

VÁLASZ AZ OPPONENSI VÉLEMÉNYEKRE

Prof Dr. Bánóczy Jolán, Prof. Dr. R. Várkonyi Ágnes és Prof. Dr. Karasszon Dénes
észrevételeire

Dr. Forrai Judit

Először is szeretném megköszönni opponenseimnek, hogy figyelmet fordítottak dolgozatomra, s különös gonddal olvasták és véleményezték azt, olyan példákkal, idézetekkel, szakmai és művelődéstörténeti információkkal, amelyek kiegészítették és gazdagították ismereteimet s egyben jövődöbeli munkámat segítették vele. Jelen orvostörténeti téma találkozása az orvostudomány, a történelemtudomány és a művelődéstudomány ágainak, hiszen több tudományterület együtteséről van szó, amikor orvostörténetről beszélünk. Az opponenseim is mind különböző tudományterület kimagasló képviselője. Véleményük szakterületüknek megfelelően különböző elvárások, szempontok és súlyozás szerint alakították ki.

Egybehangzó vélemény mindhárom opponensemtől, hogy a témaválasztása és a mű új, eredményekben gazdag, hézagpótló munkának tartják a maga komplexitásában, vagy interdiszciplinitásában, vagyis egyaránt kimagaslónak tartják a társadalmi, politikai, szociális, természettudományos, technikatörténeti és szakmai változások együttes vizsgálódását az európai fogászat fejlődésének kialakulását a 18. században.

Külön öröm számomra, hogy a stomatológia tudomány hazai kimagasló művelője **Bánóczy Jolán Professzor Asszony** fogorvostudományi szempontok szerint is súlyozva értékelte dolgozatomat. Különösen azt a részt, amely a mai napig is kimagasló népegészségügyi probléma és egyben megmutatja egy állam egészségügyi ellátásának fejlettségét, az emberek egészségtudatos magatartását: ez a cariesz előfordulásának gyakorisága egy adott népességben belül. Külön felhívja a figyelmem, hogy a cariesz frekvencia nem önmagában, hanem mint arányszám kezelendő (259. old.) Mint ismeretes a demográfia és statisztika tudománya is a 18. században kezd Európa szerte kialakulni. A cariesz frekvencia arányszám mérése, mint meghatározó statisztikai módszer és adat, csak a 20. században lesz alkalmazott segédtudomány a népbetegségek kimutatására, úgylis mint indikátor, tehát ezek a korabeli arányszámok csak becsült adatok és ezek az adatok is csak olyan mértékben mérhetőek,

amennyiben figyelembe vesszük a táplálkozási szokások, az ivóvíz, klímaváltozás, élvezeti szerek fogyasztásának megváltozását, a vándorgyógyítók munkájának hatékonyságaként az elfoglaltságukat, a hirdetésük számát és minőségét, és a fogászati szakemberek képzésére tett igények érvényesítését. Köszönöm és elfogadom észrevételét.

Kutatásom külön fogorvosi érdekessége volt, hogy Pierre Fauchard korszakalkotó könyvében egy teljes fejezet – méghozzá igen lényeges, mintegy 200 oldalas része – a korabeli esetleírások tanulmányozása és annak mai értelmezése volt. E primer forrás megértése, feldolgozása munkámat annyiban nehezítette, hogy a 18. századi francia nyelv koránt sem azonos a maival, (gondoljunk csak akár példaként a magyar nyelvújítás nagy szókincs változására) különösen vonatkozik ez az orvosi leírásokra, habár a diagnózis latin nyelven íródott, de a betegségek magyarázata, tartalma és értelmezése nem azonos a mai francia nyelvvel és különösen nem az orvosi fogalmak tartalmával. Így merülhetett fel az a véleménye Bánóczy Professzor Asszonynak, hogy egy korábbi mandibula törés inkább osteomyelitises gyulladásra utal, mint egy egyszerű abcessusra. A leírás értelmezése valóban vitatott.

A fordítás pontosan így szól: *„Három-négy évvel ezelőtt ugyanezen az oldalon, alul egy tumor infiltrálódott, amelyet a sebész akkor megnézett és megállapította, hogy a mandibula el van törve.”* Csakhogy a tumor szó jelentése, értelmezése egészen más volt a 18. században: egy szöveti képződményt jelentett, amelybe belefér akár a gennyes, akár a mai értelemben vett daganat képződménye is.

Csak a mai fogalmaink szerint jelenti a tumor a neopláziát, a szervezet megváltozott sejtjeinek progresszív, irreverzibilis burjánzásából származó, körülírt daganatos (jó- vagy rosszindulatú) szövetszaporulatát. Az egyértelmű, hogy egy krónikus esetről van szó és egy korábbi mikrobiológiai eredetű kórokról, amely lehetett tályog, abscessus, vagy egy kialakult osteomyelitis. Megértem és elfogadom észrevételét, az eredeti kórok elvitatását.

Nagy megtiszteltetés számomra **R. Várkonyi Ágnes Professzor Asszony** alapos, szellemes, elegáns megfogalmazásai, pozitív értékelése, s egyben megerősítése, hogy történész számára is nemcsak élvezetes és izgalmas olvasmány, hanem új szemlélettel is hozzájárulok a történelemtudomány újabb eredményeihez. Külön köszönöm a témához szorosan tartozó esetek, adatok, idézetek leírását, citálását, figyelmem ráirányítását bizonyos kiegészítésekre. A kutatás eredményeinek egyik fontos elemének tartom én is a szépségpiac szerepét a koraújkori politikai, hivatali szerepkörében kialakított férfi önképről, és a különböző

diszkrimináció érvényesüléséről, mint például a gender, vallás, vagy migráció alapján, a bemutatott országok, minták, modellek szerint.

A kritikákat illetően R. Várkonyi Ágnes professzor Asszony hiányolja Ausztriát és Erdély bevonását a kutatásba. Ide kívánczik harmadik opponensem Karasszon Dénes Professzor Úr egyik kritikája is Itália, miért nem szerepel a vizsgált országok között.

Azt gondolom, Ausztria és Erdély fogászatának bemutatásával részben azonos részben csak kis mértékben eltérő eredményeket kaptunk volna, nem olyan szignifikanciával, mint például a rendszerektől eltérő francia, angol, ír, skót, orosz és holland összehasonlításban.

A másik szempontom, a kutatás idő- és terjedelembeli korlátok szabtak határt kutatásomnak. Harmadik érvem, hogy magyarországi kutatást köztes területnek és rendszernek gondoltam Erdélyhez képest a populációt tekintve jóval nagyobbak, ahogy az opponensi véleményében is olvashatjuk: *„Magyarországra fordítva szemünket a lakosság száma itt is megugrott 1722 négy millióról 1790-re Erdély nélkül kilenc millióra növekedett”* Ausztriát tekintve pedig Magyarország nem birodalmi központ, amely azért módosította volna a kapott eredményeket. A következő érvem: konkrétan az európai modell magyarországi helyzetét kívántam vizsgálni, de Ausztria bekapcsolásával nehezen tudtam volna egyértelművé tenni a magyar viszonyokat bizonyos politikai, közigazgatási és szakmapolitikai összefonódások miatt. A modernizáció bemutatása így karakteresebb lehetett.

A jogi viszonyok bemutatását, csak annyiban tartottam célravezetőnek, amennyiben a szakértelmiség megszervezéséhez és képzéséhez szorosan kapcsolódik, mint pl. a Generale Normativum in re Sanitatis (260. old.), vagy a vidék chirurgusainak alkalmazásának kötelezettsége (252. old), vagy a Nagyszombati Egyetem Orvosi Karának indítása (261), a sebészek oktatása, hallgatói létszám alakítása stb.(265. old)

Felmerül a kérdés opponensemétől, hogy a magyar viszonyok mindössze 30 oldalnyi, amely vázlatosnak tűnik. Bár mindhárom opponensem a dolgozat szerkezetét arányosnak tartotta, ezen arányosság motivált, hogy ne vessek el a magyar anyag olyan részleteibe, amely részletességgel a többi, összehasonlított ország nem szerepel. Egy ilyen kutatásnál egyik nagy kihívás a mérték, illetve a fellelt, kutatott anyag válogatása, az írott anyagba való beválogatása. Mint ismeretes a kutatásoknál minimum kétszer, vagy többször annyi jegyzet, forrás, szakanyag áll rendelkezésre, mint ami papírra kerül. Ide kívánczik a katonai sebészet szórványos elhelyezése, amelyet Karasszon Dénes Professzor Úr is megjegyzést tesz.

R. Várkonyi Ágnes Professzor Asszony felveti Magyarországon (1790), miért 100 évvel később vezeti be a fogászmesteri (magister artis dentariae) oktatást, mint Franciaország (1699)? Hasonló kérdést tett fel Karasszon Dénes Professzor Úr is.

Sem gazdaságilag, sem politikailag, sem szakmapolitikailag, oktatási szempontból nem hasonlítható Franciaország és Magyarország a 18. században. A fejlődési szint és a szerveződési lehetőségek valóban megmutatkoznak ebben is a centrum és a periféria vélt beosztásának megfelelően. Más szóval a modernizációs folyamatban messze elmaradunk, de véleményem szerint ahhoz képest, hogy az Orvosi Kar Nagyszombaton csak 1770-ben indította az első tanulmányi tanévet, csak 20 év az időkülönbség a szakképzés indításában, különösen a történelmi idő perspektívájából nézve nem olyan nagy a szakadék.

Abban teljesen egyetértek opponensemmel és köszönöm, hogy felhívta figyelmem erre a mondatomra: „*Vitatható az 1783-1790 évek rövidre zárt értékelése: Ez az időszak, amikor a magyar társadalmi és tudományos élet elindult a fejlődés útján*”(279). Ez a megfogalmazás kissé vitatható a magyarázatom nélkül. Az új Kar alapításának rendelete összbirodalmi érdeket is szolgál, de ugyanakkor lehetőség nyílik arra, hogy új szakértelmiség képződjön, alakuljon ki nagy számban egy újabb „kiművelt” réteg induljon útjára a magyar társadalomban, amely aztán az értelmiségi réteget megnöveli. A tudomány új irányú lehetőségeinek kapuja kitárul, az egészségügyi rendszer szigorú bevezetésével. A vármegyékben is a helyi értelmiség száma megnő, már nemcsak a pap, de az orvos és a patikus, s azok utódjai is egy újabb lehetőséget nyitnak jelenlétükkel a társadalmi és tudományos élet felé.

Végül, de nem utolsó sorban – pusztán a nemek szerinti udvariasságból **Karasszon Dénes Professzor Úr** opponensi véleményét köszönöm s egyben válaszolok feltett vitaindító kérdéseire. Néhány kérdését előző opponensem válaszaival együtt tárgyaltam a felvetett észrevételek azonossága folytán. Köszönöm külön a szemléletes példákat, azokat is, amelyek a vizsgált kort jóval megelőzi, vagy meghaladja, vagyis a történelmi ív teljes palettájából merít: akár a szkíta harcászati foghúzója, vagy Zsigmond kori fogsebészek heraldikája, vagy a modern stomatológiai tudomány legújabb vívmányainak bemutatása.

Opponensem hiányolja, hogy a kovácsmesterség 3000 éves történetét nem említettem meg. Ezzel az állítással vitába szállnék, bár igaz, nem a 3000 éves történetet írtam, de megemlítettem a kovácsok aktív szerepét a fogászati betegségek ellátásában rögtön a

bevezetőben az 1. oldalon, a 13. oldalon a patkoló szerszám fogászati használatát, a 17 oldalon és a szerszámgyűjtemény képi ábrázolásában központi helyen szerepel a Semmelweis Múzeum gyűjteményéből egy 15. századi ló patkolásához használatos fogó, amelyet foghúzásra is alkalmaztak.

Következő észrevétele, véleménye Karasszon Dénes Professzor Úrnak, hogy a III. fejezetben tárgyalt országok bemutatása inkább összehasonlító vizsgálat, mint horizontális. A horizontális kifejezést azért használtam, mert az egyidejűség a domináns, szinte azonos szempontok szerint, túl azon a tényen, hogy össze is hasonlítottam a különböző rendszereket. Egy szakma történetét általában vertikálisan, vagyis időrendi mélységében, tárgyalják, ez az időszak tárgyalás, ahogy R. Várkonyi Ágnes a repülő negatív példájával mutatta be a történelmi időt, így maradva a repülő példájánál, felszállva kitágul a horizont, és így egyidejű képet kaphatunk akár Írországból indulva Magyarországra, akár fordított irányban a fogászat akkori helyzetéről.

A holland orvosi képzés volt a legmodernebb, legkorszerűbb Európában a vizsgált időben így eshetett Mária Terézia választása a modern, orvosi iskolateremtő Hermann Boerhaave tanítványára Gerhard van Swietenre.

Pierre Fauchard modern elméletének leírásával nem gondoltam, hogy több évezredes ősbabiloni fogfőreg elmélet érvényét veszíti, csupán a közlés elsődlegességét próbáltam megragadni. Valószínűleg lelkesedésem annyiban megvolt, hogy míg opponensem Willoughby Dayton Millert említi a modern kariológiai elmélet megalkotójának, amely már Bizonyítékon Alapuló Orvoslás más néven az EBM (Evidence Based Medicine) szemléletet magában hordozza laboratóriumi kutatások alapján, addig Fauchard csupán logikai következtetésekkel lelt rá a multicausalitásra.

Opponensem konkrét kérdéseire válaszolnék:

Napjainkban más európai országokkal összehasonlítva megfelelőnek tartja-e lakosságunk fogazatának egészségi állapotát, kielégítőnek e hazai ellátásunk jelenlegi helyzetét, vagy indokoltnak, netán szükségesnek tartja a fogbetegségek hazai elterjedésének epidemiológiai felmérését, szájhigiénéi felvilágosító tevékenység fokozását és lakosságunk fogászati ellátásának közegészségügyi igények szerinti fejlesztését?

1. Nem tartom megfelelőnek a lakosságunk fogazatának egészségi állapotát, ugyanis azok a bizonyos epidemiológiai mutatók az európai összehasonlításban igen rosszak. Az európai 27 országból a 24. helyen áll Magyarország a caries indexek alakulásával. A cariesz index alapját az úgynevezett DMF-T jelöléssel mérik, (decayed – szuvas, missing-hiányzó és a filled-tömött T teeth) fogak számát.
2. A hazai ellátás jelenlegi helyzete megfelelő, inkább a kereslet oldalán van deficit, nem az ellátási szolgáltatás kínálatában. Ugyanis 1995-től a fogászati tevékenységet privatizálták, így a tömeges, ingyenes ellátás mennyisége és típusai az ország gazdasági helyzetével szorosan összefügg, az OEP egyre kevesebb beavatkozást finanszíroz.
3. Epidemiológiai felmérés a különböző korosztályban különböző módon történik. A hazai 18 évesek körében, egy 1998-as felmérés alapján kapott vizsgálati eredmények alapján megállapítható, hogy a caries-frekvencia nagy, az ép fogúak aránya csupán 6,1%, a DMF-T átlagérték 7,64, kétharmaduk rendelkezik csak megtartott fogazattal, 84,7%-nak ínygyulladás, 61,7%-nak fogköve is van. (Nyárasdy I., Bánóczy J: *Preventív Fogászat*, Budapest Medicina Könyvkiadó Zrt.,2009: 21-22.),Szőke J, Petersen, P.E: Epidemiológiai vizsgálatok a hazai 18 éves populációban, *Fogorvosi Szemle*, 2001;94:185-190.,
4. prevenció tevékenység
Az epidemiológiai adatok tükrében, érthető, hogy a magyar populáció fogászati higiéniés állapota és edukáltsága, valamint az igénye rendkívül alacsony szinten van az európai mutatókhoz képest. A prevenció tevékenységre nagy szükség lenne, egyéni, családi, iskolai és társadalmi szinten egyaránt. Hazánkban az általános egészségtudathoz hasonlóan, a fogászati egészségtudat még nem alakult ki. Ennek oka lehet a nem megfelelő iskolázottság, az intelligencia hiánya, az egészség értékének nem kellő megbecsülése, a hatékony nevelés hiánya (iskola, pedagógusok neveltetése), a fogorvosi – elsősorban kuratív szemlélet, a preventívvel szemben), de pénzügyi problémák is szerepet játszanak.

Végezetül még egyszer köszönöm opponenseim mind a pozitív értékelést, mind pedig a bíráló megjegyzéseit. Köszönöm a figyelmet, és ezúttal kérem Tisztelt Bírálóimtól és a tisztelt Bizottságtól az opponensi véleményekre adott válaszaim elfogadását!

Dr. Forrai Judit

Budapest, 2013-04-08