



Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

## **Lepenica-priroda, stanovništvo, privreda i zdravlje**

**Grin, Ernest**

**1963**

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/items/2cf6f585-f2d1-4364-aa01-e19880111050>

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/>

# LEPENICA

Priroda, Stanovništvo, Privreda i Zdravlje



SARAJEVO

1963

NEDO ZEC i BUDE DANILOVIĆ

### NEUROPSIHIJATRIJSKI PREGLEDI STANOVNIŠTVA

Cilj našeg ispitivanja je bio da ustanovimo karakteristike kliničke slike pojedinih bolesti stanovništva u regiji Lepenica.

Nastojali smo da što više podvučemo osobenosti kliničke slike neuropsihijatrijskih bolesti pregledanog stanovništva.

U tom cilju poslali smo pozive ljudima u regiji Lepenice koje smo namjeravali pregledati, i to za svako selo poslali smo ravnomjieran broj poziva. Napominjemo, na žalost, da se nisu svi odazvali na upućeni poziv i da su se javili ljudi na pregled koje nismo pozivali, pa je na taj način statistička vrijednost ovih pregleda umanjena, iako smo imali namjeru da nam statistička jedinica bude stanovnik. Ipak, i pored toga smatramo da smo ovim pregledima dobili dobar uvid u procenat razbolijevanja od pojedinih bolesti.

Treba istaći da su nam se na pregled u većem broju odazvale žene. Ono s čime smo se sukobili, što se inače dešava u slučaju kompleksnih ispitivanja, to je da smo mogli kod jednog čovjeka ustanoviti po dvije ili tri bolesti, i mi smo u takvom slučaju za statističku obradu uzimali glavnu bolest od koje je pregledani bolovao. Prilikom diferenciranja kliničke slike, pored karakterističnosti kliničkih znakova, najviše smo se oslanjali na anamnestičke podatke, prema kojima smo lučili pojedine bolesti, nekada klinički vrlo slične.

Pregledali smo stanovništvo koje je naseljeno u području što ga čini sliv rijeke Lepenice. Ta regija, iako predstavlja izrazitu predionu cjelinu, u nauci je ostala nepoznata.

Filipović M. tu kotlinu naziva Lepeničko-fojničkom kotlinom, koja ide paralelno sa Visočkom kotlinom, a nastavlja se na Sarajevsku kotlinu. Ističemo da je dolina Lepenice podijeljena na dva dijela: gornji i donji, što je uslovljeno laktom toka Lepenice rijeke, koja protiče kroz Lepeničku dolinu. Gornji kraj je od sela Toplice pa do Han-Ploče i Gornjih Kovača zaključno, a naniže je Donji kraj. Ovaj podatak iznosimo jer smo uočili razliku u procentu obolijevanja, kao i u karakteristici kliničke slike stanovništva u Gornjem i Donjem kraju. Lepenica se prvi put pominje u srednjem vijeku u jednom dokumentu iz 1244. godine. U srednjem vijeku kroz Lepenicu je prolazio važan put, koji je bio prilaz iz Dubrovnika Visokom, tada ekonomskom i političkom centru. Dolaskom Turaka dio puta duž gornjeg toka rijeke Lepenice do Han-Ploče izgubio je svoj značaj, dok je dio puta od Han-Ploče do Kiseljaka s vremenom dobijao sve veći značaj. Taj momenat je imao uticaja na patologiju stanovništva. Važan činilac je i to da su epidemiju kuge u 17. i 18. vijeku i epidemije kolere u 19. vijeku imale važne etnološke posljedice, tako da današnje stanovništvo većinom potiče od doseljenika u 19. i 20. vijeku. Katolici, pravoslavni i muslimani su se doseljavali sa raznih strana, uglavnom iz zapadne Bosne, Bosanske krajine, Hercegovine, Dalmacije, Crne Gore, pa i Srbije. I danas je glavni trg za Lepenicu Visoko. Mada je znatan dio Lepenice bio u sastavu fojničkog sreza, mini-

malne su ekonomske veze sa Fojnicom i Kreševom. Žive su bračne veze ne samo između stanovništva iste konfesije u okviru Lepenice nego i izvan njenih okvira: sa Sarajevskim poljem, Kreševom i okolnim selima.

Stotine ljudi svakodnevno idu na posao u razne centre, kao što su Sarajevo, Breza, Ilijaš itd.

Od turskog doba do 1945. godine Lepenica je administrativno bila podijeljena između sarajevskog i fojničkog sreza. Lepenica sada predstavlja ono što predstavlja Visoko.

#### MATERIJAL

Ukupno je izvršeno 705 neuropsihijatrijskih pregleda, kao što se vidi iz tab. br. 1. Od tih 705 slučajeva bilo je 226 muškaraca i 479 žena (odnosno 32,2% muškaraca i 67,8% žena). Pošto u čitavom rejonu Lepenice živi 7.767 stanovnika (podaci dobijeni iz Opštine Kiseljak), znači da je u 9,2% slučajeva stanovnika ispitivnog područja izvršen neuropsihijatrijski pregled.

TABELA 1.  
UKUPNO PREGLEDANIH = 705

Redni broj	DIJAGNOZE	Apsolutni			Procenat obolelih		
		broj					
		Svega	M	Ž	Svega	M	Ž
1	<i>Sine morbo</i>	219	74	145	31,1	10,5	20,6
2	<i>Neurasthenia</i>	71	11	60	10,1	1,6	8,5
3	<i>Dystonia n. veg.</i>	30	5	25	4,2	0,7	3,5
4	<i>Cephalaea</i>	11	2	9	1,6	0,3	1,3
5	<i>Neurosis</i>	7	3	4	1,0	0,4	0,6
6	<i>Psyhasthenia</i>	2		2	0,3		0,3
7	<i>Oligophrenia</i>	10	4	6	1,4	0,6	0,8
8	<i>Schizophrenia</i>	3		3	0,4		0,4
9	<i>Psyhosis circ.</i>	1	1		0,1	0,1	
10	<i>Psychopathia</i>	4		4	0,6		0,6
11	<i>Epi + paroks. glavob.</i>	125	24	101	17,7	3,4	14,3
12	<i>Lu carebrospinalis</i>	64	38	26	9,1	5,4	3,7
13	<i>St. dysraphicus</i>	37	-4	23	5,3	2,0	3,3
14	<i>Ccmplacatio post ty</i>	29	10	19	4,1	1,4	2,7
15	<i>Encephalitis chr.</i>	11	4	7	1,6	0,6	1,0
16	<i>Art eriosclerosis cer.</i>	26	10	16	3,7	1,4	2,3
17	<i>Lumboischialgia</i>	2	1	1	0,3	0,1	0,1
18	<i>Neuritis</i>	28	11	17	4,0	1,6	2,4
19	<i>Hemiparesis</i>	3	2	1	0,4	0,3	0,1
20	<i>Compresio med. spin.</i>	1		1	0,1		0,1
21	<i>Dystrophia musc. prog.</i>	3	3		0,4	0,4	
22	<i>St. post poliomyelited</i>	2	1	1	0,3	0,1	0,1
23	<i>Arachnitis bas. chr.</i>	16	8	8	2,3	1,1	1,1
	<b>Svega</b>	<b>705</b>	<b>226</b>	<b>479</b>	<b>100,1</b>	<b>32</b>	<b>67,8</b>

Pošto smo ustanovili različit procenat obolijevanja u gornjem i donjem dijelu Lepenice, podijelili smo sve pregledane stanovnike u dvije grupe: iznad lakta rijeke Lepenice i ispod lakta rijeke Lepenice. U prvoj grupi (iznad lakta Lepenice) pregledano je ukupno 180 stanovnika, ili 7,1% od ukupnog broja stanovnika I grupe pregledanih. Od toga je pregledano 55 muških i 125 ženskih, tj. 30,9% pregledano je muških, a 69,1% ženskih u toj grupi stanovnika, kao što se vidi iz tab. br. 2.

TABELA 2.  
BROJ PREGLEDANIH U I GRUPI (IZNAD LAKTA LEPENICE)

Redni broj	DIJAGNOZE	Apsolutni broj			Procenat oboljelih		
		Svega	M	Ž	Svega	M	Ž
1	<i>Sine morbo</i>	53	11	42	29,4	6,1	23,3
2	<i>Neurasthenia</i>	17	2	15	9,4	1,1	8,3
3	<i>Dystonia n. veg.</i>	10	3	7	5,5	1,7	3,9
4	<i>Cephalaea</i>	3	1	2	1,7	0,6	1,1
5	<i>Neurosis</i>	1	1		0,6	0,6	
6	<i>Psychasthenia</i>	1		1	0,6		0,6
7	<i>Oligophrenia</i>	3	1	2	1,7	0,6	1,1
8	<i>Schizophrenia</i>	1		1	0,6		0,6
9	<i>Psychosis circ.</i>	1	1		0,6	0,6	
10	<i>Psychopathia</i>						
11	<i>Epi + paroks. glavob.</i>	28	7	21	15,6	3,9	11,7
12	<i>Lu cerebrospinalis</i>	10	7	3	5,5	3,9	1,7
13	<i>St. dysraphicus</i>	17	7	10	9,4	30,9	5,5
14	<i>Complicatio post ty</i>	8	3	5	4,4	1,7	2,8
15	<i>Encephalitis chr.</i>	7	2	5	3,9	1,1	2,8
16	<i>Arteriosclerosis cer.</i>	5	1	4	2,8	0,6	2,2
17	<i>Lumboischialgia</i>						
18	<i>Neuritis</i>	3	2	1	1,7	1,1	0,6
19	<i>Hemiparesis</i>	2	1	1	1,1	0,6	0,6
20	<i>Compresio med. spin.</i>						
21	<i>Dystrophia musc. prog.</i>	3	3		1,7	1,7	
22	<i>St. post poliomyelited</i>	1		1	0,6		0,6
23	<i>Arachnitis bas. chr.</i>	6	2	4	3,3	1,1	2,2
	Svega	180	55	125	100,1	30,9	69,6

U drugoj grupi (ispod lakta Lepenice) pregledano je 525 stanovnika, ili 9,6% od ukupnog broja stanovnika II grupe pregledanih. Od toga je pregledano 171 muški i 345 ženske, tj. pregledano je 32,5% muških i 67,6% ženskih u toj grupi stanovnika, kao što se vidi iz tabele broj 3.

Iz tabele 1. i grafikona 5. se vidi da je procenat oboljelih bio prilično visok. Najviše oboljelih je bio u grupi bolesti *epi + paroksizmalne glavobolje* (17,7%), a zatim slijede grupe bolesti: *neurasthenia*, *dystonia n. vegetativa*, *neurosis*, *psychopathia*, što predstavlja grupu bolesti *neuroze*, čiji procenat iznosi: 16,0%; *lues cerebrospinalis* (9,1%), *status dysraphicus* (5,3%), *complicatio post ty.* (4,1%), *neuritis* (4,0%), *arteriosclerosis cerebri* (3,7%), *arachnitis basalis chronica* (2,3%), *encephalitis chronica* (1,6%), *cephalea* (1,6%), *oligophrenia* (1,4), a ispod 1% su ostale grupe bolesti: *schizophrenia*, *psychosis circ.*, *lumboischialgia*, *hemiparesis*, *compressio med. spin.*, *dystrophiemuscul. prog.*, *st. postpoliomyelitidem*. Iz grafikona broj 8 vidi se razlika u procentu oboljevanja u prvoj i drugoj grupi pregledanih.

TABELA 3.  
BROJ PREGLEDANIH U II GRUPI (ISPOD LAKTA LEPENICE)

Redni	DIJAGNOZE	Apsolutni			Procenat obolelih		
		broj			Svega		
		Svega	M	Ž	Svega	M	Ž
1	<i>Sine morbo</i>	166	63	103	31,6	12,0	19,6
2	<i>Neurasthenia</i>	54	9	45	10,3		8,6
3	<i>Dystonia n. veg.</i>	20	2	18	3,8	0,4	3,4
4	<i>Cephalaea</i>	8	1	7	1,5	0,2	1,3
5	<i>Neurosis</i>	6	2	4	1,1	0,4	0,8
6	<i>Psychasthenia</i>	1		1	0,2		0,2
7	<i>Oligophrenia</i>	7	3	4	1,3	0,8	0,8
8	<i>Schizophrenia</i>	2		2	0,4		0,4
9	<i>Psychosis circ.</i>						
10	<i>Psychopathia</i>	4		4	0,8		0,8
11	<i>Epi + paroks. glavob.</i>	97	17	80	18,5	3,2	15,2
12	<i>Lu cerebrospinalis</i>	54	31	23	10,3	5,9	4,4
13	<i>St. dysraphicus</i>	20	7	13	3,8	1,3	2,5
14	<i>Complicatio post ty</i>	21	7	14	4,0	1,3	2,7
15	<i>Encephalitis chr.</i>	4	2		0,4	0,4	0,4
16	<i>Arteriosclerosis cer.</i>	21	9	12	4,8	1,7	2,3
17	<i>Lumboischialgia</i>	2	1	1	0,2	0,2	0,2
18	<i>Neuritis</i>	25	9	16	0,2	1,7	3,0
19	<i>Hemiparesis</i>	1	1		0,2	0,2	
20	<i>Compresio med. spin.</i>	1			0,2		0,2
21	<i>Dystrophia musc. prog.</i>						
22	<i>St. post poliomyelited</i>	1	1		0,2	0,2	
23	<i>Arachnitis bas. chr.</i>	10	6	4	1,9	1,1	0,8
	Svega	525	171	354	100,1	32,5	67,6

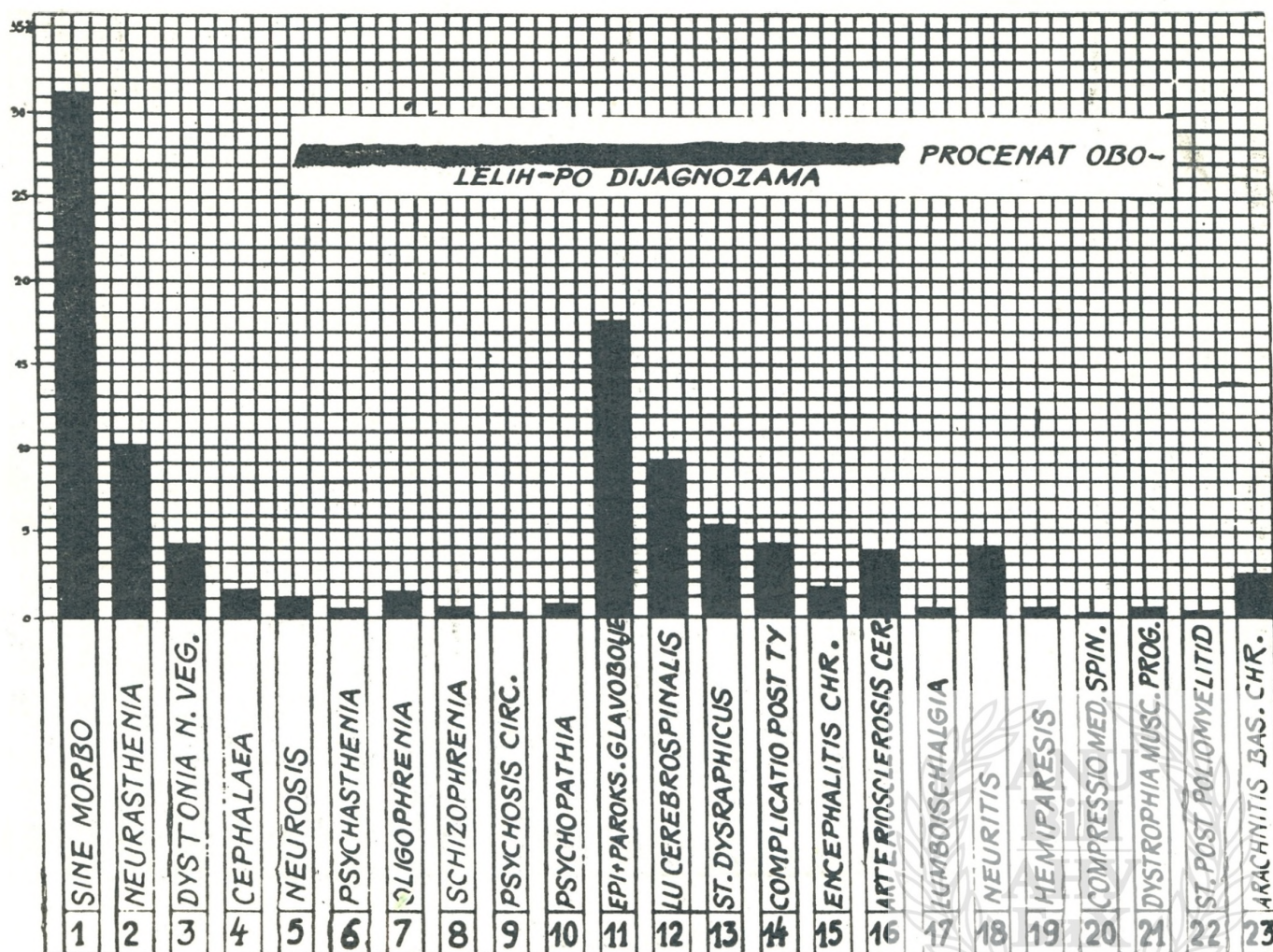
U drugoj grupi su češće nego u prvoj grupi bolesti: *epi + paroksizmalne glavobolje* za 2,9%, *lucerebrospinalis* za 1,2%, *neuritis* za 3,9%, *cephalea* za 1,4%, *oligophrenia* za 0,4% i *neuroze* za 0,1%. U prvoj češće nego u drugoj grupi bile su bolesti: *statusdysraphicus* za 5,6%, *encephalitischronica* za 3,1%, *arachnitis basalis* za 1,4% i *complicatio postty* za 0,4%.

Ostalih oboljenja je bilo malo tako da su postojeće razlike toliko minimalne da se ne može iz njih ništa zaključiti.

Iako je pregledan veći broj žena nego muškaraca, iz grafikona 6. se vidi da je, opšte uzev, patologija muškaraca raznovrsnija i da postoje znatne razlike u procentu razbolijevanja između muškaraca i žena. Tako je u grupi bolesti *lu. cerebrospinalis* za 11,4 i *arachnitis basalis chr.* za 1,6 veći procenat razbolijevanja muških nego li žena, dok je u grupi bolesti *epi + paroksizmalne glavobolje* za 10,5 i grupi bolesti *neuroze* (2, 3, 5, 6, 10. grupa bolesti iz tabele br. 1) za 11,4 veći procenat razbolijevanja žena negoli muškaraca. U slučaju ostalih oboljenja razlika je u procentu između muškaraca i žena manja, ali se ipak vidi da su ostale grupe bolesti bile nešto češće zastupljene kod muškaraca nego kod žena.

Nekoliko slučajeva *etilizma* mogli smo da ustanovimo u drugoj grupi, najčešće u Kiseljaku, ali pošto su takvi bolesnici imali druge neurološke bolesti, svrstali smo ih u ostale grupe bolesti. U Kiseljaku smo našli jedan slučaj teškog alkoholičarskog polineuritisa, koji je ispoljavao izrazitu sliku perifernog pseudotabesa.





Kao što se vidi iz tabele broj 4, najviše se javljalo na pregled iz dobne grupe od 30 do 39 godina.

Najviše je bilo onih koji su bili prvo, treće i četvrto dijete po redu rođenja.

Na cijelom terenu preovlađivala je displastična, a zatim leptosomna konstitucija. Displastičara je bilo više u prvoj grupi pregledanih, a pikničara više u drugoj grupi. Atletičara je bilo više u prvoj grupi, a leptosoma više u drugoj grupi.

U čitavom području ustanovili smo tri hemipareze, koje su bile posljedica apoplektičnog insulta. Ustanovili smo svega dva slučaja posljedica preležanog poliomijelitisa.

Broj pobačaja je češći u drugoj grupi pregledanih nego u prvoj grupi (100:34). U drugoj grupi bilo je više arteficialnih abortusa, naročito u Kiseljaku.

Iz tabele I a i b vidi se da je na Neuropsihijatrijskoj klinici ležalo relativno malo bolesnika iz lepeničke regije. U Neurološkom odjeljenju Neuropsihijatrijske klinike u Sarajevu ležalo je 1947—1959. godine 16 bolesnika, a u Psihijatrijskom odjeljenju 1939—1959. godine 15 bolesnika. Uglavnom, najviše je bilo oboljelih od shizofrenije, što je i razumljivo jer su se takvi bolesnici odmah primali na kliniku čim bi psihoza izbila, s obzirom na prirodu oboljenja. Zapaža se da smo i na terenu nailazili na oboljenja slična oboljenjima koja smo liječili na klinici, izuzev što na terenu nismo naišli na horeu minor i apsces mozga. Za čitav ovaj vremenski period na klinici je iz ispitivanog rejona bio samo jedan slučaj pokušaja samoubistva i jedan forenzični slučaj pokušaja ubistva, koji je imao kliničku sliku oligofrenije.

TABELA 4.

Starosne grupe	Sine morbo	Neurasthenia	Dystonia n. veg.	Cephalaea	Neurosis	Psychoasthenia	Oligophrenia	Schizophrenia	Psychosis circ.	Psychopathia	Epi + paroks. glavob.	Lu carebrospinalis	St. durabrachia	Complicatio post ty	Encephalitis chr.	Art eriosclerosis cer.	Lumboischialgia	Neuritis	Hemiparesis	Compresio med. spin.	Dystrophia musc. prog.	St. post poliomyelited	Arachnitis bas. chr.
5 — 9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 — 14	5	—	—	1	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
15 — 19	35	5	1	—	1	—	1	—	—	—	10	1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
20 — 24	24	21	4	2	—	—	1	—	—	1	11	—	3	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
25 — 29	27	15	2	1	2	—	3	—	—	1	15	2	6	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
30 — 34	24	11	9	2	1	—	2	1	—	—	—	3	4	1	1	—	1	3	—	—	—	1	1
35 — 39	20	5	4	—	1	1	1	2	—	—	14	3	5	5	—	—	—	2	—	—	—	—	—
40 — 44	12	4	3	—	—	—	—	—	—	1	9	5	4	5	1	—	—	7	—	—	—	—	—
45 — 49	8	5	3	1	—	1	1	—	—	1	17	10	3	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—
50 — 54	24	9	1	1	1	—	1	—	—	—	17	17	5	—	2	—	—	5	—	—	—	—	—
55 — 59	16	4	1	2	—	—	—	—	—	—	3	4	1	—	1	2	—	2	1	1	—	—	—
60 — 64	13	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	8	2	1	1	8	—	3	1	—	—	—	—
65 — 69	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	7	1	3	1	4	—	2	—	—	—	1	—	—
70 — 74	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	—	2	1	5	—	—	1	—	—	—	—
75 — 79	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—
80 — 84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
85 — 89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Prikaz odnosa životnog doba pregledanih u odnosu na oboljenja — kod ukupnog broja pregledanih

## KARAKTERISTIKE KLINIČKE SLIKE I DISKUSIJA

Htjeli bismo u glavnim crtama da podvučemo osobenosti kliničke slike pojedinih grupa bolesti. Prije svega ističemo činjenicu da smo sve preglede vršili ambulantno, pa prema tome klasificiranje pregledanih nije izvršeno na osnovu preciznih kliničkih ispitivanja, nego na osnovu kliničkih procjena i iskustava ispitivača.

### I. Epilepsija i paroksizmalne glavobolje

I. U grupu bolesti epi + paroksizmalne glavobolje svrstali smo bolesnike koji su prema anamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima imali razne vrste epileptičnih napada i one koji su imali paroksizmalne glavobolje. Napominjemo da smo u grupu bolesti *cephalea* svrstali samo one slučajeve kada su bolovi u glavi bili trajni a pacijenti imali neko evidentno oboljenje ekstrakranijalnog porijekla, koje je dovelo do bolova u glavi (zapaljenje paranazalnih sinusa, otitis, oboljenja očiju i sl.); takvih slučajeva je bilo svega 1,6% od ukupno pregledanih.

TABELA 1-a) i b)

BROJ BOLESNIKA IZ LEPENIČKE REGIJE LEČENIH NA NEURO-PSIHIJATRIJSKOJ  
KLINICI U SARAJEVU

Redni broj	DIJAGNOZE	Svega	M	Ž
1	<i>Lumboischalgia</i>	4	1	3
2	<i>Paresis n. n. radialis et ulnaris</i>	2	1	1
3	<i>Hemiparesis (lu)</i>	1	1	
4	<i>Neurasthenia</i>	1		1
5	<i>Epilepsia</i> <sup>a)</sup>	2	1	1
6	<i>Neuralgia n. trigemini</i>	1		1
7	<i>Ictus apoplectic.</i>	1	1	
8	<i>Arachnitis spinal</i>	1	1	
9	<i>Abscessus cerebri</i>	1	1	
10	<i>Arteriosclerosis cerebri</i>	1	1	
11	<i>Psychoneurosis</i>	1		1
	UKUPNO	16	8	8

Redni broj	DIJAGNOZE	Svega	M	Ž
1	<i>Schizophrenia</i> **	8		
2	<i>Chorea minor</i>	1		1
3	<i>Arachnitis opto-chiasmatica</i>	1		1
4	<i>Depressio psych.</i>	1		1
5	<i>Aethylismus chr.</i>	1	1	
6	<i>Psychopathia (tentamen suicip.)</i>	1	1	
7	<i>Reactio neurotica</i>	1		
8	<i>Oligophrenia (forenzični slučaj)</i>	1	1	
	UKUPNO	15	6	9

a) broj lečenih bolesnika na neurološkom odeljenju neuropsihijatrijske klinike u Sarajevu od 1947—1959. godine.

<sup>a)</sup>) Slučaj simptomatske epi (*ascariidosis*).

b) broj lečenih bolesnika na psihijatrijskom odeljenju neuropsihijatrijske klinike u Sarajevu od 1939—1959. godine.

<sup>\*\*</sup>) Jedna bolesnica je ležala u tri maha.

Kao što se vidi iz tabele broj 1, na grupu bolesti epi + proksizmalne glavobolje otpada 17,7% pregledanih. Žene su oboljevale češće od muškaraca za 0,5%. Ova grupa bolesti je najviše bila zastupljena u 4. 5. deceniju života (tabela br. 4). Ova grupa bolesti je češća za 2,9% u drugoj grupi pregledanih nego u prvoj.

Na slučajeve sa velikim epileptičkim napadima, napadima Jacksonovog tipa, petit mal-napadima i psihomotornim napadima epilepsije nailazili smo većinom u drugoj grupi pregledanih.

Ustanovili smo ukupno 6 bolesnika sa grandmal-napadima. Od tih šest bolesnika dva su ispoljavali sliku teške epileptične demencije. Jedan slučaj grandmal-epilepsije verificirali smo prilikom samog pregleda.

Žarišnih epilepsija ustanovili smo dva slučaja, i to jedan slučaj sa Jacksonovim napadima i drugi sa somatosenzitivnim napadima.

Petitmal-napade u obliku apsansa ustanovili smo kod tri bolesnika.

Izolovanih psihomotornih napadaja epilepsije ustanovili smo u dva slučaja (druga grupa pregledanih). Ti bolesnici su imali osim kratkotrajnih pomućenja svijesti i prodrome u vidu jakog i bezrazložnog straha sa depersonalizacijom i otuđivanjem.

Kod bolesnika koji su imali glavobolje, bolovi su dolazili u paroksizmima, bez ikakvog povoda ili su bili provocirani hodanjem po suncu, jakim uzbuđenjem, menstruacijom i slično. Ovakve glavobolje, koje predstavljaju većinu u ovoj grupi bolesti, javljale su se u svim dobnim grupama, a najčešće 30—34. i 45—54. godine. Često smo mogli ustanoviti hereditarnost. Početak krize je bio nepravilan, tako da je jedan isti bolesnik imao nastupe glavobolje u svako doba dana i noći, ali su napadi bivali većinom češći noću nego danju. Ritam je bio periodičan i iregularan. Premonitorni simptomi su bili u vidu vertiginoznih smetnja, bezrazložnih neraspoloženja, parestezija, bolova u stomaku, a najčešće su takvi bolesnici izjavljivali da imaju

»svjetlance pred očima« i »zlatne baje«. Većinom su se ti premonitorni simptomi zadržavali za vrijeme čitave krize. Lokalizacija bolova je bila skoro uvijek u orbitalnom i parijetalnom predjelu, ali je tokom napada dolazilo do difuzne propagacije bolova u čitavoj glavi. Karakter bolova je bio u vidu žigiranja i pulziranja. U većini slučajeva bolovi su trajali kratko vrijeme (nekoliko minuta, a rjeđe nekoliko sati).

U ovu grupu bolesti nismo svrstali bolesnike koji su imali neurovegetativne teškoće, kao ni one kod kojih smo ustanovili da postoje znaci neke nervne bolesti, tako da je broj onih koji su se žalili na glavobolju mnogo veći. Ovo ističemo i zbog toga što je Ogden među odraslim ljudima u Americi ustanovio jednom anketom da ima 65% ljudi koji se žale na bolove u glavi.

U ovu grupu bolesti uvrstili smo i jedan manji broj pregledanih koji su ispoljavali menijeriformnu sliku bolesti sa jakim vertiginoznim smetnjama, bez glavobolje, ali praćenih nauzeom i preznojavanjem, a što je sve kratko trajalo.

Objektivnim pregledom kod bolesnika ove grupe bolesti mogli smo da ustanovimo veći broj degenerativnih znakova, jednostranu oslabljenost trbušnih refleksa, horizontalni nistagmus, asimetriju dubokog senzibiliteta, nedostatak sinkinezija, znak rime oculi, puno karioznih zuba i neishranjenost, a kod bolesnika koji su imali paroksizmalnu glavobolju u polovini slučajeva mogli smo anamnestički ustanoviti traumu glave (34 slučaja), gripu sa poremećenim ritmom sna (E n c e p h a l i t i s!), kod nekih žena abortus, preeklamptična stanja u trudnoći, parazitizam, sterilnost i amenoreju kod žena, etilizam kod roditelja, tifus i kruzamak.

Ako bismo pokušali klasificirati glavobolje iz ove grupe bolesti čiji je uzrok u većini slučajeva ostao neotkriven, tj. kad nismo mogli ustanoviti da ovi bolesnici imaju neki intrakranijalni ili ekstrakranijalni proces, s obzirom na osnovne kliničke karakteristike bolova, mogli bismo reći da su to većinom glavobolje oblika atipične migrene, a ne neke druge vrste kao što su C e p h a l a l g i a v a s o m o t o r i a, c e p h a l e e m u s c u l a i r e, tipične migrenske glavobolje, glavobolje koje se javljaju kod hipertoničara ili glavobolje koje se javljaju kod bolesnika koji su pod pojačanom emocionalnom napetošću.

Naši slučajevi paroksizmalne glavobolje najviše sličje napadima atipične migrene, koja ide bez prodromalnih simptoma tipičnih za migrenu i digestivnih poremećaja, ali sa nizom subjektivnih tegoba kao što su probadanja u prekordijalnom predjelu, epigastriju, psihičke teškoće i sl., ili pak bolovi u glavi, rjeđe, mogu biti vrlo slabi i atipični dok su u kliničkoj slici izraženi samo prodromi (»migrenski ekvivalenti«).

U našim slučajevima glavobolje ne radi se o tipu glavobolje C e p h a l a l g i a v a s o m o t o r i a jer se ova vrsta glavobolje ne javlja u paroksizmima, nego su to manje-više trajni bolovi, koji se pojačavaju prilikom promjene vremena ili u vrijeme jakih emocionalnih napetosti, a kada se bolovi pojačaju i traju danima i nedjeljama, ne postoje nikakvi prodromi, a bolovi su difuzni.

Isto tako naši slučajevi glavobolje nisu migrenske glavobolje niti glavobolje muskularnog porijekla, kao ni glavobolje koje se javljaju kod hipertoničara, jer su internisti na ovome terenu ustanovili veliki procenat stanovnika kod kojih je izražena hipotonija. Isto tako ne može se kod ovih glavobolja uzeti kao provokativni faktor emocionalna napetost jer su pregledani bili uravnotežni u emocionalnom pogledu, a karakter bolova u slučaju emocionalne napetosti je takav da je početak glavobolje postepen, bolovi traju dugo, u vidu pritiska, sa povremenim pojačanjem bolova i vrtoglavicom.

Isto tako ne možemo kazati da su naši pacijenti imali glavobolje tipa Hortonovog sindroma, koji je samo jedna posebna forma atipične migrene (histaminska glavobolja), karakterizovana naglim početkom, bez prodroma, kratkim trajanjem jakih bolova u jednoj polovini glave sa znacima jake kongestije lica i suženjem oka na strani bola.

Kod bolesnika koji su imali paroksizmalnu glavobolju ustanovili smo kao moguću etiološki faktor povredu glave, ranije prelaženi e n c e f a l i t i s, povrede prilikom porođaja (većina pregledanih je prvo dijete po redu rođenja), ali ističemo kao

važan uzrok endemski leus, pogotovu i stoga što smo ustanovili u grupi bolesti L U. važan uzrok endemski lues, pogotovu i stoga što smo ustanovili u grupi bolesti *lu. cerebrospinalis* veći broj bolesnika sa jakim glavoboljom paroksizmalne prirode (nismo ih svrstavali u ovu grupu bolesti jer smo ustanovili patološke znakove oboljenja centralnog nervnog sistema i podatak da su liječeni od sifilisa.

## II. Neuroze

Grupa bolesti *neuroze* bila je zastupljena sa 16% od svih pregledanih. Žene su za 11,4% češće oboljevale nego muškarci. Najviše je takvih slučajeva bilo u dobnoj grupi 20—34 godine. U drugoj grupi pregledanih za 0,1% bilo je više takvih slučajeva nego u prvoj grupi. Kao što se vidi iz tabele br. 1, najviše je bilo slučajeva u grupi bolesti *neurasthenia* i *dystonia neurovegetativa* — 2, 3. grupa bolesti iz tabele broj 1 — (101 slučaj), a vrlo malo u ostalim grupama.

Anamnestički kod takvih bolesnika mogli smo često ustanoviti dugotrajan i naporan rad, ranije preležane bolesti (zapaljenje pluća, tifus i slično), lošu ishranu, tuberkulozu pluća, maligne tumore, bubrežne bolesti, lagano povišenu strumu (bazedovoidi), helmintijazu i dizenteriju, tako da su skoro sve distonično-neurastenične slike bolesti simptomatske.

Osnovno je kod svih bolesnika neurastenično-distoničnog sindroma brzo zamaranje, razdražljivost, tupi bolovi u glavi, mršavost i nesаница. Pregledom smo mogli ustanoviti pojačan dermatografizam, hiperhidrozu, tremor prstiju, živahne fiziološke mišićne reflekse, hipus, ili naznačenu anizokoriju, a u manjem broju znakove opterećenja (ili oštećenja) ekstrapiramidalnog sistema. Neki od ovih slučajeva naginjali su simpatikotoniji, a neki vagotoniji. I anksioznih neuroza, karakternih neuroza i psihastenija, kao što se iz dosadašnjeg izlaganja vidi, našli smo u malom procentu, što govori da je emocionalna sfera ovog stanovništva uravnotežena, i to na nižem stupnju, bez većih emocionalnih oscilacija, tako da nije ni bilo ulkusne bolesti ili nekih drugih psihosomatskih oboljenja. Ako usporedimo procenat neuroza kod nas, uzevši slučajeve anksioznih neuroza (5. grupa bolesti iz tabele br. 1) i psihopatija (10. grupa bolesti iz tab br. 1), što predstavlja 1,4% svih pregledanih, sa rezultatima autora koji su radili po cenzus-metodi, vidimo da je Lopašić<sup>19</sup> na otoku Susku ustanovio 0,9% oboljelih od neuroze, Lemkau u Baltimoru i Mayer-Gross<sup>19</sup> u sjevernoj Engleskoj 0,35%.

Naš veći procenat neuroza potiče otud što mi nismo radili po cenzus-metodi, nego smo ispitivali one koji su se sami javili na pregled.

## III. Lues cerebrospinalis

U grupu bolesti *lu. cerebrospinalis* svrstali smo 9,1% od svih pregledanih. Muškarci su za 11,4% više zastupljeni od žena. Na ovakve slučajeve nailazili smo počev od 15. god. života, a najviše ih je bilo u dobnoj grupi 45—54 godine. U II grupi pregledanih ova grupa bolesti je bila češća za 4,8% nego u I grupi. Najveći broj pregledanih ove grupe bolesti pripada displastičnom tipu.

Od ukupno 64 bolesnika koje smo svrstali u grupu bolesti *lu cerebrospinalis* 48 se liječilo prije rata od luesa. U anamnezi takvih bolesnika nailazili smo redovno na karakteristični odgovor da je išao »na igle« jer je imao »nečistu krv«. U 30 slučajeva iste grupe bolesti ustanovili smo da su pacijenci preležali tifus. Oni pak bolesnici koji su preležali tifus (pjegavac) a nisu liječeni od luesa, iako bi imali znakove nervnih bolesti, svrstani su u grupu bolesti *complicatio post ty.*

Najčešća klinička slika u grupi bolesti *lu. cerebrospinalis* bio je diseminirani encefalomijelitis (37 slučajeva), a zatim kongenitalni lues (10 slučajeva), *T a d o r s a l i s* (5 slučajeva), pseudoneurastenija (4 slučaja) poliradikuloneuritis (4 slučaja), bazilarni arahnitis (3 slučaja) i taboparaliza (2 slučaja).

U ovoj grupi bolesti često smo mogli ustanoviti da su pregledani bolovali od neke bubreže bolesti ili skrofuloznih oboljenja, a žene su često imale jedan ili više spontanih pobačaja.

Ne samo da je procenat oboljelih od ove bolesti bio različit u prvoj i drugoj grupi pregledanih nego se i klinička slika razlikovala. Tako je u prvoj grupi klinička slika bila slabije izražena, ali uz veći broj degenerativnih stigmi, dok je u drugoj grupi klinička slika bila izrazitija, ali sa manje degenerativnih stigmi.

U drugoj grupi smo uglavnom notirali sve slučajeve tabesa, progresivne paralize, taboparalize i poliradikuloneuritisa. Takvo nijansiranje u kliničkoj slici govori u smislu starije prokuženosti luesom pregledanih u prvoj grupi. Recimo, sela Bašagići i Sokolovići, koja su vojnog porijekla, već imaju izrazitije kliničke slike nervnog luesa od okolnih sela, što govori da je u tim selima infekcija bila svježija. Pojedina sela koja pripadaju drugoj grupi, kao što su Draževići, Duhri, Palež i Čalukovac, prednjače po broju oboljelih od luesa. Internisti su ustanovili veći broj slučajeva sa hepatomegalijom u drugoj grupi, a prema našim podacima, u drugoj grupi su izrazitije kliničke slike nervnog luesa i veći procenat pregledanih pati od paroksizmalnih glavobolja, tako da postoji izvjesni paralelizam između bolesti jetre i nervnih bolesti.

Visceralne forme luesa (mezoaortitis, miokarditis, alopecije, deformaciju kostiju) mogli smo ustanoviti samo u drugoj grupi pregledanih.

Naročito pada u oči da je u skoro svim slučajevima trofičnih poremećaja koža lica blijedosivo kolorisana i smežurana.

Isto tako u ovim slučajevima bilo je mnogo karioznih i iskrzanih zuba. Često smo u ovim slučajevima ustanovili vaskularne poremećaje (varices, blaže oblike Raynold), kao i zapaljenje ušiju. Jedan slučaj luesa cerebrospinalnog bio je kombinovan sa težom formom deformantnog poliartritisa, dok je u jednom drugom slučaju nađen izraziti albinizam.

a) U kliničkoj slici diseminiranog encefalomijelitisa nailazili smo na razne neurološke znakove, kao što su u oblasti kranijalnih nerava — anizokorija, policikličnost zjenica, troma ili ugašena reakcija zjenica na osvjetljavanje s očuvanom reakcijom na akomodaciju (Argyll-Robertson), asimetrije ili potpuna zbrisanost nazolabijalnih brazda, jednostrana ptoza mekog nepca, ptoza gornjeg kapka, rjeđe Hornerov sindrom, nazoniran govor, a još rjeđe dizartične smetnje, diplopije, rijetko strabizam, jednostrano izraženo Chvostek III, lateralizacija Webera, a u oblasti ekstremiteta — asimetrija refleksa, jednostrano ugašenost refleksa mišića kvadricepsa ili tricepsa, asimetrično izražene palanestetične smetnje, neuralgiformni bolovi duž ruku i nogu (Bikeles i Lazarević pozitivni), a izuzetno jednostrano naznačene ataktične smetnje pri pokretima udova. — Po redu konstantnosti pojava neuroloških znakova prvo mjesto zauzimaju promjene na kranijalnim živcima, specijalno nervusa okulomotorijusa, a zatim na ekstremitetima. U svakom od ovih slučajeva bilo je nekoliko diseminiranih znakova. U četiri slučaja pacijente koji su ispoljavali sliku neurasteničnog sindroma, a kod kojih nismo mogli da pronađemo klinički ubjedljivih patoloških znakova, pošto su se liječili od luesa, svrstali smo u grupu bolesti *lu. cerebrospinalis* pod dg: Pseudoneurasthenia spec. Mnogi smatraju da diseminirani encefalomijelitis nije oboljenje parenhimatoznog porijekla, nego da su to promjene na krvnim sudovima i vezivanom tkivu. A što će se u nekim slučajevima razviti klinička slika diseminiranog encefalomijelitisa, a u nekim Ta dorzalisa ili progresivne paralize, zavisi od konstitucionalnih osobina samog čovjeka, jer je poznata činjenica da mozak, iako je ektodermalnog porijekla, nekada ima, što je izuzetno u organizmu — svojstva embrionalnog tkiva, tj. u njemu mogu spirohete da se naseljavaju u mezodermalnim i ektodermalnim tkivima, te na taj način dođe i do parenhimatoznog oboljenja centralnog nervnog sistema (Ta dorsalis i progresivna paraliza.) Ne samo u slučaju bolesti diseminiranog encefalomijelita nego i u ostalim formama kliničke slike u grupi bolesti *lu. cerebrospinalis* promjene na zjemicama bile su najkonstantniji patološki znak. Mioza nije pratila uvijek u našim slučajevima koji su ispoljavali Argyll-Robertsonov fenomen — refleksnu iridoplegi-

ju, a, prema posljednjim izvještajima raznih autora, mioza prati refleksnu iridoplegiju u svega 30% slučajeva (Stewart P., Drought W.). Marina tvrdi da je Argyll-Robertsonov fenomen združen sa degeneracijom ciliarnog ganglion. U slučajevima ta dorzalisa Merrit i Moore lokalizuju leziju (kretični subependimitis) u prednji dio moždanog stabla ispred zadnje komisure na mjestu gdje prolaze putovi za pupilarni refleks za svjetlost blizu simpatičnih pupilodilatatornih nervnih vlakana. Jasno je da pojavu Argyll-Robertsonovog fenomena ne izaziva samo lues nego mogu biti i razni drugi uzroci, kao što su encefalitis, alkoholizam, dijabetes melitus, trauma glave, multipla skleroza, siringomijelija, ali u svim našim slučajevima najvjerovatniji uzrok je lues.

b) Deset slučajeva kongenitalnog luesa svrstali smo u ovu grupu bolesti. U tim slučajevima smo našli sljedeće patološke znakove: sedlast nos, kaput kvadratum, heterohromiju, asimetriju lica, hidrocefaliju, perforaciju mekog nepca sa cikatriksima (4 slučaja), Hutchinsonove zube. Baš u ovim slučajevima ustanovili smo najveći broj Ornesteen-Vujićevih znakova, a od svih znakova najčešća je bila radijalna devijacija pesnica. Najveći procenat radijalne devijacije pesnica ustanovio je i Ristić J., prilikom pregledanja radnika u Fabrici stakla u Paraćinu.

c) U svih pet slučajeva Ta dorzalisa bile su izražene promjene u neurološkom statusu, kao što su ugašenost refleksa mišića kvadricepsa i tricepsa obostrano, poremećaj dubokog senzibiliteta, ataksija donjih udova, zbrisanost nazolabijalnih brazda, dizartrične smetnje, refleksna iridoplegija i »mrak« pred očima.

Ove slučajeve Ta dorzalisa lako smo mogli lučiti od alkoholičarskog pseudotabesa po anamnestičkim podacima i po tome što je u našim slučajevima postojala nesjetljivost dubljih tkiva na pritisak. Adiejev sindrom je takođe bilo lako isključiti anamnestički.

Četiri slučaja poliradikuloneuritisa razlikovali smo od Ta dorzalisa po njenoj specifičnoj simptomatologiji, a pošto su pacijenti liječeni od luesa, svrstali smo ih u grupu bolesti *lu. cerebrospinalis*.

d) U našem materijalu ustanovili smo tri slučaja progresivne paralize i dva slučaja taboparalize. Svi naši slučajevi progresivne paralize pripadali su dementnim formama. Beringer podvlači tvrdnju da je odnos progresivne paralize i Ta dorzalisa 9 : 5, a prema našem materijalu je 3 : 2. Indolentnost takvih bolesnika svakako je uticala da se mnogi pacijenti koji boluju od progresivne paralize nisu odazvali na upućene pozive. Osim toga, na to utiče i činjenica da smo pregledali manji broj muškaraca. Na osnovu bolesničkog materijala neuropsihijatrijskog odjeljenja ODB u Sarajevu u razdoblju od 20 godina, iz bolesničkog materijala ocnog odjeljenja ODB u Sarajevu za razdoblje od 10 godina i, djelimično, iz materijala sa terena vidi se da je od ukupno 5.123 bolesnika 9,3% bolovalo od progresivne paralize i taboparalize, a od 1.604 bolesnika, koji su ležali na neurološkom odjeljenju, 13,7% otpada na neorolues (Zec). Procenat oboljelih od nervnog luesa koji smo mi ustanovili u rejonu Lepenice približno se slaže s ovim podacima.

e) Tri slučaja iz ove grupe bolesti koje smo shvatili kao bazilarni arahnitis po kliničkim znacima, a ne po rentgenskim pretragama, nismo svrstali u grupu bolesti *arachnitis bas. chr.* jer smo ustanovili da su pacijenti liječeni od luesa. U jednom od ovih slučajeva našli smo izraženu frontalnu hiperostožu, koja se, prema Brainu, pekulijarno nalazi u slučaju meningeoma. Napominjemo da smo na pojavu frontalne hiperostoze naišli kod jednog pacijenta koji je imao normalan neurološki nalaz.

#### IV. Status dysraphicus

U grupi bolesti *status dysraphicus* bilo je 37 slučajeva, ili 5,4% od svih pregledanih. Muškaraca je bilo više od žena za 1,4%. Takvih slučajeva je bilo podjednako u svim dobnim grupama. U I grupi pregledanih bilo je za 5,7% više takvih slučajeva nego u drugoj grupi. Ako bi se ova bolest dovela u vezu sa luesom,

onda bi značilo da je stanovništvo prve grupe ranije prokuženo luesom. (U I grupi, u vezi s ovim oboljenjem mogli smo ustanoviti tri slučaja progresivne mišićne distrofije, dok na takvu bolest nismo naišli u drugoj grupi pregledanih.) U grupu bolesti *st. dysraphicus* svrstali smo slučajeve kada su bili jako izraženi degenerativni znakovi a nije bilo nikakvih lezija CNS-a, tako da je dosta slučajeva sa degenerativnim stigmama, pošto pacijenti boluju od neke bolesti, razvrstano u druge grupe bolesti. Bolesnici ove grupe bolesti u anamnezi nisu imali podatak da su liječeni od luesa, a ispoljavali su slijedeće degenerativne znakove: prognatiju, heterohromiju šarenice, morsupiliju ili srasle ušne rese, toraks pektineus, ljevorukost, sindaktiliju, polimastiju, akralne vazomotorne poremećaje u vidu lagane cijanoze, asimetriju lica, sakralnu hipertrihozu, strabizam, sedlast nos, veći raspon ruku od visine tijela, plavkaste beonjače, hidrocefaliju i kaput kvadratum. Često smo u ovim slučajevima ustanovili endokrine insuficijencije i nedozrelost na tjelesnom planu, Opacitates corporis vitrei, katarakte, a u jednom slučaju naevus flameus. Treba istaći da je veliki broj pregledanih u I grupi, počev od četrdesete godine, imao incipientnu kataraktu.

Baš ovi bolesnici koji su imali degenerativne znakove ispoljavali su razne znakove oštećenja (ili opterećenja) ekstrapiramidalnog sistema: znak radijalne devijacije pesnica, znak suženja rime okuli, znak supercilije, znak naknadne volarne fleksije pesnice, poremećaj automatskih pokreta pri hodu, Ornsteenove znakove. Vjerovatno da su status dizrafikus i s njim u vezi nedozrelost, katarakte i endokrine insuficijencije posljedica nedovoljne ishrane, incesta i luesa u ascendenciji.

#### V. Complicatio post ty.

U grupu bolesti *complicatio post ty.* svrstali smo slučajeve kada smo mogli ustanoviti kliničke znakove lezije CNS-a a kada smo anamnestički ustanovili da su pacijenti preležali tifus (obično pjegavac), dok nismo mogli da utvrdimo neki drugi etiološki faktor. U 130 slučajeva od ukupnog broja pregledanih mogli smo ustanoviti da su bolesnici preležali tifus, a u 29 slučajeva od njih mogli smo konstatovati posljedice preležanog tifusa. U ovu grupu bolesti svrstali smo 29 slučajeva, tj. 4,1% od svih pregledanih. Skoro podjednako su bili zastupljeni muškarci i žene. Najviše ih je bilo u životnoj dobi od 35 do 54. godine. U I grupi je bilo svega 0,5% slučajeva više nego u II grupi. U našim slučajevima bile su razne kliničke slike: izraziti divergentni strabizam monopareze, izrazite anizokorije ili Hornerov sindrom, uporne forme polineuritisa, mononeuritisa ili neuralgije, koji datiraju od preležane bolesti, a skoro u svim slučajevima bio je izražen neurastenično-distonični sindrom.

Poznato je da pjegavac u svom akutnom stadiju dovodi do promjena na nervnom sistemu, i to u prvom redu na psihičkom planu — u vidu raznih delirantnih i sumračnih stanja, a na somatskom planu, prema radovima Redera, Pfeiffera, Hingberga i dr., do encefalitisa u drugoj i trećoj nedjelji bolesti, dok se trajne komplikacije opisuju hemiplegije, neuritisi svih vrsta perifernih živaca, promjene u ekstrapiramidalnom i nervnom sistemu. Ovi podaci se odnose na slučajeve pacijenata koji su oboljeli prije I. svjetskog rata u Rusiji, Poljskoj i Rumuniji. Zec i Dimitrijević iznijeli su zapažanja sanitetske ekipe koja je 1946. godine prošla kroz sarajevski, kalinovački, rogatički i fočanski srez i koja je pronašla od 164 pregledana nervna bolesnika 39 sa komplikacijama poslije preležanog tifusa. Prema rezultatima ove ekipe ispada da su krajevi sa endemskim luesom imali više nervnih komplikacija od tifusa nego krajevi gdje je endemski lues manje izražen. Tu su bile nađene razne kliničke slike: hemipareze, neuralgije i neuritisi, tetraplegije, melanholija, astenija, epilepsija s epileptičnim ekvivalentima. Morgestern smatra da je neuritis akustičnog živca česta komplikacija poslije preležanog pjegavca.

U slučaju pjegavca su na prekapilarima ustanovljene infiltrativne promjene koje mogu zahvatiti veće krvne sudove, a to dovodi do trombo-vaskulitisa. Nekad pak

postoje promjene na meningama u vidu čeličnih infiltracija. Prema tome, većina hemiplegija (monoplegija) su posljedice promjena na krvnim sudovima i tada su po pravilu inverterirane, dok u slučajevima kada se radilo o tranzitornim hemiparezama, prema Gajmanoviću, to su bili encefalitis, a ne pjevavac.

## VI. Neuritis

U grupu bolesti *neuritis* svrstali smo slučajeve sa neuritisom nervusa ishijadikusa ili neuralgijama raznih živaca. Malo je bilo slučajeva blaže forme poli-neuritisa. I neuritis nervusa ishijadikusa i polineuritis su u većini slučajeva bili hronični, a povremeno su egzacerbirali. Često smo mogli ustanoviti promjene u refleksima kao posljedicu ranijeg neuritisa nervusa ishijadikusa. U grupu bolesti *lumboischialgia* svrstali smo dva slučaja pacijenata koji su imali jake bolove i koji su bili u akutnoj fazi bolesti. — U grupu bolesti *neuritis* bilo je 28 slučajeva, ili 4,0% od svih pregledanih. Muškarci su za 1,3% češće bolovali od žena. U II. grupi za 3,0% bilo je više slučajeva nego u I. grupi pregledanih.

## VII. Arteriosclerosis cerebri

U grupu bolesti *arteriosclerosis cerebri* svrstali smo 26 slučajeva, ili 3,7% od svih pregledanih. U svim ovim slučajevima našli smo znakove lezije nervnog sistema i psihičke poremećaje čiji se uzrok mogao shvatiti samo kao posljedica arteriosklerotičnih promjena krvnih sudova mozga. Muškarci su za 1,1% bili više zastupljeni nego žene. Najviše ih je bilo u životnoj dobi od 64 do 79 godina, a najmlađi u 58. godini života. U II. grupi pregledanih za 1,3% bilo je više slučajeva nego u I. grupi.

Uspoređujući naše rezultate sa rezultatima autora koji su radili po cenzus-metodi, vidimo da je kod nas procenat arteriosklerotičnih poremećaja veći (Lopašić na otoku Susku je ustanovio 2,3% staračke arteriosklerotičke i presenilne demencije a Mayer-Gross u sjevernoj Engleskoj 0,6%).

## VIII. Arachnitis bas. chr.

U grupi bolesti *arachnitis bas chr.* svrstali smo 16 slučajeva, ili 2,3% od ukupnog broja pregledanih. Muškarci su za 1,6% bili više zastupljeni od žena. U I. grupi za 1,4% više je bilo takvih slučajeva nego u II. grupi pregledanih.

U ovim našim slučajevima smatrali smo da se po toku bolesti i kliničkom nalogu radilo, vrlo vjerovatno, o bazilarnom arahnitisu. Svakako da bi trebalo ovakvu dijagnozu postavljati aero-encefalografskim pregledom, ali za naše slučajeve nismo našli opravdanja da ih svrstamo u drugu grupu bolesti a sama klinička slika upućivala nas je na to da se odlučimo za ovakvu dijagnozu. Izabrali smo naziv *Arachnitis bas.* prema Petteovoj podjeli arahnoiditisa, jer nam se čini najpogodnija pošto nismo vršili precizna klinička ispitivanja.

U svim našim slučajevima bolest se pojavila neposredno poslije teških septičnih stanja, abortusa, trauma glave ili poslije osteomijelitisa. U našim slučajevima dolazilo je do paroksizama pogoršanja bolesti samo u njenom početnom stadiju, da bi kasnije došlo do ustaljivanja svih simptoma (što je patognomonično za arahnoiditis). Najmarkantniji simptom je bila trajna glavobolja praćena vrtoglavicom, nauzeom, insomnijom i vazomotornom labilnošću. Od neuroloških znakova postojale su promjene na kranijalnim nervima, redovno jednostrano: midrijaza ili mioza sa refleksnom iridoplegijom, lezija nervusa vestibularisa, anosmija, neuralgični bolovi i parestetične smetnje u području nervusa trigeminusa, asimetričnost u izazivanju refleksa. Jedan bolesnik iz te grupe imao je ekscesivnu ugojenost (diencefalni poremećaj).

Na klinici smo imali jedan slučaj optohijazmatičnog arahnitisa iz regiona Le-penice (vidi tab. br. 1 a i b).

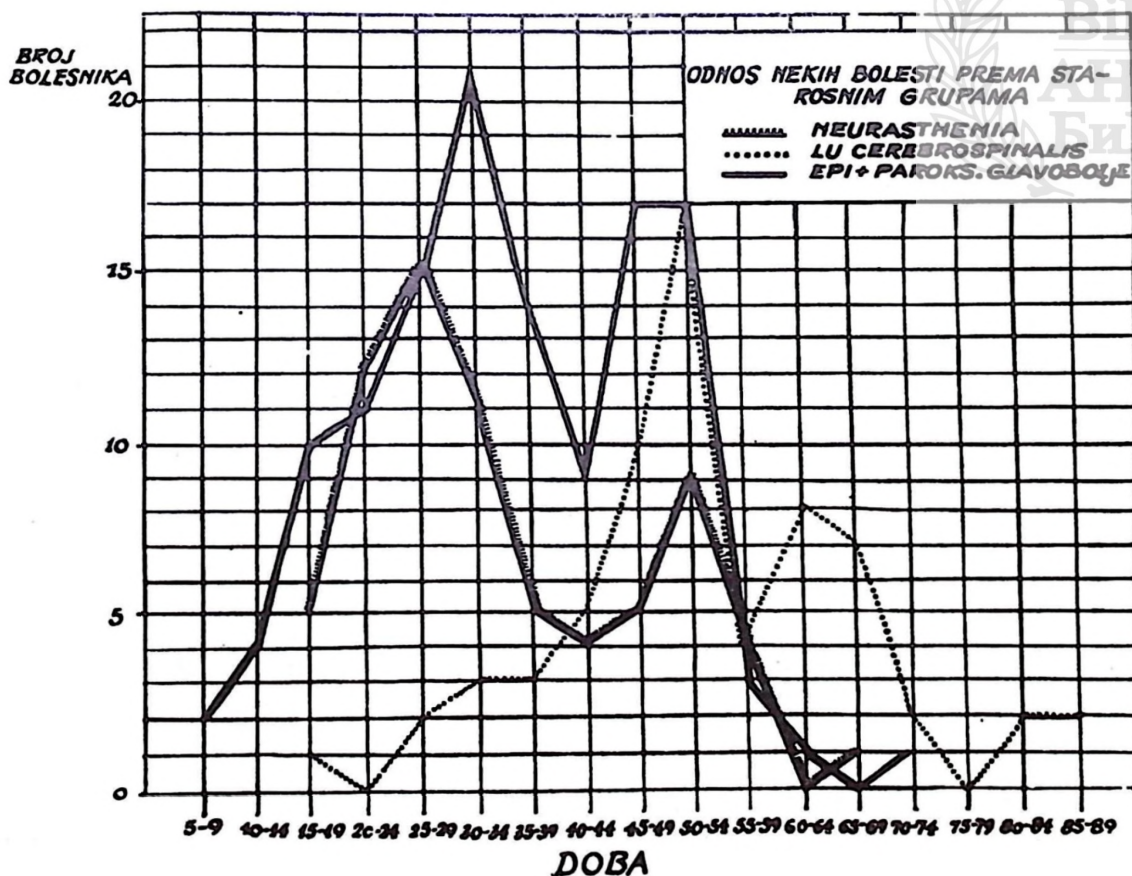
### IX. Encephalitis chr.

U grupi bolesti *encephalitis chr.* bilo je 1,6% slučajeva. Skoro podjednako su bili zastupljeni žene i muškarci, ali je za 3,1% bilo više slučajeva u I grupi pregledanih. U anamnezi takvih bolesnika redovno smo nailazili na podatak da su preležali »neku bolest« sa povišenom temperaturom i poremećenim ritmom sna. Ovi slučajevi su ispoljavali kliničku sliku parkinsonizma sa tremorom u miru, povišenim tonusom (rigor), sa siromaštvom i ograničenošću hotimičnih kretnji i sa nizom vegetativnih poremećaja (sialorrhoe, facies oleosa, hyperhydrosia), kao i Ormsteen-Vujićeve znakove. Iz našeg materijala se vidi da postencefalitičnog parkinsonizma ima najviše tamo (I grupa pregledanih) gdje ima i statusa dizafikusa.

### X. Oligophrenia

U grupi bolesti *oligophrenia* bilo je 1,4% od svih pregledanih. Muškaraca je bilo za 0,5% više nego žena. To se može objasniti i pojačanom migracijom stanovništva. Najviše je bilo u životnoj dobi od 25 do 29 godina. Za 1,1% je bilo više oligofrenih u I. grupi pregledanih. Ovi slučajevi su većinom ispoljavali kliničku sliku imbecilnosti. Iz ovog kraja na kliniaci je bio i jedan sudski slučaj dg: Oligophrenia. Na pojavu oligofrenije, prema Stromgrenu, ima uticaj incest, a, prema Egenteru i Mülleru, postoji izvjestan odnos između shizofrenije i oligofrenije, jer u onim porodicama u kojima ima mnogo shizofreničara ima mnogo i oligofrenih.

GRAFIKON 7.



Dok smo u našem materijalu ustanovili 1,4% oligofrenih, autori koji su radili po cenzus-metodi ustanovili su različite procenete oboljelih.

Lopašić je ustanovio 4,0% oligofrenih na otoku Susku, Stromgren na Borholmu 3,0%, Mayer-Gross u Škotskoj 1,65% i Kailla u Finskoj 0,44%.

#### XI. Schizophrenia

U grupi bolesti *schizophrenia* otkrili smo tri slučaja, ili 0,4%. U sva tri slučaja su bile žene. Jedan slučaj je bio I, dva u II. grupi pregledanih. Svi slučajevi su bili u životnoj dobi od 30 do 39 godina. Lopašić je u svome materijalu ustanovio 1,1%, a Lemkau u Baltimoru 0,29% i sl.

#### XII. Psychosis circ.

U grupi bolesti *psychosis circ.* ustanovili smo samo jedan slučaj (muškarac), tj. 0,1% od svih pregledanih, i to u I. grupi pregledanih. Lopašić je ustanovio na Susku 0,6% maničnih slika a Mayer-Gross 0,35% u sjevernoj Engleskoj.

#### XIII. Hemiparesis

U grupi bolesti *hemiparesis* imali smo tri slučaja, ili 0,4% poslije preležanog apoplektičnog insulta. Bila su dva muškarca i jedna žena. Bolest se javljala u životnoj dobi od 55 do 74 godine.

#### XIV. St. post poliomyelitidem

U grupi bolesti *st. post poliomyelitidem* bilo je svega 2 slučaja, tj. 0,3% od svih pregledanih.

#### XV. Compressio med. spin.

U grupi bolesti *compressio med. spin.* bio je jedan slučaj tj. 0,1% od svih pregledanih.

#### XVI. Dystrophia musc. prog.

U grupi bolesti *dystrophia musc. prog.* bilo je tri slučaja, tj. 0,4% od svih pregledanih. Sva tri slučaja bila su u I. grupi pregledanih. To je bio otac od 65 godina i njegovo dvoje djece, koja su bila u životnoj dobi od 5 do 14 godina.

U zaključku možemo da kažemo da je naša ekipa uspjela da stekne dosta jasan uvid u stanje zdravlja sa kliničko-psihijatrijskog stanovišta u regiji Lepenice.

Globalni procenat ovih oboljenja ne razlikuje se mnogo od procenta u drugim krajevima, ali uža struktura morbiditeta je utoliko drukčija što je ovo ranije bio kraj endemijskog luesa, tako da je procenat neuroluetičnih manifestacija znatno veći nego u drugim neendemijskim krajevima.

Inače kliničke slike neuropsihijatrijskih bolesti ne pokazuju značajnijih razlika od kliničkih slika u drugim krajevima, osim neznatnijih odstupanja u vezi sa socijalnim i porodičnim odnosima ovog relativno izolovanog kraja.

## BIBLIOGRAFIJA

1. Beringer: D. Syphilidog. Erkkgn. d. Nerven-Syst. b. d. Burjato-Mongolen, Arch. f. Psych. N. 103.
2. Bing: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten, 1957.
3. Brain, W. R.: Diseases of the nervous system, OXFORD UNIVER. PRESS. 1951.
4. Brisaud, E.: Leçons sur les maladies nerveuses, Paris, 1895.
5. Bumke: Lehrbuch d. Geisteskrankheiten, München, 1944.
6. Danić i Cvijetić: Duševne bolesti u Srbiji, Bgd., 1895.
7. Dimitrijević, D.: GLASNIK CENTRALNOG HIGIJENSKOG ZAVODA, 1940.
8. Delić i Grin. Koštani i zglobni lues kod endem. sifilisa u BiH, Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu, 1939.
9. Dojmi, L.: Porijeklo i raširenost endem. sifil. u BiH, Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu (1939).
10. Dragišić, B.: End. sifilis kod djece, Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu (1939).
11. Duhring: Studien über endemischen u. hereditaren Syphilis, Arch. f. Dermat. u. Syphil. Bd. 62.
12. Fanchamps, A.: Patogénie et traitement de la migraine et des cephal. app., Jour. Suisse de Pharm., 94, 340—355, 1956.
13. Filipović, M.: Leptenica kao regija, Rad čitan na sjednici Nauč. druš. BiH, 1960.
14. Flegler, J.: Opći razlozi kliničkih osobina end. sifilisa u BiH, Srpski arhiv, 1928.
15. Flegler, J.: O promjenama kičm. težnosti kod end. sifilisa u BiH, Med. pregled, 1926.
16. Flegler, J.: Pitanje inicijalnih skleroza s obzirom na mehanizam zaraze kod endem. sifil. u BiH.
17. Franković, V.: Serologija end. sifil., Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu, 1939.
18. Gibbs, F., Gibbs, E.: Atlas of elektroencephalography, vol. 2, Addison-Wesley press, inc., 1952.
19. Glavan, I.: Živčane bolesti, Med. knj., Beograd-Zagreb, 1957.
20. Glück, L.: Zur Kenntnis d. klinischen Eigentümlichkeiten d. sok. endem. Syphil., Archiv f. Derm u Syphil., Bd. 72.
21. Glück, A.: Ueber die klinischen Eigentümlichkeiten d. endem Syph. in Bosnien, Arch. f. Derm. u Syphil. Bd. 138.
22. Grin, E.: Suzbijanje end. sifilisa, Soc. med. pregled, Bgd, 1937.
23. Grin, E.: Epidemiologija end. sifilisa u Bosni, Soc. med. pregled, 1937.
24. Grin, E.: Obiteljski tip end. sifilisa u Bosni, Liječ. vjesnik, 1938. No 3.
25. Groeminger, O.: Beitrag zur Frage der Häufigkeit der Psych. und der Erblischen Belastung, Schweiz. med. Wschr., 1, 571, 1938.
26. Grön, K.: Syphilis-Endemien, Handbuch d. Haut u. Geschlktn. von Jadassohn Bd. XVII—3.
27. Heyck, H.: Schweiz. med. Wschr., 86, 41 (1956).
28. Hoff, H. G.: Headache and other pain, OXFORD UNIVERSITY PRESS. New-Jork (1948).
- 28a. Horton, B. T.: Bull. Tufts N. England Med. Center 1, 143 (1955).
29. Horton, B. T.: A. R. McLean, W. M. Craig, Proc. Staff Meet. Mayo Clin 14, 257 (1939).
30. Jessner, M., Rossiansky, N.: Die Ergebnisse d. deutsch-russischen Siphilis-Expedition 1928, Archiv f. Derm. u. Syphilis Bd. 160.
31. Koetschett: Die Progr. Paralyse u. die Syphilis mit Berücksichtigung d. diesbezügl. Verhältnisse in Archiv f. Derm. u. Syphil. Bd. 72.
32. Kogoj, Fr., Vuletić, A.: Opća slika endemijskog sifilisa, Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu (1939).
33. Kogoj, Fr., Vuletić, A.: Epidemiologija endemijskog sifilisa. Pojave na koži, sluznicama i kostima. Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu (1939).
34. Lopašić i dr.: Psihijatrija, Med. knj., Bgd.—Zgb. (1959).
35. Lopašić, R.: Arachnoiditis cerebri chr., Zbornik II naučnog sastanka neuropsihijataru FNRJ u Opatiji, Med. knj., Bgd. (1951).
36. Lopašić, R.: Oboljenja CNS kod endemijskog sifilisa, Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu
37. Lopašić, R., Mikić, F.: Duševne poremetnje, Otok Susak. Djela Jug. akadem. znan. i umjetn., Knj. 49, 535.
38. Merenlender: Gibt es einen Antagonismus zwischen Haut u. Metalues? Zbtft. f. H. u. Geschl. Kr. Bd. 43.
39. Merrit, H., Moore, M.: Arch. Neurol. and Psychiat., 357. XXX, 1933 (cit. po STEWARTU.)

40. Näcke: Syphilis u. Dem. paral. Archiv f. Derm u. Syphil. Bd. 83.
41. Nonne, M.: Neurol. Centrabl., XXX, 6 (cit. po STEWARTU).
42. Ogden, H. G.: An. Allergy, 10, 155/1952 (cit. po STEWARTU).
43. Peričić, B.: Zur Kenntniss d. sog. Skerljevo in Dalmatien, Wiener kln. Wcht. 1892. No 51—52.
44. Peričić, B.: Erfahrungen über d. Syphilis, Wien, Med Wocht. 1896, No 9.
45. Puretić, B., Puretić, Š.: Zdravlje i bolesti djece, Otok Susak. Djela Jugosl. akadem. znan. i umjetn., Knj. 49, 519.
46. Ristić, J.: Neurološki pregled učenika fabrike stakla u Paraćinu. Iz Zbornika radova SAN. Inst. za med. istraživanja, Odeljenje za medicinu rada. Knj. 2 (1954). Bgd.
47. Sarbò: Syphil. Erkng. d. Ztnsystems, Bunke Foerster: Hdb d. Neur. Bd. 17.
48. Sezary: Siphilis exotique et patogénie de la syphilis nerveuse, Presse méd. 1926.
49. Schaar: Die Paral. bd. Bevölkrg. v. Java, Z. Neur. 151.
50. Schlossberger: Über exper. Neurosyph. Ztbt. f. H. u. G. Krktn. Bd. 43.
51. Stanojević: Med. pregled, 1928.
- 52.
53. Stewart, P., Drought, W.: The diagnosis of nervous diseases. Edward Arnold (1952).
54. Strömngren, E.: Beiträge zur psychiatrische Erblehre. Acta Psych. et Neur. suppl., 19 (1938). (Cit. po LOPAŠIĆU).
55. Stopa: Srpski arhiv, 1930.
56. Vujić, Vl.: Encephalitis larvata, Monogr., Nauč. knj., Bgd., 1948.
57. Vuletić, A.: Biološki pokusi sa sojem end. spirohete, Ank. Šk. nar. zdr. Zgb., 1939.
58. Vuletić, A.: Endemični sifilis u Bosni, Ank. Šk. nar. zdr. u Zagrebu, 1939.
59. Wolff, H. G.: Headache mechanismus, Int. Arch. of Alerg. and Appl. immun., SKARGER, N. York, 7, 210—278 (1958).
60. Zec, N.: Neuropsihijatriska oboljenja i endemski sifilis u BiH, Zbornik II nauč. sastanka neuropsihijatarata FNRJ u Opatiji 1949. godine., Med. knj., Bgd., 1951.
61. Zec, N., Dimitrijević, D.: O nervnim komplikacijam kod pegavog tifusa, Zbornik II nauč. sastanka neuropsihijatarata u Opatiji 1949. g., Med. knj., Bgd., 1951.

