

**HET OOG SPIEGELT DE OOGARTS?**

**Dr P.T.V.M. de Jong**

HET OOG SPIEGELT DE OOGARTS?

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding van  
het ambt van gewoon hoogleraar in de  
oogheelkunde aan de faculteit der  
geneeskunde, Erasmus Universiteit  
Rotterdam, op 18 april 1984, door

Dr P.T.V.M. de Jong

Fout, brulde de wolf en in een wipje  
trok Roodkapje een revolver uit haar slipje,  
beng, beng, beng en dood was het kreng.

Roald Dahl.

Mijnheer de Rector Magnificus,

Dames en Heren van het College van Bestuur  
en van het Bestuur van de Faculteit der  
Geneeskunde,

Dames en Heren van het Bestuur van het  
Oogziekenhuis,

Gewaardeerde toehoorders,

In een recent artikel werd beschreven hoe men bij een serie wetenschappelijke voordrachten door middel van in het donker opgestelde infrarood camera's er achter kwam dat veertig procent van de aanwezigen zat te dromen en dat achttien per honderd echt in slaap vielen. Op dit moment waarop ik met gemengde gevoelens bij dit enigszins archaïstisch gebeuren voor U sta, hoop ik U met mijn aanhef voor deze reacties te behoeden, temeer daar mij in verband met de dubbele oratie een beperkte tijd gegund is. Zoals echter in dit sprookje het lijdend voorwerp onderwerp is geworden, zo wil ik U in deze oratie ook enige rolverwisselingen in de oogheelkunde schetsen.

In het verleden hebben enkele kroondocenten gedreigd bepaalde taken niet meer uit te voeren wanneer zij door verdergaande bezuinigingen getroffen zouden worden. Vermoedelijk daarom heeft de minister in mijn leeropdracht alleen vermeld: "om werkzaam te zijn op het vakgebied van de oogheelkunde". Niettemin meen ik dat deze werkzaamheid zich in eerste instantie zal moeten uitstrekken tot de bekende trias van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Op elk van deze drie terreinen zijn op dit moment grote veranderingen in gang. Ik zal U laten zien hoe enkele wijzigingen op het gebied van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg zich in het oog afspiegelen en daarbij mijn kanttekeningen plaatsen.

Het onderwijs in de oogheelkunde heeft zich bij mijn weten in de meeste universiteiten de afgelopen jaren niet meer in grote collegezalen afgespeeld. Op veel plaatsen ontstonden blokcursussen voor groepen van tien tot dertig studenten, die kort daarop aan hun praktische training be-

gonnen. Gelukkig is het verschijnsel dat de oog-  
heelkunde een facultatief co-assistentenschap vormt  
tot slechts één universiteit beperkt gebleven.  
Bijna iedere arts krijgt tijdens zijn werkzaam-  
heden met oogheelkunde te maken. Daarmee bedoel  
ik niet de chirurg die klaagde dat hij al tijden  
de krant niet meer kon lezen maar het zo druk had  
met opereren dat hij niet eerder langs kon komen.  
In Rotterdam wordt het oogheelkundig onderwijs  
verdeeld over een praktische oogspiegelcursus in  
de predoctorale fase en een co-assistentenschap  
van drie weken. Tijdens dit co-assistentenschap  
ontvangen de studenten onderricht dat zij direct  
daarna in de praktijk kunnen brengen. De maat-  
schappelijke veranderingen die vooral ten gevolge  
van bezuinigingen aanleiding hebben gegeven tot  
de tweefasenstructuur van de medische studie,  
spiegelen zich nu echter ook in het oog af. Het  
gevolg hiervan is dat er noodgedwongen weer een  
duidelijke scheiding ontstaat tussen het theore-  
tisch deel van de oogheelkundige opleiding in het  
derde jaar en de praktische toepassing ervan ge-

durende twee weken in het zesde jaar. Voor het eerst in tijden wordt het massale hoorcollege oogheelkunde weer ingevoerd. Dit zal de mogelijkheid voor de student om actief aan het onderwijs deel te nemen flink beperken. Dit lijkt mij onderwijskundig een achteruitgang; hoogstens kunnen we hopen dat door herhaalde bestudering van de theorie deze beter zal beklijven. Nu het co-assistentenschap gereduceerd wordt tot twee weken, zal het een belangrijk voordeel zijn dat in het Oogziekenhuis zo'n groot en gevarieerd patiëntenbestand aanwezig is. Daardoor blijven de studenten ruimschoots in de gelegenheid om ogen met zowel nulde- als derdelijns symptomen te onderzoeken, te spiegelen en daarin gespiegeld te worden. Ik ben dan ook zeer verheugd te constateren dat alle stafleden, ook diegenen met een kleine of geen universitaire aanstelling en alle assistenten zich inzetten voor het onderwijs met als resultaat een grote waardering van de studenten voor het co-assistentenschap oogheelkunde.

Ook op het gebied van het onderzoek heeft er een rolverwisseling plaats gevonden, niet zo zeer van lijdend voorwerp naar onderwerp, maar van lijdend naar leidend voorwerp.

In het begin van de jaren zeventig was het onderzoek in veel centra een vrijwillig gebeuren dat al dan niet resultaat afwierp en in die tijd van overvloed bekommerden weinigen zich daarom. Toen echter de bestuurderen gingen vragen wat er met hun geld gebeurde, werd ras een stijgend aantal publicaties alom in den lande waargenomen waarbij de preklinische centra doorgaans eerder door hadden uit welke hoek de wind ging waaien. Echter welke artikelen waardevol waren, kon vrijwel geen van de regelende overheidslichamen uitmaken. Ge-kozen werd voor het kwaliteitskriterium dat de artikelen moesten verschijnen in tijdschriften waarbij vakgenoten in de redactie zitting hadden. Al spoedig bleek het aantal ingezonden artikelen dat geweigerd werd toe te nemen, deels vanwege de kwaliteit maar ook omdat de beschikbare hoe-



veelheid ruimte in de bestaande bladen te beperkt was. Dit bracht auteurs er toe eigen, nieuwe tijdschriften op te richten, met als gevolg een nog grotere hoeveelheid literatuur waar de oogartsen zich nauwelijks doorheen wisten te worstelen en waar de ambtenaren van onderwijs en wetenschappen geen vat meer op hadden. De ontredderde beleidsmakers namen toen uit de Verenigde Staten de "citation index" over, een tabel waarin wordt aangegeven hoe vaak iemand door een vakgenoot in een artikel wordt aangehaald. Bijna altijd is dit alleen de eerste auteur van een artikel. De gedachte achter de "citation index" lijkt op het eerste gezicht plausibel en onze wetenschappelijke topvoetballers zijn dan ook terecht internationaal vermaard. Toch wil ik enkele bezwaren vermelden die dit systeem met zich meebrengt. Door een overwaardering van de "citation index" wordt de samenwerking van onderzoekers of van instituten niet bevorderd. Verder kan het tot gevolg hebben dat een jongere medewerker die in artikelvorm wil promoveren, niet meer als eer-

ste auteur vermeld wordt, omdat het idee of het publiceren deels afkomstig is van de oudere collega die de verantwoordelijkheid heeft voor de continuïteit van het instituut. Wil een instituut als zodanig herkenbaar blijven voor de buitenwereld via de "citation index" dan zou het hoofd telkens als eerste auteur vermeld moeten worden. Daarmee keert een gewoonte terug waarvan ik het juist goed vond dat deze ging verdwijnen. Men kan dit beter oplossen door degene bij wie de overdrukken aangevraagd kunnen worden en die vaak de continue band met de onderzoeksinstelling vormt, als auteur voor de "citation index" te laten gelden. Een andere mogelijkheid is een aparte instituutsindex te vormen op nationaal niveau. Tenslotte kan men overwegen alle auteurs van een geciteerd artikel te honoreren met een breuk waarin 1 in de teller staat en het aantal auteurs in de noemer.

Een tweede rolwisseling binnen het onderzoek is ontstaan doordat de overheid nu niet alleen

kwantitatieve en kwalitatieve eisen stelt maar ook het onderzoeksterrein wil gaan bepalen. In een tijd met neergaande besteding acht ik het een goede ontwikkeling een deel van de krachten aldus te bundelen. Wel betwijfel ik of politici hier de meest aangewezen personen zijn om bij de selectie van het research gebied een doorslaggevende stem te hebben. Ook bij de zogenaamde voorwaardelijke financiering binnen de eerste geldstroom spelen natuurlijk de resultaten in de vorm van publicaties een grote rol. Echter door te grote druk op onderzoekers wordt het risico vergroot dat het onderzoek slordig wordt verricht, onbetrouwbaar is of zich uitsluitend richt op gemakkelijk oplosbare problemen die op korte termijn rendement opleveren voor de "citation index" maar niet altijd relevant zijn. Tegenwoordig weerspiegelt zich in het oog het verschijnsel dat men al in de lekenpers of op de televisie met zijn resultaten te koop loopt zonder dat de vakgenoten die hebben kunnen beoordelen of verifiëren. Hierdoor kunnen irreële verwachtingen worden gewekt

zoals destijds Dinu Lipatti had toen hij ondanks corticosteroiden gebruik zijn laatste pianorecital halverwege moest beëindigen, verzwakt door leukemie . Door dirigenten en musici was een groot bedrag verzameld waardoor hij deze als "wondermiddel" tegen zijn aandoening aanprezen en pas ontdekte bijnierschors hormonen kon gebruiken. Hetzelfde hebben wij dertig jaar later met het interferon zien gebeuren waarvan de verwachtingen voor klinische toepassing onder invloed van publicaties zonder voldoende onderzoek te hoog gespannen waren. Ook in de oogheekunde maakten wij een premature perscampagne mee rond de laserbehandeling van seniele exsudatieve maculadegeneratie. De resultaten der behandeling van een betrekkelijk kleine, niet geheel vergelijkbare, groep patiënten met korte nazorg periode werden met veel ophef in de publieke nieuwsmedia als zeer succesrijk afgeschilderd. Enerzijds kan daarvoor herhaling van het onderzoek met een controlegroep als onethisch bestempeld worden. Anderzijds loopt de oogarts die terecht zijn bedenkin-

gen over een dergelijke behandeling kan hebben het gevaar dat hem nalatigheid of onkunde verwe- ten wordt.

Als voorbeeld van een onderzoek met pas resultaat op lange termijn wil ik U iets vertellen over mijn experimenten met botulinum toxine. Al vele jaren heeft men met de gedachte gespeeld de oog- stand te corrigeren door het verzwakken der oog- spieren met behulp van in die spieren gespoten medicamenten. Dit is onder meer met alcohol ge- probeerd, overigens zonder goed resultaat. Rond 1965 kreeg mijn leermeester Crone het idee om hiervoor botulinum toxine te gebruiken. Dit is een exotoxine, afgescheiden door Clostridium Bo- tulinum dat de neuromusculaire prikkeloverdracht blokkeert. Er bestaan zeven typen toxine welke niet alle voor het opwekken van tijdelijke spier- verlammingen geschikt zijn. De keuze viel op type A. De A toxinen waar ik aanvankelijk mee werkte, waren niet erg zuiver, daarbij instabiel en het kostte veel tijd om een kristallijn toxine te

vinden. Deze substantie moest in een hoeveelheid van 0.1 ml oplosmiddel in de spier gespoten worden. Hiertoe werd een versterker ontwikkeld die door middel van geluidssignalen aangaf of de punt van de injectienaald precies in de spier zat. Een holle, dunne, bipolaire electrode die op geleide van het signaal het toxine in het proximale derde deel van de oogspieren moest brengen, was niet verkrijgbaar en het vervaardigen daarvan heeft de klinische toepassing van het preparaat opnieuw vertraagd. Tenslotte duurde het een tijd voordat iemand met goede kennis van zaken werd gevonden die bereid was de ampul met 15 mg toxine, ongeveer 15.000 maal de lethale dosis voor een volwassene, zo te verdunnen en in kleinere hoeveelheden af te vullen dat het medicament geschikt was voor toepassing. In de laatste twee jaren hebben wij bij enkele tientallen patiënten oog- en aangezichtsspieren met dit preparaat ingespoten deels met verbluffend en deels met tegenvallend resultaat. Met name is het middel geschikt voor patiënten met nystagmus en oscillop-

sie. Deze mensen hebben trillende ogen waardoor zij synchroon met de oogbewegingen de gehele omgeving heen en weer zien schudden. Op geen enkele andere wijze zouden zij van deze klacht zijn af te helpen. Terugblikkend is dit een moeizame weg geweest met qua aantallen patiënten misschien weinig spectaculair maar voor de individuele persoon groot resultaat waarbij zijn omgeving dan nu toch in een stilstaand oog gespiegeld wordt. Het huidige beleid van de overheid maakt dit soort onderzoek haast onmogelijk en ik vrees dat Ehrlich in deze tijd nooit het salvarsaan en Fleming nooit de penicilline gevonden zouden hebben, waarmee ik niet het botulinum toxine in dezelfde orde van belangrijkheid wil plaatsen.

Als mijn belangrijkste taak op onderzoeksterrein zie ik het entameren en stimuleren van klinisch onderzoek waarmee ik niet primair intramuraal maar patiëntgebonden onderzoek bedoel. Dit is bij uitstek mogelijk door het grote patiëntenbestand in de kliniek. Daarnaast zijn er verschil-

lende terreinen aanwezig voor een gecombineerde aanpak van problemen zoals blijkt uit de samenwerking met de afdelingen celbiologie, fysiologie, genetica en natuurkunde.

Bij het oogheeskundig onderzoek in Nederland is het Interuniversitair Oogheeskundig Instituut in Amsterdam nauwelijks meer weg te denken. Op een aantal gebieden zoals de corneapreservering, de genetica en de uveïtis is daar een centrum opgebouwd waar alle oogartsen van Nederland voor advies terecht kunnen. Het is spijtig dat juist op het gebied van de oogtumoren het I.O.I. nauwelijks een rol speelt. Indertijd heeft Manschot al eens gepleit voor een overkoepelende ophthalmopathologische organisatie in het I.O.I. Daaraan zou dan ook een centrale registratie van oogtumoren in Nederland gekoppeld moeten worden zodat wij op vele vragen met betrekking tot het ontstaan en de behandeling van bijvoorbeeld melanomen een antwoord zouden kunnen krijgen. Nederland is een van de weinige landen ter wereld met



goede oogheelkundige voorzieningen en een goede verstandhouding tussen de diverse oogheelkundige centra die op relatief korte afstand van elkaar liggen. Daarom zouden wij juist hier door samenwerking antwoord op vragen moeten vinden die elders ofwel door tekort aan patiënten of door een te grote onderlinge afstand, niet opgelost kunnen worden.

De patiëntenzorg heeft ook een verandering in de rollen meegemaakt. Het oog wordt niet alleen meer door de oogarts, de internist en de neuroloog maar ook door de huisarts gespiegeld. De huisarts zal dit met name doen bij een onbegrepen visusdaling of wanneer hij de patiënt van neurologische stoornissen verdenkt. Verder is de oogspiegel belangrijk voor hem bij de controle van patiënten met suikerziekte, hoge bloeddruk en glaucoom of hoge oogdruk. Het is een goede tendens om ook deze laatste aandoening niet alleen door de specialist te laten behandelen. Wel vrees

ik dat voor veel huisartsen maar ook voor internisten en neurologen hun oogheeskundige training te kort is geweest om aan hun bevindingen bij het oogspiegelen therapeutische konsekwenties te kunnen verbinden, tenzij zij door regelmatig spiegelen in de praktijk hun ervaring hebben vergroot. Met name geldt dit voor de door sommigen gepropageerde diagnostiek en behandeling van glaucoom in de huisartsen praktijk. De therapie van de verschillende soorten glaucoom berust niet alleen op de bevindingen bij oogdrukmeten, maar juist op de informatie verkregen bij spiegelen van de papil en bij gezichtsveldonderzoek. Weinig huisartsen zullen in staat zijn een glaucomateuze papilexcavatie te beoordelen door een pupil die ten gevolge van pilocarpinedruppels zeer nauw is. Het lijkt mij verstandiger een dergelijk samenspel te ontwikkelen dat de oogarts afhankelijk van de bevindingen eens in de zes tot twaalf maanden de patiënt onderzoekt en dat de huisarts in de perioden daartussen op verschillende tijdstippen van de dag de oogdruk

meet met adequate apparatuur. Door uitwisseling van gegevens kan dan voor de patiënt de beste behandeling met het minste ongemak ingesteld worden.

Op de volstrekt ongewenste situatie dat sommige opticiëns menen patiënten vakkundig te kunnen spiegelen, wil ik hier verder niet ingaan. Wel vraag ik mij af of het op den duur geen goede ontwikkeling zou zijn wanneer in de komende decennia de oogartsen zich minder op refractie en meer op behandeling van oogpathologie zouden toeleggen. Wanneer de technisch oogheelkundige assistenten voor de refractie zorgen, kan de oogarts zijn diagnostische en operatieve vaardigheden door meer ervaring vergroten wat de patiënt alleen maar ten goede komt.

Ook in een ander aspect is het rollenspel in de patiëntenzorg omgedraaid. Was de patiënt vroeger vaak een (te) gewillig lijdend voorwerp, tegenwoordig maakt men wel mee dat hij vertelt hoever

de oogarts in zijn diagnostiek mag gaan om tot een verantwoorde behandeling te komen, ook al zijn die onderzoeken volstrekt onvoldoende. Wanneer een patiënt zegt dat hij niet als proefkonijn gebruikt wil worden bij het bespreken van een noodzakelijk en ongevaarlijk onderzoek dan is dat waarschijnlijk een doorgeschoten reactie op de wijze waarop hij vroeger benaderd werd. Alleen door een bescheiden opstelling van de arts en door het bespreken van de angsten der patiënt, zullen wij een goed evenwicht tussen deze uitersten kunnen vinden. Overigens acht ik mijn taak in de patiëntenzorg primair een consultatieve op diagnostisch en therapeutisch terrein voor patiënten die door andere oogartsen verwezen zijn. De huidige belasting der kroon-docenten is zo groot dat ik slechts in enkele gevallen hiervan wil afwijken.

De opzet van het Oogziekenhuis in Rotterdam is in veler ogen een niet alledaagse in zoverre dat het niet vaak zal worden gezien dat een hoogle-

raar met zijn universitaire staf tot de staf van een ziekenhuis behoort zonder zoals onze burens zeggen "Weisungsbefugnis" te hebben. Vele Duitse collegae vinden dit een zeer vreemde situatie maar ik meen daarentegen dat hun hiërarchisch systeem in deze tijd geen voordelen biedt. Wel vereist onze wijze van samenwerking een bepaalde instelling met betrekking tot de patiëntenbehandeling die ik hier zal weergeven. Onlangs stond in een redactioneel stuk in de British Medical Journal dat de klinische vrijheid dood was. Hieronder verstond de auteur het onbetwiste recht van artsen om in overleg met de patiënt al het mogelijke met hem te doen wat volgens de medicus het beste was. Ik denk dat dit overlidensbericht te ver gaat. Wel ben ik het met de auteur eens, dat de arts zijn indicatie voor diagnostiek en behandeling zoveel mogelijk aan de hand van wetenschappelijk onderzoek en waar nodig in overleg met anderen moet stellen. Onze kliniek biedt in dit opzicht een uitstekende mogelijkheid voor een arts om zijn handelen medisch te toetsen en

daar waar nodig te verbeteren. Op bijna elk terrein van de oogheelkunde zijn sub-specialisten aanwezig met voor de patiënt navenant vakkundige behandeling. Het gevaar van sub-specialisten is echter dat zij een eng blikveld krijgen en om dit te voorkomen is een open discussiesfeer essentieel. Samenwerken in groter verband maakt het mede mogelijk technieken te verbeteren en nieuwe te ontwikkelen zonder de grenzen van het toelaatbare te overschrijden zoals mijns inziens op dit moment in de Verenigde Staten met de radiaire keratotomie plaats vindt. Daar bevinden vele ogen zich in de situatie van de vrouw die zoals Musil schrijft "es nicht ungerne sieht unrecht berührt zu werden". Bij duizenden ogen met slechts een lichte refractie afwijking heeft men daar getracht door middel van incisies in het hoornvlies de refractie te veranderen; pas later is men bij apen gaan kijken hoe het oog er nu eigenlijk precies op reageert. Het zou mij niet verbazen wanneer daar binnenkort naast de antivivisectie ook een antihomosectie vereniging

opgericht wordt.

Ook na zorgvuldig uitgevoerd dier-experimenteel onderzoek behoren nieuwe methoden bij patiënten nauwkeurig te worden vervolgd. Hiervoor en voor de registratie van medische gegevens zal steeds meer een beroep worden gedaan op computerfaciliteiten. Hoewel wij in een tijd van bezuiniging zitten, dient de overheid zich toch te realiseren dat alleen door het verschaffen van dit soort apparatuur binnen een groot oogheeskundig centrum antwoord op vragen met betrekking tot diagnostiek en behandeling gevonden kan worden. Alleen wanneer deze antwoorden er zijn, kunnen verantwoorde beleidsbeslissingen voor de toekomst genomen worden. Hierbij kan men denken aan de medicamenteuze behandeling van arteriële of veneuze vaatafsluitingen, aan de gezichtsscherpte die een patiënt met een keratoconus moet hebben alvorens een hoornvliestransplantatie visueel resultaat oplevert of aan de parameters die aanwezig moeten zijn wil een glasvochtoperatie zin hebben. Bij de huidige

budgettering in de volksgezondheid wordt het beschikken over betrouwbare gegevens nog urgenter. Wanneer de bezuiniging verder gaat, kunnen grote problemen met betrekking tot de indicatiestelling aan de orde komen. Wij hopen niet voor beslissingen te komen staan dat iemand die niet meer tot de beroepsbevolking behoort aan één staaroperatie voldoende heeft zodat het tweede oog slechtziend kan blijven. Op die wijze zou men in de toekomst misschien ooit een bijzondere leerstoel in de geriatische monophthalmologie moeten gaan aanvragen. Het blijft overigens goed zich te realiseren dat in de twaalf uren die hier in het Westen soms operatief aan één oog gespendeerd worden, driehonderd ogen in een ontwikkelingsland bruikbaar zicht kunnen herkrijgen.

Aangaande de beleidsvoornemens ten aanzien van rolverwisselingen bij de patiëntenzorg in groter verband kan men zijn vraagtekens plaatsen bij het opheffen van goedwerkende, categorale eenheden



doordat in het verleden een dergelijk standpunt arbitrair is ingenomen. In het bedrijfsleven is vanwege de onoverzichtelijkheid der organisatie en door de onbekendheid van de leiding met de diverse onderdelen een grote concentratie al weer achterhaald. Daar ziet men een opbloeien van kleine ondernemingen die gespecialiseerd zijn op een bepaald terrein. Zo er al voornemens bij de centrale overheid bestaan om enkele categorale inrichtingen in verband met beddenleegstand gedeeltelijk naar elders te verplaatsen, dan dient men zorgvuldig het voor en tegen hiervan af te wegen. De huidige samenbundeling van routinematige oogheelkundige behandeling met deelspecialistische functies en derdelijns geavanceerde en academische zorg is in een partieel getransplanteerde kliniek niet meer mogelijk. Dit zal onherroepelijk ten koste gaan van de basale patiëntenzorg, zo essentieel voor onderwijs aan studenten, opleiding van assistenten en nascholing van huis- en oogartsen of ten koste van de geavanceerde therapie, zo nodig voor onderzoek

en voor het ontwikkelen van verbeterde behandelingen. Wij weten nu wat wij aan oogheelkundige zorg in Nederland en daarbuiten te bieden hebben en het is zeer de vraag of dit na een splitsing van het geheel nog mogelijk zal zijn.

Gezien mijn waardering voor de huidige oogheelkundige voorzieningen in Rotterdam in boven beschreven samenwerkingsverband zal ik mij inzetten voor het behoud daarvan, in de hoop dat de laatste, potentiële, niet-sprookjesachtige rolomkering niet zal plaatsvinden.

In het voorgaande heb ik U afgeschilderd hoe het oog niet alleen door de oogarts gespiegeld kan worden maar ook door co-assistenten, huisartsen, internisten, neurologen en studenten. Anderzijds meen ik te hebben aangegeven dat het oog al deze personen en de maatschappelijke veranderingen waaraan zij zijn blootgesteld, weerspiegelt.

Op deze plaats wil ik graag mijn opvoeders en opleiders danken, mijn ouders, mijn broers en zusters die ongetwijfeld ook aan mijn opvoeding hebben bijgedragen, de leraren van de middelbare school die vaak een ondankbare maar zo'n belangrijke taak vervullen, de docenten aan de Utrechtse Universiteit, mijn promotor, Professor Jongkees, mijn opleider, Professor Crone, met zijn stafleden als zaakgelastigden, de medewerkers in het Wilhelmina Gasthuis, de collegae van de Medische Faculteit der Universiteit van Amsterdam, de collegae van de Erasmus Universiteit en tenslotte de stafleden, assistenten, studenten, medewerkers en patiënten in het Oogziekenhuis te Rotterdam die mij nog dagelijks opvoeden en opleiden. Aan de bestuurders van de Erasmus Universiteit en van het Oogziekenhuis wil ik mijn dank uitbrengen voor de prettige en efficiënte wijze waarop zij mij hebben ontvangen en mij nu trachten te besturen.

Ik heb gezegd.



