



**RESPONSE**

The Defendant is aware that this response is extremely late. To address Judge Kim's two assertions, while the initial response may have been lacking in evidence it was by no means disingenuous.

The Defendant did indeed have the stated symptoms as well as prior symptoms but hoped they would go away with time as he was without the financial means to pay for care. As time passed different symptoms appeared and the Defendant's health continued to deteriorate. While the Defendant's health continued to decline, due to a lack of consistency in the symptoms as well as the slow onset of each of them, he still did not press to go to the doctor and continued to hope he would just get better in time. Between September and October of this year fatigue set in. The fatigue grew in intensity and then chronic fevers began. The Defendant could no longer hold out and went to the doctor and had labs drawn. It was discovered that he has an extremely rare condition called Hemophagocytic Lympho-Histiocytosis (HLH) that has an extraordinarily high mortality rate in adults, especially over the age of 60 which the Defendant is. The condition is that of over-activated immune cells that attack themselves ultimately killing the immune system in its entirety. HLH is either a hereditary or secondary condition. If secondary there would be some other disease or infection that would have been the cause. His health rapidly declined after the diagnosis to the point where on November 16th he became critical and was immediately dosed with chemotherapy. The treatment was given to keep him alive while the doctors rushed to determine if there was a cause or if it was hereditary. On November 20th a discovery was made of Stage 4 Hodgkin's Lymphoma (HL) and treatment began for that as well. The HL has

metastasized to the bone marrow, spleen and with possible metastasis to the liver. With both the HL and HLH attacking the bone marrow the doctors are having to fight two conditions that have a high mortality rate and are not optimistic. The diagnosis and doctor's report are attached to this response as Exhibit A.

**CONCLUSION**

As is evidenced by the Defendant's health, he was not disingenuous and asks that the court reconsider any recommended or not-recommended sanctions and, instead, still give equal credence to the Defendant's previous arguments with respect to the matter at hand. Being as though the Defendant is very well advanced in both HL and HLH he would not have been able to travel for court nor would he or will he be able to expound on his arguments in any way. He is hopeful that the court is understanding of the health matter as well as the lack of education in matters related to arguing before a court and is willing to not impose any sanctions.


November 24<sup>th</sup>, 2019

Respectfully submitted,

DEFENDANT JEROME H. COHEN

By:

Jerome H. Cohen

  
\_\_\_\_\_

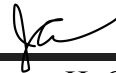
**CERTIFICATE OF SERVICE**

I hereby certify that on November 24<sup>th</sup>, 2019, a copy of the foregoing **TO DEFENDANTS RESPONSE TO THE HONORABLE JUDGE KIM'S MEMORANDUM REPORT AND RECOMMENDATION No. 492** was served by filing with the Clerk of the Court using the CM/ECF system which will send notification of such filing to counsel of record.



---

Shaun D. Cohen



---

Jerome H. Cohen

# Exhibit A

תאריך הדפסה: 24/11/2019

דף 1 מתוך 13

**Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem**

Affiliated with the Hebrew University School of Medicine, Jerusalem




המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים (ע"ר)

מסונף לביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים

נס"ד

**מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות**

**סיכום אשפוז זמני**

מנהל המחלקה: ד"ר בולוס סלימאן	סוג קבלה: דחוף	מחלקה: אונקו-המטולוגיה
שם האב: ברנרד	שם פרטי: ג'ארי	שם משפחה: כהן
מספר זהות: 1-95011011		מספר אשפוז: 11628110
טלפון: 055-9256581	מצב משפחתי: שנת עליה:	כתובת: דיסקין 15/35 ירושלים
תאריך לידה: 04/10/1954	מין: זכר	תאריך קבלה: 11/11/2019
ארץ לידה אב: תאריך שחרור:	קופת חולים:	

**תנועות:**

תאריך יציאה	תאריך כניסה	מחלקה
13/11/2019	11/11/2019	חדר מיון
	13/11/2019	אונקו-המטולוגיה

**אבחנות פעילות:**

HODGKIN'S LYMPHOMA 201.9  
 HEMOPHAGOCYTIC LYMPHO-HISTIOCYTOSIS (HLH) 288.4  
 CHEMOTHERAPY TREATMENT, ABVD Protocol 458.69  
 URINARY RETENTION 788.20  
 PANCYTOPENIA - In Investigation 284.1  
 FEVER OF UNKNOWN ORIGIN (FEVER, FUO, PUO) - In Investigation 780.60

**ניתוחים באשפוז:**

URINARY CATHETER INSERTION 57.94  
 BONE MARROW BIOPSY 41.31

מרכז רפואי שערי צדק  
 תל אביב-יפו  
 מ.ד. 1-20223

**הצגת החולה:**

בן 65, + 2 ילדים הגיע מחדר מיון

**מחלה נוכחית:**

בן 65,

מתגורר בארץ מזה כשנה (עלה מארצות הברית לפני שנה). ברקע מ/א השתלת קוצב ע"ר ברדיקרדיה. עד לפני כחודשיים לא היה ידוע על מחלות רקע אחרות.

מזה כחודשיים חולשה וירידה במשקל כ-10 ק"ג, בחילות ללא הקאות או שלשול או כאבי בטן. צריבה במתן שתן שחלפה. מזה כשבועיים חומים חוזרים בעיקר בשעות הלילה מלווה הזעות. שולל כאבי גרון, כאבי גב או נטילת מוצרי חלב שאינם מפוסטרים. שולל נטילת אופטלגין. לא נטל אנטיביוטיקה לאחרונה. לא ידוע על מחלות במשפחה מלבד IHD. מתאר אירועים חוזרים של דימום מהאף. ללא פריחה עורית, ללא כאבי ראש. לפני כ-3 שבועות אובחן שבר בצלעות עקב חבלה. לעיתים סובל מנפיחות בדיים. בקהילה עבר US בטן והודגם טחול מוגדל.

שים לב! מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות

מספר אישפוז: 11628110

מ. זהות: 1-95011011

שם: כהן ג'ארי

תאריך הדפסה: 24/11/2019

דף 2 מתוך 13

סרולוגיה שנגלקחה ל-EBV/CMV לא מעידה על זיהום רצנטי.  
ספירה מ-30/10/19 WBC 3.1 עם המוגלובין 10.5 וסטיות 110K. סטיק שתן שלילי.

**רקע רפואי:**

פרוט מחלות:

ללא

פרוט ניתוחים/פעולות:

- השתלת קוצב בשנת 2013 בשל ברדיקרדיה.

**רגישויות:**

לא ידוע על רגישות

**תרופות בבית:**

אינו/ה נוטל/ת תרופות

**בדיקה גופנית בקבלה:**

הופעה כללית: נראה לפי גילו, חיוורון

עור: ללא ממצא חריג

ראש: ללא ממצא חריג

צוואר: בלוטת התריס אינה מוגדלת

קשרי לימפה: ללא ממצא חריג

בית חזה: ללא ממצא חריג

ריאות: ללא ממצא חריג, כניסת אוויר טובה ושווה, אין חרחורים וצפצופים

לב: ללא ממצא חריג, קצב סדיר, אין איושות

בטן: ללא ממצא חריג, טחול אינו נמוש, כבד אינו נמוש, רכה ללא רגישות

גפיים: ללא ממצא חריג, אין דליות בצקת אודם או כחלון

**בדיקות עזר (פירוט):**

US בטן - ללא ממצאים פרט להגדלת טחול 16.4 סמ ודופן שלפוחית שתן במראה טרבקולרי.

**בדיקות מעבדה:**

ספירה - WBC 1.7 עם 1.05 נויטרופילים, המוגלובין 7.7 MCV 84, טסיות 43K. אינדקס רטיקולוציטי - 0.55

ביוכימיה - נתון 132 אשלגן 4.5 קריאטנין 1.07 BUN 23

כבד - ALT 187 GGT 321 AST 216 ALKP 437

LDH 349 CRP 7.21

אנדו - TSH 1.37 פריטין 5815

**מהלך דיוני:**

בן 65, מתגרר ברחביה, ירושלים בבית. הגיעה לארץ מארה"ב לפני כשנה. בתהליך עליה אבל כעת בדרכון

ארה"ב וזיהה תייר. אב לשתיים. גר עם אשתו ובת ויש בן שגר בארה"ב. עובד כמשקיע נכסים.

ברקע, לפני כ-5 שנים לאחר אירוע של התעלפות שבבירור התגלה ברדיקרדיה כגורם, מושגל קוצב לב. מעבר

ליזה לא נוטל תרופות קבועות.

לפני כ-8 שנים אירוע של חולשה, חום ממומשך שבעבורם עבר בירור בארה"ב שלא גילו מקור אבל החולה החלים

ספונטאלי.

כעת החולה הופנה לאישפוז עקב חום נמדד עד 38.5 שהתחיל לפני כשבועיים, מלווה בשיעול יבש קל, הזעות לילה

ובחילות עם צריבה במתן שתן שחלפה כבר וגם סיפור של ירידה במשקל כ-10 ק"ג, חולשה ועייפות מזה

כחודשיים. ללא ירידה בתיאבון. מתאר אירועים חוזרים של דימום מהאף.

לפני כ-3 שבועות אובחן שבר בצלעות עקב חבלה.

לעיתים סובל מפניחות בידיים.

ללא חשיפה לחולים בסביבתו או לבעלי חיים. שולל צריכה של מוצרי חלב לא מפוסטר. ללא טיולים לאחרונה.

תאריך הדפסה: 24/11/2019

דף 3 מתוך 13

אישתו עובדת במרפאת אלטרנטיבית ובעבורה הוא נוטל כמה סוגים של תכשירים אלטרנטיביים וויטמינים. כמו כן משתמש בסאונה מז'יום מזה כחצי שנה.

שולל הקאות, שלשול או כאבי בטן. ללא כאבי גרון, כאבי גב. ללא פריחה עורית, ללא כאבי ראש. ללא כאב בחזה או קוצר נשימה.

שולל נטילת אופטלגין. לא נטל אנטיביוטיקה לאחרונה.

לא ידוע על מחלות במשפחה מלבד IHD.

בקהילה עבר בירור הכולל US בטן שהודגם טחול מוגדל ובדיקות דם בסרולוגיה EBV/CMV לא מעידה על זיהום פעיל. בטפירה (מ-30/10/19) לויקוציטים 3.1K עם המוגלובין 10.5 וסטיות 110K. סטיק שתן שלילי.

בבדיקה גופנית בקבלתו בטן מעט תפוחה אך מעבר לזה ללא ממצא חריג חד משמעותי. ללא נמושה הגדלה של בלוטות לימפה, ריאות נקיות, לב קולות סדירים ללא אלושות וללא סטיגמטה של אנדוקרדיטיס. בטן רכה לא רגישה. ללא פריחה עורית.

במעבדה בקבלתו לויקוציטים 1.6K, נויטרופילים 0.94K, טסיות 45K, המוגלובין 7.8, ביוכימיה נתרן 130, סידן 8.2, אלבומין 2.9, BUN 23, קריאטנין 1.18, בילירובין 1.9 (דיראקט 1.4), LDH, GGT 235, ALT 159, AST 159, ALP 323, CRP 7.21, 367. בנוסף אחוז מוגבר של גרניולוציטים צעירים (1.9%).

נלקחו תרביות דם - עד כה ללא צמיחה

לאור ההמשך של חום הוחל טיפול אמפירי עם צפטריאקסון וגם IV נזלים.

גם נשלחו סרולוגיות נוספות לבירור חום שהוגדר כ-FUO.

לאחר שהועבר למחלקתנו קיבלנו תשובות של CMV, EBV שמעידים על זיהום בעבר עם IgG חיוביים IgM שליליים. קדחת Q שלילי, ANCA ו ANA שליליים, משלים C3 ו C4 תקין, אימונוגלובולינים תקינים, טרלוגיון להפטיטיס C ו B+ שניהם שלילי ובדיקת HIV קומבו שלילי. כמו כן מרקרים לסרטן Ca19-9, AFP ו CEA שליליים. בדיקת טרייגלצרידים מוגבר - 253 ופרטין 5815. תפקודי קרישה עם INR מעט מוגבר 1.16 אך פיברנוגן בגבול הנורמה 337.

באפיון תאים מדם פריפרי: CD45+++ , CD2 , Detected a small population in the monocytoïd area expressing HLA-DR and negative for other lymphoid, myeloid and monocytoïd markers. The significance of the population is not clear.

בוצע בדיקת מוח עצם ב13/11: באפיון תאים - 6% population of - Detected 1.5% myeloblasts. Similar to the PB a 6% population of medium sized cells expressing CD45+++ , CD2 , HLA-DR and negative for lymphoid, myeloid and monocytoïd markers. The etiology and significance of this population is unclear.

בתשובה ראשונה של פתולוגיה: היפרפרוליפרציה עם ייצוג של כל השורות, ללא הסננה, מעט פאוגוציטואיס לא ספציפי.

בוצע US בטן שהזגים טחול מוגדל.

עקב המשך של חום שודרג אנטיביוטיקה עד טווצין. כמו כן בוצע CT כלל גופי שהזגים:

- ספלנומגליה כ18ס"מ מרקם הומוגני

- כבד בגודל תקין, מרקם הומוגני, בצקת פריפורטלית קלה

- לא מזהים תהליך גידולי.

- קשרית בבסיס הריאה הימנית קרוב לוודאי ציסטה.

- מעט בצקת מסביב כיס המרה עם מספר בלוטות קטנות ברטרו-פריטונאום.

- ללא הגדלת בלוטות לימפה במזנטריום או רטרופריטונאום.

- כמות קטנה של נוזל חופשי באגן

- עצמות - שינויים ניווניים בעמוד שדרה. ממצא לוסנטי בבגוף חוליה T8. מתאים להמנגיומה. שברים ישנים בצלעות משמאל

בשל חשד HLM עם חום, פנציטופניה, ספלנומגליה, פרטין וטרייגלצרידים מוגברים והמופוגוציטים במוח עצם - הוחל טיפול עם דאקסמתזון 20מ"ג ביממה וב16/11 קיבל מנה אחת של אטופוסאייד.

נשלח בדיקת חוץ להדסה ממוח העצם CD25.

בשל ירידה בהמוגלובין החילה גם טופל עם 3 מנות דם.

בהמשך (אתמול) הופיע התמרה כבידית ובעיקר עליה של בילירובין עד כמעט 12. ביעוץ עם ד"ר לוריה סוכם שאם קיים אפילו ספק קטן שלא מדובר על HLH, יש לשקול ביופסיה טרנס-ג'וגולארי לכבד.

בישיבת צוות הוחלט לדלג על הביופוסיה עד שנקבל תשובה רשמית של הפתולוגיה וכמו כן לבצע PET CT



תאריך הדפסה: 24/11/2019

דף 4 מתוך 13

באישופו לאחר אישור הנהלה.

ב17/11 קיבלנו תשובה נוספת מהפתולוגיה של מוח עצם שהדגים תאים של Hodkin's lymphoma.

הוסף טיפול עם חומצת פולאט. החולה ממשיך לקבל אנטיביוטיקה של טווצין. בנוסף ממשיך עם ז'אקסמתון 20מ"ג ביממה.

עלה שאלה לגבי המחלה המטולוגי הבסיסי אתמול, האם מדובר על Classical Hodgkin's Lymphoma כמו בתשובה ראשונה של פתולוגיה עם מראה של Reed-Sternberg תאים או מחלה אחרת כמו Anaplastic Large Cell Lymphoma. עקב חוסר של CD15 אך CD30 חיובי. לכן, היום עושים עוד צביעות לברור. PET CT מ18/11:

1. קליטות פתולוגיות מוקדיות בטחול וקליטות פתולוגיות מוקדיות מרובות בשלד על גבי קליטה מוגברת דיפוזית בשלד/לשד, הבולטת ביניהם בסקרום משמאל - הממצאים חשודים לממאירות (לימפומה?).  
2. קשרית באטפקט אחורי תחתון של ה-RLL ייתכן עם קליטה קלושה אך קשה לקבוע זאת בוודאות לאור קרבתה הרבה לקליטה בכבד הסמוך. לקורלציה עם בדיקות ישנות יותר ומעקב. באקו לב ejection fraction טוב.

לאחר תשובות סופיות מפתולוגיה שמדובר על הדגיקי לימפומה במוח עצם החולה התחיל פרוטוקול של ABVD כימותרפיה ב20/11/19.

במעבדות חוזרות התחיל להופיע שיפור בתפקודי כבד ובליירובין.

עקב נויטרופניה יותר עמוקה לאחר הטיפול כימי טופל עם זריקות של G-CSF.

בנוסף הופיע אצירת שתן והוכנס קטטר פולי עם שארית משמעותי. הוחל טיפול עם טמזולוסין. בהדמיות לא היה הגדלה של הערמונית אך הופיעה טרבקיולציה של השלפוחית שכעת בשלב בירור אורולוגי.

\*\*\*\*\* ENGLISH SUMMARY \*\*\*\*\*

RE: Mr. Jerry Cohen, D.O.B. 04/10/1954, Passport No. 1-95011011

This 65 year old gentleman a property investor by trade, father of two and currently residing on a tourist visa in Jerusalem, Israel presented to the Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem on 11/11/2019. The presenting complaint was for a two week fever with associated dry cough, night sweats, nausea and some burning sensation on passing urine as well as occasional epistaxis. The patient also reported a two month history of lethargy and malaise with a weight loss of approximately 10kg. He had suffered a mechanical fall 3 weeks previous and had been diagnosed with fractured ribs. There was no history of contact with unwell persons or animals/birds, consumption of unpasturised milk products or trips to disease endemic areas. As his wife works within the field of alternative therapies he had been taking a number of vitamins and supplements over the previous months as well as undergoing regular sessions in the sauna (sweat therapy). Review of systems was unremarkable and there was no recent history of any medications. He reported having had an episode of weakness and fever about 8 years previous whilst in America when a full battery of extensive testing had revealed nothing of significance and he had recovered spontaneously shortly afterwards. Approximately 5 years ago following a syncopal episode further investigations had revealed a significant bradycardia at which point he had a pacemaker implanted. The patient's initial investigations while at our hospital showed pancytopenia with an absolute neutrophil count of 940 u/L, platelets 45K u/L and hemoglobin 7.8 gr/d, albumin 2.9 gr/dL, bilirubin 3.5 mg/dL as well as deranged liver functions both cholestatic and transaminic. As well as blood and urine cultures a number of serological tests were sent including for several atypical bacteria (Q-Fever and mycoplasma), viruses EBV, CMV, Hepatitis B & C, HIV), a rheumatological panel (ANA, ANCA, Immunoglobulins, complement) and (tumor markers (AFP, CEA, Ca 19-9, PSA). Chest Xray was without obvious pathology and abdominal ultrasound showed a splenomegaly of 16cm. With the patient's pancytopenia and possibility of hematological disease as well as immunocompromisation the patient was moved to a seclusion bay under negative pressure on the hematology ward.

שים לב ! מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות

מספר אישפוח: 11628110

מ. זהות: 1-95011011

שם: כהן ג'ארי

תאריך הדפסה: 24/11/2019

דף 5 מתוך 13

The initial diagnostic thoughts leaned towards fever of unknown origin and some further testing was sent including for ferritin, TSH, Vitamin B12 and folic acid. A blood film showed hypercellularity of as yet unknown significance.

Empiric therapy of ceftriaxone therapy as well as Intravenous fluids was started.

A bone marrow biopsy was performed which once again showed hypercellularity as well as suspicion of hemophagocytes. This taken together with other test results and clinical findings including the ongoing fever, splenomegaly, pancytopenia, presence of hemophagocytes, as well as an initial ferritin of 5815 ng/ml and elevated triglycerides were enough to meet the clinical criteria for hemophagocytic lymphocytosis (HLH). The patient was subsequently started on high dose dexamethasone as well as etoposide chemotherapy. An extra test from the bone marrow later showed highly elevated CD25 in keeping with the HLH diagnosis. With continued fever, pancytopenia and worsening liver function tests and unable to fully rule out an infective cause although up to this point no positive cultures nor serology the antibiotics were escalated to tazobactam-piperacillin and a full body CT performed which showed the same splenomegaly, a solitary right lung nodule (most probably a cyst) and some mild edema surrounding the gallbladder as well as small retroperitoneal lymph nodes.

Immunophenotyping of the bone marrow detected 1.5% myeloblasts. Similar to the peripheral blood a 6% population of medium sized cells expressing CD45+++ , CD2, HLA-DR and negative for lymphoid, myeloid and monocytoid markers. The etiology and significance of this population was unclear.

Despite ongoing care the patient's liver function continued to deteriorate with bilirubin reaching 9.1 mostly direct. There had been talk of performing a liver biopsy but we then started to receive initial pathology results from the bone marrow biopsy which showed Reed-Sternberg cells and a suspicion of Hodgkin's lymphoma. A PET-CT was performed which demonstrated an enhanced uptake in the spleen and throughout his skeleton as well as some lymph nodes in the left sacral area and as per his CT a nodular uptake in the right lung. An echocardiogram to evaluate cardiac function showed a good ejection fraction.

Following final results from his pathology of Classical Hodgkin's Lymphoma and discussion between the team of senior hematologists the patient was started on the chemotherapy treatment protocol ABVD (Adriamycin, Bleomycin, Vinblastine, Dacarbazine) receiving the first doses on 20/11/2019.

Following his treatment his blood work started to improve with a marked drop in bilirubin and liver function tests. Empiric allopurinol as well as continued intravenous fluids were given to prevent tumor lysis syndrome. Due to a new and deeper neutropenia following chemotherapy he was treated with injections of G-CSF. Without further fever as well as no obvious signs of infection or positively directing laboratory results the antibiotics were stopped.

As a result of urinary retention a urinary catheter was placed and tamsulosin started. There had been no signs of enlarged prostate on any imaging although a trabeculated urinary bladder was reported which is currently under review by the urologists.

The patient is at this point still hospitalized for ongoing observation until he is deemed stable enough for discharge. He is currently on a reducing dose of dexamethasone, as well as allopurinol, folic acid and omeprazole.

This summary letter is presented as a record of the patient's admission at the Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem up to the 24/11/2019.

Sincerely

Dr David Newman  
on behalf of the Hematology Department