

תקצירי ההרצאות בכנוס הארצי ה-3 של  
החברה הקרדיולוגית בישראל

ישיבה ראשונה

יום ד' 10.4.57, בשעה 3.30 אחרי הצהרים  
מחלה שגרונית של הלב

א. אורבן-בראנד (ביה"ח "בקור חולים", ירושלים):  
האפיזמיולוגיה של קדחת השגרון בישראל

1. התמותה במחלות לב שגרונית עולה על התמותה במחלת השחפת ומחלת שתוק הילדים.
2. התמותה ממחלות לב שגרוניות גדולה יותר מהתמותה בדיפטריה, שנית, שעלת, חצבת, מלריה, סיפוס המעים גם יחד.
3. בשנים האחרונות היתה התמותה בגיל למטה מ-45 ו-1/5 בגיל למטה מ-25. במובן התמותה בגיל צעיר ממאירה המחלה יותר מהשחפת. בשנים האחרונות יורדת התמותה בגילים הצעירים (תמותת הילדים היא קטנה מאד).
4. התפוצה השנתית המשוערת של קדחת שגרון (מקרים חדשים) לפי מספרי קופ"ח היא כ-2500 מקרים.
5. אין הקבלה בין מחלות סטרפטוקוקיות והתחלואה בקדחת השגרון בארץ.
6. 70% מהחולים מותקפים בגיל 5-15, ו-40% בגיל 9-5.
7. שיעור התחלואה באזורים השונים של הארץ הוא 1000 : 1,5, אולם שיעור התחלואה בירושלים הוא 1000 : 0,6. התמותה בירושלים גדולה ב-50% מזו שבחיפה ותל-אביב. מ-100,000 חולים המאושפזים בישראל 5.7% הם חולי לב; מזה 25% חולי קדחת השגרון.
8. מובאת סטטיסטיקה על 897 חולים שאושפזו בהדסה ירושלים (1942 - 1952) ו-222 ילדים שאושפזו בבקור חולים ב-3 השנים האחרונות.
9. מובא נתוח של גורמים מסאורולוגיים בקשר לתחלואה בקדחת השגרון. אין השפעת הגורם העונתי בולט בישראל, אולם מסתבר שאולי ההבדלים בסמפרוטורה הגדולים בין יום ולילה בירושלים מהווים גורם מסייע לרובי המחלה במקום.
10. כל העדות, ילדי הארץ וילדי חו"ל לוקים במחלה.
11. הנסיה להפגע במחלה היא מספחתית ברורה.
12. מחקר קליני של כ-1000 ילדים בבתי ספר בירושלים מגלה כ-4% רומטיים. אין הבדל בכר בין ילדי העיר וילדי מעברות.
13. מסאל בין הורים בירושלים מראה שלמעלה מ-4% של ילדי ביה"ס מגלים אנמנוזה של קדחת שגרון חריפה.

מ. א. סבו ו-ל. רוס (קופת חולים, ירושלים):

סכיחות מחלת הלב השגרונית בקרב ילדי בתי הספר בישראל.

מובא דין-וחשבון על סקר שמטרתו היתה לקבוע את התפשטות מחלות לב שגרוניות בין ילדי בתי הספר בישראל. הסקר כוצע אחרי תכנון סטטיסטי מדוקדק בקבוצה בת 2556 תלמידים מכתות ה' ו' של בתי ספר יסודיים בערים ירושלים, תל-אביב וחיפה.

על יסוד הבדיקות הקליניות שיקופים וצלומי רנטגן, מויינו הילדים ל-3 קבוצות:

1. העדר מחלת לב, בלי איוושה או עם איוושה; (Innocent Murmur)
2. מחלות לב אורגניות עם עדות שמיעתית בלתי מוסלת בספר או עם הגדלת לב ברורה בצלום ובנוכחות איוושה בלתי מזיקה (Innocent Murmur) מבחינת שמיעתית.
3. תופעות מפוקפקות.

שעור חולי לב סגרוניים היה 0.7 אחוז.

אל. לאופר (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירוסלים):  
הפתולוגיה של דלקת השגרון בלב.

ההרצאה מסכמת חקירות בגופיפים ע"ס Aschoff ביחס להתהוותם וחשיבותם באיבחון הסלב החריף של קדחת השגרון. החקירות נעשו בחומר מסני סוגים:  
א. חקירת 20 מקרים שנפטרו בסלב חריף של קדחת השגרון בבית החולים הר סיני בניו-יורק יכלה לאשר פעם נוספת שמקור התאים הוא מזנכימלי בניגוד להנחותיו של Murphy שלפני דעתו מקורם ברקמת שריר הלב (מיוקרדיום) והמכנה אותם - Myofibril Aschoff bodies.

ב. נבדקו באפן היסטולוגי 81 אזניות שמאליות של הלב שנכרתו בזמן ולוולוטומיה אצל חולים בגילים שונים עם mitral stenosis. במקרים שנמצאו גופיפי אשהוף, אלה היו רק בתוך האנדוקרדיום או סמוך לו. הממצאים היו כדלקמן:  
ב-11 מקרים שנמצאו גופיפי אשהוף; רק ב-9 מהם קיים היה חסד לפעילות קלינית. ב-10 מקרים אחרים מתוך ה-81 היה קיים חסד קליני של פעילות, אבל הבדיקה ההיסטולוגית של האזניות לא העלתה גופיפי אשהוף.

אי האמתה בין הממצאים הקליניים והפתולוגיים אפשר להסביר באפנים שונים: יתכן והספול באנטיביוטיקה ובהורמונים סטרואידים משנה לא רק את הבטוי הקליני של המחלה כי אם גם את המראה ההיסטופתולוגי. אפשרות אחרת היא, שלא כל הגרנולומות באנדוקרדיום הם גופיפי אשהוף, למרות דמיונם, אלא רק בטוי של תגובה גרנולומטוטית בלתי-ספציפית לשנויים בתוך הליפים הקולגניים והגמישים של האנדוקרדיום.

מ. רחמילביץ (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירוסלים):  
האבחנה של דלקת שגרונית של הלב.

קדחת השגרון היא מחלה סיסטמית הגורמת לנזקים רציניים בלב כנגוד לאברים אחרים אשר בהם מתבטאת הדלקת הנגרונית בסנויים חולפים בלבד.

הפעולות הקליניות של הדלקת השגרונית בלב נבחנה לפי הסמנים הכלליים של קדחת השגרון כגון חום, דלקת פרקים, שנויים אופייניים בעור וכו'. הסנויים בא.ק.ג. מספר הכדוריות הלבנות בדם, שקיעת הדם המוחשת, C-reactive protein ו-antistreptolysin titer הם בעלי חשיבות גדולה באישור האבחנה הקלינית של הפעילות השגרונית. לפי הממצאים ההסטולוגיים באזניות לאחר כריתתן בנתוחי לב כפי שהם נתגלו בזמן האחרון קימת כנראה פעילות תת-קלינית שלא נתנת לאבחון באמצעים הנזכרים לעיל.

האבחנה של מחלת לב שגרונית בשלב הבלתי פעיל מבוססת על סיב הקווי במטתמים והעדר סמנים המעידים על דלקת פעילה.

ש. לב (ביה"ח עירוני "הדסה" תל-אביב):

מעקב אחרי חולים במחלת לב שגרונית במשך עשר שנים.

הסקירה מבוססת על בדיקות של 1910 חולים מגיל 4 עד 17 שנים (גיל התיצבות לצבא), שנשלחו בחלקם מגני ילדים עירוניים, מחלקות של ביה"ח שלנו בתי הספר, רופאי קופות חולים ורופאים פרטיים.

חילקנו את החומר שלנו לשתי קבוצות:

(א.) מגיל 4 עד 12 שנים.

(ב.) חולים מעל גיל 12 עד 17.

מומי לב שיגרונניים בטוחים קבענו ב-43 מקרים בקבוצה "א" וב-118 מקרים בקבוצה "ב".

אי-ספיקת השסתום הצניפי מהווה 65% של כל מומי הלב בסקירה שלנו. שאר מומי לב עד גיל 12 אינם משחקים תפקיד מיוחד. - אצל חולים מעל לגיל זה בולטת קבוצת אי-ספיקת אב-העורקים והצרות המסתם הדו-צניפי עם 10%.

דלקת השיגרון בתולדות המחלה מצאנו ב-62% וכוראה ב-3%.

החלוקה לפי מקום מוצאם של החולים הראתה, יוצאי מרכז אוירופה 45% ושאר הארצות 55%.

החלוקה לפי המין כמעט שווה.

לפי הערכה זהירה מהווים מומי לב שיגרונניים 1% עד 2% מכלל תלמידי ביה"ס באזור תל-אביב-יפו.

#### א. הניג (בי"ח בילינסון, פתח-תקוה):

תפקיד המעבדה באבחון קדחת השיגרון והערכת פעילות המחלה.

ביסוד עבודתנו מונחת ההנחה, כי קיים קשר אמיץ בין סטרפטוקוקים המוליסטיים וקדחת השיגרון. המספרים המובאים כאן מתייחסים למקרי הדבקה בחיזק זה ומחלות כגון דלקת הגרון, דלקת האוזן הבינונית, דלקת הכליות וכן למקרי קדחת שיגרון ראשוניים, חריפים ופעילים וגם בלתי פעילים וחוזרים. בעיקר הושם הדגש לכיל ה- Antistreptolysin-O (ASL-O) בגלל הספציפיות היחסית שלו וכן בגלל היותו ניתן לכיול מדויק בנסיוב דם האדם. השפעת המחלות הנ"ל על כיל הנוגדן הנזכר בחקרה ע"י בויקות חוזרות במשך תקופה של שנה תמימה.

נבדק דמם של 114 חולים ובס"ה בוצעו 357 כיולי ASL-O בשעת הזיהום ולאחריו. רמת 250 יחידות של ASL-O נחשבה לנמוכה ביותר של כיל "פתולוגי" ולפי המספרים שנמצאו נתקבלו עקומות שונות. אצל 92 חולים (80,7%) היה כיל ה- ASL-O גבוה מ-250 יחידות. הושם הלב לכיל התחלתי גבוה של ASL-O אשר היה אופייני למקרי קדחת השיגרון. במקרים אלה נתקבלה עקומה אופיינית בעלת שיא גבוה למדי (2500 - 1250 יחידות), וירידה אטית בכיל. במקרי קדחת שיגרון חוזרים נתקבלו ערכי ASL-O גבוהים יותר מאשר במקרים ראשוניים. מעובדה זו מסתבר שבפתוגנזה של קדחת השיגרון חסיבות גדולה יותר להדבקות חוזרות בסטרפטוקוקים, המוליסטיים, מאשר להדבקה חד-פעמית בחיזק זה. נבדק היחס שבין שקיעת הדם וכיל הנוגדנים.

#### ע. דיוויס ו-א. נ. אהרנפלד (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירושלים):

פרופילקסיס של קדחת השיגרון ע"י תרופות.

טפול מניעתי עם תרופות ניתן ל-65 חולים שנחטבו כרגיסיים במיוחד להתקפים חוזרים של קדחת השיגרון. פניצילין ניתן ל-35 וסולפה-דיאזין ל-30.

בקבוצה שקבלה פניצילין לזמן ממוצע של 18 חדשים, קרו שתי אפיזודות שיגרונניות ו-3 חולים פיתחו דלקת גרון עקב סטרפטוקוקוס המוליטיקוס. בקבוצה שקבלה סולפה-דיאזין לתקופה ממוצעת של 24 חדשים, מקרה אחד פיתח התקף חוזר של קדחת שיגרון ולא היו מקרים של דלקת גרון עקב סטרפטוקוקוס המוליטיקוס. בקבוצת בקורת של 20 חולים שנחקרו בתקופה ממוצעת של 24 חדשים, קרו 5 חזרות של קדחת השיגרון.

השפעות צדדיות בטפול היו בזרף כלל קלות.

למספרים שלנו. אם כל שנים יש משמעות מסתמנת נדם מעובדה את מחנ

ה. עליאש (בי"ח ע"ש אריך הקדוש, סטוקהולם):

תצפיות על היחס בין הלחץ בלב הימני ותפוקת הלב אצל אנשים בריאים  
ואצל חולי לב.

"The relationship between right heart filling pressure and cardiac output in normal individuals and in patients with cardiovascular disease".

Ever since Starling reported his concept on the performance of the heart there has been a diversion of opinion regarding which factors that dominate in the control of cardiac function. This is partly due to the fact that concepts have been based upon observations that were obtained from various laboratory preparations and from man himself, studied by different technics. The present paper concerns mainly the effect of rapidly expanding the blood volume in normal man and in patients with rheumatic heart disease with special reference to the relationship between changes in the right heart filling pressure and the cardiac output. It was found that the expansion of the blood volume resulted in a prompt and gradual increase in right heart filling pressure, while the cardiac output remained unchanged or increased slightly.

These findings imply that the performance of the heart in man is not necessarily regulated by a Starling's type of mechanism.

## ישיבה שניה

יום ד' 10.4.57, בטעה 9 בערב

---

מ. אליקים ו-ק. בראון (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירושלים):  
הטפעה המודינמית של תמיסת מלח היפרטונית.

זריקה תוך ורידית של מלח היפרטוני (3,5 מול 1 ס.ס. לק"ג מסקל)  
לכלבים גורמת להפסקת הנשימה, ירידת לחץ הדם בפרוזדור הסזאלי ובאורטה  
ועלית לחץ הדם בוריד ובעורק הריאה ובורידיים הסיסטמיים. הוכח שסבת  
התופעות הנ"ל היא התכווצות הורידיים הריאתיים במקום כניסתם לפרוזדור  
הסמאלי.

מ. טור מ. דולפנו, י. ח. יכני ו-י. פאוזנר (בי"ח בילינסון, פתח-תקוה):  
צורות הפרשת בנתרן בלחץ יתר תוך חדרי.

במתקרנו על צורת הפרשת הנתרן בלחץ יתר ריאתי, עקב היצרות המיטרליס,  
הוכחנו שחולים אלה מפרישים נתרן בראשית מחלתם, כמו חולים בלחץ יתר במחזור  
הדם הגדול. בהמשך מחקר זה בדקנו הפרשת הנתרן בלחץ יתר הקיים רק באחד  
מחדרי הלב.

בדקנו 9 חולים עם היצרות האורטה שלטת ו-10 חולים בהיצרות הפול-  
מונליס. 7 אנשים בריאים שמשו לביקורת.

הוכחנו שחולים עם לחץ יתר, רק בתוך אחד מחדרי הלב, ללא לחץ יתר  
במחזור הדם הגדול או הקטן, מפרישים נתרן כמו חולים בלחץ יתר אסנציאלי  
וריאתי. עובדות אלה, מערערות את ההנחה הרווחת כ-50 שנה, שלנתרן תפקיד  
פטוגנטי בלחץ יתר אסנציאלי.

ק. בראון ו-ש. רוזנברג (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירושלים):

הטפעת הפריסקולין על תפוקת הלב ועל נפח הדם המרכזי אצל חולים בהצרות  
המסתם הדו-צניפי.

בנסיונות הקודמים הוכחנו שמתן פריסקולין עלול להנמיך את לחץ הדם  
בעורק הריאתי בחולי היצרות המסתם הדו-צניפי. ירידה זו נובעת או מירידת  
התינגודת הריאתית או מירידת תפוקת הלב. מאחר ואי-אפשר לבדוק באופן ישיר  
את התינגודת הריאתית ומאחר וקביעת תפוקת הלב לפי שיטת "פיק" אינה מוסמכת  
בעת שנויי זרם דם פתאומיים - בחרנו בשיטת מיהול הצבע לקביעת תפוקת הלב  
ונפח הדם המרכזי. מתוך תצפיותינו מסתבר שנפח הדם המרכזי אינו גבוה  
בחולים אלה, אינו יורד לאחר מתן הפריסקולין ולכן ירידת לחץ הדם בעורק  
הריאתי יש לזקוף על חשבון ירידת התינגודת הריאתית. תוצאות אלה מחזקות  
את ההנחה שבחולי היצרות המסתם הדו-צניפי קיימת התכווצות מוגברת של העורקנים  
הריאתיים אשר מושפעת ע"י תרופות מרחיבות כלי-דם.

ד. אולמן, ש. ה. בלוונדהיים ו-ש. דיקשטיין (ביה"ח האוניברסיטאי של  
הדסה, ירושלים):

הפרשת מלח אצל חולי לחץ דם גבוה.

לקבוצה של 20 חולי לחץ דם גבוה ולקבוצת בקרת של 31 אנשים נורמליים  
ניתנו 5 - 6 גרם מלח בתמיסה היפרטונית לתוך הוריד במשך  $\frac{1}{2}$  שעה ונבדקה  
הפרשת המים, הסודיום והכלור במשך 3 שעות מהתחלת מתן המלח.

בקבוצת חולי לחץ הדם היתה הפרשת המים והמלח יותר מהירה מאשר בקבוצת  
הבקרת, ההבדל הכי בולט היה בתקופה 2 ו-3 (מחצי שעה עד שעה וחצי אחרי  
התחלת מתן המלח).

ההבדל בהפרשת המים בין שתי הקבוצות היה יותר גדול מאשר ההבדל בהפרשת המלח. יתר על כן, אם משווים את הפרשת המלח בין שתי הקבוצות על בסיס של מהירות מתאימה של זרם השתן, מתברר שחולי לחץ דם גבה מפרישים פחות מלח באותה כמות הנוזל מאשר הנורמליים.

מסיקים מזה שההבדל הראשי בין שתי הקבוצות בתגובתן להעמסת תמיסת מלח מרוכזת הוא בתגובה הדיורטית היותר גדולה של חולי לחץ הדם. הפרשת המלח היא משנית להפרשת המים, והיא קטנה באותה כמות של שתן אצל חולי לחץ דם מאשר אצל נורמליים, תופעה אשר מתאימה להנחה של קיום מנגנון ל"אגירת מלח" אצל חולים אלה.

### ישיבה שלישית

יום ה' 11.4.57, בשעה 8.30 בבקר

י. גפני, ה. הלר ו-מ. מירובסקי (בי"ח ממסלתי תל-השומר):

איושה סיסטולית חזקה בהצרות טהורה של המסתם הדו-צניפי.

1. קיימת צורה קלינית מיוחדת של היצרות טהורה של המיטרליס אשר במרכז הממצאים נמצאת איושה סיסטולית חזקה. מוצגים מקרים בהם הוכחה פתולוגית השוללת כל מום אורגני אחר כולל אי-ספיקת המיטרליס, כגורם לאושה

2. אושה סיסטולית זאת נשמעת בעצמה מקסימלית במרחב שבין חוד הלב ועצם החזה, מקרינה כלפי מעלה בשולי עצם החזה משמאל ובדרך כלל אינה מכסה את הצליל הראשון בחוד. היא מלווה ב-29 מודגש מאד וסימנים קליניים, רנטגניים ואלקטרו-קרדיוגרפיים של היפרטרופיה של החדר הימני.

3. האושה מופיעה כשקיימת הרחבת עורק הריאה בצרוף לחץ מוגבר מאד במחזור הדם הקטן.

4. הוספת אושה זאת לרשימת האבחנה המבדלת של אושות סיסטוליות אצל חולי היצרות המיטרליס תמנע קביעת אבחנה לא נכונה של אי-ספיקת המיטרליס ושליטת התערבות כירורגית באחוז לא מבוטל של מקרים.

י. ח. יחיני ו-מ. דולפנו (בי"ח בילינסון, פתח-תקוה):

וקטור-קרדיוגרפיה אוטצילוסקופית במחלות המסתם הדו-צניפי.

הודעה מוקדמת זו דנה בצורות הוקטורקרדיוגרפיות שקבלנו אצל 30 חולים בהצרות המסתם הדו-צניפי.

האבחנה הקלינית אושרה ע"י הנתוח, הלחץ בעורק הריאה נקבע ע"י צנתור הלב הימני או ע"י מדידה ישירה בעת הנתוח.

תוארו הצורות הוקטורקרדיוגרפיות של היפרטרופיה של החדר הימני בהצרות המסתם הדו-צניפי טהורה או שלטת. תואר גם היחס בין הצורות הוקטורקרדיוגרפיות ללחץ בעורק הריאה במקרים של היפרטרופיה של החדר הימני בהצרות המסתם הדו-צניפי טהורה או שלטת.

מהחומר הנ"ל מתקבל הרושם שבהיפרטרופיה של החדר הימני הגונים הוקטורקרדיוגרפיים ברורים יותר מאשר האלקטרוקרדיוגרפיים המקובלים היום. נראה לנו שבמקרים של הצרות המסתם הדו-צניפי בהם קשה להחליט אם ההצרות היא השלטת אפשר להעזר בבדיקה וקטורקרדיוגרפית יותר מאשר בבדיקה האלקטרוקרדיוגרפית.

ה. אלסבך (ביה"ח ממשלתי, תל-השומר):

Calibrated phonocardiography במחלות המסתם הדו-צניפי.

מאתיים מקרים של מחלת הססתום הדו-צניפי נבדקו בשיטתיות באופן פונוקרדיוגרפי. בחלק ניכר של המקרים התוצאות נבחנו בהקבלה לממצאים בזמן הקרדיוטומיה ולפעמים בזמן האוטופסיה.

נידונה חשיבות הממצאים הפונוקרדיוגרפיים בזמן השלבים השונים של פעימת הלב בקטר עם ההימודינאמיקה המיוחדת של המום. מצביעים על הממצאים החשובים לגבי קביעת מידת ההיצרות, שמים דגש על הממצאים הבלתי אופייניים ובמיוחד על אלה הנובעים מנוכחותן של הסתידויות הססתומים. על מנת להעריך את מידת המציאות של אי-ספיקת הססתום הדו-צניפי, נוסף להיצרות, מצביעים על חשיבות נתוח הממצאים בזמן הדיאסטולה.

ש. רוזנברג ו-ש. שטרן (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירוסלים):

הטמוט בפריסקולין באבחון הצרות מסתם אב העורקים.

עקום לחץ עורקי היקפי ישיר משמש כאמצעי אבחנתי אצל חולים הסובלים מהיצרות מסתם אב העורקים. צורת העקום במקרים אלה דומה לעקום הלחץ המרכזי. מאחר ובמספר נכר של חולים אינו מתקבל העקום האופייני, מבצעים מבחינים נוספים, כגון מבחן ולסלווה, על מנת להבליטו.

נוכחנו לדעת שגם במקרים בהם אין לגלות סמני היצרות מסתם אב העורקים כעקום ההקפי - מתן פריסקולין תוך-עורקי בעת הרשום מסייע להעברת העקום המרכזי לעורק היקפי. תופעה זו אינה מצויה אצל אנשים בריאים או אצל חולים בעלי מומי לב אחרים.

הרחבת העורק ע"י הפריסקולין מחסלת את הגלים המוחזרים מן ההקף ומבליטה בכך את העקום המרכזי הפטוגנומוני שנוצר כתוצאה מהתכווצות החדר השמאלי המופרעת אצל חולים אלה.

תצפית זאת מבוססת על 100 בדיקות של עקום לחץ עורקי היקפי ישיר.

ד. ברוך ו-י. קריב (חיל הרפואה, צ.ה.ל.):

ערך הוולטג' הגבוה של הקומפלקסים ORS בהיבורי החזה באבחנת ההפרטרופיה של החדר השמאלי.

1. הבדיקה האלקטרוקיבוזרפית הפכה לבדיקה שגרתית אצל יוצאי צבא ובפרט אצל המועמדים לחיל-אוויר.

התרשמנו שמספר נכר מהצעירים האלה מראים בחבורי החזה וולטג' גבוה (Sv2 + Rv5 35mm), ממצא אשר לפי הספרות הקלאסית מצביע על היפרטרופיה של החדר השמאלי. התרשמנו שפירוש זה אינו מתאים למציאות ועלול להכשיל - ללא הצדקה - אחוז מסוים של מועמדים בשביל השרות הצבאי.

2. במטרה לברר את אמיתות הנחתנו בדקנו את התרשימים של 1000 יוצאי-צבא בששים (6%) מצאנו את הממצא הנ"ל של וולטג' גבוה בחבורי החזה, ללא סמנים קליניים ורנטגנולוגיים וגם ללא סמנים אלקטרוקרדיוגרפיים אחרים, מסייעים של היפרטרופיה של החדר השמאלי.

3. אצל ממצא זה - כממצא בודד - סמן נאמן של היפרטרופיה של החדר השמאלי והוא לכשעצמו אינו מצביק שחרור מהצבא או הורדת סוג הבריאות.

א. נ. אהרנפלד (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירושלים):  
תצפיות במחסום חולף בסעיפי הצרור.

נמסרות תצפיות אלקטרוקרדיוגרפיות וקליניות בחולים שאצלם נמצא מחסום חולף בסעיף הצרור. מתוארת הופעתו של פנומנון אלקטרוקרדיוגרפי זה על צורותיו השונות ומודגשת הופעתן הן בחולים עם מחלת לב קשה והן באלו בלי סמנים ברורים של מחלה כזו. ברוב המקרים נמצאה תלות של הופעת או העדר המחסום בתכיפות החדרים. נדונה השכיחות והפרוגנוזה של הפרעה זו.

### ישיבה רביעית

יום ה' 11.4.57, בשעה 3.30 אחרי הצהריים

ח. מילויצקי (ביה"ח האוניברסיטאי של הדסה, ירושלים):  
תצפיות כירורגיות על קומפרסיה תת-חריפה של הלב.

התססונת של קומפרסיה כרונית של הלב עקב Constrictive Pericarditis מאופינת על ידי הטריאד של בק - ידועה היטב. תסמונת זו מהווה את השלב הסופי של תהליך דלקתי ממושך של הפריקרד אשר שלביו המוקדמים מוסתרים לרוב בפני האבחון הקליני.

תצפיות של 5 מקרים שבהם הופיעה התמונה הקלינית של לחץ קרדיאלי תוך זמן קצר למדי ובסמנים תת-חריפים עלולים לסייע להבנת הפתו-פיזיולוגיה של תסמונת זו. 2 מהחולים היו תינוקות עם פריקרדיטיס מוגלתית; באחד מהם הביא ניקוז על ידי פתיחת הפריקרד (Pericardiostomy) להחלמה, ואילו אצל השני התפתחה פריקרדיטיס צלקתית אשר הצריכה כריתת הפריקרד (Pericardiectomy). המקרה השלישי היה נער עם פריקרדיטיס תפליטית קשה; פריקרדיאקטומיה הביאה אצלו לרפוי שלם. במקרה הרביעי הופיע המופרדיקרד לאחר ניתוח וולווסטומיה; ניקוז על ידי פריקרדיוסטומיה (Pericardiostomy) הביא לידי ריפוי. המקרה החמישי היה גבר קשיש עם "לב שריון" אשר התפתח לכאורה תוך שבועות ספורים וגרם לאי-ספיקת לב עם גודש. כריתת הפריקרד הביאה לידי שיפור דרמאטי.

פ. זלית ו-ה. נויפלד (בי"ח ממסלתי, תל-השומר):

סומוגרפיה באבחון של חיבור (ניקוז) אנומלי של ורידי הריאות.

בשנים 1954 עד 1956 ניצפו 10 מקרים של חיבור (ניקוז) אנומלי של ורידי הריאות.

מתארים את האנטומיה ואת הפיזיולוגיה הפתולוגית של מום זה, מדגימים את תסמונתו הקלינית ודנים על האבחון המבדיל.

מראים את ערכה של הסומוגרפיה לגלוי השנויים ולאחרם.

מ. ב. י. נדל (הרצליה):

בדיקת לב למציאות ארטריסקלרוזיס, בדיקת חוזק ופעילות הלב, נסיון אלקטרוקרדיוגרפי ומסג' הקפי חיצוני של הלב באמצעות החפה למדידת לחץ הדם.

מתוארות שיטות פשוטות לבדיקת "הגיל הארטריוסקלרוטי", בדיקת חוזק הלב ובדיקת פעילות (עבודת) הלב באמצעות מדידת נתונים המודינמיים פשוטים כמו מהירות הדופק וגובה להץ הדם לפני ואחרי התאמצות. נוסף לכך מתוארת שיטה למסג' של הלב באמצעות חפת לחץ הדם.