

## کیست هیداتیک لوزالمعده - بحث کلی و معرفی بیمار

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۲، صفحه ۸۱، ۱۳۴۹

دکتر مهدی حفیظی - دکتر دارا عزیزی\*

پنج سال ذکر مینماید. درد پهلو بنا بگفته بیمار از سه سال قبل شروع شده است. بیمار مجرد است، از شوهر خود جدا شده است و دو بچه دارد که هر دو سالم هستند یکبار نیز سقط جنین نموده است. در سابقه بیمار ناراحتی ریوی، تنگی نفس و سرفه و خونریزی از ریه نیز مشاهده میشود. از جمله علائم عمومی - لاغری نسبی و عرق کردن مفرط را می توان ذکر کرد.

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

در معاینه: توموری نرم با اندازه یک پرتقال در ناحیه اپی گاستر بدست میخورد. در بقیه مناطق شکم علائم مرضی خاصی مشاهده نشد. فقط در پشت و پهلو راست بیمار، توموری که در عمق قرار داشت بدست میخورد که علامت تماس کمبری بود و بنظر میرسد که تاحدی متحرک باشد.

این تومور دردناک بود و درد آن بطرف هیپو گاستر تیر میکشد. آزمایش ادرار:

وزن مخصوص ادرار ۱۰۰۷، آلومین ندارد - قند ندارد، چرک دارد.

سلول اپی تلپال ۵ تا ۶، واکنش ادرار قلبیایی است، ادرار خون ندارد. هموگرام: ۴۰۰۰ ر. ۴۰۰۰ گویچه قرمز، ۱۲۰۰۰ گویچه سفید، ۶۲ سگمانته ۱۲ ائوزینوفیل و ۶ مونوسیت نشان میدهد.

در اخلاط میکرب سل مشاهده نشد.

سدیمان تا سیون ۴۰ میلیمتر ساعت اول ۷۰ میلیمتر ساعت دوم

و اندنبرگ مستقیم و غیر مستقیم منفی بود.

در رادیوگرافی ساده شکم علائم خاصی ملاحظه نشد.

در رادیوگرافی از معده واثنی عشر تومور مری بوط به معده و دوازدهه

کیست هیداتیک لوزالمعده بیماری بسیار نادری است که چه از لحاظ تشخیص و چه از لحاظ درمان مسائل مختلفی را مطرح میکند که حل آنها خالی از اشکال نیست.

اکثراً تشخیص یک نئوپلاسمیون داخل شکمی مطرح میشود بدون آنکه بتوان دقیقاً آنرا به بیماری هیداتیک مری بوط نمود و فقط با لاپاروتومی است که میشود دقیقاً ماهیت آنرا تشخیص داد.

از جمله علائم مشخصه و شایع این بیماری آهکی شدن قسمتی یا تمامی آن است که میتواند کمک به تشخیص قبل از عمل بنماید. آهکی شدن کیست هیداتیک را از جمله عوارض آن بحساب میآورند ولی در حقیقت یکی از طرق درمان قاطع و خود بخود کیست هیداتیک لوزالمعده است بشرط آنکه مواد آهکی، غشاء سخت و کاملی پیرامون کیست تشکیل دهد و در نتیجه باعث توقف پیشرفت آن و حتی مرگ کیست گردد (کیستهای «تبله»). آهکی شدن جدار کیست هیداتیک در این جایگزینی بیش از جاهای دیگر بدن دیده میشود. البته این کیفیت مری بوط به نسج لوزالمعده است زیرا رسوب آهک در نسج ترمیمی لوزالمعده از جمله پدیده های شایع میباشد.

درمان قاطع با عمل پانکراتکتومی سوب توتال است زیرا در غیر این صورت عود بیماری شایع خواهد بود ولی بعلمت خطرات چندی که این قبیل اعمال جراحی به همراه دارند اکثراً به عمل ساده تری مانند مارسوپالیزاسیون یا درناژهای داخلی اکتفا میشود.

شرح حال بیمار:

نصرت ش. ۳۵ ساله (شماره بایگانی ۲۷۱۸۱ بیمارستان سینا). در تاریخ ۱۹/۳/۱۳۴۷ در بخش ۶ جراحی بعلمت پهلو درد و برجستگی در ناحیه اپی گاستر بستری میشود. مدت بیماری را

\* - گروه جراحی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران .

نبود بلکه بنظر میرسد که مربوط به لوزالمعده باشد .  
ریهها علامت مرضی خاصی نداشتند و کلیه راست در اوروگرافی  
بخوبی ترشح نکرده بود.

عمل جراحی: در تاریخ ۶/۴/۴۷ انجام شد.  
برش خط وسط بالای ناف داده شد، کیست در خلف معده قرارداداش،  
قمر 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  
و کلیه راست بعد از باز نمودن صفاق جداری و خلفی خارج گردید  
(نفر کتومی توتال) بیمار تا تاریخ ۲۲/۵/۴۷ در بخش بستری  
بود . ترشحات درون حفره شکمی تدریجاً خشک شد و در این تاریخ  
بیمار با بهبودی کامل مرخص گردید .

**بحث:** کیست هیداتیک لوزالمعده که نزد بیمار فوق با کیست  
هیداتیک کلیه توأمأ وجود داشته است جایگزینی نادر کیست هیداتیک  
میباشد . در آمار سال ۱۳۴۳ تهران که جمعاً ۱۰۰۰ مورد عمل  
شده کیست هیداتیک جمع آوری شده و معرفی گردیده است کلاً  
شش شرح حال کیست هیداتیک لوزالمعده وجود داشت .

از این شش شرح حال يك مورد در ضمن کالبدشکافی در آزمایشگاه  
آسیب شناسی دانشگاه تهران، يك مورد در بخش دکتر وثوقی (در  
تاریخ ۱۰/۱۱/۱۳۴۳) توسط دکتر زند و کیلی، دو نفر توسط  
پرفسور عدل در بیمارستان نجمیه و يك نفر در بخش دکتر میر در  
بیمارستان راه آهن تهران تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.  
بنابراین آمار کیست پانکراس تا به امروز در حدود ۶ درصد کل  
موارد بوده است. در آمار مصنفین خارجی تعداد موارد کیستهای  
پانکراس آنقدر کم بوده است که بحساب نیامده است ( ۲۹۷  
Deve)

در بیمارستان سینا در عرض پنج سال اخیر از اوایل ۱۳۴۲ تا  
۱۳۴۸ تعداد ۱۸۵۹۸ مورد عمل جراحی شده است که از این  
تعداد فقط ۹ مورد مربوط به کیست پانکراس و از این عده فقط  
يك مورد کیست هیداتیک پانکراس بوده است که شرح حال وی  
در بالا ذکر شد .

**تاریخچه:** اولین مورد عمل جراحی کیست پانکراس (غیر انگلی)  
توسط Jehan Brenner در سال ۱۶۷۳ انجام شده است که يك  
درناژ ساده کیست بوده است .

Peau در سال ۱۸۸۳ در حقیقت اولین مورد کیست هیداتیک لوزالمعده

را تحت عمل جراحی قرارداد است و جدار کیست را به جدار  
شکم دوخته است یعنی عمل ماریسوپالیزاسیون انجام داده است.  
- عمل آنستوموز محل کیست به معده ( Juraz ۱۹۳۱ ) و عمل  
آنستوموز کیست به ژژونوم (Duncomb ۱۹۳۹) بعد از تخلیه  
کامل کیست هیداتیک انجام شده است .

- در کنگره جراحی ۱۹۵۸ طرق درمان کیستهای لوزالمعده  
بطور کلی بدقت بررسی شده است .

**علامت بالینی:** علامت بالینی اغلب نامشخص هستند. کشف يك  
توده داخل شکمی که بیشتر در ناحیه اپی گاستر ظاهر میشود تنها  
علامت مثبت این بیماری است .

بغیر از علامت مربوط به تظاهرات آنافیلاکسی، علامت دیگر بیماری  
بقرار زیر هستند:

۱- دردهای شکمی بشکل سنگینی ناحیه اپی گاستر تظاهر میکنند  
و اینگونه دردها با انتشار به ناحیه هیپوکوندر چپ و یا به عقب  
و ستون فقرات مشخص میشوند و به ندرت متناوب و شدید میباشند.  
۲- حال عمومی بیمار معمولاً خوب و تحلیل میرود؛ خستگی، لاغری،  
بی اشتها و تب مختصر شایع است .

۳- سوء هاضمه از جمله احساس سنگینی و نفخ بعد از غذا و یا  
ترش کردن حتی استفراغ و بهم خوردگی نظم اجابت مزاج، تناوب  
یبوست و اسهال دیده میشود .

۴- مهمترین علامت، احساس توده ای در ناحیه اپی گاستر است که  
معمولاً بشکل برجسته و حتی قابل رؤیت است. در ملامسه يك توده  
کروی، با حدودی یکنواخت با قوامی ریتانت احساس میشود .  
این توده در دق مات است و معمولاً ضربات آئورت را به جدار  
شکم منتقل مینماید .

**رادیوگرافی** معده و کادر دوازدهه: فشار خارجی به معده و یا  
فشار به سطح خلفی معده در کلیشه نیمرخ مشخص میشود و تغییر  
شکل قوس کوچک یا بزرگ معده و بخصوص گشاد شدن کادر دوازدهه  
از جمله علامت مهم آن میباشد که بسته به محل کیست: ناحیه دم -  
بدنه - یا سر لوزالمعده متفاوت خواهد بود.

در تنقیه با ماده حاجب، قولون عرضی اکثراً بطرف پائین تر از  
محل معمولی خود رانده شده است. نقاط آهکی شده و یا حتی غشاه  
آهکی شده در لوزالمعده از جمله علامت مشخصه خوب بشمار میرود.

سنتی گرافی پانکراس: وسیله خوبی برای تشخیص ضایعه نسج  
لوزالمعده میباشد. و بخصوص محل آنرا دقیقاً مشخص مینماید .  
برای تکمیل پرونده بیمار انجام کولانژیوگرافی و اوروگرافی  
را باید در نظر داشت . رادیوگرافی هائیکه در اسلوب آنها از

آماري از پارگي کيستهای لوزالمعده تهیه شده است که متعلق به هارله و سپير میباشد و در این آمار پارگي کيستهای لوزالمعده را در نظر گرفته اند .

کمکهای آزمایشگاهی : ائوزینوفیلی همانطور که در مورد بیمار ما ملاحظه شد اکثراً رقم بالا را نشان میدهد همچنین امکان مثبت بودن آزمایشهای پوستی کازونی و انحراف مکمل و اینبرگ نیز کمک خوبی برای تشخیص بیماری هستند ولی یادآور میشویم که با وسایل آزمایشگاهی فعلی تست پوستی کازونی فقط در ۴۵ درصد و انحراف مکمل فقط در ۳۰ درصد موارد مثبت هستند .

تخصیص افتراقی : تومور اپی گاستر را قبلاً باید بیانکراس مربوط نمود و برای اینکار تشخیص تومور لب چپ کبد هیدروکوله سیست، تومور معده و تومور قولون را باید رد نمود .

اسپلنومگالیها، تومور کلیه، و بطور کلی تومورهای خلف صفاقی نیز مطرح میشوند .

قوام و یکنواختی و عمق تومور و بخصوص کمکهای رادیولوژی و سنتی گرافی ما را به بهترین نحو راهنما هستند . بعد از تشخیص محل کیست باید انواع مختلف کیستهای غیر انگلی پانکراس را مطرح نماییم .

- کیست کاذب بعد از نکروز نسج پانکراس : متعاقب ضربه یا پانکراتیت حاد .

- کیست مادرزادی یا دیس انتوژنتیک (Dysontogenetique) - کیستهای احتباسی .

- سیست آدنوم خوش خیم (Cystadenoma): نئوپلاسم خوش خیم است و کیست در اینجا چندتایی است بعلاوه دارای دیواره اپی تلیال است .

وبالآخره کيستهای بدخیم از جمله اپی تلیومای کيستی یا سیست - آدنوکارسینوما (Cystadenocarcinoma) را باید در نظر داشت .

ضایعات دیگر کيستیک پانکراس عبارتند از: همانژیو آندوتلیوم کيستیک (Cystic Hemangioendotheliomas)، آدنوکارسینومای

کيستیک جزائر لانگرهانس (Cystic Adenocarcinoma of the Islets of Langerhans) ، همانژیوم کاورنو ، کيست

درموئید ، کيست اپی درموئید و کيست نسج فرعی پانکراس (Cyst of Accessory Pancreatic Tissue)

درمان : درمانهای شایع را به چهار دسته می توان تقسیم نمود:

اول - درناژ خارجی از جمله توسط مارتوسوپیلزاسیون .

دوم - درناژ داخلی بعد از تخلیه کيست که از طریق معده (اسلوب ژوران Juraz) و یا از طریق ژژونوم (اسلوب Duncombe) انجام میشود .

پونکسیون استفاده میشود نباید درموارد مشکوک صورت پذیرد . درمواردیکه مشکوک به وجود کيست هیداتیک هستیم نباید رتر و - پنوموپریتون و یا مثلاً اسپلنوپرتوگرافی انجام دهیم زیرا ممکن است خطرات چندی متوجه بیمار نمایم که از همه مهم تر پارگی کيست و پخش مایع هیداتیک و خطر حمله آنافیلاکسی و یا پیدایش کيستهای ثانوی در محل پونکسیون میباشد .

سیر بیماری: در لوزالمعده مانند دیگر احشاء داخل شکم کيست هیداتیک ضمن رشد، نسج لوزالمعده را تحت فشار قرار میدهد و تدریجاً باعث تخریب آن میشود . در نتیجه بدنبال کاهش ترشحات خارجی، ناراحتی گوارشی بروز خواهد کرد مگر آنکه آهکی شدن غشاء آدوانتیس و زایای کيست باعث توقف رشد و یا تباهی و مرگ آن گردد .

در بخش آسیب شناسی دانشگاه تهران به چنین کیفیتی بر خورد نموده ایم، درمووریک بیمار که متعاقب ناراحتی ریوی فوت نموده بود هنگام کالبدشکافی یک کيست هیداتیک لوزالمعده آهکی شده ملاحظه گردید . بنابراین آهکی شدن یا کالسیفیکاسیون جدار کيست راه بهبود خود بخود بیماری است .

۳- وجود کيست دیگری در بدن در دوران بیماری شایع است . در حقیقت این وضعیت را نمیشود بحساب پیدایش کيست ثانوی گذاشت . برای آنکه کيست در لوزالمعده جایگزین بشود باید تماس انسان با عامل مولد بیماری زیاد یعنی Infestation شدید باشد بهمین دلیل است که درموارد بسیار چنین ششقلابی غیر از لوزالمعده در ناحیه دیگری از جمله کبد و یاد دیگر نقاط بدن جایگزین و تدریجاً باعث تشکیل کيست هیداتیک دیگری میشود .

نزد بیمار ما کيست هیداتیک کلیه راست در حقیقت جایگزینی دیگری از بیماری هیداتیک اولیه بود که هنگام مراجعه به بیمارستان هر دو قسمت (هم کيست کلیه و هم کيست لوزالمعده) به رشد کافی برای تولید علائم مرضی مخصوص رسیده بودند .

- عفونت کيست خطر بزرگی متوجه بیمار مینماید که فوریت عمل جراحی را ایجاب میکند ولی در ضمن باعث از بین رفتن اسکولکسها و در نتیجه عقیم شدن محتوی کيست میگردد .

- خونریزی در محل بسیار نادر است .

- پارگی کيست: کيست در دوران تکامل و رشد خود میتواند گاهی متعاقب ضربه ای، بداخل یکی از احشاء توخالی باز شود که بترتیب وفور: صفاق - معده - دوازدهه - روده ها و قولون را میتواند ذکر کرد .

البته بعلت نادر بودن بیماری، کیفیت پاره شدن کيستهای ناتوانسته اند درموور خاص کيست هیداتیک لوزالمعده بررسی نمایند .

سوم - در آوردن کیست (اگر رز کیست)

چهارم - پانکراتکتومی سوب توتال

۱- در ناز خارجی: ماریسوپالیزاسیون کیست هیداتیک پانکراس به جدار شکم عمل شایعی است و بخصوص در موارد کیستهای حجیم بکار برده میشود. چون اینگونه کیستها چسبندگیهای به احشاء اطراف دارند لذا عمل ماریسوپالیزاسیون در این صورت بی خطر - ترین عمل جراحی خواهد بود.

این کار را بعد از تزریق فرمل رقیق یا محلول نمکی هیپرتونیک انجام میدهند. از جمله اشکال آن همانا طولانی بودن دوران نقاهت است و در ضمن خطر تشکیل فیستول پانکراس با تمام عوارض محلی آنرا نیز نباید نادیده گرفت.

۲ - در ناز داخلی: بعد از در آوردن غشاء زایا، چون غشاء ادوانتیس را نمیشود بدون خطر تخریب نسج لوزالمعده از بقیه عضو جدا نمود لذا حفره باقیمانده را به معده (طریقه ژوراز) یا به حلقه ژژنوم که بشکل Y در آمده است مربوط میکنند (طریقه دان کمب). تجربه ثابت نموده است که بعلت قدرت فوق العاده نسج لوزالمعده در تولید نسج سالم اکثراً حفره باقی مانده سریعاً پرمیشود. بعد از عمل نوع ژوراز اگر رادیوگرافی با ماده حاجب بطور تکراری از معده بعمل آوریم متوجه خواهیم شد که در مدت کمتر از سه ماه حفره لوزالمعده پر شده است. یکی از عوارض نادر عمل ژوراز تنگ شدن محل ارتباط کیست با معده است. در یک مورد عمل ژوراز که توسط خود ما برای کیست کاذب پانکراس انجام شد بعد از مدتی راه بین کیست و معده مسدود گردید و کیست دوباره تشکیل شد ولی با درمانهای ضد التهابی و آنتی بیوتیک راه تخلیه کیست باز گردید و کیست تخلیه شد و بعد از چهار ماه بدون عمل جراحی بیمار بهبود کامل یافت. این بیمار در عرض مدت سه ماه سه بار گرفتار سندرم احتباس ترشحات در داخل کیست گردید بدین ترتیب که راه بین کیست و معده مسدود گردیده و علائم ازدیاد حجم کیست و درد اپی گاستر نزد بیمار ظاهر شد که با درمانهای طبی برطرف گردید.

عقوننت متعاقب ورود مواد غذایی بد داخل کیست در عمل ژوراز از جمله عوارض این عمل جراحی بشمار میآید. امکان پیوند انگلی در نقطه دیگری از لوله گوارش را نیز نباید از نظر دور داشت.

پیوند انگلی را در موارد دفع عوامل انگلی بخصوص از طریق مجاری صفراوی در موارد باز شدن کیست هیداتیک باین مجاری گزارش داده اند و این گزارشها را بیشتر تاکنون درباره کیستهای هیداتیک آپاندیس متعاقب رفع اسکولکس ووزیکول ذکر کرده اند.

۳- در آوردن کیست (اگر رز کیست): اگر رز کیست بندرت بطور کامل امکان پذیر است. زیرا کیست اگر در اعماق نسج فرو رفته باشد برداشتن آن بی شبهه به کانالهای اصلی پانکراس صدمه خواهد زد و خطر فیستولهای خارجی پانکراس بعد از چنین اعمالی را نباید نادیده گرفت. در مورد بیمار ما با وجود اشکالات چندیکه مربوط به تعدد عروق محلی و خونریزیهای شدید بود، اگر رز کیست خوشبختانه با حد اقل عارضه انجام پذیرفت.

۴- عمل پانکراتکتومی: برداشتن دم پانکراس در صورتیکه کیست در این قسمت یا بدنه پانکراس باشد در حقیقت بهترین طریقه درمان کیستهای پانکراس است. در موارد برداشتن سر پانکراس، بقیه بدنه پانکراس را بیک حلقه ژژنوم که بشکل Y در آورده اند وصل میکنند. این روش درمان قاطعی برای کیست هیداتیک پانکراس بشمار میآید و با کشفیات جدیدی که درباره قدرت فوق العاده نسج پانکراس در بوجود آوردن نسج جوان نموده اند، بنظر میرسد که عمل فوق عملی انتخابی باشد.

**خلاصه و نتیجه:** شرح یک مورد اجتماع کیست هیداتیک لوزالمعده و کیست هیداتیک کلیه که در بیمارستان سینا عمل شده است شرح داده شده است.

در بیمار مورد بحث تمامی کیست هیداتیک لوزالمعده بیرون آورده شد و جهت کیست هیداتیک کلیه اجباراً (بعلت خونریزی زیاد در موقع عمل) نفرکتومی شد و خوشبختانه بیمار بدون عارضه بهبود یافت و مرخص گردید.

کیست هیداتیک لوزالمعده لو کالیزاسیون نادری است که از جمله مشخصات آن امکان آهکی شدن جدار آن میباشد.

درمان انتخابی آن عمل پانکراتکتومی سوب توتال است. اگر رز کیست را بندرت میتوان با موفقیت کامل انجام داد. در ناز خارجی از راه ماریسوپالیزاسیون راحت ترین طریقه است ولی خطر فیستول پانکراتیک خارجی و عود بیماری در محل بیمار را همیشه تهدید خواهد نمود.

## 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.: Pancreatic 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. Kentucky M A 63 : 98-100, 1965
- Hanna 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 medicine - Vol. 278, May 9, 1968. Number 19
- Hector A. et Leor 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 aiguës 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 aiguës. 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
- Troquaire 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.