

ОД СТАРОГ КА НОВОМ СА ДР ВЛАДАНОМ ЂОРЂЕВИЋЕМ

Чукић Г.

Дом здравља Беране

FROM THE OLD ONE TOWARDS THE NEW WITH VLADAN DJORDJEVIC, M. D.

Чукић Г.

Health Home, Berane

SUMMARY

Every time, even ours, has its own «driving forces, starters and breakers». Dr Vladan Djordjevic resided during the very noisy time during the second half of the nineteenth century, known for intensive changes in biology and medicine. Contemporaries noticed peculiar nature of Dr Vladan Djordjevic: clairvoyant, cleverness - «gave more, than many other simple professionals together». If even nowadays the way of how a man thinks is not known, that is logical structuralism and logical functionality of thinking, scholastic is wrong that such a «natural thinking», certainly, enters into cliché. The author applied nine-valence logic and systematic approach. The measures in eradication of diseases which, used to be applied nowadays would be called "general hygienic measures". They didn't have to be sufficiently effective, so the possibility of appearance for some sick stayed, because it would appear in natural system of appendage, few «causative connection», but noticeable less than earlier. The health ones exposed can be used for proving cause, which contemporary statistic doesn't use for this purpose. By this, even when we have not existing of statistic importance it points out at the cause; that is, the existence of this one can direct someone to wrong road. The difference in the value of the result of the same event points out at the researches not being orientated and by that cosmopolitan community. Palliative measures made the doctors confused, as it was perfectly noticed by V. Djordjevic - "...he wouldn't make a mistake to prove, how people get sick and die because they are better dressed, better feed, because all their life is better organised than it used to be", although the group progressed by its better working. Multy valence »logic of allowance" as a natural and objective one, used to exist before its observation by logic and science. The result is «clairvoyant and restless spirit» of the future academic Vladan Djordjevic D. M. what is even nowadays desirable. The author concludes that there is one road to discover something (anticipate) by adding importance to «statistic importance»; and the other one, chosen by Dr Vladan Djordjevic by your own ratio (intuition). Although the disease appeared even when the progress is made - he didn't allow: «not to see the whole forest because of one wood», and to underestimate the applied measures. He didn't allow to be deceived by appearing of disease, because the palliative of measurements covers the system: a. When you are not successful, but and b. Even when you are successful - and those have to be separated by contemplation and by no means unifies!

Keywords: Vladan Djordjevic, Theory of massive disease, Palliative, Contagium animatum theory, Abstracting.

САЖЕТАК

Свако време, па и ово наше, има своје «покретаче и кочничаре». Др Владан Ђорђевић је био савременик бурног времена друге половине 19. века, знаног по интензивном превирању у биологији и медицини. Примећена је осебујна природа др Владана Ђорђевића: видовитост, довитљивост - «дао је више, него многи обични професионалци скупа». Ако ни данас није познато како човек мисли, тј. логичка структуралност и логичка функционалност мишљења, то схоластика греша што такво «природно мишљење», пошто пото, уводи у клише. Аутор је применио деветовалентну логику и систематски приступ. Мере у сузбијању болести које су примењиване биле би данас назване "опште хигијенске мере". Оне нису морале бити довољно ефикасне, па је остала могућност појаве по неког оболелог, јер би настајала у природном систему прилепчивости по нека «узрочна веза», али приметно мање него раније. Здравни изложени могу послужити доказивању узрочности, које савремена статистика не користи са овом сврхом. Овим и када имамо не постојање статистичке значајности указује се на узрок; односно, постојање ове може да упути на странпутицу. Разлика у оцени исхода истог догађаја указује на неоријентисаност истраживача и тиме космополитске заједнице. Палијативност мера је омогућила довођење у заблуду лекара, како је то изванредно приметно В. Ђорђевић - "...он не би пао у погрешку да доказује, како се људи разбољевају и умиру за то што су боље обучени, што се боље хране, што им је цео живот уређенији него што је био", иако је група напредовала радом који је водио набоље. Вишевалентна "логика следовања" као природна и објективна, је постојала пре њеног запажања од стране логике као науке. Последица јој је «видовити и немирни дух» будућег академика, др Владана Ђорђевића;

што је и данас пожељно. Аутор закључује један је пут да се нешто открије (антиципира) придавањем значаја «статистичкој значајности»; други који је изабрао др Владан Ђорђевић својим разумом (интуицијом). Иако се појавила болест и кад се напредује - није дозволио да се: «од једног дрвета не види шума», да се примењене мере омаловаже. Није дозволио да буде обманут појавом болести, јер *палијативност мера прикрива систем: а. када се неуспешно, али и б. када се и успешно* - па ове треба контемплацијом подвојити а никако унифицирати!

Кључне речи: Владан Ђорђевић, Теорија масовног оболевања, Палијативност, Контагионистичка теорија, Апстраховање.

«Увек има спремних за оповргавање - само када би знали чему и како треба да противурече.»
(Аутор)

УВОД

За очекивање је да ће се историја у будућности писати на два ступца: једном, за оне који су допринели својој заједници и човечанству; а на другом, за оне који су их зауставили или уназадрили. Одиста, данас се ово више односи на сферу политике (фашизам, цезаризам и др.). Али и у науци, свако време, па и ово наше, има своје «покретаче и кочничаре». И данас има схоластичког клишеа, тј. догматизма у науци, који тражи - своје Владане Ђорђевиће, бескомпромисне борце!

Било је у време Др Владана Ђорђевића на провери колико је ко «ван токова», колико је ко спутан да прихвати нова знања у медицини; која су се типала и филозофске потке итд. Био је савременик посебно бурног времена друге половине 19. века, интензивног превирања у науци, па и у - биологији и медицини (1). Претходно је овом раздобљу - «мук»; пандан му је колико ми данас знамо о узрочности малигних оболења. На жалост песимиста, схоластичких ауторитета итд., уследила су друкчија времена, много научнија и извеснија, која су довела до данашњих могућности. Ако за схоластичара важи добра обавештеност о проблему - то свакако да; али догма у науци - никако. «Некадашњем схоластичару» је показано, оно што увек важи - да је био: «бреме своје времену»!

Доказивала се симултано и настала држава Србија са својим владоцима, «управљачима», како би се то данас рекло у организацији рада (2). Ови су усмеравали: привреду, новчане токове, свест итд.; «кројили» судбину своје државне заједнице. Књажеви нису могли сами путем просперитета, без часних савременика: јаких личности, патриота, добрих професионалаца и других сличних особина људи, припадника узвишеног људског рода Србије - којима је несумњиво припадао и њен академик др Владан Ђорђевић.

МЕТОДОЛОГИЈА РАДА

Дескриптивни метод, разматрања путем девевалентне логике (3) и систематског приступа (2). «Аналитика, теорија анализе; вештина и метода рапчлањивања мисли и појмова у њихове саставне делове...». (4 страна (с.) 4) Примећујемо постојање две врсте апстраховања код успостављања есенцијалног модела «природног система болести» (ПСБ): а) усложњавањем до «целог»; б) упрошћавањем «целог»; отуда је могуће ове в) комбиновати.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Савременици су приметили осебујну природу др Владана Ђорђевића. Он «...се може, иако компликован, ипак лако психолошки оквалификовати... Захваљујући својој разноврсној ерудицији, нечувеној енергији и видовидости довитљива човека, он је и као аматер, у свим струкама и занатима, у које је завиривао, дао више, него многи обични и просечни професионалци скупа за дуго низ година». (5 с. 150)

Како је непознато мишљење (3), схоластика не треба у име истицане дидактике да проглашава своју истину за - «једину и нужну». Куд је мишљење природно, оно може да има за исходште несавршенство; али ипак, одувек постоје - «бољи». Такву одредницу је придобио др Владан Ђорђевић. Да би могли да га «критикујемо», издвојићемо «кап из мора» његовог опуса; да би га хвалили додаћемо том мору кап - све у свему, потенцираћемо запажања савременика: исказана суперлативима!

1851-1855. г.

Какву стварност је требало изменити не баш тако давно, пре само век и по! Став службених медицинских кругова о настанку болести се види из заступаног на Санитарној конвенцији у Паризу 1851. г. где су "... највећи експерти тога доба прокламовали да су епидемије увек последица космичких утицаја, да поједина лица оболела од контагиозних, "виртулентних", мијазматичних болести ниуком случају не могу да изазову епидемију, да ни најконтагиозније болести никада не прелазе с једног човека на другог и да је оно што је специфично и битно за епидемије, резултат посебног "стања ствари", непознатих метеролошких услова, невидљивих и неприступачних било каквом мерењу. Највећи медицински ауторитети тога доба сматрали су теорију о *contagium animatum* као најслабије фундирану од свих теорија, као остатке некадашњих "детинских идеја". (6 с. 56; 7 с. 14) Овако гледање је (могло бити) присутно и код наших лекара који су радили у Србији; којима су називи експерти били узор, или су задржали конзервативне погледе усвојене током студирања.

Ново бурно време (1, 8) и његове нове снаге су долазиле - за Србију: др Владан Ђорђевић...

Некадашњи неуспех медицине се мерио грубљим мерилом - бројем умрлих (Мт); док је метода избора дефинитивне дијагностике била - обдукција. Оснивач Српског архива је био 1874. г. др В. Ђорђевић; Међународни статистички конгрес је одржан у Паризу 1855. г., а уредништво објављује 19 година касније, очигледно актуелни и потребни, «...списак узрока смрти, да

се по њему ради статистика смртних случајева у свим земљама». (9 с. 155)

Чему је придао значај пре 1879. г. (10) др Владан Ђорђевић?

Да ли је то био баш "ентитет *Typhus-exanthematicus-a*" 1836. г.?

1836. г.

Станојевић В. када пише о постанку и првим фазама развика српске војске и њеног санитета уградио је текст др В. Ђорђевића (11 с. 58). Износи «епидемије су биле стално на дневном реду. Још у зиму 1836. у крагујевачком гарнизону избија пегави тифус» - у изворном тексту 1879. г. је стајало: «... У Крагујевцу као да не су били најбољи војно-хигијенски одношаји, јер при крају 1836. појави се у гарнизону крагујевачком «*Typhus exanthematicus*», коментарише В. Ђорђевић мемоаре К. Белонија у којима се говори о пракси лекара К. Пацека. (10)

Проналажењем термина "*Typhus-a exanthematicus-a*" из 1760. г. у делу Ђорђевић В. само наизглед се има "идеалан доказ о препознавању ентитета пегавца". Остаје непознато: шта је био повод др Ђорђевићу да употреби овај назив 1879. г.; колико је узео у обзир хомонимију, и за »тифус«, и за »*Typhus exanthematicus*«. Др Белони, као актер догађања 1836. г., је запазио у клиничким сликама оболелих »тифусно стање«, па је тада *Typhus exanthematicus* установљен «*симптоматски*» као »могућ«; није обдукцијом, као «*специјална болест*» као: «потврђен случај» - «ентитет» (9, 12); преко чега су прешли Станојевић 1925. (11 с. 58) као и Борјановић 1977. г. (13). Др Владан Ђорђевић је био неспорно ауторитет, али га је ипак требало проверавати. Ентитет пегавца је откривен у свету годину дана касније, 1837. Од 1837. до 1868. г. потврђиван је у више земаља напредније медицине од оне у Милошевој Србији. (14, 15, 12)

Зато, иако је имао пред собом податке да се ради о "потврђеном случају" пегавца 1901/2. г., Борјановић 1977. г. питање открића првог ентитета пегавог тифуса на подручју Србије и шире не приписује Кужељу; рекли бих, јер је сматрао да су то разрешили Ђорђевић 1879. (10) и Станојевић 1925. г. (11). Отуда, по Борјановићу је требало др Јарославу Кужељу признати само део његовог напора, да је први лекар који је установио - епидемију пегавца (13), јер "описује масовно оболевање на основу 53 случаја која су се појавила у апсанама крајем 1901. и у првој половини 1902. године, у срезовима трнавском, драгачевском и љубичком". (13, 16, 15) Неправду смо исправили, и према страним истраживачима, и према др Кужељу. (12)

Узроци масовног оболевања и умирања 1842. г.

Књаз Михаило као деветнаестогодишњак те 1842. г. потписује документ ради претходног масовног умирања војника. Није тражио својим докторима да пронађу узрочнике ових болести, него - *узроке масовног оболевања и умирања* (10). Предметно је било откривање узрочности у «(под)систему прилепчивости» (16, 17), делу «сложеног догађања» (2) - «природног система болести» (16, 17, 18, 19, 20).

"Уосталом тај је покварени и загушљив "ваздух" био само један од блиских *узрока оном разбољевању и умирању en masse*, а да је штаб-доктор потражио, он би за цело нашао гдешто да поправи у касарнама и болницама, њиховим проходима, у храни и оделу војничком, у начину како су се војничке собе ложиле итд. ... Ми би нашли да је његово дело много корисније за науку, да је он изложио гола факта како и где су живели наши војници у оно доба, колико је кубних стопа ваздуха долазило у њиховим собама на једног човека, на чему су спавали, и како су се покривали, колико су пута на дан јели и колико чега, колико су сахата на дан радили и шта, него што се упушта у резонмане, који мало доликују тако образованом лекару као што је др Линденмајер. Такав факт, као што је, да од 1200 војника у београдском гарнизону болује 1079 у једној години, и да од њих умире 70, морао је привући на се пажњу и самога владарца. И доиста ми у архиви мин. унутрашњих дела налазимо овакав акт: "... да оно (Попичитељство унутрени дјела, Г.Ч) *испита и извиди, којим узроком то бива, и да се постара изнаћи, којим би се начином и средствима та велика умрлост војника предупредити могла*". Михаил М. Обреновић, с.р., Бр. 205/07. марта 1842. у Бејограду". (10 с. 376; 18)

Овим је затражено да се испита:

а) патолошки аспект превентиве - одрази епидемија, да се упозна механизам настанка масовног оболевања («идентификација узрока поремећаја здравља... уочавање постојања узрочних чинилаца и испитивањем проблема...») (21 с. 2);

б) медицински аспект превентиве - ради спровођења мера спречавања и сузбијања. (21 с. 2)

Стављеним захтевом 1842. г. предметан је био концепт далеко бољи од актуелног 1851. Он чак превазилази и данас коришћени, јер указује на постојање «*природног система прилепчивости*», тј. *масовног оболевања*, са изричитим указивањем да овај има своје: узроке самокретања! (18, 22)

Др В. Ђорђевић је сматрао 1874. «да су узроци болештинама и умирању у клими, у месту, у стању касарна, у каналима, у снабдевању водом, у дијети, у пићу, у оделу, у самој служби и у навикама војника» (23 с. 113). Отуда 1879. г. сматра да постоји други узрок честих умирања војника, да то није потенцирана «*носталгија*». Износи с благим цинизмом - не ради "тежње или лебдења за кућом" већ "...да "невине" болести од туте за кућом прелазе у "грешни" тифус може се замислити, особито ако је та невина болест била - продромални штадијум тифуса." (10 с. 383; 18) Интересантан је и алегоријски коментар Ђорђевић В. у фусноти који указује на тада коришћену дијагностичку методу, "да је случајно који од тако умрлих војника патолошко-анатомски прегледан, сигурно би у "срцу и души" његовој нашли тромбозу од слика драгих рођака, ..." (10 с. 390; 18) Узгред, интересантно је какво је у пракси нађено решење за "носталгију" а да војска остане на окупу у касарнама. В. Ђорђевић је у подтексту изнео своја запажања времена о коме много касније пише. "Сећам се још као дете да је бар у београдским касарнама било доста тих "увесељавања", јер је у авлијама касарнским од молитве

на дубоко под ноћ, сваки дан тутњало коло, свирале фруле и гајде, бацало се камена с рамена, утркивало се ко ће више прескочити итд." (10)

Патолошки аспект превентиве: «природни систем болести»

Постоји «пет логички могућих, алтернативних начина прилагођавања или адаптације појединца...» (24). Ритуализам и повлачење сигурно не доприносе решењу. Конформизам са постојећим учењем није могућ јер мера не постоји. Отуда је решење у - побуни и иновацији. (24 с. 154) Побуна с циљем бољег и иновација је оно што је сврсисходно, али и неизвесно по успех. Посебног значаја је да "...није редак случај да неконформистичка мањина у друштву представља интересе и крајње вредности групе успешније него што то чини конформистичка већина". (25 с. 56) Као актере имамо: учеснике, управљаче, оцењиваче итд., као: оптимисте, песимисте, «депресивне оптимисте» (26). Код оцењивања у односу су «различити типови људи». Депресија постоји код упознавања чињеничног стања за чије решавање оцењујемо да смо беспомоћни; оптимизам, јер други нају решење којим постајемо поново - «оптимисти»; и тако до следећег проблема... Није без значаја колико «новонасталу ситуацију» по исходу повољно, користе особе с помањкањем етичности. Под велом исправних намера могућ је непоштедни обрачун ради «шићара». (27; 38).

Две су врсте апстраховања:

1. Усложњавањем до «целог»

Извориште настанка суштинског садржаја модела је имагинарна целина (нпр. присутна на основу интуиције). Логичари "...критикују" "апстрактну идентичност" ради његове непотпуности, изолованости, статичности. «Мисао се издваја један моменат опште дијалектичке повезане објективном одређености предмета». (3 с. 142; 17) Док се не постигне пожељна целина модела, пређене етапе представљају: историјат настанка тог модела.

Интуицијом запажено 1978. г., касније више од века од запажања «узрока масовног оболевања и умирања», на дохват руке је био: «природни (под)систем прилепчивости», али опет није издвојен: "У другим гру-

пама заразних болести које остављају солидан имунитет, али које не обухватају сво становништво, као што је то случај са цревним заразним болестима, природни имунитет није регулатор епидемијског процеса. Развитак процеса код те групе заразних болести зависи од могућности преноса и ширења инфекције, односно од могућности заражавања, а не од пријемчивости или имунитета." Даје се пример трбушног тифуса, а сматра се да је "слично и код трансмисивних заразних болести (пегавац)". (28 с. 120) Прилепчивости није засебно придат значај ни када се *готово описује*, тј. установило да "ни једна друга заразна болест није прерасла у такве ратне епидемије и тако преплављивала земљу и оружане снаге као пегави тифус. Од свих социјалних фактора, рат је главни мобилизатор вашљивости и пегаваца, јер је само он у стању да доведе до масовног покретања становништва и војске, великих разарања, пада опште и личне хигијене и ширења вашљивости на великим државним просторима. У таквим условима експозиција на инфекцију и диспозиција према обољењу повећавају се до максимума." (29 с. 295)

Тако, у патологији (1) је остао и даље као партиципално сагледан, апстраховани ПСБ (17, 18) како су га видели, статично: 1) Muller P. (1914), 2) Vogralik G. (1935), 3) Paul H. (1952), 4) Gordon J. (1951); помак ка дијалектичком поимању чине 5) Leavell H. и Clark G. (1965) са виђењем препатогенезе као дела «природног тока болести» (30). (17). Како је предметно различито виђење *истог догађаја*: епидемије; присутан је - рашомон. (17)

Уверени смо да: «Интелектуални садржај, неке науке не лежи ни у њеној сопственој директној «емпиријској истинитости» нити у «емпиријској истинитости» њених логичких последица». Наш напор је био у оном што се зове «експланаторна моћ», «а ова се мери делокругом, опсегом и тачношћу њених техника представљања...» (31 с. 155; 22) Приказана је оригинална техника представљања (интерпретација догађања, информација) - не употребљавана у медицини, али позната научној организацији рада: хијерархијској теорији система и општој теорији система. Први пут је употребљавана у приказивању епидемијског процеса, «природног догађања»: масовне манифестације при-

Табела 1. - Потпуни скуп масовне манифестације природног система болести* (изложеност, инфизираност, садржај и спектар манифестације).

Изложеност	Неизложени	Изложен контагиуму					
		Неинфициран		И н ф и ц и р а н			
Садржај	домаћин	УП у настанак УВ ***	Настала је: иманентна 'узрочна веза' (домаћина и контагиума)				
**Спектар масовне манифестације	З	З, неБ _{1,2,3...n}	Б	Клинички испољени, манифестни: Б			
	З д р а в и		Инапаратан	Благ	Умерен	Тежак	Фаталан

*измењено, Радовановић З., уредник (33 с. 104, Табела бр. 9.3.); ** Чукић Г. (16,17, 18, 22); *** улазни поремећај (УП) у настанак узрочне везе (УВ); Узрочна веза 17 може бити: а) неиманентна, б) иманентна

родног система болести (ПСБ). Симултано је опртана дијалектика настанка сваког квалитета, излаза масовне манифестације ПСБ: Б, б, неБ, з, З... Раније датом графичком приказу (17, 22), додајемо табеларни. (Табела 1) (32)

2. *Упростићавањем «целог»* је други тип апстраховања. Долази се до садржаја (структуре и функције) суштинског основа поласком од виших система који инхерирају простије; односно, ове је требало упростити до «битне целине».

У сложеној појави масовног оболевања правилно разлику у опису: А. болести, Б. природног (под)система оболевања, В. природног система болести I-III, Г. «социјалне патогенезе болести» и Д. «животног циклуса болести». (18, 35)

"Природни систем болести I-III" (ПСБ) је суштина произашла из збиље, поновљивости у "социјалној патогенези болести" (16, 18, 35). "...Дозвољава (се) дубина аналитичког начина мишљења, али само до тог нивоа, када се још *може везати за целину*" (2 с. 31).

ПСБ се манифестује својим квантитетом квалитета који је последица еквилибријума друштвених и др. утицаја негентропних/ентропних, пре свега ушливом друштвено-економских односа. (16, 18) Структурално ПСБ инхерира «болест», и то двоструко: као излаз укупног система; и уједно, «подсистема оболевања». ПСБ има структуру попут обрасца (формулара) на који се дописују увек други подаци садржаја: актуелни «подаци ДЕ развоја», појединци итд. Понавља се бит ПСБ док траје "социјална патогенеза болести". Практичар епидемиолог решава било коју појавну варијанту епидемије, *непоновљиву* у "животном циклусу болести" и/или *могуће поновљиву* у "социјалној патогенези болести". Идеални (теоријски) модел: животног циклуса болести (35) граде облици епидемија испоњени у «социјалној патогенези болести», тако што се нпр. висина стандарда мери (приказује лепеза његовог раста); а куд је овај у релацији са популацијом, то ће да се сваки манифестује: различитим бројем оболелих (услед нпр. присуства секундарно насталих случајева...) и других одлика излаза (особина коришћених у опису: облика масовне манифестације ПСБ).

«Природни ток болести» чини «препатогенеза» и «патогенеза» (тј. «природна историја болести» (39)). (30)

Дали смо модел: ПСБ I-III - заједнички за више болести. (16, 17) Основ нашег модела је реалност «света»: догађање (епидемија). ПСБ I-III је друкчији и сложенији од горе приказаних модела. Структурално ПСБ I-III има три подсистема. Сваки подсистем граде: улаз, процес и излаз. (16, 17) Он је уређен односом «претходник-следбеник», «мултикаузалност» је поређана следом.

Његова препатогенеза има два подсистема. Могућа су два исхода у подсистему прилепчивости: или да узрочна веза (УВ) настане; или елементи УВ остају разлогом «разједињени», деловањем: улазног поремећаја (УП). Другом «(под)систему прилепчивости» излаз је «иманентна» УВ: нераскидива веза узро(чни)ка и дома-

ћина (16, 17, 32). Запажају се у прилепчивости: конзистентност (довођење наспрам елемената УВ) и кохерентност (стварање иманентне УВ). Када делује улазни поремећај по настанак узрочне везе («УП по настанак УВ») тада: не може да се манифестује патогеност контактиума (и нема последице: Б, б). (16, 17)

«За теорију система «објекат изучавања није «физичка стварност», рецимо физичка, хемијска, биолошка или социолошка појава, већ «*модел система*»: формална узајамна веза између посматраних особина и основних својстава (атрибута)». (36 с. vii) Очигледно да се ради о «*арени математичких везања*» о: симулацији догађања од стране програмера којом жели појаву да очува.

Разлика је битна, «очуваност» догађаја настаје: статистичким методом, контемплацијом «рачуном»; док код другог, контемплацијом је упознат догађај: његов садржај. (37)

Медицинске мере против интуицијом упознате прилепчивости 1864. г.

У рапорту др Белониа начелнику штаба код нове епидемије се предлаже да "...купање војника наших по амамима нужно је зауставити, јер највећа част војника наши ил' не уме ил' се не може чувати од назеба, који се тим лакше догодити може, што се дејствијем хамама испаравање спољашње коже узвишава..." (10 с. 402) Пуковник је упознао ставове најкомпетентнијег сарадника по питању болести и здравља, свог доктора Белониа, али се трудио да реализује и личну емпирију. Начелников резон 1864. г. је био: "...Познато је, да се наш народ у опште нечисто држи. Купати се, за већину њи, особито зими, права је каштига. Ову наклоност к нечистоћи војници донесу и у касарну... Налазим да се војници редовно воде у амам купати; ја сам желео узбудити у њима тежњу да више држе на телесну чистоту а за исто, већина је почела к томе добијати вољу. Но као што није лако одлучити људе од стари, ако шкодљиви обичаја, особито кад за бање треба нешто жртвовати, то и овде има људи, који, колико због лењости и привички к нечистоћи, толико и да не плаћају по 20 пара за амам, почели су говорити да од амама назебају итд ... Но амам је потребан само зими. Лети се војници могу купати у свакој ријеци..." "Издањем дакле наредбе да се војници у ладно време не купају *ми ћемо постићи то, да ће се војска повратити у оно стање нечистоће у коме је до скоро чамила ... сваки (се) војник мора купати у месец дана зими у амаму - два пут, а лети у купалишту - четири пута најмање.*" Министар војни уважава став "компетентнијег" лекара и доноси по пуковниковом извештавању "... да се војници наши у амамима, за неко време и догле не купају, док се опште стање здравља војника не побољша". Др Ђорђевић В., коментарише неколико деценија касније "чудновата кореспонденција, чудновата и врло поучна" (10 с. 402, 403). И он и ми данас смо приврженији поступцима нелекара, пешадијског официра, него ставу лекара. (18)

Вишевалентни приступ истинитости је очигледно постојао раније, па је тиме могао бити предмет изу-

чавања и научне детерминизације логике. (20, 18) Интуитивно резонување је «несвесног а *ипак исправног* поступка (пута, начина и средстава) решавања неког проблема» (43 с. 59). Деветовалентном логиком и систематским приступом решава се један део до тада - интуитивног. (18) Овом је пандан «да би неко исправно граматички говорио не мора да познаје граматiku», тј. логички се размишља и без знања о логици. Попер сматра да треба «прекинути с погрешном филозофијом интуиције као непогрешивим извором сазнања.» (42 с. 125)

Мере у сузбијању болести које су примењиване биле би данас назване "*опште хигијенске мере*". Оне нису морале бити довољно ефикасне, па је остала могућност појаве по неког оболелог, јер би настајала у природном систему прилепчивости по нека «узрочна веза», али приметно мање него раније. (18) Зблуду је приметио В. Ђорђевић - лекар извештач "*...не би пао у погрешку да докажује, како се људи разболевају и умиру за то што су боље обучени, што се боље хране, што им је цео живот уређенији него што је био*". (10, 22) Изречена оцена др Владана Ђорђевића је била у времену када се ништа није знало о етиолошкој узрочности не малог броја данас знаних ентитета. (1) Било је то време коме је пандан наше знање о етиологији рака. (8) Тако видимо «видовити и немирни дух» др Владана Ђорђевића. Исто је и данас пожељно. Од око 1870. г. хигијена прелази из «мистичне епохе у научну»; космополитска заједница је тражила значајнија открића да би била успешна, опште хигијенске мере се замењују специфичним; медицинска потка је стварно научна - настају Пастерова бактериолошка ера и друга бројна открића. (1, 8, 38)

Нпр. За пегавца је између 1836-64., односно 1879. г. када су разматрана документа, много што шта било непознато. Разумом - неким *општим мерама требало је дати значај будућих специфичних*, целих 40 година раније: пре 1909., односно 1919. г., од када су биле могуће *специјалне мере против пегавца* стратегијом уништавања вашака тела. На депедикулацију су указивали огледи Никола, док је значај методе развапљивања доказао 1919. г. Хантер, на примеру догађања епидемије пегавца у Србији 1915. г. (14, 38) За усмеравање медицинских мера пут вашака тела као пута преношења пегавог тифуса је додељена Николу Нобелова награда 1928. г. (39 с. 391). Развапљивање, као специјални поступак, је омогућило већу сврсисходност рада. Умањена је дотадашња природност медицинских поступака који ово нису знали, када је ефекат постизан случајно; до 1919. г. је медицина била у овом сегменту - «природна» (16).

Оценио је др Ђорђевић смело 1879. праксу из 1842. г. и тиме ушао у ризик 40 година раније од времена када су могли да се понуде докази за масовно заустављање епидемије пегавца (путем специјалне мере: депедикулације). Реалност виђења света је његова: «видовитост».

Особеност палијативности је у последичном јављању мањег броја болесних (потенцирамо: чак до празног скупа Б, б; али зато уз присуство: неБ, з). Стога је актуелни приступ доказивања узрочности немоћан, јер се ослања међу изложеним контагијуму само на бо-

лесне; док нашим иновираним поступком се поред Б, б уважавају и: здрави изложени. (Табела 1) Отуда исход закључивања зависи од успешности подвајања хомонима «здравих»: неизложених и изложених (34, 37). Међу «здравима», «здрави изложени» се могу употребити у доказивању узрочности - логиком која унапређује контагионистичку теорију, резон је: *да би здрави изложени оболели да није деловао "УП у настанак УВ"!* (34, 16, 17)

«Здрави изложени» могу послужити доказивању узрочности, које савремена статистика не користи са овом сврхом. (34) Овим не постојање статистичке значајности указује на узрок; односно, постојање ове може да упути на странпутицу (28, 37, 22)... Разлика у оцени исхода истог догађаја указује на неоријентисаност истраживача, услед палијативности мера (која решава неко питање само наоко, привидно, затапкава, ублажује).

Палијативност на коју указује др Ђорђевић може се корисно употребити. Помаже установљавању узрочности тражењем «узрока масовне манифестације природног система болести». У хомониму «узрок» разликујемо: 1. контагијум и 2. негентронне факторе по масовност.

Дистинкција је потребна у односу на претходно, јер другачијег је значаја и типа *палијативност* када је позната узрочност: када су трихинелоскопија и вештачка дигестија умањиле број епидемија изазваних путем намирница које имају инфестираност ларвама у количини 1 до 3 комада на грам и већу. Потребан је отуда успешнији «превентивни поступак» од познатих, јер се није осободило од деловања ниске инфестираности.

Зар толерисање миграторних ларви трихинела не указује на - изложеност и реалност постојања групе: неБ! (40) (Табела 1)

Стратегије откривања узрока самокретања масовне манифестације болести

Откривање узрока настанка болести се сводило на: А. куративне, или Б. некуративне моделе (уважава како болесне, тако и друге манифестације; мешовити је).

А. Куративни модели

«Пре-виђење», антиципирање, је: сложен мисаони поступак условљен «сложеношћу битка». (3, 35)

Да ли свако предвиђање догађаја може да буде чисто мисаоно: «а приорно»? Интересантно је од када и где се прекида са «чистим посматрањем». Јер је, како сматра Попер, упливисано датом теоријом. (42) Нас интересују чије је то посматрање (индивидуе, неких грађана (пука), струке (обичног лекара или ментора, рецензента...), да ли се разматрају подаци у туђем раду када «теренски епидемиолог» «позајмљује очи» тзв. теоретичару... итд.

«А постериорно» догађање може: а) бити запажено истинито, баш онако како се види, и зато оно није проблематично; или/и б) имати неуочљив део, који остаје и поред посматрања недокучив. Контемплацијом је једино могуће доћи до истинитости дефинитивног садржаја - последица је збирне информације («слагање мозаика» од: докучивог, недокучивог итд.) дата: «тео-

rija». Од научника лекара се очекује да да «културни (научни) допринос», којим би се догађај што истинитије предвидео (уознао патолошки аспект догађаја) - како би се у наредном кораку допринело медицинском аспекту превентиве; јасно је, у циљу супротстављања тој болести код њене будуће појаве. Данашње још веће техничке могућности нуде *аутентични доказ*: видео запис...

Свакако, да се при виђењу ПСБ може размишљати упрошћено, па да се не размотра целина сложеног догађаја: епидемије као система. Куративном стратегијом, ослањањем «искључиво» на болесне (43, 4), како види «свој случај» i. инфектолог и други куративци; али и не мали број ii. превентивних лекара (30); настале су методе или/и теорије:

а) статичког виђења: патолошког аспекта једног У, Б, б («природна историја болести» (39 с. 473; 4));

б) статичког виђења масовности, алтернативним настанком: У, Б, б (4; 43 с. 15);

в) динамичког виђења (са почетним дијалектичким усмерењем) код: «природног тока болести» (43, 30); и

г) кумулативног настанка «свих» излаза у дијалектичком ПСБ I-III: У, Б, б, неБ, з, 3 итд. (43, 30)

а) Сидеман Томас (1624-89.) је сматрао «инфекције посебним ентитетима, које је најбоље лечити изолацијом.» Дао је «*природну историју болести*» (39 с. 473) «Куративни модел болести» приказан је у три фазе: настанка патолошког процеса, пресимптоматске фазе и клинички испољене болести (4 с. 139)

б) Од 17 в. до данас временска дистанца је велика, али и даље је актуелно исто, тј. применом статистике су «биомедицинска истраживања заснована готово искључиво на медицинском концепту болести и здравља. Овај концепт је оријентисан на специфичну, биолошку етиологију феномена болести и *увек усмерен индивидуу.*» (43 с. 15)

У укупном ПСБ придат је значај излазу: болести, што се углавном као прво и издваја код запажања једног ентитета. Но, то нису једини излази. Фаворизовани куративни приступ, двовалентно и «заслепљено», придаје значај изложеним болесним (У, Б, б) (валенца 1), кроз мерила масовности: Мт, Мб, П, И итд.; док здрави (3) остају здрави (валенца 2), јер нису изложени контагиуму. (37)

Не заборављамо ранији назив «природни филозоф» (39 с. 252, 395, 560; 31), па је наше опредељење да је епидемиологију потребно упутити пут филозофије - епистемологије, проучавањем мишљења, поводима примене: i) специјалне, статистичке (математичке) методологије и ii) уже мисаоне (логичке) компоненте тростепног поступка. Основ наш за контемплацију је «свет»: епидемије (сложени догађај, систем).

i) Отуда чинимо продор у статистици, развојем мишљења примереног математици. Обрађен је статистички аспект, и - учињена иновација. (17, 34, 22)

в) У Snow-овом *тростепном поступку откривања узрочника* преко прве две етапе, одређивала се локација контагиуму: 1. статистичком обрадом оболевања међу групама; потом 2. анализом кретања учесника епидемије (мишљењем). 3. У трећој етапи је, на претход-

ним утврђеној локацији, реализована идентификација узрочника. (34, 17)

1. *Статистичком обрадом оболевања међу групама*

Модификовали смо алгоритам статистичке обраде података у првој етапи тростепног поступка Snow-a. (34, 17) Нови поступак у доказивању узрочности преко изложених инхерира као посебан случај откривање контагиума преко умрлих (поступак Snow-a) и болесних (иновирани поступак Snow-a); тиме инхерирани поступак није нетачан, већ је он адекватан стварности у посебном случају, те је само за њу применљив. Приступ са (са: 3, У, Б, б, неБ, з, 3) инхерира актуелни (У, Б, б, 3) и/или Snow-ове (У, 3). (17, 34, 22)

Пандан за решавање је да имамо *различите* првене куглице, за које треба израчунати нпр. проценат (Мт, Мб, И, П...). Једне су јасно препознатљиве (Б, б); док друге, пропадањем фарбе (неБ, з...), се не разликују од осталих неофарбаних (3). Како израчунати у таквој ситуацији тачно проценат «првених», тј. коме прикључити припадање проблематичних по боји (појавно су једно, а садржином друго)? Без додатног рада, «препознавања» (које је установљавање «треће валенце»: изложени који су остали здрави (34, 22)) - ближи смо неуспеху тачног израчунавања! Неопходан је мисаони продор у скривену суштину система.

2. *Анализа кретања учесника епидемије*

У самокретању ПСБ подвајају се: етиолошка узрочност («услов узрок») и «негентропни узроци» масовне манифестације ПСБ. (17, 32, 22, 34)

ii) Ослоњена је друга етапа на мишљење, уже предметно логици и филозофији. Логичко / филозофски аспект, такође, помаже лоцирању контагиума, тј. дознавању истинитости о узрочности. (34)

А. *Некуративни модели*

г) Додали смо - како постоји «масовно испољавање природног система болести»; када систем има више излаза «изложености»: поред i. болесних (Б, б); и ii. «здраве изложене» (неБ, з итд.). Значи могуће је да доказујемо узрочност и када немамо умрле или/и болесне (врх «феномена леденог брега» (33, 22)), на које се једино ослања актуелни приступ (34, 22, 37), не марећи за 9/10 других које чине «здрави изложени»!

Испољавање масовне манифестације ПСБ са већим бројем квалитета: Б, б, неБ, з, 3 итд. указује да масовност може да поприми различите облике: квантитете квалитета! (16, 17, 37)

У анализи масовног оболевања пошли смо од нађене ситуације на терену («свету»). Природно догађање «масовне појаве болести» је сингуларно и као такво у реалности окончава квантитетом - појавом (квалитета: Б, б, неБ, з, 3 итд.) или не појавом (празан скуп неког од квалитета) излаза овог система. (41) Више појавних облика масовног испољавања «природног система болести» говоре за стохастичност: јављају се епидемије, али и оно што не личи уобичајеној дефиницији ове. Део су «социјалне патогенезе болести». (16, 18)

Стохастичност се схвата као догађање једне могућности из скупа дефинисаних, нпр. избор једне од шест страна коцке, а наредно седмо итд. догађање није

могуће, па су могућности *детерминисане* (41, 17). Поласком од «потпуног скупа догађаја» јасно је да се као истинито јавља: а. оно што је појавно, нпр. поље 4; б. као и да нису извучени осталих пет. Појавни скуп «различитог садржинског» где се придаје значај само делу изложених: Б, б није исто са - *масовном манифестацијом природног система болести*, та нова стратегија је у: кумулативном посматрању квалитета (Б, б, неБ, з итд.) (Табела 1) и њихових квантитета ($H_B, H_b, H_{неБ}, H_z$ итд.) (17, 37)

3. на утврђеној локацији реализовати идентификацију узročника

Још Архимед у трећем в.п.е. је био против «намишљања» у науци. Водио га је научни поступак: «користио је експерименте да би проверио своје теорије, које је потом математички изражавао» (39 с. 33); али то је било пре 20 и више векова - а данас?

Како је 1879. г. контагионистичка теорија тек закорачила пионирским открићима Пастера (1), открићем етиолошких чинилаца само неких болести; виђена од др Владана Ђорђевића «палијативност» има одлике учесника епидемије препознате од «лекара који лечи».

i. Потребно је усмеравање епидемиологије пут епистемике ради повећавања «очигледности», што је правац којим се поправљају недостаци «чула» човека - условљено је кретање техничко-технолошким напретком... У употреби су: трихинелоскопија, вештачка дигестија; серолошки доказ *T. spiralis*: ЕЛИСА тест-ом, Тестом ИИФ... које су осетљивије од пропедевтичких могућности човека. (40) Данас су већ рутинске пионирске методе: микроскопије, узгајања култура бактерија на хранљивим подлогама итд.

ii. Друкчији се решава проблем палијативности дијагностичке методе болести којој је *већ познат етиолошки узročник*. Решава се подизањем осетљивости метода које препознају узročник. Нпр. Од трихинелоскопије је осетљивија метода вештачке дигестије. Нажалост, том иновацијом поправљено је стање; али остаје проблем установљавања ларви код ниске инфицираности. (40)

Реконституција епидемије, резиме догађаја

Реконструктивни опис епидемије има усмерење релацијом «претходник-следбеник»: од улаза I подсистема до излаза III подсистема; како се уосталом масовна манифестација ПСБ и догађала. (16, 17) Масовност «битка» ПСБ (групно, социјално) не може бити запажено без виђења: УВ и «УП у настанак УВ». Излази ПСБ су алтернативно или кумулативно: з, неБ, Б, б, У. Имају заједнички представљен, на понаособ дат, садржај (структуру и функцију) графичком приказу «природног система болести» који има у односу на друге технике бољу експланаторну моћ. (17, 22) Додајемо табеларни приказ. (Табела 1)

Ранијим радовима смо разматрали самостално проблем реконституције масовне манифестације ПСБ. Наглашавали смо потребу разликовања «патогенезе» («природне историје болести») и нашег «природног (под)система оболевања»: улаз у патогенезу не чине алтернативно домаћин и контагиум - већ ови елементи кумулативно настанком «иманентна УВ» у претход-

ном подсистему прилепчивости. (17, 22)

Према томе, епидемиолога (тј. појединца који мисли) не треба спутавати: спциентизмом, догмом у науци... наметањем «правила», филозофског погледа, методолошког приступа... Не треба фаворизовати код доношења хипотеза, доказа итд.: чула; теорију, поступак, извршиоца итд. Догматизам је свако фаворизовање тог «једног» *ако је исход логичке одлике* - «кола испред коња». «Једино «битак» треба да суди о истинитости «битка»», а то се постиже када опис резултује - истинитим дознавањем «света»; а примењена мера буде ефикасна.

Неједнако виђење ПСБ може да услови рашомон («комфликт»), с једне стране «видовитог» (побуњеног, иноватора); а са друге, схоластичких ауторитета. Лако различито припадање хијерархији води у назадни догматизам. Релација између аутора и рецензента, одашљача и пријемника поруке, готово да је интерперсонална. Долази до изражаја конзервативизам који слови у име одбране «науке - парадигме». Такав *конформиста рецензент* указује да судбина понуђене, претпоставимо ваљане теорије, зависи само од њега. *Тежиште је на ваљаном рецензенту* - који треба да препозна «смелу идеју» чиме се, заједно са аутором неконформистичког текста, и *сам сврстава у - неконформисте*: препознавањем недовољно добре владајуће парадигме! Само ваљани рецензент - је добар селектор успешних побуњених иноватора. Зато у цивилизованом свету истичу (39 с. 440) колико је ментор, рецензент, члан комисије за доделу награде и сл. имао личних успеха; а од њега зависни, били подржани и зато: нобеловаци, научници светског гласа, академици и сл.

Логичку оријентисаност проверавамо питањем: шта је оно предвиђено да ће се догодити «сутра»; да ли је то «свет» или наше људско мишљење о том свету? Како је то *мишљење*, оно ће се проверити колико сутра догађањем реалности. То може бити Волтерово: «Ако мени одговара да у нешто верујем, то још није доказ да то нешто заиста и постоји», поготову ако прихватимо усмерење првенства контемплацијом, како видимо Поперову опаску: «Стога су нам - ово звучи парадоксално али истинито - неопходне не вероватније, *већ што више невероватне («смеле») теорије*» (42).

Конзервативизам тражи - побуну; а *експланаторни аспект проблема тражи* - иновацију! Те особине је имао и наш узор др Владан Ђорђевић, признати академик; па зато ванвремено завређује пажњу. Припадао је смелим промишљеним.

Претходно је питање: да ли ће смелих назора рад уопште бити објављен; опасност прети «да не угледа светло дана» јер: «Теорија може да прво наиђе на широко распрострањену опозицију, а касније да буде потпуно прихваћена.» (39 с. 368; 25; 24) Делотворна је за неистомишљеништво, рашомон (17): научна конфронтација - разрешење: у *борби мишљења, путем прибављених аргумената*. Теорији се тек тражи аргументација. Ако «битак суди о битку», тада се дискусија базирана на емоцијама итд. замењује *научном аргументацијом* - трансформацијом доказима «сазнања у знање» (44) о «битку» «природног догађаја».

ЗАКЉУЧАК

- Методологија не треба да се намеће код решавања проблема; већ ригорозна контрола постигнутих резултата, непристрасном оценом датог решења.

- Експланаторна моћ је творевина науке; а по том, из те тековине, треба да се изабере погодно - «дидактичко средство» зарад педагошког циља. Тиме слови исправно: «добро је, па га бирам», а не инверзно: «изабрао сам га, па је добро»!

- Појава оболелих после примењених мера може да буде резултат: а) да су ове неуспешне; док код б) палијативности општих и специјалних мера ове нису радикално успешне. Делимична успешност има своје разлоге које треба открити и искористити.

- Један је пут да се сложени догађај открије (антиципира за будућност) «статистичком значајношћу»; други који је изабрао др Владан Ђорђевић: контемплацијом (интуицијом).

- др Владан Ђорђевић није дозволио да буде обманут појавом болести услед палијативности примењених мера. Предузете мере у сузбијању болести су биле "опште хигијенске мере". Преосталој могућности појаве оболелог је ипак видео допринос, њен бољитак - није дозволио да се неуспех преувелича и «од једног дрвета, не види шума». Суштина успеха је упозната тек 40 година касније

- Ако ни данас није познато како човек мисли, тј. логичка структуралност и логичка функционалност мишљења, онда схоластичар грешити што такво «природно мишљење» пошто пото уводи у клише. Да би се то превазишло тражи стварност своје Владане Ђорђевиће - «видовите», и уз то безкомпромисне борце; спремне на отпор догми

- Понудили смо у циљу унапређења доказивања узрочности нови статистички алгоритам. Принцип иновације је стратешки: сви изложени кумулативно боље установљавају лоцирање узрочника него било која подгрупа алтернативно. Тако, приступ са: З, Б, б, неБ, з, З - инхерира актуелни: У, Б, б, З или/и Snow-ове: У, З.

- Предмет епидемиологије је - установити разлог (негентропију) масовне манифестације природног система болести: узроке дистрибуције контагиума у популацији. Масовност настанка УВ, или изостајања њеног настанка, је последица еквилибријума који: указује на етиолошку узрочност оболелих; изложеност открива присуство контагиума у тој средини.

- Реализацијом поступка (познатог (наше мере) или/и непознатог) не настаје излаз природног система болести (Б, б): делимично (палијативно) или радикално (празан скуп Б, б). Тражи се суптилност наших посматрања, док је раније болесник директно указивао на узрочност, сада се мора потражити одговор индиректно тражењем одговора преко подгрупе здравих: здравих изложених. Палијативност коју је разрешавао В. Ђорђевић је добила одговор - нама актуелна тражи одговор да ли добро радимо када сву пажњу упућујемо врху 'леденог брега' код анализе узрочности рака плућа пушача. Када имамо '40-70 оболелих (умрлих) међу 100.000 житеља' не питамо: ко су преосталих 99 930! Ти пушачи су изложени узрочнику и не оболевају (нису при том ни у

инкубацији). 'Не видимо од једног дрвета шуму', или више од 9/10 'леденог брега', који је остао такав скривен нашим не придавањем значаја потенцијалу 'здравих изложених', који се састоји да је деловао неки битни 'улазни поремећај' који није тражен иако је условио не исходавање болести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Thaller, L., Од врача и чаробњака до модерног лијечника, Загреб, 1938.
2. Шереп, Ш., Теорија система, Суботица, 1984.
3. Шешић, Б., Основи логике, Научна књига, Београд, 1983.
4. Ласт, Ц., Радовановић, З., Епидемиолошки речник, Научна књига, Београд, 2001.
5. Станојевић, В., Војни санитет пре и за време рата 1885-1886., У: Станојевић, В., Историја српског војног санитета, Београд, 1992:122-52.
6. Чернозубов, Н., Епидемиолошки метод рада, Хигијена, Радови II конгреса превентивне медицине, вол. VII, 1955., 1-4, Блед.
7. Чернозубов, Н., Општа епидемиологија, III издање, Завод за издавање удбеника, Београд, 1969.
8. Чукић, Г., До 1870.г. и после 1870. г., XXIII тимочки медицински дани, Сокобања, Тимочки медицински гласник, Зајечар, 2004:29 (Suppl 2):45 (www.tmg.org.yu)
9. Уредништво часописа: Одлуке међународних статистичких конгреса, Српски архив за целокупно лекарство, 1874, 1:155-76
10. Ђорђевић, В., Историја српског војног санитета, књ. прва, 1835-1875, Београд, 1879.
11. Станојевић, В., Постапак и прве фазе развоја српске војске и њеног санитета, У: Станојевић, В., Историја српског војног санитета, Београд, 1925, репринт 1992:34-69.
12. Чукић, Г., Прво установљавање ентитета пегавог тифуса на подручју Југославије. Флогистон, Београд; 2003/5; 13 (10/13): 53-73.
13. Борјановић, С.: Епидемиолошка студија пегавца у Србији и могућност његове ерадикације, Медицински факултет у Београду, докторска дисертација, 1977.
14. Snyder, J., Рикеције пегавца, У: Horsfall, F., Tamm, I., уредници, Вирусне и рикецијске инфекције човека, Београд, 1970; 736-60, с. 752.
15. Кужел, Ј.: Санитетски савет, Расправа о тифу који је владао у околини Чачка и лечен у чачанској окружној болници у првој половини 1902. године, Српски архив за целокупно лекарство, 1903, IX, 5:253-61, 6:299-313, 7:344-53.
16. Чукић, Г., Триповић, М, Социјална патогенеза пегавог тифуса на подручју северне Црне Горе, У: Чукић Г., Социјална патогенеза болести, пегави тифус, ЈП Информативни центар Беране, Беране, 1999:14-79.
17. Чукић, Г., Шаботић, Р, Природни систем болести и рашапон, Praxis Medica, 2005; 33 (1-2):33-8.
18. Чукић, Г., Масовно оболевање у неким касарнама Србије од 1836. до 1864. године (Интуиција некад и сад), Тимочки медицински гласник, Зајечар, 2002, 27(1-4):39-47. (www.tmg.org.yu)
19. Чукић, Г., Дедеић, А., Бајровић, Х., Курпејовић, М., Пешић, С., Дедеић, Н., Хоџић, М., Епидемија заушки у Рожајама 2003. године, Рожајски зборник, 12, 2005:133-48.
20. Чукић Г., Шаботић Ф., Епидемија ботулизма типа "Б" у селу К., Иванград, 1991. године, Медицински записи, 2001, 55:34-421.
21. Радовановић З. Општа епидемиологија. Београд: Наука; 2001.
22. Чукић Г. Масовна манифестација природног система болести. У: Зборник радова Еко ист '07, Еколошка истина; Сокобања; 2007. с. 581-7.

23. Ђорђевић, В., Војно-лекарска статистика, Српски архив, Београд, 1, 1874:93-115.
24. Мертон Р., Друштвена структура и аномија, У: Игњатовић Ђ., (2002) Криминолошко наслеђе, Београд с. 151-9.
25. Шпадијер-Ђинић Ј. Социјална патологија. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства; 1988.
26. Баковић Т. (1994) Депресивни оптимизам Црногораца, Подгорица - Београд.
27. Рајс Р. (2005) Чујте Срби, чувајте се, Недељни телеграф, Београд.
28. Ристић, С., Основни опште епидемиологије, СЗЗУЗ, Београд, 1998.
29. Арсић, Б., Бирташевић, Б., уредници, Војна епидемиологија, ССНО, Београд, 1978.
30. Leavell, H., Clark, G., Превентивна медицина за лекара у његовој комуни, «Вук Караџић», Београд, 1971.
31. Тулмин С. Људски разум. Никшић: Јасен; 2002.
32. Чукић Г. Феномен леденог брега, Сабор лекара североисточне Црне Горе и југозападне Србије, Пљевља, 2007.
33. Радовановић З, уредник. Епидемиологија. Ниш: Просвета; 2005.
34. Чукић, Г., Теренска епидемиологија Snow-ових наследника (“Пример” установљавања узорности без умрлих и/или болесних), Зборник радова, XXVII Сабор лекара сјеверне Црне Горе и југозападне Србије, Беране, 2004:186-94.
35. Чукић Г. “Црна кутија”, технолошки систем, природни системе болести и - “биће”. Завод за интелектуалну својину, Београд 1877. 2005. август 17.
36. Петровић, Б., Теорија система, Факултет организационих наука, Београд, 1998 с. VII
37. Чукић Г. Двовалентна и вишевалентна логика у епидемиологији. У: Зборник радова Еко ист '06, Еколошка историја 2006; Сокобања; 2006. с. 501-5.
38. Чукић Г. Односи теорије, стратегије и тактике у превенцији епидемије пегавог тифуса у Србији 1914/15. године. Praxis Medica 2006; 34 (1-2) 105-12.
39. Милар, Д., Милар, Ј., Милар, М., Научници, Кембрички речник, Дерета, Београд, 2003.
40. Чукић, Г., Ђурић, Н., Различита инфестираност ларвама *Trichinella spiralis*, Ветеринарски журнал Републике Српске, Бања Лука, 3 (1-2), 2003:80-5.
41. Чукић Г. “Болешчина” - значење појма за наше лекаре и становништво (Дизајн здраворазумског приступа). У: Зборник радова, XXVI Сабор лекара југозападне Србије и северне Црне Горе; Нова Варош; 2003. с. 62-8.
42. Попер К. Објективно сазнање. Подгорица. 2002.
43. Адања, Б. и сар., Основи методологије научног истраживања у медицини, Веларта, Београд, 2003.
44. Ерл В. Увод у филозофију. Београд: Дерета; 2005.