کیست هیداتیك لوزالمعده ـ بحث کلی ومعرفی بیمار

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۲ ، صفحه ۸۱ ، ۱۳۴۹

دکتر مهدی حفیظی ــ دکتر دارا عزیزی*

کیست هیداتیك لوزالمعده بیماری بسیار نادری است که چه ازلحاظ تشخیص وچه ازلحاظ درمان مسائل مختلفی را مطرح میکند که حل آنها خالی ازاشکال نیست .

اکثراً تشخیص یك نئوفرماسیون داخل شکمی مطرح میشود بدون آنکه بتوان دقیقاً آنرا به بیماری هیداتیك مربوط نمود وفقط با لاپاروتومی است که میشود دقیقاً ماهیت آن را تشخیص داد.

ازجمله علائم مشخصه وشایع این بیماری آهکی شدن قسمتی یا تمامی آن است که میتواند کمك به تشخیص قبل از عمل بنماید. آهکی‌ـ شدن کیست هیداتیك را ازجمله عوارض آن بحساب میآورند ولی درحقیقت یکی از طرق درمان قاطع و خودبخود کیست هیداتیك لوزالمعده است بشرط آنکه مواد آهکی، غشاء سخت وکاملی پیرامون کیست تشکیل دهد ودرنتیجه باعث توقف پیشرفت آن وحتی مرك کیست گردد (کیستهای «تیله»). آهکی شدن جدار کیست هیداتیك دراین جایگزینی بیش ازجاهای دیگر بدن دیده میشود. البته این کیفیت مربوط به نسج لوزالمعده است زیرا رسوب آهك درنسوج ترمیمی لوزالمعده ازجمله پدیده‌های شایع میباشد .

درمان قاطع با عمل پانکراتکتومی سوب توتال است زیرا در غیراینصورت عود بیماری شایع خواهد بود ولی بعلت خطرات چندی که این قبیل اعمال جراحی بهمراه دارند اکثراً به عمل ساده‌تری مانند مارسوپیالیزاسیون یا درناژهای داخلی اکتفا میشود .

شرح حال بیمار :

نصرت ش. ۳۵ ساله (شماره بایگانی ۲۷۱۸۱ بیمارستان سینا) . درتاریخ ۱۹ر۳ر۱۳۴۷ دربخش ۶ جراحی بعلت پهلودرد و برجستگی درناحیه اپی گاستر بستری میشود. مدت بیماری را پنج سال ذکر مینماید. درد پهلو بنا بگفته بیمار ازسه سال قبل شروع شده‌است. بیمارمجرداست، ازشوهر خود جداشده‌است ودو بچه دارد که هردوسالم هستند یکبار نیز سقط جنین نموده است .

درسابقه بیمار ناراحتی ریوی، تنگی نفس وسرفه وخونریزی از ریه نیزمشاهده میشود. ازجمله علائم عمومی ـ لاغری نسبی وعرق کردن مفرط را می‌توان ذکر کرد .

علائم عملی : بی‌اشتهائی ، ترش کردن غذا ، اجابت نامرتب و گاهی حالت تهوع وجود داشته است.

درمعاینه : توموری نرم باندازه یك پرتقال در ناحیه اپی گاستر بدست میخورد. دربقیه مناطق شکم علائم مرضی خاصی مشاهده نشد. فقط درپشت وپهلوی راست بیمار، توموری که درعمق قرار داشت بدست میخورد که علامت تماس کمری بود وبنظر میرسد که تاحدی متحرك باشد .

این تومور دردناك بود ودرد آن بطرف هیپوگاستر تیرمیکشد .

آزمایش ادرار :

وزن مخصوص ادرار ۱۰۰۷ ، آلبومین ندارد ـ قند ندارد، چرك دارد .

سلول اپی تلیال ۵ تا ۶، واکنش ادرار قلیائی است، ادرار خون ندارد.

هموگرام: ۴ر۰۰۰ر۰۰۰ گویچه قرمز، ۱۲۰۰۰ گویچه سفید، ۶۲ سگمانته ۱۲ ائوزینوفیل و۶ مونوسیت نشان میدهد.

دراخلاط میکرب سل مشاهده نشد.

سدیمانتاسیون ۴۰ میلیمترساعت اول ۷۰ میلیمترساعت دوم

واندنبرگ مستقیم وغیرمستقیم منفی بود .

در رادیوگرافی ساده شکم علائم خاصی ملاحظه نشد.

در رادیوگرافی ازمعده واثنی‌عشر تومورمربوط به معده ودوازدهه

---

* ـ گروه جراحی دانشکدهٔ پزشکی ـ دانشگاه تهران .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

نبود بلکه بنظر میرسید که مربوط به لوزالمعده باشد .
ریه‌ها علائم مرضی خاصی نداشتند وکلیه راست در اوروگرافی بخوبی ترشح نکرده بود.
عمل جراحی: در تاریخ ۶ر۴ر۴۷ انجام شد.
برش خط وسط بالای ناف داده شد، کیست درخلف معده قرارداشت، قعر چادرینه‌ها باز شد و کیست بزرگی در ناحیه پانکراس ملاحظه شد .
بدقت کیست از نسج لوزالمعده جدا شد . خونریزی نسبتاً شدید بود. هموستاز بدقت انجام گرفت. تصمیم به عمل کیست کلیه گرفته شد.
برای این منظور برش عمودی بر برش بالای ناف قبلی داده شد وکلیه راست بعد از بازنمودن صفاق جداری وخلفی خارج گردید (نفرکتومی توتال) بیمار تا تاریخ ۲۲ر۵ر۱۳۴۷ در بخش بستری بود. ترشحات درون حفره شکمی تدریجاً خشك شد ودراین تاریخ بیمار با بهبودی کامل مرخص گردید .
بحث : کیست هیداتیك لوزالمعده که نزد بیمار فوق با کیست هیداتیك کلیه توأماً وجود داشته است جایگزینی نادر کیست هیداتیك میباشد. درآمارسال ۱۳۴۳ تهران که جمعاً ۱۰۰۰ مورد عمل شده کیست هیداتیك جمع آوری شده و معرفی گردیده است کلاً شش شرح حال کیست هیداتیك لوزالمعده وجود داشت .
ازاین شش شرح حال یك مورد درضمن کالبدشکافی در آزمایشگاه آسیب‌شناسی دانشگاه تهران، یك مورد در بخش دکتر وثوقی (در تاریخ ۱۰ر۱۱ر۱۳۴۳) توسط دکتر زند وکیلی، دو نفر توسط پرفسور عدل در بیمارستان نجمیه و یك نفر در بخش دکتر میر در بیمارستان راه آهن تهران تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.
بنابراین آمار کیست پانکراس تا به امروز درحدود ۶ درصد کل موارد بوده است. درآمار مصنفین خارجی تعداد موارد کیستهای پانکراس آنقدر کم بوده است که بحساب نیامده است (۲۹۷ Deve)
در بیمارستان سینا درعرض پنج سال اخیر ازاوایل ۱۳۴۲ تا ۱۳۴۸ تعداد ۱۸۵۹۸ مورد عمل جراحی شده است که ازاین تعداد فقط ۹ مورد مربوط به کیست پانکراس وازاین عده فقط یك مورد کیست هیداتیك پانکراس بوده است که شرح حال وی در بالا ذکر شد .
تاریخچه : اولین مورد عمل جراحی کیست پانکراس (غیرانگلی) توسط Jehan Brenner درسال ۱۶۷۳ انجام شده است که یك درناژ ساده کیست بوده است .
Pean درسال ۱۸۸۳ درحقیقت اولین مورد کیست هیداتیك لوزالمعده را تحت عمل جراحی قرارداده است وجدار کیست را به جدار شکم دوخته است یعنی عمل مارسوپیالیزاسیون انجام داده است.
ـ عمل آناستوموز محل کیست به‌معده (Juraz ۱۹۳۱) و عمل آناستوموز کیست به‌ژژونوم (Duncomb ۱۹۳۹) بعد از تخلیه کامل کیست هیداتیك انجام شده است .
ـ در کنگره جراحی ۱۹۵۸ طرق درمان کیستهای لوزالمعده بطور کلی بدقت بررسی شده است .
علائم بالینی : علائم بالینی اغلب نامشخص هستند. کشف یك توده داخل شکمی که بیشتر درناحیه اپی گاستر ظاهر میشود تنها علامت مثبت این بیماری است .
بغیر ازعلائم مربوط به تظاهرات آنافیلاکسی، علائم دیگر بیماری بقرار زیر هستند :
۱ـ دردهای شکمی بشکل سنگینی ناحیه اپی گاستر تظاهر میکنند واینگونه دردها با انتشار به‌ناحیه هیپوکوندر چپ و یا به عقب وستون‌فقرات مشخص میشوند و به‌ندرت متناوب وشدید میباشند.
۲ـ حال عمومی بیمار معمولا رو به تحلیل میرود؛ خستگی، لاغری، بی‌اشتهائی و تب مختصر شایع است .
۳ـ سوء هاضمه از جمله احساس سنگینی و نفخ بعد از غذا و یا ترش کردن حتی استفراغ وبهم‌خوردگی نظم اجابت مزاج، تناوب یبوست واسهال دیده میشود .
۴ـ مهمترین علامت، احساس توده‌ای درناحیه اپی گاستر است که معمولا بشکل برجسته وحتی قابل رؤیت است. درملامسه یك توده کروی، با حدودی یکنواخت با قوامی رنیتانت احساس میشود . این توده در دق مات است ومعمولا ضربات آئورت را به جدار شکم منتقل مینماید.
رادیوگرافی معده و کادر دوازدهه : فشار خارجی به معده و یا فشار به‌سطح خلفی معده درکلیشه نیمرخ مشخص میشود و تغییر شکل قوس کوچك یا بزرگ معده وبخصوص گشادشدن کادر دوازدهه ازجمله علائم مهم آن میباشد که بسته به‌محل کیست: ناحیه دم ـ بدنه ـ یا سر لوزالمعده متفاوت خواهد بود.
درتنقیه با ماده حاجب ، قولون عرضی اکثراً بطرف پائین‌تر از محل معمولی‌خود رانده شده‌است. نقاط آهکی‌شده ویا حتی غشاء آهکی‌شده درلوزالمعده ازجمله علائم مشخصهٔ خوب بشمارمیرود.
سنتی گرافی پانکراس: وسیله خوبی برای تشخیص ضایعه نسج لوزالمعده میباشد. وبخصوص محل آنرا دقیقاً مشخص مینماید .
برای تکمیل پرونده بیمار انجام کولانژیوگرافی و اوروگرافی را باید در نظر داشت . رادیوگرافی‌هائیکه در اسلوب آنها از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

پونکسیون استفاده میشود نباید درموارد مشکوك صورت پذیرد. درمواردیکه مشکوك بوجودکیست هیداتیك هستیم نباید رترو_ پنوموپریتوان ویا مثلا اسپلنوپرتوگرافی انجام‌دهیم زیرا ممکن است خطرات چندی متوجه بیمار نمائیم که ازهمه مهم‌تر پارگی کیست وپخش‌مایع هیداتیك وخطرحمله‌آنافیلاکسی ویا پیدایش کیستهای ثانوی درمحل پونکسیون میباشد.

سیر بیماری: درلوزالمعده مانند دیگـراحشاء داخل شکم کیست هیداتیك ضمن‌رشد، نسج لوزالمعده را تحت فشار قرار میدهد و تدریجاً باعث تخریب‌آن میشود. درنتیجه بدنبال‌کاهش‌ترشحات خارجی، ناراحتی گوارشی‌بروزخواهدکرد مگرآنکه‌آهکی‌شدن غشاءآدوانتیس و زایای‌کیست باعث توقف رشد ویا تباهی‌ومرگ آن‌گردد.

دربخش‌آسیب‌شناسی دانشگاه تهـران به‌چنین‌کیفیتی برخـورد نموده‌ایم، درمورد یك‌بیمارکه متعاقب ناراحتی ریوی فوت‌نموده بود هنگام‌کالبدشکافی یك‌کیست هیداتیك لوزالمعده آهکی‌شده ملاحظه‌گردید. بنابراین‌آهکی‌شدن یاکالسیفیکاسیون جدارکیست راه بهبود خودبخود بیماری‌است.

۳_ وجودکیست دیگری دربدن دردوران بیماری شایع است.در حقیقت‌این‌وضعیت‌را نمیشود بحساب پیدایش‌کیست‌ثانوی گذاشت. برای‌آنکه‌کیست درلوزالمعده جایگزین بشود باید تماس انسان با عامل مولد بیماری زیاد یعنی Infestation شدید باشد بهمین دلیل است که در موارد بسیار جنین ششقلابی غیر از لوزالمعده درناحیه دیگری‌ازجمله‌کبد ویادیگر نقاط‌بدن‌جایگزین‌وتدریجاً باعث تشکیل‌کیست هیداتیك دیگری میشود.

نزد بیمار ما کیست هیداتیك کلیهٔ راست در حقیقت جایگزینی دیگری‌ازبیماری‌هیداتیك‌اولیه بودکه هنگام‌مراجعه به‌بیمارستان هردوقسمت (هم‌کیست‌کلیه وهم‌کیست لوزالمعده) به‌رشدکافی‌برای تولید علائم مرضی مخصوص رسیده بودند.

_ عفونت‌کیست خطر بزرگی متوجه بیمارمینمایدکه فوریت عمل جراحی‌را ایجاب میکند ولی‌درضمن‌باعث‌ازبین‌رفتن‌اسکولکسها ودرنتیجه عقیم‌شدن محتوی‌کیست میگردد.

_ خونریزی درمحل بسیار نادر است.

_ پارگی‌کیست: کیست دردوران تکامل ورشد خود میتواندگاهی متعاقب ضربه‌ای، بداخل یکی از احشاء توخالی بـاز شود که بترتیب وفور: صفاق _ معـده _ دوازدهه _ روده‌ها و قولون را میتوان ذکرکرد.

البته‌بعلت نادربودن‌بیماری، کیفیت پاره‌شدن‌کیستهادانتوانسته‌اند درمورد خاص‌کیست هیداتیك لوزالمعده بررسی نمایند.

آماری از پارگی‌کیستهای لوزالمعده تهیه شده است‌کـه متعلق به هارله وسیبر میباشد و در این‌آمارپارگی‌کیستهای لوزالمعده را درنظرگرفته‌اند.

کمکهای‌آزمایشگاهی: ائوزینوفیلی همانطورکه در مورد بیمار ما ملاحظه شد اکثراً رقم بالا را نشان میدهد همچنین امـکان مثبت‌بودن‌آزمایشهای پوستی‌کازونی و انحراف مکمل واینبرگ نیزکمك خوبی برای تشخیص بیماری هستند ولی یادآورمیشویم که با وسائل‌آزمایشگاهی فعلی تست پوستی‌کازونی فقط در ۴۵ درصد وانحراف مکمل فقط در ۳۰درصد موارد مثبت هستند.

تشخیص افتراقی: تومور اپی‌گاستررا قبلا باید بپانکراس مربوط نمود وبرای اینکارتشخیص تومورلب چپ‌کبد هیدروکوله‌سیست، تومورمعده وتومور قولون را باید رد نمود.

اسپلنومگالی‌ها، تومورکلیه، وبطورکلی تومورهـای خلف صفاقی نیزمطرح میشوند.

قوام ویکنواختی وعمق تومور و بخصوص‌کمکهای رادیولژی و سنتی‌گرافی ما را به بهترین نحو راهنما هستند. بعدازتشخیص محل‌کیست باید انـواع مختلف‌کیست‌های غیرانگلی پانکراس را مطرح نمائیم.

_ کیست‌کاذب بعـد از نکروز نسج پانکراس: متعاقب ضربه یا پانکراتیت حاد.

_ کیست مادرزادی یا دیس‌انتوژنتیك (Dysontogenetique)

_ کیست‌های احتباسی.

_ سیست‌آدنوم خوش‌خیم (Cystadenoma): نئوپلاسم خوش‌خیم است و کیست در اینجا چندتائـی است بعلاوه دارای دیواره اپی‌تلیال است.

وبالاخره‌کیستهای بدخیم ازجمله اپی‌تلیومای‌کیستی یا سیست_ آدنوکارسینوما(Cystadenocarcinoma) را باید درنظرداشت.

ضایعات دیگرکیستیك پانکراس عبارتند از: همانژیوآندوتلیوم کیستیك(Cystic Hemangioendotheliomas)، آدنوکارسینومای کیستیك جـزائر لانگرهانس (Cystic Adenocarcinoma of the Islets of Langerhans) ، همانژیوم کاورنـو ، کیست درموئید ،کیست اپی‌درمـوئید وکیست نسج فـرعی پانکراس (Cyst of Accessory Pancreatic Tissue)

درمان: درمانهای شایع را به چهار دسته می‌توان تقسیم نمود: اول _ درناژخارجی ازجمله توسط مارسوپیالیزاسیون.

دوم _ درناژ داخلی بعدازتخلیه‌کیست‌که ازطریق معده (اسلوب ژورازJurez)ویا ازطریق‌ژژونوم (اسلوب Duncombe) انجام میشود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

سوم ـ درآوردن کیست (اگزرز کیست)
چهارم ـ پانکراتکتومی سوب توتال

۱ـ درناژ خارجی: مارسوپیالیزاسیون کیست هیداتیك پانکراس به جدارشکم عمل شایعی‌است و بخصوص درموارد کیستهای حجیم بکاربرده میشود . چون اینگونه کیستها چسبندگیهائی به احشاء اطراف دارند لذاعمل‌مارسوپیالیزاسیون دراین‌صورت بی‌خطرـ ترین عمل جراحی خواهد بود.

این‌کاررا بعد ازتزریق فرمل رقیق یا محلول نمکی هیپرتونیك انجام‌میدهند. ازجمله‌اشکال آن همانا طولانی‌بودن دوران‌نقاهت است ودرضمن خطر تشکیل‌فیستول پانکراس‌با تمام عوارض‌محلی آنرا نیز نباید نادیده‌گرفت .

۲ ـ درناژ داخلی : بعدازدرآوردن غشاء زایا،چون‌غشاءادوانتیس را نمیشود بدون خطرتخریب نسج لوزالمعده از بقیهٔ عضو جدا نمود لذا حفره باقیمانده را به معده (طریقه ژوراز) یا به‌حلقه ژژنوم که بشکل Y درآمده‌است مربوط میکنند(طریقهٔدان کمب). تجربه ثابت نموده است که‌بعلت قدرت فوق‌العاده نسج لوزالمعده درتولید نسج سالم اکثراً حفره باقی مانده سریعاً پرمیشود. بعد ازعمل‌نوع ژوراز اگررادیوگرافی با ماده حاجب بطورتکراری ازمعده بعمل‌آوریم متوجه خواهیم شدکه درمدت‌کمتر ازسه ماه حفره لوزالمعده پرشده است. یکی از عوارض نادر عمل ژوراز تنگ‌شدن‌محل ارتباط کیست با معده‌است. دریك‌مورد عمل‌ژوراز که توسط خود ما برای کیست‌کاذب پانکراس انجام شد بعد از مدتی راه بین‌کیست ومعده مسدود گردید وکیست دوباره تشکیل شد ولی با درمانهای ضد التهابی وانتی‌بیوتیك راه تخلیه‌کیست باز گردید وکیست تخلیه شد وبعدازچهارماه بدون عمل‌جراحی بیمار بهبود کامل یافت . این بیمار در عرض مدت سه ماه سه بار گرفتار سندرم احتباس‌ترشحات درداخل‌کیست گردید بدین ترتیب‌که راه بین‌کیست ومعده مسدود گردیده وعلائم ازدیاد حجم‌کیست ودرد اپی‌گاستر نزد بیمار ظاهرشدکه با درمانهای طبی برطرف گردید .

عفونت متعاقب ورود مواد غذائی بداخل‌کیست درعمل ژوراز از جمله عوارض این‌عمل جراحی بشمار میآید. امکان پیوندانگلی درنقطه دیگری ازلوله‌گوارش را نیز نباید ازنظردور داشت .

پیوند انگلی را درموارد دفع عوامل انگلی بخصوص از طریق مجاری صفراوی درموارد بازشدن‌کیست هیداتیك باین مجاری گزارش داده‌اند واین گزارش‌هارابیشتر تاکنون درباره‌کیستهای هیداتیك آپاندیس‌متعاقب‌رفع اسکولکس ووزیکول‌ذکر کرده‌اند.

۳ـ درآوردن‌کیست (اگزرزکیست) : اگزرزکیست بندرت بطور کامل امکان‌پذیراست . زیراکیست اگر دراعماق نسج فرو رفته باشد برداشتن‌آن بی‌شبهه به‌کانال‌هـای اصلی پانکراس صدمه خواهد زد وخطرفیستولهای خارجی‌پانکراس بعدازچنین‌اعمالی را نباید نادیده‌گرفت. درمورد بیمار ما باوجود اشکالات‌چندیکه مربوط به‌تعدد عروق محلی و خونریزیهای شدید بود، اگزرز کیست خوشبختانه با حد اقل عارضه انجام پذیرفت.

۴ـ عمل پانکراتکتومی : برداشتن دم پانکراس درصورتیکه کیست در این قسمت یا بدنه پانکراس باشد در حقیقت بهترین طریقه درمـان کیستهای پانکراس است . در مـوارد برداشتن سر پانکراس ، بقیه بدنه پانکراس را بیك حلقه ژژونوم که بشکل Y درآورده‌اند وصل میکنند . این روش درمان قاطعی برای کیست هیداتیك پانکراس بشمار میآید و باکشفیات جدیدی که درباره قدرت فوق‌العاده نسج پانکراس در بوجودآوردن نسوج جوان نموده‌اند ، بنظر میرسدکه عمل فوق عملی انتخابی‌باشد.

خلاصه و نتیجه : شرح یك مورد اجتماع کیست هیداتیك لوزالمعده وکیست هیداتیك کلیه‌که در بیمارستان سینا عمل شده است شرح داده شده است.

دربیمار موردبحث تمامی‌کیست هیداتیك لوزالمعده بیرون‌آورده شد و جهت‌کیست هیداتیك‌کلیه اجباراً(بعلت خونریزی زیاد در موقع عمل) نفرکتومی‌شد وخوشبختانه بیمار بدون عارضه‌بهبود یافت ومرخص گردید .

کیست هیداتیك لوزالمعده‌لوکالیزاسیون نادری است‌که ازجمله مشخصات‌آن امکان‌آهکی‌شدن جدارآن میباشد .

درمان انتخابی‌آن‌عمل پانکراتکتومی سوب توتال است.اگزرز کیست‌را بندرت‌میتوان با موفقیت‌کامل انجام داد. درناژخارجی ازراه مارسوپیالیزاسیون‌راحت‌ترین‌طریقه است ولی‌خطرفیستول پانکراتیك خارجی و عود بیماری در محل بیمار را همیشه‌تهدید خواهد نمود .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

REFERENCES

- Baumel J. et Pedoussant: Pseudo . Kystes Post _ necrotiques du Pancreas. Presse Med. 58 : 1470,1950
- Boyd: Surgical Pathology. Mac Muller Company New . York, 1947
- Clauss R. H and Wilson D. W.: Pancreatic Pseudocyst of Mediastinum J. Thoracic surg. 35 : 795_801, 1958
- Dignan A. P.: Pancreatice branchial fistula. Post. Grad M. S. 41 : 158-162, 1965
- Edlin P.: Mediastinal Pseudocyst of pancreas : case report and discussion Gastro - enterology 17 : 96_102, 1951
- Goldin A. G. and Wald H.: Acute pancreatic pseudocyst with spontaneous drainage into descending colon J. Kentuky M A 63 : 98..100, 1965
- Hanra W. A.: Rupture of pancreatic cyst : Report of case and review of literature Brit. J, Surg. 47 : 495_498, 1960
- Harley D. Sybers M. D.: Pseudocyst of the pancreas with fistulous extension into the neck. The New J. of medecine _ Vol. 278, May 9, 1968. Number 19
- Hector A. et Leoer L.: Connexion d'un faux kyste du pancreas avec le canal de Wirsung_ Hemorragies digestives apres Kysto - gastrostomie. Mem. Acad. Chir. 83 : 937, 1957
- Hox Worth P L. Mattheis H. Coith R. L. and Altemeier W. A.: Internal drainage for pseudocyst of pancreas. Surg. Gynec. Obst 117: 327_333, 1963
- Judd E. S. Mattson and Mahorner: Pancreatic cyst: Report of 47 cases Arch. Surg. 22: 838, 1931
- Kaiser G. C. King R. D. Kilman J. W. Lemper R. E. and Shumacker H. B. Jr.: Pancreatic Pseudocysts: Evaluation of surgical management Arch. Surg. 89: 975. 281, 1964
- Karlan M. Mac Pherson R. C. and Watman R. N.: Experimental production of pseudocysts of the Pancreas of the dog. Surg. Gyn. Obst. No 2, 107 221- August, 1958
- Lataste J. et Bismuth H.: L' intervention secondaire dans les pancreatites aigues necrosantes, traitees par les anti - enzymes. Mem. Acad. Chir. 90, 39, 1964
- Mahorner H. R. and Mottson: The etiology and pathology of cysts of the pancreas. Arch. Surg. 22: 1018, 1931
- Mallet Guy et Mercadier: Traitement des formations kystiques du Pancreas. Congres de chirurgie, 1958
- Mac Clintock J. T. Mac Fee J. L. and Quimby R. L.: Pancreatic pseudocyst presenting as mediastinal tumor. J. A. M. A. 192: 573, 1965
- Mac Whorter G. L.: Cysts of the pancreas. Arch. Surg. 11: 619, 1925
- Mercadier M.: Cysto - duodenal anastomosis for cephalic cyst of the pancreas. Ann. Surg. No. 1 : 81, 153, January 1961
- Mercadier M.: Sequelles de la chirurgie pancreatique. Le Traite du Praticien, 773, Mars 1964
- Richarme J. Donnees recentes sur les pancreatites aigues. Les feuillets du praticien-583, Decembre 1965
- Rives J. et Coll: A propos de faux kystes du pancreas. Sem. des Hop. Paris 43: 1700, 2, 26, May 1967
- Robin B.: Les Kystes et Faux Kystes du Pancreas. Le concours med. 89, 14, Avril 1967
- Rosato F. E. and Mackie J. A.: Pancreatic cysts and pseudocysts : Study of 15 years, Hospital experience. Arch. Surg. 86: 551, 762, 1963
- Schmiden V. and Sebering.: Surgery of Pancreas. Arch. Surg. 148: 319, 1927
- Troqaire K.: Chylothorax following traumatic Pseudocysts of Pancreas. Brit. J. Surg. 33 : 297, 1945-1946
- Warren K. W. and Bakeral: The choice of surgical procedures in the treatment of pancreatic cysts. Surg. Chir. North Am. June 1958, 815
- Christopher's: Textbook of Surgery Seventh Edition 1960, W. B. Saunders Company, Page, 809.

دکتر دارا عزیزی : کتاب هیداتیك (هیداتیدوز) ـ از انتشارات دانشگاه تهران ـ ۱۳۴۷

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]