



## CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA Y FARMACIA MILITARES

Dr. ROBERTO GUTIERREZ ARANGO

En Teherán, imperio del Irán se reunió el XVI Congreso de Medicina y Farmacia Militares, en el mes de abril de 1960, con el objeto de tratar temas médicos de interés común internacional.

Por primera vez asiste Colombia como participante oficial de dicha reunión y esto es debido al interés demostrado por el Ministro de Guerra, Brigadier General Rafael Hernández Pardo, en vincular nuestro país al Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares.

Este Comité está constituido por un delegado de cada país participante, y en los Congresos verificados hasta la fecha se ha puesto de relieve la importancia de la Medicina Militar, desde un punto de vista internacional con el objeto de unificar medidas de seguridad, de prevención para determinadas enfermedades, medidas de urgencia y primeros auxilios, lo mismo que la conducta del médico militar en casos de conflicto armado internacional.

Se ha elaborado un código de moral médica militar, el cual ha sido aceptado por los 65 países integrantes del Comité, lo mismo que por las organizaciones de la Cruz Roja Interna-

cional, y Organización Mundial de la Salud.

Así mismo se han establecido las bases del derecho internacional médico y desde el punto de vista de la guerra moderna, se han empezado a divulgar las lesiones producidas por las irradiaciones, y los métodos de prevención y de tratamiento. También se han iniciado los cursos de perfeccionamiento para los médicos militares auspiciados por el Comité Internacional.

La Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar ha iniciado la recopilación de los trabajos médicos elaborados por las diferentes Sanidades Militares en los diferentes países y tratar de dar las normas de acuerdo con las necesidades más apremiantes dentro del personal militar.

Colombia ha sido designada para coordinar en la América Latina las actividades de la Oficina Internacional de Documentación Médico Militar.

Las conclusiones de los Congresos anteriores han sido provechosas desde el punto de vista médico, científico, y de relaciones humanas entre países en conflicto armado y el respeto humano entre las unidades de Sanidad Militar.

Se ha creado además un Comité Internacional de la neutralidad de la medicina con el objeto de facilitar la evacuación de heridos, el rescate de los mismos, la neutralidad de los médicos oficiales con el objeto de incrementar el sentido de humanidad, dentro de las indiferencias y frialdades filosóficas creadas por un ambiente de guerra.

Creemos que se ha obtenido un paso provechoso para la Sanidad Militar Colombiana con la participación en el Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares.

**Informe sobre el XVI Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares reunido en Teherán. Irán. Del 25 de abril al 1º de mayo de 1960.**

Número de Delegados: 113.

Países integrantes: Grecia, Gran Bretaña, Bélgica, Yugoslavia, Italia, Tailandia, San Marino, Francia, Túnez, Japón, China Nacionalista, Líbano, Turquía, Holanda, Suiza, Checoslovaquia, Australia, Austria, Jordania, Marruecos, Santo Domingo, Venezuela, Paquistán, Camboya, Alemania, Argentina, Brasil, Irak, Polonia, Israel, México, Rumania, Irlanda, Vietnam, Colombia, República Árabe Unida, Nueva Zelanda, Laos. Representantes de la Cruz Roja Internacional, de la O. S. M. y los diversos representantes del gobierno del Irán.

---

**DOCTOR  
ROBERTO GUTIERREZ ARANGO**

Doctor en medicina y cirugía de la Universidad Nacional. Grado en 1946. Curso de especialización en Cirugía y Gastroenterología en París y en Nueva York. Ha sido cirujano en el Instituto de Cancerología de Bogotá, miembro de diferentes Sociedades Médicas. Jefe del Dpto. de Gastroenterología del Hospital Militar. Autor de varios trabajos sobre medicina y miembro del Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares.

### **Programa.**

Los trabajos originales para mayor información, pueden ser consultados en la Secretaría para Colombia del Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares: Dr. Roberto Gutiérrez Arango.

Los temas tratados se insertan a continuación, a la vez que se presenta el resumen y las conclusiones de los puntos más importantes.

#### **1º Principios de estandarización de los primeros cuidados quirúrgicos en tiempo de guerra.**

Países ponentes: Polonia; Coronel Médico, Bogdan Wroblewski. Irán; Brigadier General Médico, Fathi.

Comunicaciones: Los equipos livianos para reanimación en el frente de batalla, según la experiencia de Indochina, por el Coronel Médico; Chipaux. Francia.

#### **2º Profilaxia de las enfermedades virales en las Fuerzas Armadas.**

Países ponentes: Alemania, Coronel Médico Schulz. Suiza: Capitán Médico Loeffler.

Comunicaciones: Duración de la viremia en la fiebre amarilla por vacunación, e importancia de la susceptibilidad de los títulos de la vacuna. Coronel Médico Juan Bejarano, Dr. M. Mose-Sa-Fleitas. Dr. Alberto S. Actis. Argentina.

Las hepatitis epidémicas desde el punto de vista de la Armada. Profesor Lepine. Francia.

#### **3º Cuidados inmediatos de las heridas Maxilo Faciales.**

Países ponentes: Bélgica; Coronel Médico De Fooz. Italia; Profesor San Venero Roselli. Rumania; Coronel Médico Staniciou George.

Comunicaciones: Primeros auxilios y evacuación de los heridos con lesiones maxilo-faciales; Coronel Médico Chip-paux. Francia.

Las lesiones maxilo-faciales y la importancia de los cuidados inmediatos. Coronel Médico Borbakan. Turquía.

Los primeros auxilios quirúrgicos de las heridas maxilo-faciales y su importancia para la cirugía reparadora posterior. Comandante Médico Haz-rati. Irán.

#### **4º Elaboración de un formulario farmacéutico en función de la estandarización.**

Países ponentes: Yugoslavia; Coronel Farmaceuta Katalnie. Irán; Coronel Farmaceuta Hamidi.

#### **5º El papel del oficial de administración en las formaciones de los servicios de salud.**

Países ponentes: Francia; Coronel Canon. Paquistán; Coronel Médico Arbas.

#### **6º La evacuación por vía aérea, en tiempo de guerra, en mar y tierra.**

Países ponentes: Francia; Coronel Médico Curveille. Gran Bretaña; Coronel Médico A. Mac. Lennan.

Comunicaciones: Algunos aspectos del transporte aéreo de los heridos con lesiones del cráneo. Comandante Médico Nosny. Francia.

#### **7º Sesión de la oficina internacional de documentación de Medicina Militar.**

#### **8º Grupos sanguíneos y placas de identidad de los militares.**

Países ponentes: Portugal; Coronel Médico Fernand López.

#### **9º Estandarización de las insignias humanitarias.**

#### **10 Comportamiento de los equipos de seguridad entre los pilotos de Jet.**

Países ponentes: Holanda; General Médico J. Van Derguissen. Gran Bretaña; Capitán J. Howard Lwis.

Comunicaciones: Estudio de la exploración metódica de la Hemostasis. Su interés sobre el plan doctrinal, y en la práctica Médico Quirúrgica diaria. Coronel Médico Raby. Francia.

Profilaxia de las enfermedades en la Armada. Coronel Médico Yeseren. Turquía.

#### **Conclusiones de los trabajos presentados sobre la estandarización de los primeros cuidados quirúrgicos en la guerra moderna.**

En la utilización técnica de los medios sanitarios es importante tener en cuenta dos aspectos:

1º La distribución de los medios sanitarios en profundidad y en distancias variables según la situación táctica. En este caso, el médico debe valorar las distancias y la duración de la evacuación para decidir en qué forma deben practicarse las intervenciones urgentes. Este caso es el de una guerra convencional.

2º La distribución de los medios sanitarios en superficie, de manera que se dispongan las instalaciones necesarias en todo lugar, cualquiera que sea el punto de un lugar convenido o no de destrucción. Esta distribución se hace de acuerdo con las necesidades en una zona determinada, pero se presentará la eventualidad anterior sobre todo en caso de guerra nuclear.

Cualquiera que sea la distribución de los medios sanitarios, debe establecerse una escala o grado de los primeros auxilios suministrados a los heridos.

Estos grados pueden clasificarse así:

1º Los cuidados de combatiente a combatiente: Estos cuidados son el resultado de la instrucción elemental que debe darse a cada uno referente a normas de auxilio, es decir, las normas fundamentales de la posición adecuada para un herido de acuerdo con las lesiones recibidas. La reanimación, la respiración y los métodos de detener una hemorragia externa grave por simple compresión digital.

2º Los cuidados del enfermo: Este podrá detener la hemorragia por medio de la aplicación de un torniquete o apósitos y vendajes, de acuerdo con el material que disponga y determinar la posición e inmovilización del herido para su transporte. Podrá prevenir la infección por la administración de antibióticos y practicar inyección de Anatoxina Tetánica. Además podrá inyectar una mezcla analgésica y ligeramente neuropléctica, como prevención del Shock.

3º Los cuidados del médico general no especializado en cirugía.

Deberá verificar y completar los auxilios y cuidados enumerados anteriormente. Contra el Shock traumático; agregará, si es necesario, transfusiones de sangre, o perfusiones de plasma o sucedáneos. Para combatir la infección podrá agregar, si es necesario, la administración de suero antigangrenoso. En cuanto a la inmovilización podrá aplicar los aparatos necesarios para el transporte. Para la hemorragia debe quitar el torniquete si se ha utilizado, y reemplazarlo por una ligadura, o pinza hemostática a permanencia. Además deberá practicar pequeñas intervenciones quirúrgicas de indicación vital, tales como apósitos oclusivos, herméticos en el Neumotorax abierto. Punción decompresiva en el Neumotorax bajo tensión. Medidas preventivas para

el pulmón húmedo traumático. Punción o cateterismo de la vejiga en caso de retención urinaria. Fijación de la lengua a la mejilla en caso de herida maxilo-facial y traqueotomía eventual.

4º Los cuidados del cirujano general:

Deberá practicar las intervenciones quirúrgicas de indicación vital si los detalles o condiciones de la evacuación, no permiten practicarlas posteriormente. Entre estas intervenciones es preciso citar:

Las hemorragias internas.

Las lesiones craneanas con hipertensión progresiva.

Las lesiones amplias del tórax, comprendiendo las lesiones del corazón y de los gruesos vasos.

Las lesiones penetrantes del abdomen.

Todas estas intervenciones deben tener un carácter paliativo y temporal con el objeto de salvar la vida del herido y de permitir la continuación armoniosa del tratamiento quirúrgico en las formaciones de retaguardia.

Los cuidados que deben prestarse ulteriormente por los equipos quirúrgicos especializados no se discuten en estas conclusiones.

Esta estandarización de la técnica de los primeros auxilios, se realiza fácilmente, lo mismo la estandarización del material para utilizar.

Estas conclusiones serán sometidas a los diferentes países con el objeto de obtener los acuerdos internacionales para asegurar su realización.

**Conclusiones de los trabajos presentados sobre profilaxia de las enfermedades virales en las Fuerzas Armadas.**

1º Las enfermedades virales constituyen un problema muy importante en medicina militar. Además de los peligros que ellas constituyen, para el individuo mismo, estas enfermedades constituyen un grave peligro por su aparición siempre inesperada en forma de

epidemias, y susceptibles de diezmar los efectivos de las Fuerzas Armadas en campaña.

2º Las investigaciones verificadas hasta el presente en la lucha contra las enfermedades virales, deben ser aprovechadas con reserva en razón del carácter esencialmente evolutivo y progresivo de los conocimientos adquiridos en este aspecto.

3º Sobre el plano práctico, deben imponerse medidas generales de profilaxia que consisten:

a) No específicas (entrenamiento físico, exactamente calculado, dosificado. Alimentación, racionalmente equilibrada, etc.).

b) Específicas: Consistentes en las vacunaciones efectuadas preferentemente con un método que ofrezca mínimo de riesgo.

4º La vacunación está indicada para prevenir las enfermedades virales que tengan un alto poder de difusión en la colectividad militar, o que produzcan una mortalidad elevada.

La vacunación eventualmente aplicada debe producir una inmunidad sólida en la mayoría de los sujetos vacunados.

La vacunación antivariólica se considera como la vacunación tipo.

5º En razón de que el conocimiento sobre enfermedades virales está permanentemente cambiando y evolucionando en forma progresiva, se recomienda proceder periódicamente y adoptar temporalmente las medidas convenientes, relacionadas con estos temas en cada uno de los próximos congresos.

6º Con el objeto de poder efectuar las investigaciones diagnósticas para el descubrimiento de las enfermedades virales, se recomienda a los laboratorios de los servicios de sanidad de las Fuerzas Armadas que estén equipados en forma

especial tanto en personal como en material.

La terapéutica de las heridas maxilofaciales en campaña comprende:

El tratamiento en el lugar del accidente el cual debe ser acordado lo más rápido posible, en las formaciones sanitarias de la zona de lucha, y afrontar el tratamiento de extrema urgencia (la asfixia y la hemorragia).

El tratamiento calificado, acordado por el personal especializado en cirugía general.

El tratamiento inmediato que se ejecuta en las formaciones dedicadas y encargadas de estos cuidados.

#### A—El tratamiento de extrema urgencia:

1) **La asfixia** puede combatirse en función del mecanismo de su producción es decir:

a) Por la extracción de los cuerpos extraños y el alargamiento y extensión de la faringe.

b) Atirantando la lengua fuera de la boca, y fijándola a un soporte externo (fijación por medio de botón etc.).

c) Por la evacuación y el drenaje del hematoma del piso, con hemostasis definitiva o en caso grave, traqueotomía.

2º) **La hemorragia** se la combate por: Taponamientos compresivos, sutura de los bordes de la herida, ligadura del vaso seccionado, o de la carótida externa.

En la epitaxis se practica el taponamiento anterior o posterior de las fosas nasales.

3º) El transporte de estos heridos se efectúa en posición ventral o en posición de semisentado.

4º) Es preciso que en tiempo de paz se instruya al personal militar sobre la técnica del primer autosocorro y del primer socorro o auxilio recíproco.

## B) El tratamiento quirúrgico inmediato.

Comprende las siguientes condiciones:

5º) En las lesiones de partes blandas; es necesario la limpieza mecánica, la extracción y eliminación de los cuerpos extraños, sin practicar desgarros amplos ni sección de tejidos vitales, y debe practicarse la sutura primaria en las primeras 24 a 48 horas después de la herida.

En ciertos casos la sutura se hace con el objeto de aproximar los labios de la herida. En las heridas infectadas las suturas se hacen con drenaje.

6º) Las heridas asociadas con fracturas:

Se da la prioridad al tratamiento de las lesiones óseas, extracción y limpieza de esquirlas en forma minuciosa.

Se practicará el drenaje de los fondos de saco perimaxilares.

Se extirpan solamente los dientes comprendidos en la línea de la fractura, y con los vecinos, se practicará la inmovilización.

La escogencia de los dispositivos para inmovilizar se hace de acuerdo con la forma anatocomoclínica, el sitio de las líneas de fracturas, el número de dientes restantes, y la gravedad de las lesiones.

## C—El tratamiento posterior comprende:

Las curaciones, la alimentación, la higiene bucal, y el tratamiento general antinfecioso y vitaminoterapia, los cuales deben instituirse desde el comienzo.

Las otras dos etapas del tratamiento; la etapa de la restauración plástica, y el tratamiento reparador tardío de las secuelas, son diferentes para cada caso, y se aplican teniendo en cuenta el resultado anatómico y funcional de los tratamientos anteriores, de la extensión

y de la naturaleza de la lesión, (interesando las partes blandas u óseas) o bien, la extensión en su sitio y de el aspecto de la lesión maxilo-facial.

## Conclusiones de los trabajos presentados sobre la elaboración de un formulario farmacéutico en función de la estandarización.

En cuanto a este tema, el Congreso llegó a presentar recomendaciones generales con el objeto de poder elaborar un formulario farmacéutico, médico militar, que pueda ser utilizado o sirva de orientación farmacológica para los diferentes países.

La comisión técnica farmaceuta del S.I.M.F.M. ha constatado la imposibilidad actual de estandarizar las formas medicamentosas en uso, en las diferentes armas, y ha decidido que el formulario en estudio, se limitará a enumerar las diversas denominaciones en uso, así como las formas bajo las cuales estos productos existen en depósito.

La base del formulario será en principio la denominación latina, adoptada por la farmacopea internacional.

Es manifiesto que el establecimiento de un formulario internacional no puede iniciarse sino cuando la farmacopea internacional suministre las bases suficientes para:

a) Una denominación común de los medicamentos y reactivos.

b) Una composición uniforme de estos; y una actividad idéntica igual de los productos medicamentosos.

Los resultados de estos trabajos pueden facilitar las labores de las farmacias militares y prestar ayuda como sostén internacional entre las naciones, especialmente para aquellos países que sin tener una industria farmacéutica, puedan producir la gama de los agentes terapéuticos necesarios.

Un trabajo posterior, quizá en el próximo congreso, y en la reunión de

la comisión de Documentación Militar la cual se reunirá en septiembre del año entrante en Atenas, presentará las bases internacionales y dará un ejemplo de las preparaciones principales de uso terapéutico similar, empleados por los diferentes servicios de salud con su posología y dosis máxima.

Yugoeslavia y el Irán presentaron algunos conceptos sobre los proyectos del formulario farmacéutico militar, basados en las conferencias anteriores sobre este tema en 1958 y 1959, con las listas de medicamentos que la comisión suiza había sometido a los miembros de la comisión técnica, y con las bases del último proyecto del formulario farmacéutico militar, el cual contiene un número suficiente de medicamentos esenciales necesarios para los servicios de salud de sanidad en caso de guerra.

En términos generales; la estandarización tiende a adoptar la denominación en latín, los sinónimos correspondientes; y las formas en uso: sustancias, solución, tableta, etc.

Hasta ahora se han clasificado unos 140 medicamentos teniendo en cuenta los caracteres, punto de ebullición, densidad, acidez y alcalinidad, conservación, uso, esterilización, aplicación, indicación cantidad y dosis.

En el último congreso se designaron miembros permanentes y fijos para este trabajo, con el fin de mantener contacto y trabajo permanentes para facilitar la formación de una farmacopea en todos los países.

#### **Conclusiones de los trabajos presentados sobre el papel del oficial de administración en las formaciones, en los servicios de sanidad.**

Con el fin de permitir al médico militar consagrarse en orden principal al arte de curar y a los grandes problemas específicos de los servicios de Sanidad Militar, se recomienda la crea-

ción de "Cuerpos de Oficiales de tropa" al servicio de la sanidad, cuyo papel importante presenta numerosas analogías por ejemplo con las actividades del M.S.C. Americano y el "Oficial de Administración" de los servicios de sanidad en Francia.

Deben crearse con el objeto de permitir la obtención de un rendimiento máximo del cuerpo médico, pero también con un espíritu de cohesión, de unidad de doctrina, y de respeto por las Convenciones de Ginebra. Este cuerpo comprende Oficiales, Activos y de Reserva.

Los interesados reciben una formación administrativa y paramédica, para adaptarlos a los servicios de sanidad.

Las funciones señaladas para los Oficiales de tropa del servicio de sanidad son diversas y exceden ampliamente a las funciones de la administración pura. Por ejemplo:

a) Comandante de formación con responsabilidad sobre la atención de (depósitos, unidades de vehículos de ambulancia, etc.)

b) Comandante de los servicios administrativos de Hospitales Militares.

c) Comandantes (segundos) Oficiales S 1, S 2, S 3, o de transportes, en los batallones médicos.

d) Funciones de EM en los altos Comandos de servicios de sanidad y en la escala ministerial.

e) Funciones técnicas en relación con el equipo electro-médico.

Con la experiencia de los dos últimos años, con la creación de los cuerpos de oficiales activos y de reserva en sanidad, se han obtenido resultados superiores con respecto a las épocas anteriores.

La formación particular de los oficiales ya mencionados presenta el interés de hacer una carrera completa en el seno del Cuerpo de Of. de S. y de manera importante la adopción de una

mentalidad propicia al ejercicio de sus funciones particulares. Permite además hacer de este Cuerpo, el complemento útil e indispensable para los otros Cuerpos de Oficiales que componen el servicio de sanidad, (médicos, farmacéutas, dentistas y enfermeras).

El papel del Oficial de administración en los servicios de sanidad, actualmente presenta dos aspectos: el primero resulta de su calidad de oficial, y el segundo se desprende de la contribución que él aporte en la función administrativa.

Tanto en los servicios de sanidad de Francia como en Bélgica el oficial de administración, es un oficial con el mismo título que sus otros camaradas de armas.

En su función general de administrar: comprende las 5 etapas sucesivas de: preveer o prevenir, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

Para mayores informaciones con respecto a este tema puede consultarse el informe del servicio de sanidad militar de Francia y de Bélgica, en los archivos de la Secretaría General para Colombia del Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares, Dr. Roberto Gutiérrez Arango.

### **Conclusiones de los trabajos presentados sobre la evacuación por vía aérea, en tiempo de guerra, por mar y tierra.**

1—Se pone de manifiesto con el objeto de la estandarización, de adoptar el término "evacuación aérea médica".

2—El objeto principal de cualquier movimiento de un herido es suministrarle tratamiento quirúrgico rápido, y transportarlo a su unidad quirúrgica, lo antes posible.

3—La "evacuación aérea médica", depende del establecimiento de un puente aéreo el cual consiste por lo general de dos partes. La primera parte tendrá como objeto asegurar el trans-

porte en aviones livianos, de ala fija, o helicópteros tan lejos como sea posible a una unidad quirúrgica.

4—Es importante para los que se responsabilizan del transporte de los heridos en este primer plano de la evacuación "aérea médica" que hagan de una manera efectiva y completa su trabajo. Este comprende: asegurar el transporte aéreo, control de hemorragia, inmovilización de fractura, soporte, apósitos; curación de los tejidos blandos lesionados, y estabilización del tórax lesionado o sus contenidos.

5—En casos de evacuación extensa este deber recaerá sobre los oficiales no comisionados del servicio médico.

6—El material aéreo usado para esta primera etapa de "evacuación aérea médica" debe ser equipado con camillas de ruedas.

7—Para los procedimientos de protección y métodos salvavidas en la "evacuación aérea médica" del área de guerra a la unidad quirúrgica más cercana, no presenta contraindicaciones absolutas, siempre y cuando la modalidad del vuelo no exceda de una hora de duración, y la altitud se asegure a unos 1.000 pies (300 metros).

8—Los pacientes, posteriormente serán evacuados de las unidades quirúrgicas cercanas del lugar de operaciones, a los Hospitales de las líneas de comunicaciones. Este segundo puente aéreo será provisto de un transporte aéreo adecuado, o el disponible.

9—Para la segunda etapa de la "evacuación aérea médica" deben considerarse las posibilidades de falta de oxígeno; reducción de presión atmosférica, mareo, y tener en cuenta la seguridad y características del vuelo, el plan de transporte y los aparatos aéreos disponibles.

Para mayores informaciones y detalles puede consultarse el informe del

Coronel A. McLennan; Gran Bretaña; y Salvagnac; Francia.

(Archivos en la Secretaría General para Colombia del Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares Dr. Roberto Gutiérrez Arango.)

### **Conclusiones de la sesión de la oficina internacional de documentación de medicina militar.**

El Congreso Internacional reunido en Teherán, ha decidido nombrar un secretario permanente para asegurar la unión directa con los servicios de sanidad de los diversos países y con las revistas médico militar con el objeto de realizar:

Una documentación técnica, médico militar efectivamente internacional y útil.

Una información mutua de los trabajos y publicaciones realizados en cada país.

Se ha preparado y elaborado un ensayo de terminología comparativa médico militar en 5 idiomas destinados a facilitar la lectura de los artículos extranjeros.

Se espera que antes del fin de noviembre de 1960 los países interesados tengan una compilación bibliográfica tan completa como sea posible sobre los temas propuestos para la próxima reunión de la Oficina Internacional de Documentación con el objeto de que esta reunión sea benéfica para todos.

La próxima reunión del Comité Internacional de Documentación tendrá lugar en Atenas en Septiembre de 1961 y el tema de importancia es el diagnóstico y control de la tuberculosis, antes y durante el servicio militar (tuberculosis pulmonar). Aptitud con respecto a las secuelas de la tuberculo-

sis pulmonar en el servicio militar y en los diferentes países".

El Congreso nombró al Dr. Roberto Gutiérrez Arango representante para la América Latina de la Oficina de Documentación y Prensa Médico Militar con el objeto de obtener los trabajos, publicaciones y actividades científicas o culturales que se han desarrollado en cada país desde el punto de vista médico militar en el presente año con el objeto de contribuir a la publicación del boletín "La Medicina Militar a través del mundo".

Además poder obtener los trabajos publicados en los 5 últimos años sobre tuberculosis pulmonar en cada país, y especialmente en los servicios de sanidad militar.

### **Conclusiones sobre los trabajos presentados con relación al tema de placa de identidad de los militares.**

La delegación francesa suministrará posteriormente los detalles del sistema de reconocimiento que debe adoptarse por todas las armas del mundo para reconocimiento de los militares en caso de conflicto armado, y que al mismo tiempo suministre datos de interés desde el punto de vista médico.

En general la placa será de un metal apropiado, para ser portada al cuello, y grabado en la placa, debe aparecer el nombre personal, nombre del país, nombre del tipo de armas al cual pertenece, grupo sanguíneos, R H, Vacunación, etc.

Para mayores detalles de información con respecto a los temas tratados en el congreso, se puede consultar el archivo antes citado.

El próximo congreso de medicina y farmacia militares se reunirá en Car-

cas en el año de 1962 y el temario acordado hasta el momento es el siguiente:	Estudio comparativo de la aptitud entre oficiales y soldados.
Sangre. Clasificación. Substitutos. Conservación.	Tratamiento de las quemaduras especialmente de la cara.
Anestesia en fuerzas armadas en tiempo de guerra.	Integración y organización de los servicios médicos militares.
	Organización de hospitales militares.

---

*Cuando un hombre ingresa en el Ejército, el programa de adiestramiento militar le prepara física y mentalmente para cumplir sus deberes de soldado. Los ejercicios de instrucción, las marchas y la educación física le proporcionan una buena condición física y desarrollan su resistencia y vitalidad. Los cursos especiales, las maniobras y los problemas de campaña le suministran la información y el conocimiento que le permitirán cumplir sus deberes de soldado. Al terminar el adiestramiento, el soldado deberá estar en buena condición física y deberá poseer las actitudes que necesita un buen soldado.*

*El soldado que ha sido herido, o que se encuentra inactivo debido a una larga enfermedad, pierde el grado de eficacia logrado con la instrucción. Su fuerza física decae. La preocupación por su salud y por sus problemas personales, y las inquietudes inherentes a una convalecencia prolongada, contribuyen a crearle una falta de confianza que puede traer como resultado su apatía e indiferencia. Estas actitudes demoran su restablecimiento y, con frecuencia, producen estados mentales deplorables que contribuyen al desempeño ineficiente de sus deberes, y en algunos casos, a su inadaptabilidad a la vida militar o civil.*

*El gran número de personas que necesitan las Fuerzas Armadas y las industrias militares hacen imperativa la preservación del individuo. Cada día que se demora el restablecimiento de un paciente, supone una pérdida de horas de trabajo en el esfuerzo común para ganar la guerra. Si el soldado convaleciente ha de lograr el mayor beneficio posible del servicio médico del Ejército, deberán considerarse sus necesidades físicas, mentales y emotivas. Por lo tanto, al reconocer su responsabilidad hacia el soldado y hacia las necesidades de guerra, el Inspector General de Sanidad Militar ha implantado la reeducación física como parte integrante de la atención médica.*