

Herrn  
Dr. med. F.J. Wilhelm  
Praktischer Arzt

6433 Ötz 179

Herrn  
Prof. Weber

Steinweg 14  
6433 ÖTZ

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir bedauern Ihnen mitteilen zu müssen, daß die Pat. Dr. WEBER Sonnja, geb. am 22.1.1895, die am 27.6. an unserer Klinik aufgenommen wurde am 3.7. verstorben ist.

ANAMNESE:

Bei der Pat. ist seit Jahren ein Asthma bronchiale bekannt, ca. 1 Woche vor der stat. Aufnahme kam es zu zunehmender Atemnot, Husten ohne Auswurf, atemabhängige Schmerzen, leichtes Fieber, kein Schüttelfrost. Bereits in den letzten Monaten wurde eine Anstrengungsdyspnoe bemerkt, Orthopnoe, Nykturie.

1982 war bei der Pat. eine Ablatio Mammae durchgeführt worden, sie stand unter Therapie mit Nolvadex, bereits bei den letzten Kontrolluntersuchungen ergaben sich Hinweise auf eine Progression der Erkrankung mit Auftreten von Hautinfiltraten supraklav.

Prämedikation: Phenobarbital 2 x 30 mg, Synthroid 0,2 mg, Isopto Carpine Augentropfen, Megace.

AUFNAHMESTATUS:

89 Jahre alte Pat. in deutlich reduz. AZ, desorientiert, Dyspnoe, spastische Atemgeräusche, Pupillendif. bei Glaukom li., keine Halsveneneinflußstauung, Abdomen über THN, meteoristisch, Leber 2 QF unter dem Ribo. Mamme Z. n. Rotter li., Hautinfiltrat im Bereich der re. Axilla u. re. supraklav.

Thorax: Hypersonorer KS, bei der Aufnahme massive spastische Rasselgeräusche über allen Abschnitten, HT rhythm. mit rauhem Systolicum.

BEFUNDE:

Thoraxröntgen:

Li. verbreiteter Herzschatten mit deutlicher Linksinsuffizienz u. interstitieller Flüssigkeitsvermehrung.

EKG:

SR 110, PQ 0,14, Normaltyp, Tr. V3, V4, pos. li. ventr. Sokolov-index. ST-Senkung u. präterminal neg. T li. ventr.

Beurteilung: Linkshypertrophie, Innenschichtalteration li. ventr.

BB: Hb 11,6, Hk 34, Thrombo 388.000, Leuco 4.200.

In den übrigen Laborparametern renale Retention (Harnstoff 149, Kreat. 2,7, HS 14,8).

Leberfunktionsproben: yGT 63

D I A G N O S E :

Linksherzinsuffizienz, spastische Emphysebronchitis, Npl. mammae

THERAPIE UND VERLAUF:


Bei der Aufnahme der Pat. steht eine massive spastische Ventilationsstörung im Vordergrund, erst durch Verabreichung von Steroiden in hohen Dosen u. Euphyllin erfolgt eine leichte Besserung. Im Thoraxröntgen läßt sich eine deutliche Linksherzinsuffizienz erkennen. Durch die Stauungszeichen kann auch das Vorliegen einer eventuellen Lymphangiosis carcinomatosa nicht sicher verifiziert werden.

Trotz intensiver diuretischer Behandlung mit Besserung der Linksherzinsuffizienz u. Fortführung der broncho-spasmolytischen Therapie kommt es zu einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Die Pat. verstirbt am 3.7.

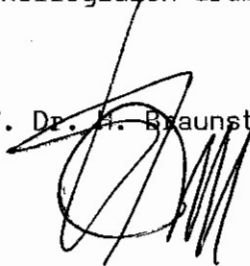
Wir bedauern den tragischen Verlauf.

Mit kollegialen Grüßen

Ass. Dr. Lechleitner



Prof. Dr. H. Braunsteiner



Translated to English using Google

Dear colleague,

We regret to inform you that the patient Dr. WEBER Sonja, born on 22.1.1895, on 27.6. was admitted to our clinic on 3.7. died.

#### ANAMNESE:

The patient has had bronchial asthma for years, approx. 1 week before the stat. Admission there was increasing shortness of breath, cough without Expectorations, breath-dependent pains, slight fever, no chills. Dyspnea on exertion has already been noticed in the last few months, Orthopnea, nocturia.

In 1982 the patient had a mammary detachment performed and she stood under therapy with Nolvadex, already at the last control investigations yielded indications of a progression of the disease. Occurrence of skin infiltrates supraklay.

Premedication: Phenobarbital 2 x 30 mg, Synthroid 0.2 mg, Isopto Carpine

Eye drops, Megace.

#### RECORDING STATUS:

89-year-old patient in significantly reduced AZ, disoriented, dyspnea, spastic breath sounds, pupil dif. with glaucoma left, no jugular vein 6inflow congestion, abdomen fiber THN, meteoristic, liver 2 QF under the ribo.

Mamme Z. after Rotter left, skin infiltrate in the area of the right Axilla u. right supraclay.

Thorax: Hypersonorous KS, massive spastic rales on admission noise above all sections, NT rhythm. with rough systolic.

#### FINDINGS:

Thoraxronteen:

Left widespread heart shadow with clear left insufficiency and interstitial fluid increase.

ECG:

SR 110, PQ 0.14, normal type, Tr. V3, V4, position left ventr. Sokolov index. ST depression and preterminal neg. T 1i. ventr.

Evaluation: left hypertrophy, inner layer alteration 1i. ventr.

BB: Hb 11.6, Hk 34, Thrombo 388,000, Leuco 4,200.

In the other laboratory parameters renal retention (urea 149, creat. 2.7, HS 14.8).

Liver function tests:  $\gamma$ GT 63

DIAGNOSIS:

Left ventricular failure, spastic emphysema bronchitis, Np1. mom

THERAPY AND PROGRESS:

When the patient is admitted, there is a massive spastic ventilation disorder in the foreground, only through the administration of steroids in high doses and ephyllin there is a slight improvement. In the thoracic cleansing, you can tell detect a clear left ventricular failure.

Through the signs of congestion such as the presence of a possible lymphangiosis carcinomatosa cannot be verified with certainty.

Despite intensive diuretic treatment with improvement in left heart insufficiency and continuation of bronchospasmolytic therapy there was a further deterioration in the general condition. the patient died on 3.7.

We regret the tragic course.

With colleagues and greetings