

## Een pseudo-epidemie van kraamvrouwenkoorts

V. DIETZ, J. B. DERKS, E. M. MASCINI EN H. W. BRUINSE

### *Dames en Heren,*

Al eeuwenlang worden fulminante infecties in het kraambed beschreven. Na 1600 lijkt steeds meer melding gemaakt te worden van kraamvrouwenkoorts, waarschijnlijk ten gevolge van het ontstaan van kraamklinieken, maar mogelijk ook ten gevolge van een toename van de virulentie van de verwekker. Alexander Gordon toont in 1795 als eerste aan dat de ziekte bijna altijd wordt overgebracht door een bepaalde obstetricus of verloskundige, maar helaas is het fenomeen besmettelijkheid dan nog onbekend. Het is Semmelweis die in 1846 in Wenen aantoonde dat het wassen van de handen na elk lichamelijk onderzoek – met name na obducties – de sterfte van kraamvrouwen dramatisch doet dalen (van 11,4 naar 3%). Pasteur toont in 1879 streptokokken aan in bloed en lochia van vrouwen met kraamvrouwenkoorts. Na een periode van een hoge prevalentie van en sterfte aan kraamvrouwenkoorts zet vanaf 1900 tot 1980 een aanzienlijke daling in. Deze daling in de twintigste eeuw kan niet alleen aan verbeterde sociaal-economische omstandigheden, hygiënische maatregelen of het gebruik van antibiotica worden toegeschreven. Het is mogelijk dat ook een afname van de virulentie van streptokokken hier een rol in speelt. Echter, sinds 1980 verschijnen in toenemende mate gevalsbeschrijvingen van ernstige infecties met  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A, waaronder kraamvrouwensepsis. Er lijkt sprake te zijn van een toename van de incidentie, maar ook van de ernst van de infectie.<sup>1-3</sup>

In de periode mei-juni 2002 deden zich in het Universitair Medisch Centrum Utrecht, locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), 5 gevallen voor van kraamvrouwenkoorts ten gevolge van  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A. Aan de hand van 3 casussen beschrijven wij de presentatie, het beloop, de diagnostiek en de behandeling van kraamvrouwenkoorts. Verder zal worden ingegaan op maatregelen om een eventuele epidemie op te sporen en verdere verspreiding te voorkomen en wordt het nut van profylactische behandeling bij draagsters besproken.

Patiënt A, een 31-jarige vrouw, gravida II, para II, werd na een sectio caesarea overgeplaatst vanuit een zieken-

huis elders, nadat haar zoon opgenomen was op de neonatale intensivereafdeling van het WKZ. Haar eerste graviditeit was geëindigd in een partus praematurus, waarbij een gezonde zoon was geboren van 2390 g.

Patiënte had zich niet lekker gevoeld en een grieperig gevoel gehad, en zich gemeld in het ziekenhuis waar zij voor deze zwangerschap onder controle was. De amenorroe duurde bedroeg 36 1/7 week. Bij opname werd een zieke vrouw gezien met 39°C koorts en bij evaluatie van de foetus bleek diens conditie slecht op basis van het cardiotocogram. Er werd een spoedsectio verricht, waarbij een zoon van 2500 g geboren werd met een Apgar-score van 0/0/3 na respectievelijk 1, 5 en 10 min; de pH arterieel was 6,74 en het basenoverschot -29 mmol/l (passend bij asfyxie). Er waren geen tekenen van een solutio placentae. De neonat werd direct geïntubeerd en na een geslaagde reanimatie werd hij overgebracht naar het WKZ. Bij de moeder werd na het afnemen van bloedkweken gestart met amoxicilline-clavulaanzuur i.v. en zij werd de volgende dag overgeplaatst naar de kraamafdeling van het WKZ. Laboratoriumonderzoek voor overplaatsing toonde: Hb: 7,1 mmol/l (referentiewaarde: 7,4-9,6); trombocyten:  $119 \times 10^9/l$  ( $150-450 \times 10^9/l$ ); leukocyten:  $11,9 \times 10^9/l$  ( $4,0-10,0 \times 10^9/l$ ); fibrinogeen: 1,83 g/l (2,0-4,0); D-dimeer: 10 mg/l (< 0,5).

Bij overplaatsing had patiënte geen koorts. Alhier was bij lichamelijk onderzoek de bloeddruk 90/50 mmHg, de pols 84/min en de temperatuur 36,5°C. Patiënte kreeg opnieuw koorts, 39°C, bij een pols van 120/min en haar bloeddruk was 110/40 mmHg. Het bleek dat zij slechts één gift amoxicilline-clavulaanzuur had gehad. Ondertussen werd vanuit het ziekenhuis elders doorgegeven dat er  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A uit het bloed en uit de placenta gekweekt waren. Patiënte kreeg benzylpenicilline 2 miljoen IU i.v. elke 4 uur en clindamycine 600 mg 3 dd i.v. Er ontstond het beeld van een diffuse intravasale stollingsstoornis. Bloedonderzoek liet de volgende waarden zien: trombocyten:  $88 \times 10^9/l$ ; protrombinetijd (PTT): 18,8 s (controle: 12,4); geactiveerde partiële tromboplastinetijd (APTT): 48 s (controle: 34); fibrinogeen: 3,3 g/l; D-dimeer: 16,0 mg/l. In verband met dyspnoe klachten werd gestart met de toediening van zuurstof 3 l/min. Het bloedonderzoek werd die nacht nogmaals herhaald, waarbij wederom een verlengde APTT gevonden werd en een trombocytenaantal van  $78 \times 10^9/l$ .

Patiënte bleef hemodynamisch stabiel en knapte langzaam op. Haar zoon ging echter achteruit en overleed aan de gevolgen van ernstige asfyxie. Deze was mogelijk gerelateerd aan een verminderde uteroplacentaire doorbloeding als gevolg van hypotensie bij sepsis bij de

Universitair Medisch Centrum Utrecht/Wilhelmina Kinderziekenhuis, Postbus 85.090, 3508 AB Utrecht.

Afd. Obstetrie: mw.V.Dietz, assistent-geneeskundige; dr.J.B.Derks en prof.dr.H.W.Bruinse, gynaecologen.

Eijkman-Winkler Centrum voor Microbiologie, Infectieziekten en Ontsteking, afd. Ziekenhuishygiëne en Infectiepreventie: mw.dr.E.M. Mascini, arts-microbioloog.

Correspondentieadres: mw.V.Dietz (v.dietz@azu.nl).

moeder. Dit kan echter niet meer bevestigd worden. Bij het kind werden ook  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A gekweekt.

Patiënt B, een 32-jarige vrouw, gravida I, para I, werd vier dagen post partum heropgenomen in verband met plotselinge pijn in de onderbuik met koorts. Zij was spontaan bevallen in het WKZ van een zoon van 3690 g na een inleiding in verband met serotiniteit. De volgende dag was zij naar huis gegaan.

Patiënte had bij heropname sinds enkele uren pijn rechtsonder in de buik, die zich langzaam verspreid had over de gehele onderbuik. Daarbij voelde zij zich ziek, maar zij was niet misselijk. Mictie en defecatie waren normaal. Bij lichamenlijk onderzoek zagen wij een zieke vrouw; de temperatuur was  $38,4^{\circ}\text{C}$  en er was diffuse druk- en loslaatpijn in de buik met normale peristaltiek; de lochia waren niet duidelijk riekend. Bij transvaginale echografie werd een streepdun cavum gezien zonder vrij vocht; de adnexe kwamen niet à vue. Laboratoriumgegevens: urinesediment: schoon; Hb:  $7,8\text{ mmol/l}$ ; leukocyten:  $15,7 \times 10^9/\text{l}$  met in de differentiatie linksverschuiving; creatinine:  $64\text{ }\mu\text{mol/l}$  (referentiewaarden:  $58\text{--}103$ ); aspartaataminotransferase (ASAT):  $35\text{ U/l}$  ( $15\text{--}45$ ); alanineaminotransferase (ALAT):  $23\text{ U/l}$  ( $10\text{--}50$ ); C-reactieve proteïne (CRP):  $28\text{ mg/l}$  ( $< 10$ ). De volgende dag was de CRP  $213\text{ mg/l}$  en het leukocytenaantal  $24,3 \times 10^9/\text{l}$ .

Enkele uren later werd patiënte steeds zieker, met koorts van  $38,8^{\circ}\text{C}$  en duidelijke peritoneale prikkeling. Omdat de oorzaak van de acute buik niet duidelijk was, werd een laparoscopie verricht. Hierbij werd een mogelijk ontstoken appendix gezien, waarna de chirurg een appendectomie verrichtte. Bij nadere inspectie was er een appendix sana en werd de werkdiagnose veranderd in een *Chlamydia*-peritonitis. Nadat kweken waren afgenomen, werd gestart met antibiotica: amoxicilline-clavulaanzuur, doxycycline en metronidazol.

Patiënte knapte goed op en kon na een aantal dagen met ontslag. Uit de kweken van zowel de cervixuitstrijk als van het buikvocht werden  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A gekweekt.

Patiënt C, een 37-jarige vrouw, gravida III, para III, werd 2 dagen post partum heropgenomen in verband met algehele malaise, pijn in de onderbuik en koorts tot  $40^{\circ}\text{C}$ . Zij was spontaan bevallen in het WKZ van een dochter bij een amenorroeduur van 40 4/7 week. In haar eerste zwangerschap was intra-uteriene vruchtdood opgetreden bij een amenorroeduur van 32 5/7 week bij een groeiretardatie en een geïnfarceerde placenta. In haar tweede zwangerschap was bij een amenorroeduur van 40 5/7 week met vacuümextractie op tijdsindicatie een gezonde zoon geboren.

Bij lichamenlijk onderzoek werd een zieke vrouw gezien met  $40,5^{\circ}\text{C}$  koorts en een drukpijnlijke uterus zonder riekende lochia. Bij echografie waren er geen aanwijzingen voor een abces. Na het afnemen van de kweken werd er gestart met amoxicilline-clavulaanzuur i.v. Zowel uit bloed, cervix als lochia werden  $\beta$ -hemolytische

streptokokken groep A gekweekt. Ondanks de antibiotica bleef patiënte hoge koorts houden. De amoxicilline-clavulaanzuur werd vervangen door benzylpenicilline  $2\text{ g } 6\text{ dd}$  i.v. en metronidazol  $500\text{ mg } 3\text{ dd}$  per os. Patiënte werd dyspnoisch. Bij lichamenlijk onderzoek was het ademgeruis rechts verminderd. Op de röntgenthoraxfoto werd een infiltraat in de rechter onderkwab gezien. Patiënte kreeg zuurstof  $3\text{ l/min}$ . Daarna knapte zij goed op.

Kort na deze 3 ziektegeschiedenissen zijn er nog 2 patiënten opgenomen in verband met kraamvrouwenkoorts veroorzaakt door  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A. Zij presenteerden zich met hoge koorts en diffuse buikpijnklachten. Beiden werden direct behandeld met antibiotica en herstelden vlot. Er deden zich geen complicaties voor.

*Dragerschap en besmettingswegen.*  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A komen zowel als ziekteverwekker en als commensaal voor. Bij kinderen tussen 5 en 15 jaar oud vindt men de hoogste prevalentie van streptokokkendragerschap. Hier zal bij circa 4 tot 10% een keelkweek voor  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A positief zijn; bij volwassenen zijn de getallen aanmerkelijk lager. Van invloed op het dragerschap is het jaargetijde. In de herfst en lente zal men iets meer gevallen van tonsillitis vinden dan in de zomer. Voor vaginale en rectale kolonisatie ligt dat anders. In een recent onderzoek werden bij slechts 1 op de 3472 bevallingen  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A in de vagina- of anusweek gevonden.<sup>4</sup> Besmetting vindt met name plaats via de handen. Vandaar dat hygiënische maatregelen als handen wassen vóór en na elk onderzoek van een patiënt noodzakelijk zijn. Ook is beschreven dat  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A worden overgebracht door de omgeving via zakdoeken, beddengoed en sanitair ( $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A kunnen meerdere dagen overleven op metalen oppervlakten) en door middel van aanhoesten.

*Ziektebeelden, klinische verschijnselen en predisponerende factoren.* Ziektebeelden veroorzaakt door  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A kunnen ingedeeld worden in drie groepen. Ten eerste de lichte ziektebeelden; bij jonge kinderen purulente nasofaryngitis, bij oudere kinderen angina of roodvonk en bij volwassenen respiratoire infecties. Bij deze laatste groep horen ook erysipelas en kraamvrouwenkoorts, die over kunnen gaan in ernstige ziektebeelden benoemd in de derde groep. Ten tweede poststreptokokkenziektebeelden als glomerulonefritis en acuut reuma. Ten derde ernstige, invasieve ziektebeelden als toxische-shocksyndroom (TSS) en necrotiserende fasciitis, met een sterfte van meer dan 30%.

Kraamvrouwenkoorts ontstaat meestal 3 tot 5 dagen post partum en presenteert zich met algehele malaise met diffuse onderbuikpijn, hoge koorts en soms riekende lochia. De klachten kunnen ook atypisch zijn. Buikpijnklachten staan niet altijd op de voorgrond en soms is er in tegenstelling tot een hyperthermie een normo- of hypothermie, wat herkenning van het ziektebeeld dan

moeilijk maakt. Bij lichamelijk onderzoek is de uterus meestal drukpijnlijk. Vaak is er tachycardie en soms hypotensie. Bij bloedonderzoek worden verhoogde infectieparameters gevonden.

Predisponerende factoren zijn langdurig gebroken vliezen, sectio caesarea en andere manipulaties aan de uterus, zoals een manuele placentaverwijdering, correctie van een inversio uteri, uterusruptuur of een hysterectomie post partum. Van de 5 patiënten in het WKZ ondergingen er 2 een sectio caesarea (één keer een spoedsectio, één keer een primaire sectio). Andere predisponerende factoren waren afwezig. Mogelijk moet bij deze predisponerende factoren ook 'het hebben van kinderen of daarmee veelvuldig in aanraking komen' genoemd worden. Aangezien er bij kinderen een 'hoog' dragerschap bestaat (4-10%, afhankelijk van het jaargetijde), is het aannemelijk dat bij zwangeren met kinderen het risico op besmetting verhoogd is. In onze groep hadden 4 van de 5 patiënten inderdaad een kind in de leeftijdscategorie tot 5 jaar.

*Beleid.* Elke kraamvrouw bij wie er aanwijzingen zijn voor een infectie met  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A, moet in het ziekenhuis worden opgenomen. Na anamnese en lichamelijk onderzoek worden kweken van cervix, vagina, bloed en urine afgenomen en wordt bloedonderzoek verricht naar infectieparameters (CRP en leukocyten). Aangezien het mogelijk om een infectie gaat met  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A, wordt patiënte in barrière verpleegd tot er 48 uur adequate behandeling is geweest of tot blijkt dat er geen infectie is die wordt veroorzaakt door  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A. Een breedspectrumantibioticum (amoxicilline-clavulaanzuur) wordt intraveneus gegeven zolang de verwekker onbekend is. Indien het ziektebeeld veroorzaakt wordt door  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A, kan het antibioticum omgezet worden in benzylpenicilline i.v., waarvoor deze streptokokken nog steeds goed gevoelig zijn. Er zijn tot op heden geen penicillineresistente streptokokken van groep A gemeld. Wel kan het zijn dat een patiënt met TSS ten gevolge van de productie van toxinen zo ernstig ziek is dat alleen benzylpenicilline, dat op de bacteriële celwand aangrijpt, onvoldoende werkzaam is. In dit geval kan clindamycine worden toegevoegd. Clindamycine is een eiwitsyntheseremmer en remt daardoor de toxineproductie af. Als ondanks antibiotische behandeling multipel orgaanfalen ontstaat, kan als laatste behandeling een hysterectomie overwogen worden, waardoor de infectiehaard wordt weggenomen.

Ook de pasgeborene moet beoordeeld worden. Bij tekenen van infectie wordt in overleg met de kinderarts het kind eventueel meebehandeld. Er dient gelet te worden op goede handhygiëne. De kamer wordt na ontslag van een patiënte met een positieve kweek voor  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A gedesinfecteerd.

Indien er in korte tijd meerdere infecties met  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A zijn, worden de stammen zo snel mogelijk naar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gestuurd voor een typering.

*De pseudo-epidemie in het WKZ.* In korte tijd kregen wij te maken met 5 kraamvrouwen die post partum ziek werden door  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A, allen met een wisselende presentatie en een wisselend beloop. In de periode 1999-2001 werden bij 6 patiënten post partum  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A aangetoond, nu bij 5 patiënten in één maand. Omdat het om een epidemie leek te gaan, werden maatregelen voor bronopsporing en extra hygiënische maatregelen genomen in samenwerking met de medisch microbioloog en de ziekenhuishygiënist.<sup>5</sup> Er werd een protocol opgesteld om verdere verspreiding van deze streptokokken te voorkomen. Daarbij werden bij alle betrokken medewerkers kweken afgenomen om dragerschap en eventuele kruisbesmetting op te sporen. Hygiënische maatregelen als meer aandacht voor handhygiëne, het dragen van een mond-neuskapje tijdens de partus, het dagelijks dragen van schone witte jassen en broeken en het naleven van extra schoonmaak- en desinfectieregels met betrekking tot de (verlos)kamers werden ingevoerd. Bij alle nieuwe patiënten die werden opgenomen op de afdeling werd bij binnenkomst en na 24 uur een vagina-kweek afgenomen.

Terwijl deze maatregelen getroffen werden, werd er door het Laboratorium voor Infectieziektendiagnostiek en Screening (RIVM, Bilthoven) een typering uitgevoerd van de T- en M-eiwitten die zich bevinden in de bacteriële plasmamembraan en werd de exotoxineproductie bepaald. Genetische typering werd via een 'pulsed-field'-gelelektroforese (PFGE) uitgevoerd.<sup>6</sup> Hiermee kon een onderscheid gemaakt worden tussen een algeheel verhoogde incidentie van puerperale sepsis door  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A en klonale verspreiding, dat wil zeggen een klassieke epidemie. Twee medewerkers waren drager van  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A. Een aantal stammen had dezelfde T-M-typering, maar met de PFGE en de exotoxinegenbepaling werd in alle gevallen een verschillend bandpatroon gezien, wat bevestigde dat alle stammen van elkaar verschilden. Kortom, er kon geen epidemie of kruisbesmetting worden aangetoond.<sup>5</sup>

*Beleid bij een volgende patiënte: profylactische behandeling?* Alle beschreven patiënten zijn goed hersteld en op controle op de polikliniek geweest. De belangrijkste vragen die daar naar voren komen, zijn: Wat is de kans dat ik dit na een volgende bevalling weer moet doormaken? Kan ik uit voorzorg worden behandeld? Kan er getest worden of ik die bacterie nog bij me draag?

Dragerschap van  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A in de vagina of het perineum lijkt sporadisch voor te komen. Screenen is dan ook niet zinvol, ook niet omdat de  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A 'komen en gaan'; men is vaak maar tijdelijk drager. Daarbij is het niet duidelijk of het zinvol is om profylactisch te behandelen indien men drager is, want niet iedereen zal er ziek van worden. Bovendien kan een kraamvrouw goede instructies krijgen wat betreft koorts in het kraambed en op die manier snel en adequaat behandeld worden. Het is echter invoelbaar dat patiënten die ernstig ziek zijn geweest niet altijd gerustgesteld kunnen worden met het

advies te wachten tot zij weer ziek worden om dan pas behandeld te worden. Men kan overwegen tijdens een volgende zwangerschap een keel- en vaginakweek af te nemen en zo nodig eradicatortherapie (clindamycine 600 mg 3 dd gedurende 10 dagen) toe te passen. Het is echter nooit bewezen dat eradicatortherapie dekolonisatie van vagina of perineum bewerkstelligt. Een tweede mogelijkheid is profylactisch behandelen tijdens de partus bij een positieve kweek. Ook deze therapie is niet bewezen effectief. Het voordeel is dat de antibiotica dan vaak kortdurend gegeven worden, zodat deze methode misschien de voorkeur geniet.

Dames en Heren, bij elke kraamvrouw met koorts zonder duidelijke oorzaak, die daarbij een zieke indruk maakt en pijn in de onderbuik heeft, moet aan een infectie met  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A worden gedacht. Evaluatie en behandeling kunnen het best plaatsvinden in de tweede lijn. Om mogelijke verspreiding te voorkomen is het aan te raden iedere kraamvrouw met koorts zonder bekende ziekteverwekker 48 uur in barrière te verplegen, en kweken af te nemen en te behandelen met een breed spectrumantibioticum. Als op een afdeling in korte tijd meerdere infecties met  $\beta$ -hemolytische streptokokken groep A voorkomen, is bronopsporing aangewezen, evenals een aanscherping van hygiënische maatregelen.

Dr.A.Fleer, microbioloog aan het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, gaf commentaar op het artikel.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

---

#### ABSTRACT

*A pseudo-epidemic of puerperal sepsis.* – Within a four-week period, five patients were admitted to the maternity ward of the Utrecht Children's Hospital diagnosed with puerperal sepsis

due to group-A streptococcal infection. The clinical presentation was different for each patient. All patients recovered upon adequate antibiotic treatment. One of the children died, possibly due to sepsis and hypotension of his mother. As group-A streptococci can be extremely contagious and an epidemic was suspected, measures for additional hygiene were taken. Furthermore, all personnel at the maternity ward and the obstetric centre were tested. T-serotyping, M-genotyping, exotoxin A- and C-gene amplification and pulsed field gel electrophoresis were used to characterize the cultured group-A streptococci. Cross-contamination was not found. Therefore, this increase in puerperal sepsis was attributed to polyclonal expansion rather than an epidemic. All mothers of newly born children who present with fever and lower abdominal pain should be suspected of group-A streptococcal infection. Evaluation and treatment in hospital is indicated due to a sometimes fulminant course. When group-A streptococci are cultured again in a new pregnancy, eradication therapy during pregnancy or prophylactic treatment during birth should be considered to prevent recurrent infection.

---

#### LITERATUUR

- Schlievert PM, Assimacopoulos AP, Claery PP. Severe invasive group A streptococcal disease: clinical description and mechanisms of pathogenesis. *J Lab Clin Med* 1996;127:13-22.
- Nathan L, Peters MT, Ahmed AM, Leveno KJ. The return of life-threatening puerperal sepsis caused by group A streptococci. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:571-2.
- Schöls WA, Hoogendoorn GA, Scholten PC, Kregten E van, Visser GHA. Kraamvrouwenkoorts: een oude vijand in een agressieve vorm. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1841-5.
- Mead PB, Winn WC. Vaginal-rectal colonization with group A streptococci in late pregnancy. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000;8:217-9.
- Graaf-Miltenburg LAM de, Vlamincx BJM, Derks J, Elzenaar C, Schellekens JFP, Troelstra A, et al. Pseudo-epidemie met groep A streptokokken op een kraamafdeling. *Infectieziektenbulletin* 2002;11:435-8.
- Thewessen EAPM, Bontekoe-Hoornstra J, Smelting-Nagtzaam AE, Bilkert-Mooiman MAJ, Admiraal JF. Een cluster van patiënten met kraamvrouwenkoorts in Gouda; een hernieuwde les van Semmelweis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1700-5.

Anvaard op 30 juli 2003

---

## Bladvulling

### *Vlaamsch Natuur- en Geneeskundig Congres*

Het Vlaamsch Natuur- en Geneeskundig Congres heeft den 26sten en 27sten September te Gent zijn zevenden verjaardag gevierd, als een knaapje dat eerst pas in de wereld komt kijken, en nog zoo dankbaar is voor iedere hand, die hem wordt toegestoken. Zoo drukt de Voorzitter van het congres, Prof. MAX LEOD, het uit. Voor een zevenjarigen knaap is het kind bijzonder voordeelig opgegroeid, het durft de tanden reeds laten zien aan wie hem te na komen, en het durft reeds werk te voltooien, waarvoor menig volwassen man zich niet behoeft te schamen. Een harde jeugd is dikwijls een prachtig opvoedmiddel: dit heeft de zevenjarige ondervonden! Geboren in de hooggaande golven der Vlaamsche beweging, hoorde hij zich al dadelijk toeroepen: zwemmen of verdrinken. De jongen heeft de armen uitgeslagen, heeft met de beenen flink van zich af getrapt, en hij is niet alleen drijvende gebleven, maar hij

heeft ook de kracht in zich voelen groeien, om anderen boven te houden, ja om anderen voort te duwen.

(Particuliere Correspondentie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1903;47II:891.)

### *Een stamboek-arts*

*Mühlhausen.* – De Geh. Med. Rath. Dr. H. KERSTNER, die den 8sten October 80 jaar oud is geworden, is van beroemden stam: zijn grootmoeder, die hem in 1823 ten doop hield, was niemand minder dan GOETHE'S LOTTE, MEVR. CHARLOTTE KERSTNER-BUFF. Hij is de zoon van haar zevenden spruit, die te Hannover den naam van SEPTIMUS voerde.

(Berichten Buitenland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1903;47II:1123.)