁾ の42例の統計では40才代が最も多いが、近藤⁹⁾ の20例、我々の8例では60才代が最も多く、結局欧米と同様陰茎癌は40才代から60才代に多いと考えられる。

次は症状発現より初診迄の期間は、表2の如く最短が3カ月、最長が1年6カ月で、平均9.8カ月である。渡辺等¹⁰⁾ の統計では平均8.2カ月、飯田の統計では平均7カ月であり、最長3年と云う例がある。このように症状発現より初診迄の期間が永いのは陰茎癌の発育が一般に緩慢であると云うことの他に、患者の羞恥心の強さも影響し、特に肉体労働者ではその傾向が強いであろう。

表3. 初診時症状

	症状発現より初診迄	排 尿 状 態	陰茎部自発痛
1 佐藤某	8月	尿線細小(来院前尿閉)	常にあり
2 米川某	6月	尿線細小	常にあり
3 田村某	3月	排尿痛あり	常にあり
4 得平某	8月	尿線が下方へ向く	時々あり
5 渡辺某	1年5月	排尿時激痛	常にあり 時に激痛
6 伊藤某	1年	排尿時激痛	常にあり 時に激痛
7 伊沢某	1年6月	陰茎左側瘻孔より尿漏出	時々あり
8 小宮某	6月	尿線分裂	なし
	平均 9.8月	率 8/8	率 7/8

主訴は陰茎部腫瘍または硬結の他に、陰茎痛、排尿痛を訴えるものがあり、表3でも明らかな如く、初診時の症状として排尿異常を有するものが全例、陰茎部痛を有するものも8例中7例に及び、結局このような症状が出て初めて医師を訪れるものが多く、腫瘍の自覚だけでは受診しない傾向があると考えられる。このことが初診迄の期間を長くし、更に予後にも関係するわけであろう。

陰茎癌の原因については、一般に包茎、性病、外傷等が考えられている。特に包茎は最も注目されており、表4の如く、我々の例でも8

表4. 包茎及び性病

	包 茎	既 往 性 病	梅毒反応
1 佐藤某	なし	+40年前淋疾	-
2 米川某	なし		-
3 田村某	あり	+41年前淋疾	-
4 得平某	あり		/
5 渡辺某	1年半前手術		+
6 伊藤某	20年前手術		-
7 伊沢某	あり		-
8 小宮某	なし		-
率	5/8	2/8	1/7

例中5例が包茎を有していた。この5例中1例は初診より1年半前の腫瘍発見時に、他の1例は約20年前冠状溝に疣状物が生じた際に、夫々他医にて環状切除術を受けている。前者は手術を受けた時の腫瘍が既に癌であつたと考えられ、後者はその後、数回冠状溝に疣状物が出た、その都度電気焼灼等をうけたと云うこと等から最初の疣状物は尖型コンジローマであつたとも考えられる。欧米及び本邦の諸統計においても、陰茎癌患者で包茎を有しているものが多く、その合併率は低いものでも44.8%(川村)¹¹⁾、高いものでは88.9%(Ngai)¹²⁾に及んでいる。一方幼時に割礼を行うユダヤ人、印度回教徒には陰茎癌が殆んど皆無に近いと云われており、このことから陰茎癌の予防として幼時の割礼を提唱している人が多く、Campbell¹³⁾等は生後一週の子の総てにこれを行えば陰茎癌をなくすることができると思ふ云つている。しかし石戸谷等¹⁴⁾の如く、包茎手術を含む広義の外傷との関係も無視し得ないとしている報告もある。次に性病について我々の8例をみると(淋疾、梅毒についてのみ観察した)、淋疾の既往が2例、梅毒反応陽性者が1例で、両者を併せても8例中3例であつた。飯田の統計では

49例中23例 46.94%に性病の既往又は合併があり（特に淋疾が多い），近藤の統計でも梅毒の既往を50%に認めている．この様に，一般に文献上陰茎癌と性病との因果関係がかなり高率であるように云われているが，性病も肉体労働者や経済的に恵まれない人々に多いこと，及び最近治療方法の発達によつて性病が全般的に少なくなつてきていることを考えれば，今後のこれら両者の関係は興味が深い．

表5. 腫瘍

	部 位	型	潰瘍	病 理 診 断
1 佐藤某	亀頭先端	浸潤型	-	Squamous cell ca.
2 米川某	冠状溝→亀頭	浸潤型	+	Squamous cell ca.
3 田村某	亀頭全体	増殖型	+	Squamous cell ca.
4 得平某	亀頭全体	増殖型	+	Squamous cell ca.
5 渡辺某	亀頭全体	増殖型	+	Squamous cell ca.
6 伊藤某	冠状溝→亀頭	浸潤型	-	Squamous cell ca.
7 伊沢某	冠状溝→亀頭	増殖型	+	Basal cell ca.
8 小宮某	亀頭先端	増殖型	-	Squamous cell ca.

腫瘍の初診部位は表5の如く，亀頭に多く，その形態は所謂増殖型に潰瘍を伴つたものが多い．飯田は初発部位で最も多いのは亀頭，ついで包皮内板，冠状溝，繫帯，尿道の順であると云い，他の報告³⁾⁴⁾でも亀頭，包皮内板が最も多い．又形態上の分類でも我々の例と同様に浸潤型は少ない．組織学的には細胞を主体としてみると，扁平上皮癌，基底細胞癌，黒色細胞癌，腺癌に分けられるが，陰茎癌の大部分は扁平上皮癌と云われ，我々の8例でも7例が扁平上皮癌であり，他の1例が基底細胞癌で，症例中伊沢某がその例である．

陰茎癌の転移の主なるものは鼠径部リンパ腺である．我々の例でも表6に示す如く，8例中6例に腫脹が認められた．しかるにそのうち実際に転移像を認めたものは2例にすぎない．飯田の88例の統計でも初診時鼠径リンパ腺腫脹を認めたものは46例で57.5%，そのうち転移像を有したものは10例，12.5%であり，Johnson¹⁶⁾は初診時のリンパ腺腫脹率は75%，そのうち転

表6. 初診時の鼠径リンパ腺の状態

	腫 脹	転移像	炎症像
1 佐藤某	+(両側)	+	-
2 米川某	+(両側)	-	-
3 田村某	+(両側)	-	+
4 得平某	-	/	/
5 渡辺某	+(両側)	-	+
6 伊藤某	不明(他所でレ線照射のため)	/	/
7 伊沢某	+(両側)	-	+
8 小宮某	+(右側のみ)	+	-
率	6/8	2/6	3/6

移のあつたものは37.5%と報告している．他の諸家の報告でも大体30%前後に初診時鼠径リンパ腺転移が認められている．この様にリンパ腺腫脹がみられても，必ずしも腫瘍の転移とは限らず，病巣部の二次感染による炎症性腫脹の存在することは周知のことで，我々の上記リンパ腺の腫脹した6例のうち3例は炎症であつた．これは後述する如く，治療方法の決定及び予後にも関係するので慎重に検討すべき問題である．

治療方法及び転帰は表7の如くで，陰茎全切断術と鼠径リンパ腺廓清を行つたものが3例，陰茎部分切断術と放射線療法を併用したもの2例，生殖器全剔出術と放射線療法を行つたものの，陰茎全切断術のみ，制癌剤による化学療法のみが夫々1例である．化学療法のための例は，患者が他の治療はもちろん入院をも嫌い，やむを得ず行つた例である．8例中4例が生存しているが，そのうち1例（前述の症例2，小宮某）は術後6カ月に両肺野に転移を認め現在加療中である．他の3例はいずれも術後1年以上を経ており，最長は術後3年を経た現在なおすこぶる健康である．他の4例のうち2例は死亡，2例は不明である．

陰茎癌の治療は大別して①放射線療法②外科的療法③放射線療法と外科的療法の併用療法④その他であるが，実際には各症例毎にその方針

表7. 治療方法と転帰

	治 療 方 法	転 帰
1 佐 藤 某	陰茎全切断術+鼠径リンパ腺廓清	不 明
2 米 川 某	(レ線照射)+陰茎部分切断術	術後1年半全身転移で死
3 田 村 某	陰茎全切断術+鼠径リンパ腺廓清	術後3年現在健在
4 得 平 某	マイトマイシン 18 mg	不 明
5 渡 辺 某	陰茎全切断術+鼠径リンパ腺廓清	術後5ヵ月全身転移で死
6 伊 藤 某	(レ線照射)+生殖器全剔出術	術後9ヵ月現在健在
7 伊 沢 某	陰茎全切断術	術後1年3ヵ月現在健在
8 小 宮 某	陰茎部分切断術+ ⁶⁰ CO 照射	術後6ヵ月両肺転移あり加療中

がきめられるべきである。併し、大綱は Campbell¹³⁾ の云う如く陰茎癌の治療は①転移前の原発腫瘍の完全な破壊又は剔除②転移巣の完全廓清の2点にあり、原発性腫瘍の理想的な治療は、早期にしかも残しても良い部分は可及的に残し、腫瘍組織を完全にとり除くことであろう。陰茎癌は一般に良性の経過を示す皮膚癌の1つであるが、陰茎と云う特殊部位に発生するために特異なところがある。殊に興味のある点は腫瘍増殖の進展と Buck's Fascia との関係であり、この Fascia が癌組織の深部への侵入を防いでいるため、癌組織は陰茎皮下を経て触知され得るよりもはるかに浸潤が進んでいることが多く、治療にあたつてもこの点に充分留意しなければならない。

なお、治療方法の決定、即ち放射線療法のみによるか又は外科的療法と放射線療法を併用するか否かは、①患者の年齢、②腫瘍の形態、③大きさ、④浸潤の深さ、⑤転移の有無、⑥局所感染の程度や性質、⑦合併症その他一般状態等の諸条件を検討した上で行われるべきである。Campbell を初め多くの人は、放射線療法のみによる治療は、腫瘍の直径が 2 cm 以下で表在性のしかも転移のないものに限つた方がよいと述べており、2 cm 以上のもの及び深部に進展しているものには、放射線療法のみでは成績がよくないとしている。併し、他方、放射線療法による永久治癒率が50—74%と云う良結果の報告 (Nicolov)¹⁷⁾ もある。併し、陰茎は多量の

放射線曝射に耐えられないこと、照射の有効量と組織障害をおこす量との閾値差が小さいこと、更に時には照射による陰茎組織破壊のための激痛が生じ、Amputation を余儀なくさせられることもあること等から、他の部の皮膚癌の治療と同一視することは出来ない。従つて、放射線療法のみでは不十分と考えられるときには、当然外科的療法が必要であるが、Campbell は90%以上に外科的療法が適応されると云い、外科的療法の適応について次の如く述べている。即ち陰茎癌が亀頭に限局しており、直径が 2 cm もしくはそれ以上で、いまだ鼠径部に転移がない場合には、陰茎部分切断術が適応である。しかし、もしその後4—6週間を終て転移が確認されたら(鼠径リンパ腺腫脹があつても、それが炎症性のものならこの期間に消失する)、陰茎全切断術と鼠径リンパ腺の廓清を時を移さず行うべきである。また陰茎癌が海綿体に穿通している時は、所属リンパ節への転移が存するのが普通であり、陰茎根部はもちろん、それより深部へも直接浸潤が拡がっているかも知れない。この浸潤が触診上陰茎先端より1/3迄の距離にとどまっているならば、陰茎全切断でなくてもよい。しかし Buck's Fascia を穿いて浸潤が拡がり、海綿体中に入つているとき、或は触診でも所属リンパ腺の転移が明らかの際は、陰茎全切断術と両鼠径リンパ腺廓清が必要である。もちろん癌が極度に進行して一般状態の悪いときに

はこの限りでない。

以上要するに、陰茎癌の進展度を慎重に診て、放射線療法と外科的療法を適当に組合せて治療するならば、他の部の皮膚癌同様益々治療率も上ると考える。ただ治療にあたっては、陰茎と云う特殊な部位であるため、患者の精神的肉体的負担を少しでも軽くするようにつとめなければならない。

IV 結 語

陰茎癌の2症例を報告し、それらを含めた過去10年間の我々の教室における陰茎癌8症例につき、若干の臨床的考察を行つた。

(本論文の要旨は第282回日泌尿東京地方会で報告した。)

文 献

- 1) Lederman, M., Dean, A. L. Jr. : 日本泌尿器科全書, 6, 223, 東京, 南江堂, 1960, より引用.
- 2) 大久保忠訓他 : 日外会誌, 54 : 80, 1954.
- 3) 近藤厚他 : 日泌尿会誌, 53 : 558, 1962.
- 4) 宍戸仙太郎他 : 外科, 25 : 253, 1963.

- 5) Creite : Treatment of cancer and allied diseases. VII The male genitalia and the urinary system, p. 13, New York, Harper & Row, 1962.
- 6) Colon, J. E. : J. Urol., 67 : 702, 1952.
- 7) 飯田庸衛 : 臨床皮泌, 2 : 64, 1946.
- 8) 藤井浩 : 皮性誌, 63 : 153, 1953.
- 9) 近藤厚也 : 日泌尿会誌, 53 : 558, 1962.
- 10) 渡辺敏也 : 日泌尿会誌, 51 : 1385, 1960.
- 11) 川村 : 7) より引用.
- 12) Ngai, : 日本泌尿器科全書, 6, 223, 東京, 南江堂, 1960.
- 13) Campbell, M. S. : Urology, 2, 1189, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1957.
- 14) 石戸谷峯一, 松本浩 : 臨床皮泌, 12 : 951, 1958.
- 15) Johnson, F. P. : J. Urol., 39 : 517, 1938.
- 16) Campbell, M. F. : Treatment of cancer and allied diseases. p. 14, New York, Harper & Row, 1962.
- 17) Nicolov : 1) より引用.

(1964年12月9日受付)

新発売

—特に耐性グラム陰性菌に強くはたらく—
新合成抗菌製剤

ウイントマイロン錠

WINTOMYLON* TABLETS

(一般名) ナリジキシック アシド 米國ウイン・ハロップ・ラボラトリーズ提携品

ウイントマイロン錠は……………★他剤耐性菌はもちろん

- ★特に抗生物質耐性グラム陰性菌
(特に赤痢菌、大腸菌) に対し
強い抗菌力、抗感染力を有し
- ★速効性で
- ★副作用は、ほとんどみられない
- ★新しい合成抗菌製剤です

(抗生物質、サルファ剤との交叉耐性はみられません)

〔包 装〕 (1錠中250mg) 50錠 100錠

—文獻進呈—

* 米 国 ウ イ ン ・ ハ ロ ッ プ ラ ボ ラ ト リ ー ズ の 登 録 商 標



第一製薬
東京・日本橋