

Izredno redek razlog neprištevnosti

(Morbus WINIWAITER-BUERGER)

Dr. Momčilo Vitorović

Splošni medicinski podatki

Omenjena bolezen je poimenovana po zdravnikih, ki sta jo opisala, in sicer WINIWAITER l. 1878 kot »endarteritis obliterans«, BUERGER pa je leta 1924 povzel izkušnje pri pet sto primerih bolezni z imenom »trombangitis obliterans«. Čeprav je bila bolezen že pred WINIWAITERJEM nekajkrat opisana, jo po pravici imenujemo morbus WINIWAITER-BUERGER. V bistvu je to bolezen krvnega ožilja, arterij in ven, pri katerih primarno nastaja izredno brstenje intime (notranjega sloja ožilja), sekundarno pa tromboza in obliteracija (zamašenje). Zato je polni patološki-anatomski naziv bolezni »trombendarteritis obliterans«. Ker pa praktično vedno nastajajo motnje v cirkulaciji krvi, je razumljivo, da so posamezni organi prizadeti najprej funkcionalno, pozneje pa tudi strukturalno.

Bolezen napada pretežno moške, in sicer po HORTONU in SILBERTU (nav. SCHEID) celo 98–99 %. Drugi avtorji pa navajajo (RATSCHOW), da je udeležba žensk vse večja in večja.

Vzrok bolezni ni znani. Navajajo različne vzroke, kot na primer prirojene in dednostne faktorje, starost, rasne momente (BUERGER je mislil, da Židje bolehajo v večjem odstotku kakor drugi), alergijo (spremenjeno reaktivnost organizma na posamezne snovi), prehlad in razne infekcije, zlasti revmatične in virusne, preveliko uživanje nikotina, motnje v strjevanju krvi, funkcionalne spazme ožilja itd. Da na to vprašanje ni pravega odgovora, so najboljši dokaz številne teorije. Med njimi RATSCHOW poudarja pomen infekcije, ALLEN in njegovi sodelavci pomen nikotina, LLAVERO pa alergije - hiperergije.

Klinične manifestacije bolezni so zelo pestre. Po navadi se navajata periferne in centralni tip bolezni, to je, ali so prizadete okončine ali pa centralni živčni sistem. Ta razdelitev je le pogojna, ker so neredko prizadeti tudi notranji parenhimatozni organi, jetra, ledvice, srce in drugi. Tako na primer navaja RATSCHOW, da so bile ugotovljene z elektrokardiogramom srčne motnje pri 97 bolnikih izmed 117, kar pomeni, da je odstotek prizadetosti notranjih organov zelo visok. Simptomatologija perifernega tipa bolezni je precej tipična: bolečine v okončinah, zlasti spodnjih, bolniki se morajo pri hoji od časa do časa ustaviti, da bi bolečine minile; okončini sta bolj hladni, cianotični, pulz je na njih slabo

otipljiv ali neotipljiv, obstoje vegetativne motnje in končno se javlja gangrena.

Glede centralne oblike bolezni so spočetka mislili, da so cerebralne forme redka komplikacija: BURGER navaja celo le en primer izmed pet sto. Vendar se je sčasoma znanje o bolezni poglobilo in je danes nedvomno ugotovljeno, da je centralni živčni sistem ne le pogosto prizadet, temveč da obstoje tudi pretežno in čisto cerebralne oblike bolezni. Tako so o čisto cerebralni obliki bolezni poročali MEYER, DAVIS in PERRET, KRAYENBÜHL (nav. SCHEID).

Pri cerebralni obliki so možganske ovojnice vedno motne in zadabeljene, možgani pa atrofični. Atrofija se izraža na dva načina, in sicer v oblikah številnejših grobih manjših žarišč z izraženim notranjim hidrocefalom in v oblikah granularne atrofije z lažjim hidrocefalom. Pri tej granularni atrofiji so zlasti prizadete manjše arterije konveksitete možgan.

Splošni znaki centralnega tipa bolezni niso specifični: topi glavobol z migrenoidnimi napadi, vrtoglavica, potenje; bolezen ima lahko počasno progredienten potek ali pa v porivkih z remisijami. Omenjenima dvema anatomskima oblikama bolezni ustreza tudi nadaljnja klinična slika: pri grobih žariščih imamo po LLAVEROJU (nav. RATSCHOW) tako imenovani »motorični tip bolezni«, pri granularni atrofiji pa »psihiatrični tip«. Pri motoričnem tipu so na prvem mestu motorični izpadi od monoparez do tetraparez, afazija, agnozija, apraksija, epileptiformni napadi, hemianopsija in motnje senzibilnosti; to niso sicer znaki, ki bi bili specifični za to bolezen, temveč za vse organske okvare centralnega živčnega sistema.

Psihiatrična slika je zelo pestra: najprej stanja, ki so podobna reaktivni nerazpoloženosti, motnje spomina in pažnje, emocionalna labilnost in afektivna inkontinentnost; potem težke psihotične slike z zmedenostjo, dezorientiranostjo in motnjami zavesti na sploh. Pri obeh oblikah se razvija demenca, če bolnikovo življenje traja dovolj dolgo. Glede na to, da je morbus WINIWAITER-BUERGER tudi bolezen srednje dobe, se neredko »psihiatrični tip« diagnosticira kot involutivna motnja.

Opis dogodka

Dne 11. avgusta 1959 sta V. A. in K. J. igrala karte v gostilni »Pod Urhom« v Zadovru ter popivala. Proti koncu sta se sprla. K.

J. je očital V. A., da je pobegnil od partizanov in ga imenoval »skrivača«. Kmalu je prišla po K. J. njegova žena in ga odpeljala iz gostilne. Pozneje je odšel domov še V. A. Na poti med Žadvorom in Podmolnikom je V. A. naletel na K. J. in sta se spet sprila. Tedaj je V. A. stekel domov, vzel nož, se vrnil in zabodel K. J. dvakrat v trebuh.

Bilo je dosti prič, ki so izpovedale, kako se je V. A. ponašal pred dejanjem, med njim in po njem: upravnik gostilne je opisal, kako sta oba pila in kako je K. J. res žalil V. A., ki je bil zaradi tega zelo razburjen. Kmečka delavka T. M. pa je opisala usodni dogodek, ki ga je videla. Pogovarjala se je s K. J., ko je mimo prišel V. A. K. J. je s travnika stopil na cesto, ustavil V. A. in med njima se je vnel preprič. Besed ni slišala. Med preprom je V. A. z nogo brcal K. J., ga vrgel na tla in v jezi odšel domov. Čez kratek čas se je vrnil in zabodel K. J. Ko je hotela potegniti nož iz rane, ji je V. A. zagrozil, da bo še njo zabodel. Žena V. A. je povedala, da se je njen mož usodnega dne vrnil domov na videz »malu vinjen, bil pa je zelo razburjen«. Razmetaval je po kuhinji in iskal nož. Ko ga je hotela pomiriti pastorka Marija, ki jo je imel sicer zelo rad, ji je vrgel steklenico v glavo. Našel je nož in odšel z doma. Po vrnitvi je bil ves obupan, jokal je, obžaloval svoje dejanje in se hotel celo obesiti. Premislil se je šele na prošnjo osemletnega sina Franca.

Poškodovani K. J. je povedal, da pozna V. A. iz mladih let. Bila sta vseskozi v dobrih odnosih in končno sta si po ženi daljna sorodnika. To je bil prvi preprič med njima. V. A. je bil takrat precej vinjen in ga je žalil. Tudi komandir postaje LM, ki je V. A. aretiral, je povedal, da je bil ta res hudo vinjen. Storilec V. A. je bil nekajkrat zaslisan in je opisal dogodek v gostilni. Glede nekaterih drugih dogodkov, ki so jih opisale priče, je izjavil, da se jih ne spominja. Tako na primer ni vedel, kako je prišel domov, ni se spominjal, kako je vrgel pastorki steklenico v glavo, ni se spominjal, kako delavki T. M. ni dovolil, da bi potegnila nož iz rane. Ni vedel, kako je prišel po usodnem dogodku domov, in tudi ne, ali je K. J. zabodel trebuh ali v prsi. Ni se spominjal, da je šel njegov sin za njim in ga prosil, naj se ne obesi. Svoje dejanje je zelo obžaloval.

Ker je obdolženec prinesel potrdilo, da je bil operiran zaradi neke hude bolezni, ter gleda na to, da je bil vinjen, je sodišče zahtevalo še mnenje sodnega izvedenca psihiatra.

Na pogovor sem povabil tudi obdolženčeve ženo. Podala mi je naslednjo *anamnezo*:

Moža pozna iz otroških let. Poročena sta od leta 1942. Za hujše duševne bolezni v moževem sorodstvu ne ve, čeprav so doma vsi

sitni in se jim ne sme nič reči. Mož je po značaju bolj tih in sam zase, je pa razburljiv in jezljiv. Sedaj je že nekaj mesecev upokojen, ker ni zdrav. Med vojno je bil namreč ranjen v levo nogo, potem so ga Italijani ujeli. Bil je interniran na Rabu in je dobil zastrupljenje krvi. Nogo so mu hoteli odrezati, pa ni pustil. Z Raba so ga odpeljali v neko taborišče v Italijo. Ob razpadu Italije so ga ujeli Nemci in ga odpeljali v Nemčijo. Po vrnitvi je redno delal. Zadnja leta jebolehal za »poapnenjem žil na nogi«; noge mu je postala modrikasta, operirali so ga in mu »pobrali krvne žile« ter mu nekaj operirali živce. Ni piganec, ki bi stalno pil; le od časa do časa se napije in ga tedaj nekako »zvija«, odganja vse od sebe, na usta mu sili pena. Če ga je žena vinjenega oštevala, je bilo še slabše. Ko je spoznala, da mu to oštevanje škoduje, ga je puščala pri miru. Zelo malo potrebuje, da se opije, zlasti če pije na jazo. Ko je bil pred enim letom na kliniki operiran, ga je tam zadela tudi možganska kap. Večkrat se je zgodilo, da po iztreznitvi ni vedel, kaj je počenjal in kako je razgrajal. Poprej je veliko kadil. Sedaj ne kadi več, ker so mu zdravniki povedali, da bo umrl, če bo kadil.

Avtoanamneza

Obdolženec je o sebi povedal tole:

Kolikor mu je znano, v njegovi družini in sorodstvu ni bilo duševnih bolezni. Je tretji izmed osmih otrok. Oče je bil posestnik, precej je pil, veliko razgrajal in bil nasilen. Gmotno so živel v srednjih razmerah, drugi odnosi v družini so bili dobri.

Končal je štiri razrede osnovne šole z dobrim uspehom, nekajkrat je tudi zaostal. Ni se težko učil, ampak je moral delati in zato ni bilo časa za knjige in šolo. Po končani šoli je delal v različnih službah kot zidar, od leta 1939 pa stalno v papirnici v Vevčah. Med vojno je odšel maja 1942 v partizane. Bil je ranjen v levo nogo in so ga ujeli. Interniran je bil na Rabu, od tod so ga peljali v taborišče Remicci v Italiji. Po razpadu Italije so ga odpeljali v Nemčijo. Po vojni se je vrnil domov in je bil od leta 1946 stalno zaposlen v papirnici v Vevčah do pred nekaj meseci, ko so ga invalidsko upokojili. Izmed otroških bolezni je imel ošpice, norice, mumps in oslovski kašelj. Pozneje ni bil resno bolan, le enkrat je imel pljučnico.

Aprila 1957 je opazil, da ga boli leva noge, zlasti pri hoji. Zečal je otekati. Dobil je tudi hude krčne žile. Obsevali so ga z rentgenom. Ker mu pa zaradi tega ni bilo bolje, so ga septembra 1958 sprekeli na kirurško kliniko. Kakor so mu pojasnili, je bila to operacija živcev na krčnih žilah. Tretji dan po opera-

ciji pa nena doma ni mogel več govoriti, usta mu je vleklo na stran, tresla ga je mrzlica. Toda ves čas je bil pri polni zavesti. Dali so mu neke injekcije.

Kmalu po vrnitvi iz bolnišnice se je po noči peljal s kolesom in se zaletel v nekoga drugega kolesarja, ki tudi ni imel luči; takrat je ležal pol ure v nezavesti. Sedaj še vedno hodi nekoliko teže, čeprav se mu je stanje po operaciji zboljšalo. Še vedno po dve sto metrih hoje čuti, da ga kot s šivankami zbadava v nogi in se mora takoj ustaviti, da bolečine ponehajo. Po operaciji je opazil, da je nervozan, mogoče zato, ker ne more in ne sme dolgo hoditi. Opazil je še, da se hitro opijani, včasih že po dveh deci vina, medtem ko poprej tudi po dveh litrih ni bil huje vinjen. Sedaj je »totalno pijan«, če popije le en liter. Opazil je tudi, da mu počasi gineva moč v levi zgornji okončini in da ima včasih težave pri hoji tudi v desni nogi. Pogosto ga boli glava. Glede svojega delikta izjavlja isto, kot smo zgoraj povedali. Doda le, da se spominja, kako sta s K. J. kvartala in kako ga je jeza kuhal, ko ga je ta žalil. Spominja se tudi, da je šel iz gostilne domov. Ne spominja pa se, da ga je K. J. na cesti zadržal. Medio se spominja nekega prerivanja, potem pa ničesar več. Niti ne ve, da se je hotel obesiti. Spominja se le, da je doma pozneje jokal.

Status psychicus

Preiskovanec je na zunaj miren in ljubezniv, videti pa je nekoliko napet in razburjen, vendar se še prav dobro premaguje. V pogovoru rad sodeluje, je urejen, le da se mu tu in tam zataknjo besede, kot da bi narahlo zajecjal; grobih psihopatoloških motenj v smislu blodenj in halucinacij ne kaže. Orientiran je dobro. Je nekoliko zmanjšano kritičen do svojega popivanja.

Status neurologicus

Pupili in možganski živci bp. Zgornji okončini bp. Spodnji okončini: refleksi neizlivni, po levi strani dozdevno fenomen pahljače, groba moč in gibljivost bp. Trebušni refleksi zelo slabotni, hitro izčrpljivi. Hoja nekoliko otežkočena. Poizkus prst-nos in peta-koleno bp., Romberg neg. Po vsej levi polovici telesa hipestezija in hipalgezija, ki sta kavdalno bolj izraženi.

Status somaticus

Preiskovanec je visoke postave, srednje prehranjen, afletsko-astenične konstrukcije. Koža na obrazu je nekoliko pordečena kot pri kongestiji glave. Vidne sluznice rdeče, brez večjih sprememb. Notranji organi grobo kli-

nično bp. RR 125/75. V levi ingvinalni regiji kirurška brazgotina kot pri operaciji kile, na desni strani trebuha pa po apendektomiji. Na lateralni levi strani trebuha v višini zgornjega roba kolka približno 20 cm dolga kirurška brazgotina po simpatektomiji. Leva spodnja okončina bolj rdeča kot desna, ki je nekoliko lividna. Leva spodnja okončina je tudi precej toplejša od desne. Na obeh kračah, zlasti na levi, temno pigmentirana koža po varikoznem dermatitisu. Vzdolž leve spodnje okončine več krajših kirurških brazgotin po operaciji krvnih žil. Na obeh spodnjih okončinah se ne otiplje pulz arterije dorsalis pedis.

Elektroencefalogram (izvleček iz posnetka in tolmačenje elektroencefalograma, ki ga je izvedel dr. B. Cvetko, za kar se mu avtor najlepše zahvaljuje):

Snemalni pogoji: 10 kanalski EDIN-EEG aparat, namestitev 13 elektrod.

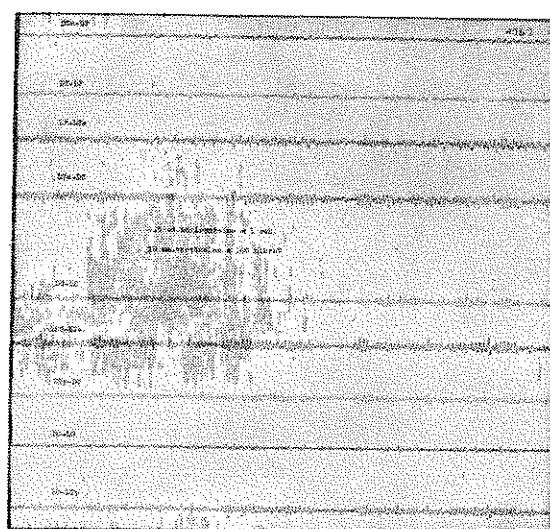
Pacient med preiskavo: miren, sodeluje.

V mirovanju: prevladuje parietookcipitalno nizek do srednje visok ritem valov s frekvenco 7–8 c/s, ki ne reagira bistveno na odpiranje in zapiranje oči. Pogostni daljši in krajši izbruhi generaliziranih theta valov s frekvenco okoli 6–7 c/s, najvišje amplitudo obojestransko temporalno. V srednjih regijah glave krajše skupine nizkih beta valov.

Zaključek: Abnormen EEG z izbruhi theta valov generalizirano, beta valovi v sprednjih regijah glave in parietookcipitalnim theta-alfa ritmom.

Pomen: EEG govori v prid organske prizadetosti centralnega živčnega sistema.

Psihološki izvid (klinični psiholog prof. Borut ŠALI, kateremu se avtor za izvid prav lepo zahvaljuje).



Elektroencefalogram

Psihodiagnostični preizkus po Benderjevi: Izkazane testne storitve leže v mejah normalne tolerance. Ne nakazuje motenj ali izpadov na področju perceptualizacije in vizualno-motorične koordinacije.

Psihodiagnostični preizkus po WECHSLERJU;

Vse testne storitve leže v mejah normalnega povprečja. Preizkus ne odkriva motenj ali izpadov na področju spominskega funkciranja.

Inteligencijski preizkus po Kohsu (WB):

Pacient je rešil demonstracijski predložek in prvo serijo nalog brez težav. Pri prvi nalogi težje serije je odpovedal, vendar ne tako, da bi iz tega lahko sklepali na psihoorganični sindrom.

Psihodiagnostični preizkus po Rorschachu:

Testna slika leži v okviru normalnih variant. Nakazana je lažja oblika osebnostne koartiranosti ter zmanjšanje emocionalne odzivnosti. Psihoorganičnega sindroma protokol ne odkriva.

Psihologovo mnenje

Psihološki preizkusi ne odkrivajo motenj ali izpadov na področju mentalnega funkciranja. V specifični situaciji osebnostnega preizkusa po Rorschachu je pacient pokazal nekoliko znižano čustveno odzivnost (v primerjavi s povprečjem ljudi). V testološkem smislu pacient ne odkriva psihoorganičnega sindroma.

Izvleček iz popisa bolezni, sestavljenega na kirurški kliniki

Preiskovanec se je zdravil na kirurški kliniki od 10. X. 1958 do 28. X. 1958. Diagnoza: Morbus Buerger — gangraena imminentis hallucis pedis sin. Varices extr. inf. bilat. Od leta 1957 ima bolečine v levem stopalu, ki so se zadnje čase preselile v prste in to zlasti v palec, ki je postal modrikast in ga boli, tako da se nanj le s težavo opira. Palec je hladen in omrtevlen in se mora bolešnik na vsakih sto korakov ustaviti zaradi bolečin. Krčne žile na obeh nogah ima že izza druge svetovne vojne. Na kirurški kliniki so takrat ugotovili o trofiki okončin: zgornje ekstremitete bp. Na spodnjih okončinah obe stopali hladnejši, levo bolj kot desno, hiperhidrotični. Levi palec lividno zbarvan, z začetnimi nekrozami na plantarni strani distalne falange. Drugih trofičnih sprememb ni opaziti. Periferni stopalni pulzi se levo ne otipljejo, desno pa je slabše tipljiva le arterija tibialis posterior. Znakov globoke venozne obstrukcije ni. Izražena hiperpigmentacija in atrofija kože na medialni strani obeh goleni, levo bolj kot desno. Laboratorijski izvidi so bili v glavnem

bp. EKG bp. Očesno ozadje bp. Pri arteriografiji se je pokazalo, da so glavne arterije brez patoloških sprememb, je pa patološki proces prisoten na končnih arterijah (prekapilarno).

20. X. 1958 je bila izvršena lumbalna simpatektomija levo, potem pa še odstranitev razširjenih ven. 23. X. 1958 je bolnik nenačoma prenehal govoriti. Poklicani nevrolog je ugotovil le nakazanega babinskega levo in hipalgezijo in hipalgezijo levo. Pojav motorične afazije je razlagal z bežnim cerebralnim inzultom, o katerem je menil, da je posledica naglega padca krvnega pritiska po simpatektomiji.

Višja invalidska komisija republiškega zavoda za socialno zavarovanje je s svojo odločbo št. 263/59 z dne 1. IX. 1959 opredelila preiskovanca za invalida 1. kategorije in ga proglašila za nesposobnega za vsako delo ter izjavila, da prekvalifikacija ne pride v poštov. Diagnoza invalidske komisije: Morbus Buerger pedis utriusque.

Diagnoza

1. Morbus Winiwarter-Buerger.
2. Stanje po možganskem vaskularnem inzultu.
3. Delikt je storjen v patološkem afektu v vinjenosti.

Mnenje

Ko je storil inkriminirano dejanje, se preiskovanec ni zavedal pomena dejanja in ni imel v oblasti svojega ravnanja.

Obrazložitev

K 1. O tem, da naš preiskovanec res boleha za omenjeno boleznijo, ne moremo dvočiniti: diagnozo so postavili zdravniki naše kirurške klinike po vestnem opazovanju in dopolnilnih preiskavah (arteriografija in druge) in končno je adekvatna operacija dovolj dobro uspela. Vzrok bolezni je verjetno v travmi in nikotinu, ker se je bolezen začela vprav na ranjeni nogi in ker je kadil poprej 30 do 40 cigaret dnevno. Zlasti so prizadete spodnje okončine, levo bolj kot desno, ter najbrž zgornja okončina, ker se preiskovanec pritožuje, da ga je začela boleti tudi leva roka in se mu hitro utrudi. Pri njem najdemo še znake centralnega tipa bolezni, kar nam dokazuje elektroenzefalogram in motnje senzibilnosti. Verjetno je pri njem bolezen šele v začetni fazi.

K 2. Preiskovanec je bil operiran 20. X. 1958. Tri dni pozneje ob 10. uri nenačoma ni mogel več govoriti. Preiskovanec opisuje, da mu je obraz »vleklo v stran«, da se je potil in

ni mogel govoriti, čeprav je lahko mislil in dojemal dogodke okoli sebe. Poklicani nevrolog je bil mnenja: »Bežen cerebralni inzult bi mogli razlagati z naglim padcem RR po simeptekomiji«. Čeprav je nevrolog menil, da gre za padec krvnega pritiska po operaciji, dopuščamo možnost, da je bila to manjša embolija, ker je znano, da se tudi znotraj srca dogaja isto kot v ožilju. Ni izključeno, da se je konček razbrstele intime odtrgal od svoje podlage in končal v možganh. Vsekakor je morala biti to manjša embolija. Tudi ni izključeno, čeprav je manj verjetno, da je bila ta motorična afazija le eden izmed pojavov cerebralne oblike osnovne bolezni.

K 3. Tudi ni dvoma, da je bil delikt storjen v vinjenosti, ker je dokazano, da je preiskovanec tega dne precej pil in so ga za vinjenega spoznale vse osebe, ki so imele z njim opravka: upravnik gostilne, žena, komandir postaje LM, ki ga je aretiral, in celo poškodovani K. J. Čeprav vinjenost ni bila huda, ne smemo pozabiti, da je centralni živčni sistem našega preiskovanca prizadet; znano pa je, da so takšne osebe zelo občutljive in netolerantne za alkohol. Tako tudi naš preiskovanec sedaj že dva deci vina precej čuti, poprej pa niti od dveh litrov ni bil hudo vinjen. V vinjenosti so takšne osebe, če so izzvane, nagnjene k patološkim afektom.

Kaj je patološki afekt? JEVTIĆ piše v svoji knjižici »O uračunljivosti sa sudskog psihijatrijskog gledišta« takole:

»Pod patološkim (neobičnim, vanrednim) afektima podrazumevaju se izvanredna uzbudjenja, koja su patološka bilo načinom svoga postanka bilo svojim tokom i dejstvom na okolinu bilo dejstvom na celokupna psihička zbivanja.

Patološka su po načinu svoga postanka jer postoji nesrazmerna izmedju »malih« povoda i nastalog jakog afekta (n. pr. slučaj kod alkoholisanih, u menstruaciji, zbog sunčanice, povrede glave, telesne premorenosti, kod duševno bolesnih, a naročito kod padavičara). — Patološka su po dejstvu na psihu uzbudjenoga jer preuzrukuju jako sužavanje svesnosti. — Patološka su po dejstvu na okolinu, jer strah i gnev proizvodi brutalna nasilja, radost neprikladno ponašanje, a žalost pokušaje samoubistva. — Patološka su po svome iščezavanju, jer većinom sporo iščezavaju a redje naprečac prestaju.

Patološkim afektima su skloni ne samo duševno bolesni (naročito epileptičari, shizofreni i umno zaostala lica), nego i brojni psihopatski tipovi: razdražljivci i svadjalice, hysterični i besdušni, antisocijalni tipovi«.

Stanje našega bolnika v času delikta se je povsem ujemalo z Jevtićevim opisom. Dodali bi še to, da je žena izpovedala, kako se je mož

v vinjenosti nekajkrat zvijal po tleh in imel pene na ustih, kar nam daje misliti, da so bili to verjetno epileptiformni napadi, ki jih je izval alkohol.

Komentar

Že sama bolezen WINIWAITER-BUERGER je dokaj redek pojav. V sodni psihijatriji pa je prav gotovo izredno redka. Ustno sem poizvedoval pri vseh sodnih izvedencih psihijatrim v Sloveniji in vsi so mi potrdili, da v svoji praksi še niso imeli podobnega primera. Naš primer torej lahko štejemo za unikum, vsaj v našem slovenskem merilu. Tudi učbeniki o sodni psihijatriji ne omenjajo te bolezni, niti naš domači (Jevtić) niti tuji (Wyrtsch). Zato sem moral v tem primeru kot izvedenec hoditi po povsem neutrilih poteh. Delo je bilo toliko teže, ker je bil preiskovanec v pogovoru popolnoma urejen, brez kakšne psihorganske motnje, osebnostno dobro ohranjen. Vidimo, da so odpovedali tudi dokaj občutljivi psihološki testi. Na prvi pogled je šlo le za periferni tip bolezni, šele elektroencefalogram in nadrobna nevrološka preiskava sta dokazala, da gre tudi za centralni tip bolezni.

Zadeva se je zapletila s tem, da je bil preiskovanec izvan in vinjen. Že ko smo v uvodu govorili o »psihijatričnem tipu« bolezni, smo omenili emocionalno labilnost in afektivno inkontinentnost takšnih bolnikov. Če vzamemo, da je bil naš preiskovanec še vinjen, nam je razumljivo, da je hitro zapadel v tako imenovani patološki afekt, v katerem potem ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja.

Ko je mojo ekspertizo bral neki kolega psihijater, ki se sicer ne ukvarja s sodno psihijatrijo, me je vprašal, ali nisem bil mogoče preveč blag do preiskovanca glede na to, da psihološko testiranje ni odkrilo posebnih odklonov od normale. Ta ugovor mi je dal spopetka veliko misliti, vendar sem se sčasoma prepričal, da sem imel prav. Ne smemo pozabiti, da je preiskovančev centralni živčni sistem res prizadet z boleznjijo in da si trenutno nismo na jasnom, kolikšna je razsežnost tega bolezenskega procesa. Vemo pa, da so takšne osebe zelo občutljive za alkohol, da so že v temelju afektivno inkontinentne (tako tudi naš preiskovanec) in če so poleg tega še izzvane, moramo res misliti na popolno neprištevnost, saj je bil delikt storjen v klasični obliki patološkega afekta.

Kaj pa, če preiskovanec ne bi bil vinjen in izvan? Odgovor je preprost. Tedaj do delikta sploh ne bi prišlo. Kaj pa, če bi bil delikt kakšne druge vrste, na primer goljufija, poneverba, nečistovanje, žalitev in podobno? V takšnem primeru pa po mojem mnenju ne moremo postaviti nekega splošno veljavnega

pravila. Vsak primer posebej moramo vestno klinično opazovati, iskati pri njem znake centralne oblike bolezni in psihoorganskega sindroma, preiskovanca testirati po psihologu, izvesti elektroencefalografski posnetek in vse druge običajne klinične ter laboratorijske preiskave (očesno ozadje, Wa Re, arteriografija, likvor); potem moramo preceniti delikt sam in okolišine, v katerih se je odigral, ter si šele nato skušati ustvariti neko mnenje o preiskovančevi prištevnosti. *Nikoli pa ne smemo pozabiti, da obstoje oblike čisto perifernega tipa bolezni in tudi primeri z okvaro centralnega živčnega sistema. To naj bi bil osrednji del vsake eksperțize.*

LITERATURA:

1. ALLEN EV., BARKER NW., HINES jr. EA.: Peripheral Vascular Diseases, Saunders Comp, Philadelphia — London 1955
2. GLAVAN I.: Živčane bolesti, Medicinska knjiga, Beograd 1958
3. JEVTIĆ D.: Sudska psihiatrica, Naučna knjiga, Beograd-Zagreb 1951
4. JEVTIĆ D.: O uračunljivosti sa sudska-psihijatrickog gledišta, Naučna knjiga, Beograd 1953
5. RATSCHEW M.: Angiologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1959
6. SCHEID W.: Zirkulationsstörungen des Gehirns und seiner Häute, Handbuch der Inn. Med., Bd. V, Teil III, Neurologie III, str. 1-105, Springer Verlag, Berlin 1953
7. WYRSCH J.: Gerichtliche Psychiatrie, Verlag Paul Haupt, Bern 1955

An Extremely Rare Reason of Irresponsibility

By Dr. Momčilo Vitorović

Hospital of mental and nervous diseases at
Ljubljana

In the article, a case of Winiwarter-Buerger's disease (tromendarteritis obliterans) is presented, which is very seldom in judicial psychiatry. This case is — as far as it can be ascertained — the first one in the psychiatric experience in Slovenia. The author does not know whether or not it occurred in other Republics of Yugoslavia.

On 11 th August, 1959, V. A. and K. J. were playing with cards and tippling in an inn. Finally they started to quarrel. K. J. reproached to V. A. his having escaped from the partisans, calling him a deserter. Soon K. J.'s wife came to fetch her husband and took him away from the inn. Subsequently, V. A. went home, met K. J. at his way, and they continued to quarrel. Then V. A. ran home, took a knife, returned, and wounded K. J. badly by pushing the knife twice in his belly. The accused had been treated previously — in October 1958 — in the Clinic, where the following diagnosis had been established: Morbus Buerger — gangraena imminens hallucis pedis sin. Varices extr. inf. bilat. After the punishable act having been done, the accused has been examined at request of the Court in the Psychiatric Clinic which was expected to give an expert statement.

The judgment of this case is the more difficult, as the examinee was entirely orderly and showed at the usual psychiatric exploration no trouble whatsoever. Also four methodes of psy-

chologic testing detected no trouble. Only somewhat abnormal electroencephalogram (see illustration) and sensibility troubles showed a damage of the central nervous system. Besides, the judgment was more difficult as the examinee has been provoked when he was drunk and then pierced the provoker, moreover his close friend. The expert issued a statement according to which the examinee was not responsible at the time of the punishable act. In the comment of his article, the author asks the question, in which way similar cases ought to be judged — as far as they should happen again. He feels that every case should be observed conscientiously and that symptoms of the central type of disease should be seeked. An electroencephalogram, psychologic tests, detailed neurologic examination, and all other clinical and laboratory examinations are indispensable. As far as an injury of the brain is ascertained, every case is to be judged according to the circumstances under which it happened. However, as far as an entirely peripheric type of disease is concerned in which the brain is not affected, the responsibility should be judged in the very way adopted for healthy people. Finally the author says that the salient point in any case of the Winiwarter-Buerger disease should be the opinion of the judicial psychiatrist, whether an entirely peripheric type of disease is in question, or the brain is affected too.