

کیست هیداتیک لوزالمعده - بحث کلی و معرفی بیمار

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 می شود. از جمله علائم عمومی - لاغری نسبی و عرق کردن مفرط را می توان ذکر کرد.

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

در معاینه : توموری نرم با اندازه یک پر تقال در ناحیه اپی گاستر بdst می خورد. در بقیه مناطق شکم علائم مرضی خاصی مشاهده نشد. فقط در پشت و پهلوی راست بیمار، توموری که در عمق قرار داشت بdst می خورد که علامت تماس کمری بود و بنظر میرسد که تاحدی متحرک باشد.

این تومور در دنارک بود و در آن بطرف هیپو گاستر تیر می کشد . آزمایش ادرار :

وزن مخصوص ادرار ۱۰۰-۱۰۷، آلبومین ندارد - قند ندارد، چرک دارد.

سلول اپی تیلیال ۵ تا، واکنش ادرار قلیاگی است، ادرار خون ندارد. هموگرام: ۴۰۰۰-۴۰۰۰ رگویچه قرمن، ۱۲۰۰۰ گویچه سفید، ۶۲ سگماته ۱۲ آغازینوفیل و ۶ مونو سیت نشان میدهد.

در اخلال میکروب سل مشاهده نشد.

سدیما تنسیون ۴۰ میلیمتر ساعت اول ۷۰ میلیمتر ساعت دوم واندنبیر گ مستقیم و غیر مستقیم منفی بود .

در رادیو گرافی ساده شکم علائم خاصی ملاحظه نشد.

در رادیو گرافی از معده و اثنی عشر تومور مر بو ط به معده و دوازده

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

اکثر ا تشخیص یک تئور ماسیون داخل شکمی مطرح می شود بدون آنکه بتوان دقیقاً آنرا به بیماری هیداتیک مر بو ط نمود و فقط با لایار تو می است که می شود دقیقاً ماهیت آن را 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 میاورند 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 درنتیجه 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 می شود. البته این کیفیت مر بو ط به نسخ لوزالمعده است زیرا رسوب آهک در نسوج ترمیمی لوزالمعده از جمله پدیده های شایع می باشد .

درمان قاطع با عمل پانکراتکتومی سوب تو تال است زیرا در غیر اینصورت عود بیماری شایع خواهد بود ولی بعلت خطرات چندی که این قبیل اعمال جراحی بهمراه دارد اکثرآ به عمل ساده تری مانند مارسوپیالیزاسیون یا در نازه های داخلی اکتفا می شود .

شرح حال بیمار:

نصرت ش. ۳۵ ساله (شماره بایگانی ۲۷۱۸۱ بیمارستان سینا).

در تاریخ ۱۹/۰۷/۱۳۴۷ در بخش ۶ جراحی بعلت پهلو درد و

بر جستگی در ناحیه اپی گاستر بستری می شود. مدت بیماری را

* - گروه جراحی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران .

را تحت عمل جراحی قرارداده است و جدار کیست را به جدار شکم دوخته است یعنی عمل مارسپیالیز اسیون انجام داده است.

- عمل آناستوموز محل کیست به معده (Juraz ۱۹۳۱) و عمل آناستوموز کیست بفرزونوم (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 .

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

بغیر از علائم مر بوط به ظاهرات آنافلکسی، علائم دیگر بیماری بقرار ذیں هستند :

۱- دردهای شکمی بشکل سنگینی ناحیه اپی گاستر ظاهر میکنند و اینگونه دردها با انتشار به ناحیه هیپو کوندر چپ و یا به عقب وسطون فقرات مشخص میشوند و به ندرت متناوب و شدید میباشند.

۲- حال عمومی بیمار معمولاً روبره تحلیل میرود؛ خستگی، لاغری، بی اشتهایی و قب 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، متابوب بیوست و اسهال دیده میشود .

۴- مهمترین علائم، احساس تودهای در ناحیه اپی گاستر است که معمولاً بشکل برجسته و حتی قابل رویت است. در ملامسه یک 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.

رادیو گرافی معده و کادر دوازدهه : فشار خارجی به معده و یا فشار بسطح خلفی معده در کلیشه نیمرخ مشخص میشود و تغییر شکل قوس کوچک یا بزرگ معده و بخصوص گشادشدن کادر دوازدهه از جمله علائم مهم آن میباشد که بسته به محل کیست: ناحیه دم -

بدنه - یا سر لوزالمعده متفاوت خواهد بود .

در تدقیق با ماده حاجب، قولون عرضی اکثرأ بطرف پائین تر از محل معمولی خود رانده شده است. نقاط آهکی شده و یا حتی غشاء آهکی شده در لوزالمعده از جمله علائم مشخصه خوب بشمار میرود. سنتی گرافی پانکراس: وسیله خوبی برای تشخیص ضایعه نسخ لوزالمعده میباشد. وبخصوص محل آنرا دقیقاً مشخص مینماید . برای تکمیل پرونده بیمارانجام کولانزیو گرافی و اورو گرافی را باید در نظر داشت . رادیو گرافی هائیکه در اسلوب آنها از

نبود بلکه بنظر هیر سید که مر بوط به لوزالمعده باشد . ریدهای علائم مرضی خاصی نداشتند و کلیه راست در اورو گرافی بخوبی ترشح نکرده بود .

عمل جراحی : در تاریخ ۴۷۴۶ انجام شد . بر ش خط و سط بالای ناف داده شد، کیست در خلف معده قرار داشت، قعر چادریندها باز شد و کیست بزرگی در ناحیه پانکراس ملاحظه شد .

بدقت کیست از نسخ لوزالمعده جدا شد . خونریزی نسبتاً شدید بود. هموستان بدقت انجام گرفت. تصمیم به عمل کیست کلیه گرفته شد. برای این منظور بر ش عمودی بر بر ش بالای ناف قبلی داده شد و کلیه راست بعد از بازنمودن صفاق جداری و خلفی خارج گردید (نفر کنومی توتال) بیمار تا تاریخ ۵۷۴۷ در بخش بستری بود. ترشحات درون حفره شکمی تدریجاً حاشک شد و در این تاریخ بیمار با بهبودی کامل مرخص گردید .

بحث : کیست هیداتیک لوزالمعده که ترد بیمار فوق با کیست هیداتیک کلیه توأم وجود داشته است جایگزینی نادر کیست هیداتیک میباشد. در آمار سال ۱۳۴۲ 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 یک مورد در ضمن کالبدشکافی در آزمایشگاه آسیب شناسی دانشگاه تهران، یک مورد در بخش دکترونوقی (در تاریخ ۱۱۰۱۱۳۴۳) اتوس ط دکتر زند و کیلی، دو نفر توسط پروفسور عدل در بیمارستان نجمیه و یک 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 درعه رض پنج سال اخیر ازاوایل ۱۳۴۲ تا ۱۳۴۸ تعداد ۱۸۵۹۸ مورد عمل جراحی شده است که از این تعداد فقط ۹ مورد مر بوط به کیست پانکراس واژاین عده فقط یک 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 یک درناژ ساده کیست بوده است .

در سال ۱۸۸۳ در حقیقت اولین مورد کیست هیداتیک لوزالمعده

آماری از پارگی کیستهای لوزالمعده تهیه شده است که متعلق به هارله و سبیر میباشد و در این آمار پارگی کیستهای لوزالمعده را در نظر گرفته اند.

کمکیهای آنها یشگاهی : اوزینوفیلی همانطور که در مورد بیمار ما ملاحظه شد اکثر رقم بالا را نشان میدهد همچنین امکان مثبت بودن آزمایشها پوستی کازونی و انحراف مکمل واین برگ نیز کمک خوبی برای تشخیص بیماری هستند ولی یادآور میشویم که با وسائل آزمایشگاهی فعلی تست پوستی کازونی فقط در ۴۵ درصد و انحراف مکمل فقط در ۳۰ درصد موارد مثبت هستند. تشخیص افتراقی : تومور اپی گاستر را قبل از پانکراس مر بوط نمود و برای اینکار تشخیص تومور لب چپ کبد هیدروکوله سیست، تومور معده و تومور قولون را باید رد نمود.

اسپلنومگالی ها، 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 راهنمای هستند. بعد از تشخیص محل کیست باید انواع مختلف کیستهای غیرانگلی پانکراس را مطرح نمائیم.

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

- کیست مادرزادی یا دیسانتوژنیک (Dysontogenetique) :

- کیستهای احتیاسی .
- سیست آدنوم خوش خیم (Cystadenoma) : نئوپلاسم خوش خیم است و کیست در اینجا چندتائی است بعلاوه دارای دیواره اپی تیال است.

و بالاخره کیستهای بد خیم از جمله اپی تیلومای کیستی یا سیست - آدنوكارسینوما (Cystadenocarcinoma) را باید در نظر داشت. ضایعات دیگر کیستیک پانکراس عبارتند از: همانزیو آندوتیلوم کیستیک (Cystic Hemangioendotheliomas)، آدنوكارسینومای کیستیک جزائر لانگرهاوس (Cystic Adenocarcinoma of the Islets of Langerhans) درموئید، کیست اپی درموئید و کیست نسج فرعی پانکراس

(Cyst of Accessory Pancreatic Tissue)

درمان : درمانهای شایع را به چهار دسته میتوان تقسیم نمود: اول - درناز خارجی از جمله توسط مارسوپیالیزاسیون.

دوم - درناز داخلی بعد از تخلیه کیست که از طریق معده (اسلوب ژورازنژ (Jurazan) و یا از طریق ژرزنوم (اسلوب Duncombe) انجام میشود.

پونکسیون استفاده میشود نباید در موارد مشکوک صورت پذیرد. در مواردی که مشکوک بوجود دیگر کیست هیداتیک هستیم نباید تروپنوموپریتوان و یا مثلاً اسپلنپر توگرافی انجام دهیم زیرا ممکن است خطرات چندی متوجه بیمار نمایم که از همه مهمتر پارگی کیست و پخش مایع هیداتیک و خطر حمله آنفالاکسی و یا پیدایش کیستهای ثانوی در محل پونکسیون میباشد.

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

در بخش آسیب‌شناسی دانشگاه تهران به چنین کیفیتی برخورد نموده ایم، در مورد یک بیمار که متعاقب ناراحتی ریوی فوت نموده بود هنگام کالبدشکافی یک کیست هیداتیک لوزالمعده آهکی شده ملاحظه گردید. بنابراین آهکی شدن یا کالسیفیکاسیون جدار کیست راه بهبود خود بخود بیماری است.

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

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

- غفونت کیست خطر بزرگی متوجه بیمار مینماید که قوریت عمل جراحی را ایجاد میکند ولی در ضمن باعث ازین رفتن اسکولکسها و در نتیجه عقیم شدن محتوی کیست میگردد.

- خوتیری در محل بسیار نادر است.

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

البته بعلت نادر بودن بیماری، کیفیت پاره شدن کیستهای انتوانته اند در مورد خاص کیست هیداتیک لوزالمعده بررسی نمایند.

پیوند انگلی را درموارد دفع عوامل انگلی بخصوص از طریق مجاری صفو اوی درموارد بازشدن کیست هیداتیک باین مجاری گزارش داده اند و این گزارش هارا بیشتر تاکنون درباره کیستهای هیداتیک آپاندیس متعاقب رفع اسکولکس و وزنکول ذکر کرده اند.

۳- درآوردن کیست (اگر رز کیست) : اگر رز کیست بندرت بطور کامل امکان پذیر است . زیرا کیست اگر دراعمق نسج فرو رفته باشد برداشتن آن بی شبهه به کانال های اصلی پانکراس سده م خواهد زد و خطر فیستولهای خارجی پانکراس بعدازچنین اعمالی را نماید زادیده گرفت. درمورد بیمار ما با وجود اشکالات چندیکه مر بوط به تعدد عروق محلی و خونریزیهای شدید بود، اگر رز کیست خوشبختانه با حداقل عارضه انجام پذیرفت.

۴- عمل پانکراتکومی : برداشتن دم پانکراس درصورتیکه کیست در این قسمت یا بدن پانکراس باشد در حقیقت بهترین طریقه درمان کیستهای پانکراس است . در موارد برداشتن سر پانکراس ، بقیه بدن پانکراس را یک حلقة ژرۇنوم که بشکل ۷ درآورده اند وصل میکنند . این روش درمان قاطعی برای کیست هیداتیک پانکراس بشمار می آید و باکشیفات جدیدی که درباره قدرت فوق العاده نسج پانکراس در بوجود آوردن نسوج 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 (بعثت خونریزی زیاد در موقع عمل) نفر کتومنی شد و خوشبختانه بیمار بدون عارضه بهبود یافت و مرخص گردید .

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

درمان انتخابی آن عمل پانکراتکومی سوب تو قال است. اگر رز کیست را بندرت میتوان با موفقیت کامل انجام داد. درناز خارجی از راه مارسوپالیز اسیون راحت ترین طریقه است ولی خطر فیستول پانکراتیک خارجی و عود بیماری در محل بیمار را همیشه تهدید خواهد نمود .

سوم - درآوردن کیست (اگر رز کیست)

چهارم - پانکراتکومی سوب تو قال

۱- درناز خارجی: مارسوپالیز اسیون کیست هیداتیک پانکراس به جدارشکم عمل شایعی است و بخصوص درموارد کیستهای حجمی بکاربرد نمیشود . چون اینگونه کیستها چسبندگیهایی به احشاء اطراف دارند لذا عمل مارسوپالیز اسیون در این صورت بی خطر - ترین عمل جراحی خواهد بود.

این کار را بعد از ترتیق فرم مرقوق یا محلول نمکی هیپر تونیک انجام میدهند. از جمله اشکال آن همانا طولانی بودن دوران نقاشه است و در ضمن خطر تشکیل فیستول پانکراس با تمام عوارض محلی آنرا نیز نباید نادیده گرفت .

۲- درناز داخلی : بعد از درآوردن غشاء زایا، چون غشاء ادواانتیس را نمیشود بدون خطر تخریب نسج لوزالمعده از بقیه عضو جدا نمود لذا حفره باقیمانده را به معده (طریقه ژوراز) یا به حلقة ژرۇنوم که بشکل ۷ درآمده است مر بوط میکنند (طریقه دان کمب). تحریکه ثابت نموده است که بعلت قدرت فوق العاده نسج لوزالمعده در تولید نسج سالم اکثرآ حفره باقی مانده سریعاً پر میشود. بعد از عمل نوع ژوراز اگر رادیو گرافی با ماده حاجب بطور تکراری از معده بعمل آوریم متوجه خواهیم شد که در مدت کمتر از سه ماه حفره لوزالمعده پرشده است. یکی از عوارض نادر عمل ژوراز تنگ شدن محل ارتباط کیست با معده است. دریک 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 چهارماه بدون عمل جراحی بیمار بهبود کامل یافت . این بیمار در عرض مدت سه ماه سه بار گرفتار سندروم احتیاس 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 بر طرف گردید .

غفونت متعاقب ورود مواد غذائی بداخل کیست در عمل ژوراز از جمله عوارض این عمل جراحی بشمار می آید. امکان پیوندانگلی در نقطه دیگری ازلوله گوارش را نیز نباید از نظر دور داشت .

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. Kentucky 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 pancréatique. 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.