

9. Reformas legislativas para facilitar la inscripción de los nacimientos en el Registro Civil.
10. Legislación adecuada para facilitar la fundación de casas de cuna, maternidades, hospicios, etc., por, la iniciativa privada.

SECCIÓN SEXTA. EDUCACIÓN

1. Recreaciones adecuadas a los niños.
2. El teatro infantil como factor de educación.
3. Bases para formular programas de educación física para el niño.
4. Papel del mobiliario y del material educativo en los jardines de niños.
5. Bases científicas para formular los horarios escolares.
6. Educación progresiva.
7. Colaboración de la familia y de la escuela en beneficio de los niños.
8. La orientación vocacional en la escuela primaria.
9. La enseñanza de la puericultura en las escuelas post-primarias.
10. Las escuelas de recuperación física y mental. Organización y resultados.

ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE CÁNCER *

Por el Dr. R. A. HERRING

Objetos.—(1) Ofrecer medios de diagnóstico y tratamiento a los cancerosos sobre una base coordinada o colectiva, de conformidad con los principios aceptados por las mejores mentes científicas en esta rama.

(2) Ofrecer a un grupo médico especializado en el cáncer una serie numerosa de casos, de modo que puedan adquirir más experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

(3) Preparar un personal apto, al que pueda dirigirse cualquier canceroso, o enviar cualquier médico un caso positivo o sospechoso, para diagnóstico y para un plan de tratamiento.

(4) Ofrecer medios para examen y consejo a los enfermos y a otros, en lo tocante a profilaxia y a lesiones precancerosas.

(5) Trabajar hacia la obtención del ideal de recibir tempranamente los casos ambulantes, logrando así un breve período de hospitalización.

Esfera de acción.—Diagnóstico, tratamiento y consulta para: (1) enfermos indigentes; (2) casos enviados por los médicos; (3) casos enviados de los hospitales; y (4) enfermos potenciales.

Reuniones.—Las reuniones de la clínica de diagnóstico se celebrarán en el dispensario o departamento externo en ----- (día de la semana o del mes) a las ----- (hora).

Personal.—El personal comprenderá: un director, cirujano, patólogo, radiólogo, ginecólogo, internista, urólogo, proctólogo, dermatólogo, y otros.

Ayudantes.—(1) Varios internos o estudiantes de medicina para preparar las historias clínicas y realizar exámenes preliminares. (2) Enfermeras para la asistencia en la clínica. (3) Visitadora social para realizar pesquisas y seguir a los enfermos. (4) Un grupo de damas de la localidad que se preseten para atender a los trabajos de oficina y de servicio social como voluntarias.

Modo de proceder.—Admítase al enfermo, obténganse los antecedentes y realícese un examen físico general.

El enfermo será visto y examinado por el director, quien llamará en consulta al cirujano, patólogo, radiólogo y miembros del claustro a cuya especialidad corresponda el enfermo. Si precisan más datos para completar el diagnóstico, se hará una cita con el miembro del claustro que represente la especialidad cuya ayuda se desee, pero volviendo el enfermo a la clínica con los hallazgos y recomendaciones.

*Bull. Am. Soc. Control Cancer, mayo 1935.

Los diagnósticos de cáncer y de otros tumores, serán siempre confirmados por el patólogo antes de iniciar el tratamiento. Se harán biopsias siempre que sea posible y conveniente que se clasifique la forma del tumor, y además el grado de malignidad, y cálculo de la radiosensibilidad cuando sea posible.

Después del examen por el claustro y de establecerse el diagnóstico, se promulgará el plan terapéutico en que hayan convenido los miembros.

El director asignará las varias partes del tratamiento a los departamentos indicados del hospital. La cirugía general y los preparativos quirúrgicos necesarios para la aplicación de la curieterapia, quedarán a cargo de los cirujanos del claustro (generales o especiales).

La determinación y cómputo de la dosis de radio, radón y rayos X, y las aplicaciones de rayos X, quedarán a cargo del radiólogo.

Los cancerosos indigentes serán tratados en el hospital, en el servicio o departamento más apropiado para llevar a cabo el tratamiento recomendado por la clínica de diagnóstico. Los que padezcan de otros estados, además de cáncer, serán asignados al servicio médico o quirúrgico correspondiente. Todos los casos de cáncer en indigentes de las salas o dispensarios, serán transferidos a la clínica de diagnóstico. Conviene asignar los casos indigentes a un grupo especial de camas o una sala, pero esto es optativo y dependerá de si hay o no espacio disponible para ello.

Todos los enfermos recibidos de otras partes, que no sean indigentes, independiente del diagnóstico, serán devueltos, con el diagnóstico y recomendaciones terapéuticas, al médico que los enviara, y la responsabilidad de hacer esto corresponderá colectiva o individualmente al director, la enfermera y la visitadora social.

Los enfermos que no sean indigentes y se presenten directamente en la clínica, sin que los envíe un médico, recibirán el servicio diagnóstico de la clínica, pero todos los informes serán transmitidos a algún médico escogido por el mismo enfermo, sin que se le comuniquen a éste directamente.

El claustro de la clínica también hará exámenes y ofrecerá consejos a los enfermos sospechosos de cáncer, pero que resulten negativos, en particular con respecto a lesiones precancerosas y otros puntos que entrañen profilaxis.

Se llevarán protocolos completos de todos los casos, a fin de que se conozcan, por lo menos por cinco años después del ingreso en la clínica, la historia, informes patológicos, pormenores del tratamiento, y la situación en cuanto a recurrencias, etc.

Los casos de cáncer tratados en el hospital serán trasladados a la clínica de diagnóstico para reexamen a plazos fijos, y seguidos por el departamento de servicio social, que inaugurará un sistema apropiado para cada caso según indique el director, anotando en el protocolo clínico los datos obtenidos.

Los impresos preparados por el Colegio Americano de Cirujanos, pueden ser empleados por la clínica, en particular con mira a la uniformidad de los protocolos clínicos y de las estadísticas en el terreno de la malignidad.

Debe instarse a los médicos que traten cancerosos en su clientela particular, a que aprovechen los recursos de la clínica de diagnóstico.

Todo el claustro de la clínica gozará del privilegio de repasar las historias clínicas, y de examinar todos los casos recibidos, de desear hacerlo, así como de repasar el plan de tratamiento. A plazos fijos, pero de no menos de un mes, el director convocará una conferencia general en la que se repasarán casos escogidos recibidos en la clínica y el hospital, y debe alentarse la asistencia de otros médicos a las sesiones y conferencias de la clínica.

El plan anterior puede modificarse en pequeños detalles para acomodarse a las necesidades de un hospital dado, pero, en general, debe ser acatado y promulgado por la junta directiva del hospital.

Pautas Mínimas para las Clínicas de Cáncer en los Hospitales Generales Formuladas por el Colegio Americano de Cirujanos

Organización.—El servicio contará con una organización definitiva, comprendiendo un jefe y representantes de todos los servicios del hospital que tengan que ver con el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Además, habrá un secretario de oficina y una visitadora social.

Conferencias.—Como parte fundamental del servicio, se celebrarán conferencias o consultas regulares, a fin de que todo el personal de la clínica interesado en un caso dado, pueda discutir el diagnóstico y tratamiento.

Enfermos.—La remisión a la clínica de cáncer, de todos los enfermos en quienes haya que considerarse el diagnóstico o tratamiento de neoplasias, puede ser voluntaria u obligatoria, según determinen el claustro médico o la junta de síndicos del hospital.

Dotación.—Además del instrumental quirúrgico de diagnóstico y tratamiento necesario en todo hospital general autorizado, se proveerá un aparato roentgenoterápico de eficacia reconocida, y una cantidad de radio suficiente para asegurar tratamiento eficaz.

Archivos.—Además de los registros llevados en todo hospital general autorizado, se prepararán los siguientes protocolos adicionales: (a) los detalles de la historia clínica y del examen en busca de cáncer en las distintas partes del cuerpo; (b) detalles del tratamiento con radio o rayos X; y (c) exámenes médicos periódicos por lo menos durante cinco años después del tratamiento.

Tratamiento.—El tratamiento de los cancerosos será encomendado al personal médico del servicio de cáncer, salvo en aquellos casos en que, conforme al criterio colectivo del claustro, pueda obtenerse tratamiento adecuado en otro sitio.

Hematología en Puerto Rico.—Guiándose por el resultado observado en 50 sujetos normales y en 87 afectos de enfermedades tropicales de ambos sexos, Suárez y Costa Mandry (*Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 27, fbro. 1935) declaran que en Puerto Rico las cantidades de eritrocitos y hemoglobina y los índices de sedimentación celular, son en los varones en aparente estado de salud, iguales a los encontrados en otros países, mas en el sexo femenino parece haber una ligera disminución hemoglobínica. Pueden, pues, aceptarse como normales para Puerto Rico las siguientes cifras: mujeres, sedimentación celular, 41; eritrocitos, 4,500,000; hemoglobina, 91 por ciento; y hombres, 42, 5,000,000, y 100 por ciento. En ambos sexos, la fórmula leucocitaria se asemeja a la de otros países, siendo de 7,535 para las mujeres y 5,400 para los hombres, con un ligero aumento en los linfocitos. En 22 casos graves de espiro hubo una anemia profunda de tipo macrocítico, semejante a la anemia perniciosa, y como ésta, acompañada de leucopenia considerable. En 20 casos de uncinariasis, la anemia fué igualmente profunda, pero de distinto tipo, notablemente hipocrómica y moderadamente microcítica. En 16 casos de paludismo, la anemia fué de tipo normocítico, con un promedio general entre el del espiro y el de la uncinariasis. Los casos crónicos revelan una anemia ligeramente hipercromática; los agudos rara vez presentan signos de anemia. En 12 casos de esquistosomiasis, la anemia fué moderada, con tendencia a macrocitosis, sobre todo en el tercer período de la enfermedad, y eosinofilia. En 17 casos de lepra hubo una ligera disminución hemoglobínica y moderada microcitosis, pero la fórmula eritrocítica permaneció dentro de límites normales. Hubo también leve leucopenia, sin eosinofilia, pero la linfocitosis relativa suele ser mayor que la considerada como normal para Puerto Rico. Los autores describen minuciosamente, interpretación, principios por que se guiaron, etc.