

Otonom Karaciğer Tüberkülozunun (Klinik Olarak İlkel Soliter) Gastro - İntestinal Şirürji Yönünden Yeri

(4 Yeni Vak'a Nedeniyle Düşünceler)

Dr. İ. KAYABALİ*, Dr. R. ÇAM**, Dr. E. KUTERDEM***,
Dr. F. AKSOY****,
Dr. C. KELEŞ *****, Dr. S. DEMİR ***** ve Dr. N. ÖKESLİ *****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı pek çok nadir olan bir tüberküloz kolanjitis, gene nadir olan 2 karaciğer tüberküloz'u ve bir mikro-nodüller karaciğer Tbc.u vak'alarını sunmak ve konunun bu günkü durumunu tartışmaktır.

Otonom, klinik olarak ilkel veya soliter adları verilen karaciğer Tbc.u türü az görülen bir hastalıktır. Klinik belirti ve bulgularla para-klinik muayene bulgularının sonuçları her vak'ada kesin tanı

SUMMARY

The place of autonom hepatic tuberculosis (primary or solitary as clinically) in Gastrointestinal Surgery (The concepts in respect of four new cases)

The aim of this study is to report four hepatic tuberculosis and to discuss the current condition of this subject. These cases which are seen rarely consist of one case of cholangitis tuberculosa, two cases of hepatic tuberculoma and

- (*) A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Öğretim Üyesi.
(**) A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Uzman Asistanı.
(***) A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Uzman Asistanı.
(****) A.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Uzman Asistanı.
(*****) A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Asistanı.
(*****) A.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Asistanı
(******) A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Asistanı.

koyduracak nitelikte değildir. İşte bu nedenle karaciğerin malign hastalıkları, cerahatlanmaları ve karaciğer dışı safra sistemi hastalıklarıyla ayırıcı tanı yapmak bakımından otonom karaciğer Tbc.u olan hastalarda laparotomi yapmak zorunluğ u vardır.

one case of micronodular hepatic tuberculosis.

Hepatic tuberculosis which is named autonom, primary, solitary clinically is a disease which is seen rarely. It is not possible to make a definitive diagnosis clinically by symptoms and signs, in every case. For this reason, laparotomy is necessary to make a differential diagnosis between hepatic tuberculosis and hepatic malignancies, hepatic suppurative diseases and extra-hepatic bile duct diseases.

Burada söz konusu edilen karaciğer tüberkülozu rutin ve standart araştırma yol ve yöntemleriyle karaciğer dışında başka hiç bir yerde Tbc. lokalizasyonu saptanamayan ilkel (soliter - otonom) karaciğer Tbc.udur.

Son yılların gittikçe gelişen araştırma ve inceleme metodları karşısında bu konunun, eskisinden çok daha fazla önem kazandığı anlaşılmaktadır.

I — Materyel :

Materyelimizi oluşturan 4 vak'a ve önde gelen bulguları (Tablo - 1) de özetlenmiştir.

II — Tartışma :

A — Konunun tarihsel gelişimi :

Karaciğer Tbc.u 19. yüz yılın sonundan beri tanınmaktadır. 1898 den sonra Gilbert deneme hayvanlarında Vena porta, Arteria hepatica ve safra yollarıyla karaciğerde Tbc. lezyonu meydana gelmesi üzerinde çalışmıştır.

Fakat klinik bakımdan ilkel karaciğer Tbc.u çok nadirdir. 1955 yılında literatürde sarılıkla kendini belli eden 22 vak'a bulunuyordu⁸. 1957 yılında R.B. Terry³⁰ 11 vak'a, P. Boulez³ bir vak'a yayınladı. 1959 da R.J. Haeley¹⁰ bir vak'a yayınladı. Gene aynı yıl R. Joseph ve arkadaşları o zamana kadar literatürde yayınlanmış 23 izole otokton karaciğer Tbc. u bulmuş, kendileri de bir vak'a bildirmiştir¹⁸. F. Pitzus ve G. Verne 1950-60 yılları arasın-

(Tablo — 1). Vak'alarımızın özeti.

Klinik Bulgular

Vak'a	Yaş	Cins	Prot.	Yıl	Hepatomeg.	Sarılık	t°	Asc.	Ağrı	ğer	Akci-	Kole-	Lapara-	Makros-	Mikros-	Yapılan	So-
											sitgr.	tomu	kopi	kopik	giri-	nuç	
											neneni	nedeni	kopi	tanı	şim		
1	45	Kad.	1522	1957	+	—	+	—	+	N.	Stas kesesi	Hepatitis	Mütipl granülasyonlar	Mikro-nodüler Tbc.	Basit laparotomi	Şifa	
2	20	»	7419	1964	—	+	—	—	+	N.	»	Kolesistit	Sağ lobda mandalina büyüklüğünde tümör	Tuber-küloma	Basit laparotomi	Şifa	
3	55	»	4471	1976	+	+	+	—	+	N.	Dolmayan kese	»	Sağ lobda 4x2 boyutunda tümörler	Tuber-küloma	Basit laparotomi	Şifa	
4	37	Erk.		1977	+	—	+	—	+	N.	Yapılmadı ca.	Karaciğer ca.	Süpüratif Kollanjitit	Tüber-küloma Kollanjitit	Basit laparotomi	Şifa	

da geçen 10 yıllık dönemde 20 vak'a daha yayınlandığını yazmış, bir vak'a da onlar katmıştır³⁰. Gene 1960 da C. Pfister²⁹ bir vak'a daha bildirdi. 1961 yılında A. Lamache²¹ 4 yeni vak'a yayınladı. 1962 de R. Montero²⁵ bir vak'a, V. Nerad²⁰ 10 vak'a daha bildirdi. 1964 de A. Domard ve A. Cachin birer vak'a tebliğ ettiler. 1965 de L. Gracy, o tarihe kadar literatürde 90 tane otonom olan ve olmayan karaciğer Tüberkulom vak'ası toplamış, bir vak'a da kendisi eklemiştir¹⁵ 1967 yılında H.S. Agrawal hemobilia yapan bir karaciğer Tbc.u vak'ası yayınladıysa da bu da izole bir Tbc. vak'ası değildir¹. 1972 de P.J. Fernandez¹⁸ ve G. Routier³² birer vak'a daha bildirmiştir. 1973 de yeni bir vak'a bildiren C.J. Arguadas son yıllarda yalnız 8 yeni vak'a bulunduğunu yazmıştır². Türk yayınları arasında E.Ş. Egeli^{10, 11}, K. Ergin¹² ve A. Özer²⁷ in yayınları dikkati çekmekteyse de bunların tümü ilkel karaciğer Tbc.u değildir.

B — Etiyo - Patogenesis :

İlkel karaciğer Tbc.unun her yaş ve her iki cinste bulunduğu bildirilmiştir. Bu arada gastrektomi'den sonra gelişen vak'alar da yayınlanmıştır^{3, 22}. Fakat bunlardan bir bölümünün klinikman izole ve ilkel olmadığı bir gerçektir. Materyelimizi oluşturan 4 vak'anın 3 ü hanım (% 75), biri erkektir (% 25). En genç hasta 20, en yaşlı hasta 55 yaşındadır; yaş ortalaması 39, 25 yıldır (Tablo - 1).

İlkel karaciğer Tbc. unun patogenesis'i bakımından şu olasılıklar söz konusudur :

1 — İleo-mezantrik bir Tbc.un yayılması. 1951 de M. Jambon ve L. Bértrand tarafından açıklanan böyle bir yayılda Koch basili Vena porta yoluyla karaciğere gelmektedir, yani portal venöz bir disseminasyon söz konusudur¹⁷. Fakat her hastada kazeifiye bir lenf ganglionunun Vena porta kollarına açılabilceği olasılığının düşünülemediği de doğaldır.

2 — Hematojen (arteryel) bir yayılma³⁷.

3 — Burada lenfojen bir yayılma söz konusu değildir. Çünkü bu durumda önce akciğerlerin hasta olması gerekirdi.

4 — Gilbert'in 1898 de yaptığı deneysel çalışmalar safra kanalları aracılığıyla ascendent bir yayılma olasılığını meydana koymuştur. Bu yol, Kolanjitis tüberküloza (Tubular karaciğer Tbc.u) oluşunu ve bu tipin azlığını belki izah edebilir.

5 — Bazı araştırmacılar trans-plasanter bir geçiş de düşünmektedir.

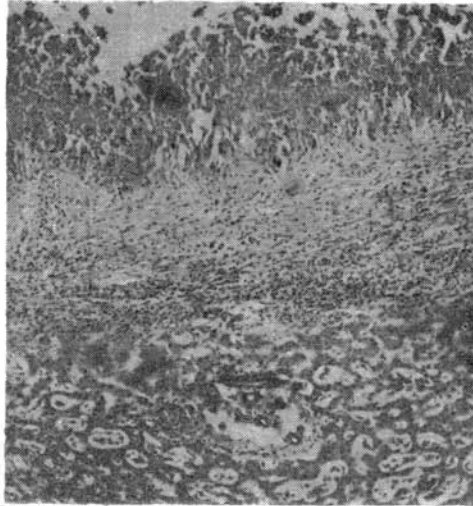
C — Patolojik anatomi :

1957 de H. Popper ve F. Schaffner'den beri³¹ karaciğerde 3 tip Tbc. lezyonu geliştiği kabul edilmiştir :

1 — Kolanjitis tüberküloza (Kanaliküler karaciğer Tbc.u) :

Bu tip karaciğer Tbc.unun çok nadir olduğu ısrarla belirtilmektedir³². Örneğin R. Pariente ve arkadaşlarının 22 karaciğer Tbc.undan oluşan serisinde bu tür bir vak'a yoktur²⁸. Lezyon, kazeöz maddenin portal aralıklardan safra kanallarına geçmesiyle ortaya çıkmaktadır³⁵. Lezyon, intra-hepatik safra kanallıkları ve bu kanalları çevreleyen parankimada lokalize olur²⁴. Hastalık bir bölgede kalabilir veya tüm safra yollarına yayılabilir³⁴.

Vak'alarımızdan bir tanesinde (Vak'a, 4) bu tür bir lezyon saptanmış olması ileri derecede ilginçtir. Makroskopik olarak ilk bakışta süpüratif bir Kolanjitis'i andıran bu karaciğer kesitinin histo-patolojik muayene sonucu şöyledir (Şekil - 1. (397-422/1977) :



(Şekil — 1) : Vak'a 4 (422/1977) : Kolanjit Tbc. vak'asında bir tüberküle kazeöz nekroz materyeli içinde safra pigmenti birikimi izlenmektedir
H+E X 40

«... Karaciğer sinüzoidlerinde genişleme ve dolgunluk, Kupper hücrelerinde hiperplazi izlenmektedir. Portal aralıklarda ve lobüller içinde değişik büyüklükte, bazıları düzensiz sınırlı, çok sayıda tüberkül yer almaktadır. Tüberküllerin hepsinde kazeöz nekroz, epiteloïd histiositler ve sıklıkla Langhans dev hücreleri bulunmakta, bazı tüberküllerde nekroz içinde yaygın olarak safra pigmenti görülmektedir «(Cholangitis tuberculosa)».

2 — Karaciğer Tüberküloma'sı (Karaciğerin makro - nodüller Tbc.u) :

Bu tip karaciğer Tbc.unda tek veya bir kaç tüberküloma bulunuşu dikkati çeker¹⁵. Karaciğer tüberküloması da çok nadirdir. L. Gracey, 1965 e kadar literatürde 90 karaciğer tüberküloma vak'ası bulunduğunu bildirmiş ve kendi de bir vak'a katmıştır¹⁵. Bu vak'aların en büyük bölümü ilkel karaciğer Tbc.u değildir.

Tüberküloma'ların merkezinde kazeifiye bir tüberkül konglomerat'ı vardır. Büyüklükleri değişiktir. Duvarları kalın ve sklerozludur; gerçek karaciğer içi soğuk abse'sini oluşturan bir takım kaviteler gelişir. Tüberküloma, mikronodüler (miliyer) karaciğer Tbc.u ile bir arada da olabilir¹⁸.

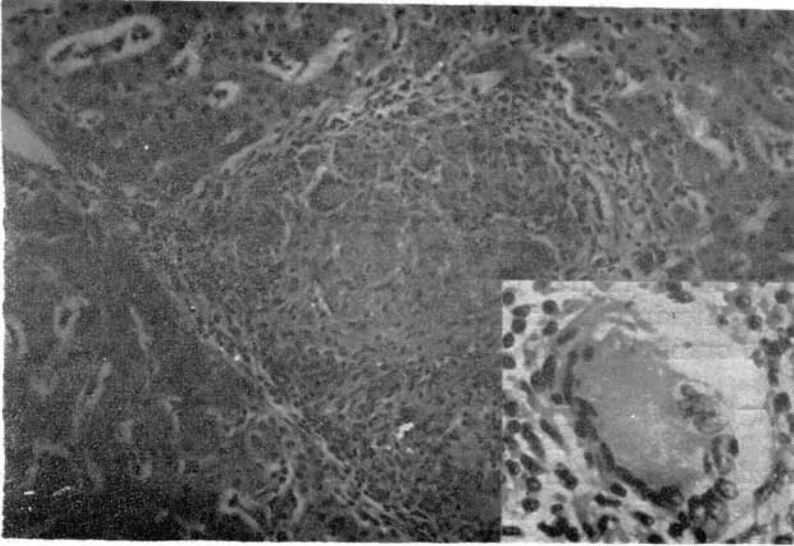
Sunduğumuz materyel arasında biri tek (Vak'a 2), biri de bir kaç bir arada olan (Vak'a 3) 2 karaciğer tüberküloma vak'ası vardır. Bu vak'alarda karaciğerdeki tüberküloma'ların histo - patolojik muayene sonuçları şöyledir :

a — Vaka. 2 (2288/1964) (Şekil — 2) :

«... Karaciğer parankimi içinde irili ufaklı tüberkül'ler yer almaktadır. Büyük tüberkül'ler geniş kazeöz nekroz alanlarını kapsamaktadır. Küçük tüberkül'lerdeyse nekroz ya az, ya da yok olup buna karşılık epiteloïd histiosit kümeleri ve Langhans dev hücreleri görülmektedir.»

b — Vaka.3 (7879/1976)

«... Karaciğerde lobül içinde lokalize olan büyük bir tüberkül görülmektedir. Bu tüberkül'ün orta bölümünde kazeöz nekroz bulunmakta, nekroz alanı içinde küçük kalsifikasyon odakları dikkati çekmektedir. Nekroz çevresinde epiteloïd histiositler ve az sayıda Langhans dev hücreleri yer almaktadır. Bu tüberkül'ün yer yer lenfosit'ler ile çevrelendiği izlenmektedir.»



(Şekil — 2) : Vak'a 2 (2288/1964) : Bir tüberkül içinde yer alan Langhans dev hücresi ve epitelioid histiositler görülmektedir.

3 — Mikro-nodüler (Miliyer) karaciğer Tbc.u :

Bu tip karaciğer Tbc.u nadiren makroskopik bir görünüm verir. Bu nedenle laparoskopi, laparotomi ve nekropsilerde ancak organın yüzünde beyaz, lantiküler lekeler halinde kendini belli eder.

Vak'aların en büyük bölümünde karaciğerin şekil ve görünümü normaldir. Ancak histo-patolojik incelemeyle Tbc. foküsleri saptanabilir. Bunların bazıları kazeifiedir. Koch basili çoğunlukla peri-portal aralıklarda yerleşmiştir ve vak'aların ancak % 50 sinde meydana konabilir^{34, 35}.

Bir vak'amızda (Vak'a 1) bu şekilde mikro-nodüler ve primitif (soliter) karaciğer Tbc.u saptanmıştır. Bunun histolojik görünümü şu biçimdedir (1205/1957) :

«... Karaciğerde Vena sentralis'lerde genişleme, sinüzoidlerde daralma görülmekte, parankim hücrelerinde yer yer yağlanma izlenmektedir. Parankim içinde bazı alanlarda epitelioid histiositler, Langhans dev hücreleri ve hafif derecede kazeöz nekroz içeren tüberkül'ler yer almaktadır.»

Ç — Klinik belirti ve bulgular :

İlkel karaciğer Tbc.unun belirti ve bulguları şu biçimde özetlenebilir :

1 — **Ağrı** : Her biçimde olabilen ağrılar hemen her vak'ada vardır, yemeklerle ilişkisi yoktur. Materyelimizde ağrı % 100 oranındaydı.

2 — **Hepatomegali** : Karaciğer büyük, düzgün, sertçe kıvamda ve ağırlıdır; hepatomegali, bazan hastalığın ancak ileri dönemlerinde ortaya çıkabilir. % 70-95 oranında olduğu bildirilmiştir. Materyelimizde % 75 oranında saptanmıştır.

3 — **Ateş** : Hemen her hastada vardır. Bacaklı bir ateştir ve çok inatçıdır, ancak spesifik tedaviyle geriler. Materyelimizde % 75 oranında bulundu.

4 — **Sarılık** : Orta derecede ve tıkanma sarılığı tipinde olan sarılığın % 15 oranında olabileceği bildirilmiştir⁸. Bizim vak'alarımızda % 50 oranında vardı. Sarılık, intra-hepatik bir Kolostasis veya safra yollarının Tbc. granülasyon veya ganglionlarıyla sıkışmasıyla izah edilebilir^{7, 8}. Bir çok araştırmacının sandığı gibi sarılık kötü bir prognosis'e delil değildir.

5 — **Zayıflama, istihasızlık, genel durumun bozulması** : Hemen her zaman bulunur.

6 — **Asid** : Nadirdir. Bir portal hipertansiyon veya alkolik bir sirozun Tbc. ile birlikte olmasıyla izah edilmişse de burada karaciğerdeki Tbc. lezyonuna yandaş bir periton Tbc.u düşünmek daha doğru olur kanısındayız. Bizim materyelimizde asid yoktur.

7 — **Barsak transit bozuklukları** : Genellikle ishal biçiminde olmaktadır.

D — Laboratuvar bulguları :

1 — **Hematolojik değişiklikler** : Anemi, granülositopeni ve trombositopeni biçiminde olur, sedimantasyon hızlanmıştır. Panisitopeni, prognosis'in karanlık olduğuna delil olarak tanımlanmıştır²⁸.

2 — **Cilt reaksiyonları** : Genellikle (+) olmasının yetişkinlerde önemi yoktur.

3 — **Karaciğer fonksiyon testleri** : Çok çeşitli sonuçlar verir. Genellikle karaciğerde bir harabiyet bulunduğunu meydana koyarsa da tanı ve ayırıcı tanı yönünden spesifik değildir¹⁹.

E — Laparoskopi :

Her zaman kesin tanıya götürecek bulgular vermez. Bir çok defa bir karaciğer ca. tanısı konabilir.

F — Karaciğer biopsisi :

Laparoskopi sırasında görerek veya görmeden ponksiyon ile yapılabilir. Tanı, ancak lezyona rastlanırsa konabilir. Fakat eğer kesitlerde Koch basili görülebilirse bir değer taşır¹⁶. Eğer basil görülmüyorsa bir Besnier - Boeck - Schaumann hastalığından ayırmak zordur.

G — Kobay denemesi :

Ponksiyon ile karaciğerden alınan materyelin kobaya inokülasyonu biçiminde yapılan bu muayenenin pratik hiç bir değeri yoktur; çünkü sonuçlar hem günlerce sonra alınır, hem de kesin değildir.

H — Radyoaktif karaciğer taraması :

Homojen bir hepatomegali ve bir kaç yerde az boyanma biçiminde olan sonuçlar kesin değildir¹⁷. Vak'a 4 de de karaciğer taramasıyla aynı sonuca varılmıştır.

İ — Kolesistografi :

Stasis kesesi veya dolmayan kese bulguları elde edilir; tanı yönünden hiç bir değeri yoktur.

J — Tanı ve ayırıcı tanı :

Yukarıda sunulan klinik ve para-klinik muayene bulgularının sonuçları, kesin olmadığı için özellikle ilkel - primitif karaciğer Tbc.unda bir çok durumlarda bir laparotomiye gitmek zorunludur. Bu zorunluluk, vak'aların bir karaciğer ca. veya absesiyle (üni - loküler abseler, amip abseleri ,süppüre kist hidatik'ler) kesinlikle ayrılması bakımından gereklidir. İşte ilkel ve izole karaciğer Tbc. unun gastro - intestinal şirürji yönünden önemi buradadır ve bu önemin ne kadar hayati olduğu üzerinde ısrarla durmak ve direnmek gereklidir. O halde şüpheli her hastada bir laparotomi önermek her hekimin görevi olması kanısındayız.

K — Prognosis :

Bir kelimeyle parlaktır. Prognosis, anti - tüberküloz tedavi ne kadar erken ve ne kadar tam yapılırsa o kadar iyi olmaktadır. Karaciğer Tbc.unda spontan şifa yoktur. Tedavi edilmeyen, daha doğru bir deyimle tanı konulamayan hastalar lezyonun genel yayılımıyla kaybedilirler. Ölüm, 6-8 haftada olur⁶.

L — Komplikasyonlar :

1 — Yayılma (Disseminasyon).

2 — Hemobilia : Nadir olan bu komplikasyon ilk kez H.S. Agrawal tarafından bildirilmiştir¹.

M — Tedavi :

Klasik Tbc. tedavisi biçimindedir²³. Tedavi sonunda histolojik lezyonlar yavaş yavaş geriler,²² yerlerinde fibrosis gelişir²¹, steatosis hızla kaybolduğu halde lenfoid infiltrasyon uzun süre direnir. Bazı araştırmacılar tedavide Kortison verilmesini önermişlerse de bunun şifayı hızlandırıcı bir etkisi görülmemiştir³⁰.

III — Sonuçlar :

A — Otonom, klinik olarak ilkel veya soliter adları verilen karaciğer Tbc.u çok nadir rastlanan bir hastalıktır.

B — Patogenesis yönünden portal, arteriyel ve assenden biliyer yollar çeşitli derecede etkindir. Trans - plasanter geçiş olasılığı da bildirilmiştir.

C — Patolojik anatomi yönünden karaciğer Tbc.unun Kolanjitis tüberküloza (kanaliküler hepatik Tbc.) ve tüberküloma tiplerine, mikro-nodüler tipten pek çok daha az rastlanır. Materyelimiz bir Kolanjitis tüberküloza, iki tüberküloma ve bir mikro - nodüler karaciğer Tbc.u vak'asından oluşmaktadır.

Ç — Klinik belirti ve bulgularla para - klinik muayene bulgularının sonuçları her vak'ada kesin tanı koyduracak nitelikte değildir.

D — Tanı ve ayırıcı tanı yönünden vak'aların hemen tümünde primer veya sekonder bir karaciğer malignite'siyle çeşitli orijinli bir cerahatlanma, bir kolestasis veya karaciğer dışı safra sistemiyle ilgili bir lezyon söz konusu olmaktadır. Bu

bakımdan bir laparotomi çoğunlukla zorunludur. Kesin tanı ancak bu girişim sırasında konulabilir.

F — Tedavi, klasik Tbc. tedavidir ve sonuçlar parlaktır.

KAYNAKLAR

- 1 — Agrawal, G.S., Benson, J.W. ve Major, J.J., An unusual case of hemobilia, hepatic tuberculosis with hemorrhage, Arch. Surg., **95** : 202-206, 1967.
- 2 — Arguedas, C.J.G. ve Mekbel, S., Biopsia hepatica en la tuberculosis miliar, Acta Med. Costarica, **15** : 21-24, 1972; Analiz : Excerpt. Med (Surg.), **29** : 559, 1973.
- 3 — Boulez, P., Mirouze, J. ve Barjon, P., Syndrôme polycarantiel gastrectomisé; tuberculose hépatique solitaire, Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, **73** : 430-434, 1957.
- 4 — Cachin, A. ve Laski M., Tuberculose millaire du foie avec stéatose massive d'allure primitive, Sém. Hôp. Paris, **40** : 1882-1885, 1964.
- 5 — Chimène, D.R., Roberts, Th. W. ve Rohman, M., Solitary tuberculoma of the liver, New-York State J. Med., **65** : 2479-2481, 1965.
- 6 — Cinque, Th. J., Gary, W.E. ve Palladino, V.S., Tuberculose miliaire primitive du foie, Am. J. Gastro-Enterol., **42** : 611-619, 1964.
- 7 — Cleve, E.A., Gibson, J.R. ve Webb, W.M., Atypical tuberculosis of the liver with jaundice, Ann. Int. Med., **41** : 251-260, 1954.
- 8 — Curry, F.J. ve Alcott, D., Tuberculous hepatitis with jaundice, Report of two cases, Gastroenterol., **28** : 1037-1042, 1955.
- 9 — Domart, A., Labraun, C., Paogalli, F. ve David, V., Tuberculose hépatique cliniquement isolée, La presse Méd., **72** : 1603-1605, 1964.
- 10 — Egeli, E.Ş., Cirrhose and pseudocirrhosis of tuberculous origin, clinical diagnosis of tuberculosis, Deutsch. Klin. Med., **200** : 358, 1953.
- 11 — Egeli, E.Ş., Ulugay, İ. ve Alp, H., Foie et tuberculose, Rev. Int. Hépatol., **7** : 167-173, 1957.
- 12 — Ergin, K. ve Yavuzer, Ş., Karaciğer tüberkülozu, A.Ü. Tıp Fak. Mec., **21** : 1271-1284, 1968.
- 13 — Fernandez, P.J., Cabo, R.L., Souto, B.J. ve Llopis, R.J., Tuberculosis miliar hepatica con una proliferacion de hepaticos gigantes, Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., **38** : 847-854, 1972; Analiz : Excerpt. Med (Surg.), **29** : 559, 1973.
- 14 — Fourier, A., Sudre, Y. ve Goujon, M., Tuberculose hépatique primitive, Algérie Méd., **65** : 681, 1961,
- 15 — Gracev, L., Tuberculous abscess of the liver, Brit. J. Surg., **52** : 442-443, 1965.
- 16 — Healey, R.J., Leff, A.H. ve Rosenak, B.D., Needle biopsy in tuberculosis of the liver, with culture of acid-fast bacilli, Am. J. Dig. Dis., **4** : 638-641, 1959.

- 17 — Janbon, M. ve Bertrand, L., La tuberculose miliaire autonome du foie, La presse Méd., **59** : 1631-1632, 1951.
- 18 — Joseph, R., Nezelof, C., Job, J. — C. ve Wolf, A., La tuberculose macronodulaire du foie; une observation avec revue de la littérature, La Sem. Hôp. Paris (Ann. Péd.), **35** : 2128-2131, 1959.
- 19 — Korn, E.J., Kellow, W.F., Heller, P., Chomet, B., Zimmerman, H.J., Hepatic involvement in extrapulmonary tuberculosis, Am. J. Med., **27** : 60-71, 1959.
- 20 — Korn, R.J. ve Zimmerman, H.J., Hepatic involvement in extrapulmonary tuberculosis, with histologic and functional characteristics, *idem*, **27** : 60, 1959.
- 21 — Lamache, A., Bourel, M., Chevrel, M. — L. ve Richier, J. — L., Foie et tuberculose, La Sém. Hôp. Paris, **37** : 803-813, 1961.
- 22 — Lebon, J., Mussini - Montpellier, J., Lentenegger, M. ve Ibloul, G., Tuberculose hépatique autonome chez un gastrectomisé, La Presse Méd., **73** : 1755-1756, 1965.
- 23 — Melville, I. D., Tuberculosis of liver treated with streptomycine, Brit. Med. J., **1** : 1187-1188, 1951.
- 24 — Miniconi, P., La tuberculose hépatique, La presse Méd., **75** : 81-84, 1967.
- 25 — Montero, R. ve Rossi, F., Tuberculosis miliare isolata del fegato, Minerva Med., **53** : 1010-1018, 1962.
- 26 — Nerad, V., Cernik, F., Rehor, J. ve Herout, V., Beitrag zur Erkennung und Behandlung der Lebertuberculose, Zeitschr. Ges. Inn. Med., **17** : 242-251, 1962.
- 27 — Özer, A., Bir vak'a münasebetiyle karaciğer tüberkülozu, İzmir Dev. Hst. Mec., **2** : 528-533, 1964.
- 28 — Pariente, R., Etienne, J. — P. ve Chrétien, J., Etude de 22 cas de tuberculose du foie anatomiquement démontrés, La Sém. Hôp. Paris, **39** : 2563-2570, 1963.
- 29 — Pfister, C., Miliary tuberculosis of the liver and spleen, Rev. Med. Suisse Rom., **80** : 788-790, 1960.
- 30 — Pitzus, F. ve Verne, G., La tuberculose miliaire considetta «Primitiva» del fegato, Arch. Mal. App. Dig., **27** : 548-560, 1960.
- 31 — Popper, H. ve Schaffner, F., Liver: Structure and function, sa : 551, McGraw - Hill, 1957.
- 32 — Routier, G., Saout, J. ve Picat, R., Tuberculose hépatique solitaire, J. Sci. Med. Lille, **90** : 305-308, 1972; Analiz : Excerpt. Med (Surg.), **30** : 47, 1974.
- 33 — Rozenkrantz, K. ve Howard, L.D., Tubular tuberculosis of the liver, Arch. Path., **22** : 743, 1936.
- 34 — Schiff, L., Diseases of the liver, 3. baskı, 1101 sahife, J.B. Lippincott. Filadelfia : 1969.
- 35 — Sherlock, S., Diseases of the liver and biliary system, 4. baskı, 809 sahife, Blackwell, Oxford ve Edinburgh : 1971.
- 36 — Terry, R.B. ve Gunnard, R.M., Primary miliary tuberculosis of the liver, S.A.M.A., **164** : 150-157 1978.
- 37 — Varay, A., Place actuelle de la tuberculose en pathologie hépatique, Entretiens de Bichat, sa : 207-212, Expention éd., Paris : 1963.

