

ORGANIZACION DE LA ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION EN LAS GRANDES EMERGENCIAS: EN BELICOS

Tnte. Crnl. San. David Flores Ochoa.

Jefe del Centro Quirúrgico del Hospital Militar Central de Lima.

Introducción.—

El tema que el Comité Organizador del Tercer Congreso Peruano de Anestesiología me ha encomendado es indudablemente interesante y de actualidad, por una parte, pero al mismo tiempo la aridez y complejidad de los temas militares, magnificados en el presente caso por el desconocimiento que seguramente la mayoría tiene de éstos, le despojan de la amenidad que concitan los temas clínicos.

Teniendo presente esta dificultad es que me permito ponerles en ambiente sobre algunos principios, definiciones, características, etc. de las operaciones militares, donde al Servicio de Sanidad en general y al de Anestesia en particular le toca desempeñar un rol de primera y fundamental importancia.

En el siglo en que vivimos los conflictos bélicos no solo abarcan varias naciones, sino aún continentes enteros y la guerra, con sus víctimas, no se encuentran únicamente en las líneas de combate, sino aun muy a retaguardia en las ciudades, no importando cuan alejadas esten ellas. Lo cual nos debe hacer pensar muy seriamente en la preparación del profesional médico para hacer frente exitosamente a los requerimientos impuestos por una contienda armada y la necesidad del conocimiento, por lo menos básico de los Principios y Doctrina del Servicio de Sanidad, que puede verse obligado a extender sus atenciones en grandes áreas, incluyendo otras naciones con diferentes idiomas, usos y costumbres, de regiones y climas desconocidos donde los profesionales médicos estarían en condiciones de prestar su valiosa colaboración, haciendo frente a e-

mergencias masivas, ya sea incorporándose a las fuerzas armadas o colaborando en los hospitales civiles. Estas apreciaciones son valdezas para el anestesiólogo, que actualmente desempeña un papel de primerísima importancia en la reanimación de las bajas de combate y constituye parte fundamental del equipo quirúrgico.

A pesar de que todos los conflictos son guerras, el hecho de emplear armas y procedimientos distintos ha llevado a considerar: la Guerra Convencional como aquella en que se emplean armas y procedimientos normales y que se ciñen a las Normas de la Convención de Ginebra y a las Leyes de Guerra, destinadas a humanizarla.

Guerra no Convencional es aquella en que se emplean armas, artefactos de destrucción en masa y procedimientos distintos, que no respetan las normas antes señalada. La Guerra no Convencional puede ser Química (empleo de los dominados gases de combate), Biológica (empleo de armas y sustancias radioactivas o atómicas) e Ideológica revolucionaria como ejemplo de ella tenemos el empleo de métodos y procedimientos puestos en juego por el Comunismo Internacional para lograr el dominio mundial.

Establecida esta diferencia, todo lo que que se diga a continuación se refiere únicamente a la Guerra Convencional.

Conviene antes de seguir adelante y para mejor comprender la organización de la Anestesiología en situación bélicas, aclarar algunos conceptos:

Teatro de Guerra (TG): comprende las grandes extensiones de tierra, mar y

aire en que se desarrolla la guerra y se subdivide en:

Zona del Interior (ZI); generalmente comprende todo el territorio nacional exceptuando el Teatro de Operaciones y en ciertas circunstancias incluye territorio extranjero aliado, donde se desarrolla la explotación y desarrollo de los recursos en materia de guerra y tropas;

Teatro de Operaciones (TO); es aquella parte del teatro de guerra en donde se realizan las acciones de combate, así como el apoyo administrativo de las tropas que intervienen en ellas Normalmente comprende una Zona de Combate y una Zona Administrativa.

Zona de Combate (Z. C.); es la parte del teatro de operaciones necesaria para la conducción de las operaciones de combate y la administración inmediata de la fuerza operativa y se subdivide en zona de Servicios del Ejército y en Zona de las Divisiones de Ejército, las que a su vez se dividen Zona de las Divisiones Ligeras;

Zona de Servicios del Ejército; parte de la Zona de Combate comprendida entre el límite de retaguardia de las Divisiones de Ejército y el límite de retaguardia de la Zona de Combate normalmente en ella se encuentra la mayor parte de las instalaciones administrativas y tropas de Servicio del Ejército de Operaciones:

Zona administrativa; comprende todo el territorio que se encuentra entre el límite de retaguardia de la Zona de Combate y del Teatro de Operaciones, realizándose en ella todas las operaciones de abastecimiento; evacuación y hospitalización; transporte; mantenimiento y otras actividades de los Servicios, necesarias para un apoyo eficiente de la Zona de Combate;

Zona de Comunicaciones; abarcan el territorio que se encuentra comprendido entre el límite de retaguardia de la zona de Combate y el límite de retaguardia del Teatro de Operaciones, donde se realizan las operaciones de abastecimiento; evacuación y hospitalización; transporte; mantenimiento y defensa de las líneas de comunicaciones, así como otras actividades de los Servicios necesari-

rios para prestar un eficiente apoyo a la Zona de Combate, constituyendo el eslabón en la cadena de abastecimientos y evacuaciones entre la Zona de Combate y la Zona del Interior.

Quando la Zona Administrativa es muy amplia, puede dividirse en dos ó más secciones (Base, intermedia y avanzada) a fin de asegurar las operaciones logísticas.

Diferentes Tipos de Operaciones de Combate: Las Operaciones de Combate pueden ser Ofensivas, Defensivas y Retrógradas.

Son Ofensivas las destinadas a imponer al enemigo la capacidad de destruirlo y derrotarlo. Puede ser de Penetración, Desbordamiento, Envolvimiento y Envolvimiento Vertical.

Son Defensivas las destinadas a economizar medio y ganar tiempo, pudiendo ser Fijas o Móviles.

Son Retrógradas las destinadas a sustraer al grueso de las tropas de la presión del Enemigo para recuperar la libertad de acción y pueden ser Maniobra en Retirada, Acción Retardatriz y **Retirada Funcionamiento del Servicio de Sanidad en los distintos tipos de Operaciones:** La Cirugía de Guerra, como ciencia, está destinada a cumplir una misión especializada, esencial y de gran significación bajo las más adversas condiciones impuestas por la Guerra, siendo la reanimación de las bajas uno de los pilares fundamentales de esta cirugía y la Anestesiología juega un rol de primerísima importancia; sin embargo, contrariamente a lo que ocurre en la práctica médica usual, tiene la particularidad de que los cuidados individuales son secundarios al esfuerzo militar cuando la situación táctica así lo exige.

Por otra parte, se debe tener presente que en la cirugía de guerra, la reanimación y anestesia, no deben realizarse en un ambiente de confusión y desorden o de olvido de la doctrina anestésico-quirúrgica, por mucho de que el flujo de las bajas de combate requieran mayores esfuerzos, y que la realidad de un combate no haya sido previamente vivido o que las necesidades sobrepasen las previsiones.

Un planeamiento adecuado y el entrenamiento previo dirigido, en anticipación a las necesidades, hacen posible los resultados altamente satisfactorios de la medicina militar y precisamente la base del éxito en la Zona de Combate es un equipo organizado, cada uno de cuyos miembros ha sido adecuadamente entrenado para aceptar y cumplir la misión encomendada, desempeñando su función acorde con la misión particular del eslabón en que se halla asignado en ese momento y cumpliendo con su responsabilidades técnicas bajo diferentes situaciones impuestas por la misiones de su escalón.

De manera general y cualquiera que sea el tipo de operaciones militares, el Servicio de Sanidad en Campaña debe cumplir funciones preventivas, de tratamiento, evacuación, hospitalización y abastecimiento, contribuyendo así al éxito del esfuerzo militar mediante la conservación de la salud de los efectivos y que comprende dos aspectos esenciales: la Preservación y la Recuperación.

En cada uno de los tipos de operaciones militares el funcionamiento del Servicio de Sanidad es similar, pero sujetándose a normas específicas para cada tipo de operación las cuales en síntesis se traducen en que su funcionamiento tiene imperativamente que adaptarse a las situaciones de combate.

La preservación tiene la finalidad de mantener y mejorar constantemente la capacidad combativa de los efectivos, mediante la aplicación de reglas de higiene y profilaxia, siendo la prevención de enfermedades una de las funciones más importantes y en campaña es de extraordinaria importancia.

La recuperación es el proceso mediante el cual se restituye a la actividad militar a los individuos que transitoriamente han sido puestos fuera de acción por enfermedades o por heridas.

En época de paz la recuperación es reducida y su ejecución es facilitada por la existencia de instalaciones asistenciales fijas, establecidas y organizadas para dicho fin; en campaña, la recuperación es un problema complejo y de mayor amplitud que exige un cuidadoso pla-

neamiento basado principalmente en la situación táctica del momento.

La inestabilidad del frente impide establecer en la Zona de Combate formaciones de tratamiento pesadas y estables; por otra parte, los individuos puestos fuera de combate y que necesitan asistencia no presentan la misma gravedad de lesiones, ni imponen la misma urgencia en el tratamiento ni exigen la misma celeridad en las evacuaciones. Por estas razones, la recuperación no puede cumplirse en un solo acto, siendo necesario escalonar en profundidad las diversas formaciones sanitarias.

La recuperación comprende: evacuación y tratamiento; hospitalización.

La inestabilidad del frente, así como la misión y característica del Servicio de Sanidad determinan, en base a la situación del plan táctico, no desplegar instalaciones pesadas sino la estrictamente necesarias para hacer frente a las tareas del momento, dotadas de flexibilidad, de gran movilidad y sobre todo, que permitan la continuidad del tratamiento, médico-quirúrgico, acorde a la Doctrina, esto es, por escalones, con la finalidad de seguir la regla inviolable del Servicio de Sanidad en Campaña de que cada individuo tenga el tratamiento correcto en el tiempo apropiado. En ninguna otra forma podrían ser atendidos eficazmente estos pacientes, siendo esta una diferencia fundamental con la práctica civil.

Entre el límite más avanzado constituido por un Puesto de Socorro de Unidad de Tropa y el posterior, constituido por un Hospital General, cada tipo de instalación sacrifica su movilidad en favor de lograr asistencia médica especializada. En esta forma, la atención médico militar se lleva a cabo en escalones y las bajas concretamente los heridos, reciben sucesivamente la siguiente atención sanitaria: Primeros Auxilios, Tratamiento de Emergencia - Tratamiento Técnico (se realizan en las formaciones sanitarias que en el Teatro de Operaciones comprenden cuatro escalones:

Unidad de Tropa- Grandes Unidades de Combate o Unidades Especiales- Gran Unidad Estratégica o de Batalla- Zona Administrativa.

Los primeros auxilios o medidas inmediatas de tratamientos son realizados por el herido mismo o un camarada, en el mismo campo o en el nido de heridos, consistiendo generalmente en la aplicación del paquete individual de curación y la administración de analgésicos, misión simple de preparación para la evacuación hacia la retaguardia. Las medidas de reanimación son llevadas a cabo por los mismos camaradas, los enfermos y los camilleros.

El tratamiento de emergencia se práctica en el Puesto de Socorro de las Unidades de Tropa con carácter de urgencia y criterio técnico, para devolver al paciente al combate o de prepararlo para la evacuación, haciendo la reanimación de los chocados, hemoterapia, detención temporal de las hemorragias, inmovilización transitoria de las fracturas y la clasificación de las bajas, para determinar la prioridad del tratamiento y evacuación a una instalación de retaguardia. La reanimación de las bajas está a cargo de los médicos de Unidad de Tropa y Enfermeros.

En el Puesto de Socorro Divisionario, a cargo de una Compañía de Sanidad, se continua el tratamiento de emergencia, rectificando, ratificando o completando el tratamiento iniciado y agrupando a los heridos en dos categorías, teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones y el criterio de urgencia en el tratamiento: pacientes que no pueden ser evacuados, pues el transporte a grandes distancias puede poner en peligro su vida o alguna parte del organismo y que deben recibir tratamiento quirúrgico en un plazo no mayor de seis horas.

Pacientes que pueden ser evacuados por que sus lesiones permiten suministrarles el tratamiento médico-quirúrgico especializado después de un lapso mayor.

El tratamiento técnico especializado se práctica en las instalaciones sanitarias a partir del escalón Gran Unidad Estratégica y más especializada en un Hospital General de la Zona Administrativa.

En resumen, el tratamiento médico en campaña se realiza en los siguientes escalones:

En el primer escalón (Nidos de Heridos) el personal enfermeros y camilleros suministra los primeros auxilios y traslada a los heridos al:

Segundo escalón (Puesto de Socorro del Batallón), donde las bajas son examinadas y atendidas por personal médico de la Unidad de Tropa, siendo evaluadas las heridas y el estado general para determinar prioridades en las evacuaciones hacia la retaguardia. Se continua con el tratamiento de emergencia y si es necesario se instalan medidas adicionales de emergencia, pero sin ir más allá de las estrictamente necesarias.

En el tercer escalón (Puesto de Socorro Divisionario) las bajas son tratadas en una instalación médica, con personal y equipo apropiado para el tratamiento quirúrgico inicial de las heridas, donde se puede hacer un pre y postoperatorio, así como cuidados de reanimación y tratamientos coadyugantes y de sostén. En este escalón deben ser operados los heridos que realmente puedan ser beneficiados por la intervención, practicándose lo más pronto posible lo cual permitirá atender indispensable, lo cual permitirá atender a mayor número de heridos: hemorragias de vasos importantes, heridos del abdomen en general, del tórax, con asfixia en particular, las fracturas expuestas de los miembros, así como los chocados y quemados graves.

En el cuarto escalón las bajas son tratadas en un Hospital General con el personal y equipo adecuado para tratamientos definitivos, Los Hospitales Generales estan situados en las Zona Administrativa y tiene como misión la rehabilitación de las bajas para ser restituidas a sus unidades después de un período de convalecencia. Si la rehabilitación no puede ser alcanzada dentro del período permitido, se realiza la evacuación a la Zona del Interior para la cirugía reconstructora y otros tratamientos.

El Problema logístico.— Es importante recordar que las bajas de combate llevan consigo problemas logísticos.

Las facilidades médicas militares deben estar siempre en un estado de alerta para movilizarse de acuerdo a la situación táctica, aunque esta situación de ninguna manera disminuye la responsabilidad del Servicio de Sanidad para suministrar atención médica.

Pese a las circunstancias desfavorables de la guerra, el movimiento de las bajas de un escalón a otro en el área de adelanto debe realizarse en el término de algunas horas, variando las distancias con la situación táctica.

Como norma el herido debe recibir los primeros auxilios y tratamiento quirúrgico en la Zona de Combate, pero la evacuación aérea reduciendo el factor espacio-tiempo puede alterar el antiguo concepto, transportando directamente las bajas hasta la Zona Administrativa.

Por otra parte, el moderno concepto de movilidad de las unidades combatientes así como la vulnerabilidad de las áreas remotas a los ataques aéreos y de proyectiles dirigidos, requiere que todas las unidades médicas donde sea que se encuentren y cualquiera que sea su misión original, deben estar preparadas a recibir y tratar las bajas que las circunstancias lo requieran. En la guerra moderna el frente de batalla es altamente fluido, pero el oficial médico debe estar preparado para ajustarse realísticamente a las urgentes necesidades tan luego se produzcan.

Aun cuando las lesiones combate y los problemas de su tratamiento se multiplicarían y modificarían enormemente en la guerra termonuclear, los principios básicos de la atención de las bajas sigue manteniéndose la misma, tal como ya se mencionó, la organización de la evacuación y hospitalización dentro de la Zona de Combate se basa en el concepto de una movilidad continua, de acuerdo con las concepciones tácticas y estratégicas. Por estas mismas necesidades pueden introducirse variantes en la organización para satisfacer requerimientos especiales de las fuerzas de tierra, mar y aire, en relación a las misiones especiales y sus limitaciones pero sería imposible referirnos a cada una de ellas, aun cuando los principios básicos de la reanimación y de la anestesia serían los mismos,

sin considerar las circunstancias o el lugar donde se ha producido y se hará únicamente referencia a la atención de bajas en la Zona de Combate, pero recordando que la evacuación aérea cada vez más usada acarrea problemas especiales, incluyendo la atención durante la travesía.

Una vez más se debe dejar claramente establecido que el presente trabajo se refiere únicamente a la atención de emergencia de las bajas en los tres primeros escalones: Puerto de Socorro de Divisionario y Hospitales Móviles o de Evacuación, no refiriéndose a los Hospitales Generales de la Zona Administrativa que son fijos y funcionan de acuerdo a sus propias normas y de acuerdo a los planes previstos de emergencia. **Instalaciones Sanitarias:** Estos se escalonan del frente a la retaguardia, de la siguiente manera:

En la Zona de Acción de los Batallones se instala el Puerto de Socorro de las Unidades de Tropa;

En la Zona de Trenes de las Divisiones Ligeras o Grandes Unidades Especiales, se instala el Puerto de Socorro Divisionario;

En la Zona de Servicio del Ejército los Hospitales Móviles que funcionan bajo capapas, pero dotados de facilidades, instalaciones y equipos adecuados;

Todas estas instalaciones funcionan en la Zona de Combate.

Finalmente, en la Zona Administrativa el Servicio de Sanidad instala y opera los Hospitales fijos.

En suma:

Zona de Combate:

Batallón Infantería — PSUT
División Ligera — PSD

Ejército de Operaciones - Hospitales Móviles Zona Administrativa:

Hospitales fijos

En cada una de estas instalaciones se cuenta con personal encargado de cumplir las funciones encomendadas y es

asi como en los Puestos de Socorro de la Unidades de Tropa, actúan los médicos y odontólogos de cada Batallón secundados por los enfermeros y camilleros; Todos ellos deben tener un entrenamiento de reanimación y primeros auxilios, prestando atención de primer escalón.

El Puesto de Socorro Divisionario es operado por una Compañía de Sanidad, en cuya organización se considera, entre otras una Sección de Hospitalización, cuya misión es proporcionar tratamiento médico-quirúrgico a los heridos y enfermos que por su condición de gravedad no pueden alcanzar las formaciones sanitarias de retaguardia, completando el tratamiento iniciado en los escalones inferiores. Está constituido por un Grupo de Cirugía y Grupo de Ambulancia, cuya organización en detalle depende de las condiciones de su empleo, en formación de la situación táctica y del terreno.

La Sección está equipada para proporcionar tratamiento médico-quirúrgico más completo que los elementos adelantados, cuenta entre su personal con un anestesiólogo o enfermero anestesista. Dispone de un cierto número de camas que le permiten proporcionar hospitalización pre-operatoria y post-operatoria por un tiempo limitado a los pacientes que así lo requieren, para continuar su evacuación o regreso al frente.

Todo el personal tanto médico como de enfermeros, (as) debe estar debidamente adiestrados en la medidas de reanimación.

El Ejército de Operaciones dispone de Hospitales Móviles que funcionan en carpas y que son operados por un Batallón de Sanidad, cuya misión es la evacuación en gran escala desde los Puestos de Socorro Divisionarios, disponiendo entre otras de una Compañía de Tratamiento, capacitada para operar dos o tres Puestos de Socorro, realizando en cada una de ellas intervenciones quirúrgicas a los heridos de primera urgencia que hubieron sobrepasado el Puesto de Socorro Divisionario y en general, debe intervenir a todo herido cuyo estado obligue a una inmediata operación para salvar su vida.

Anestesia y Analgesia en Campaña —

A fin de alcanzar buenos resultados y rodear al paciente de seguridades ponderables frente a la cirugía de emergencia bélicas, el cirujano debe contar con la colaboración de anestesiólogos bien entrenados y de experiencia, siendo imperativo que los anestesiólogos más entrenados deben ser asignados a las unidades quirúrgicas adelante. Deben estar familiarizados con los procedimientos de reanimación y conocer perfectamente los equipos y medio disponibles en la unidad y experiencia, que pueden trabajar bajo supervisión. En la Guerra pasada se emplearon gran número de enfermeros (as) anestesistas en todas las fuerzas norteamericanas, sobrepasando en número a los médicos. En estos escalones la habilidad, la experiencia y criterio profesional son esenciales. Sin embargo, como los anestesiólogos disponibles son escasos, pueden ser asistidos por anestesiólogos de más limitado entrenamiento. Bajo condiciones de sobre-esfuerzo se pueden emplear otros oficiales médicos sin entrenamiento especializado si son supervisados. El personal de enfermeros no entrenados solo podrá ser utilizado para el cuidado y conservación de los equipos, preparación de pacientes, control y registro de signos vitales, enfermería post-operatoria etc.

En Combate, al anestesiólogo le toca actuar a partir del tercer escalón y en las unidades quirúrgicas avanzadas, además de sus deberes usuales, es el encargado de llevar a cabo las medidas y tratamientos de reanimación y conducir tanto la preparación pre-operatoria como los cuidados post-operatorios, contribuyendo así al éxito de la cirugía de emergencia que en gran parte depende de la correcta aplicación de estas medidas, incluyendo la evaluación del estado físico del paciente así como de la administración de la medicación indicada.

En los heridos que requieren de cirugía y por lo tanto de anestesia, la mayor alteración de significación fisiológica es la que involucra los sistemas respiratorio y cardiovascular.

Es sabido que tan luego se produce una herida, el paciente puede haber recibido algún tratamiento de reanimación, debiendo en este caso disponerse de un registro de las ocurrencias habidas desde el momento en que se produjo la herida hasta el momento de llegar al anesthesiólogo. Debe darle la importancia que merece a los fluidos que le han sido administrados, a los dosis y vías de administración de hipnóticos sedantes, antálgico, narcóticos, etc. así como a otras medidas.

Durante el acto anestésico-quirúrgico, además de la administración de la anestesia, controla y registra los signos vitales y los cambios fisiológicos que puedan afectar el curso de la intervención y evolución post-operatoria. Debe cuidar de mantener una buena vía de aire, que las secreciones la vía de aire sean aspiradas y que el contenido gástrico sea evacuado. Si es necesario se instaura oxigenoterapia. Supervisa la administración de sangre o substitutos, electrolitos, vasopresores; además, instituye los tratamientos de sostén que fueran necesarios y dirige el cuidado post - operatorio, haciendo las recomendaciones necesarias.

1.— El Anesthesiólogo desempeña un papel preponderante en el equipo quirúrgico, ya sea en las fuerzas armadas o como especialista en los hospitales civiles;

2.— En los diferentes tipos de Operaciones de Combate el funcionamiento del Servicio de Sanidad es similar, pero con normas específicas para cada tipo de operación;

3.— En general el funcionamiento del Servicio de Sanidad debe adaptarse a la situación táctica y estratégica;

4.— Es imprescindible un planeamiento adecuado y el entrenamiento previo para que las misiones se cumplan sin confusión ni olvido de la doctrina anestésico-quirúrgica aún en las condiciones adversas del combate;

5.— La anestesiología en campaña debe adaptarse al funcionamiento del Servicio de Sanidad, esto es por escalones;

6.— La función del Anesthesiólogo está encaminada a la Recuperación de las bajas de Combate, interviniendo en la reanimación de éstos, su atención anestésiológica y los cuidados post-operatorios hasta su evacuación a otro escalón;

Su actuación se inicia en el Puesto de Socorro Divisionario que constituye el tercer escalón, continuandose sucesivamente en las instalaciones sanitarias de los diversos escalones hasta los Hospitales Generales y de la Zona del Interior;

7.— La responsabilidad anestésiológica debe recaer en el personal de mayor entrenamiento y experiencia, pero por razones fáciles de comprender deberán actuar personal de menor entrenamiento experiencia pero bajo supervisión.

8.—La situación actual obliga a un estado de alerta permanente, haciendose las provisiones en personal, entrenamiento, equipos especiales de campaña instalaciones, materiales y otros.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Anesthesia in the Armed Forces General Hospital.
Lt. Col Mariano S. Gerónimo, M. C.
III Congressus Mundialis Aneesthesiologiae.
Tomo I (pág. 9-14).
- 2.—Criterio de Urgencia en el Tratamiento de los Heridos de Guerra Crnl.
Sand. EP. Alfredo Guzmán Ampuero.
Primer Congreso Panamericano de Medicina Militar.
Río de Janeiro 1965
- 3.—Reglamento del Servicio de Sanidad en Campaña.
RS-27-002.
RM N° 139/CGE/SM/24/8-55).

- 4.—Reglamento General sobre la Organización y Funcionamiento de los Servicios - Tiempo de Guerra.
- 5.—Estado Mayor y Logística-
Escuela de Sanidad (Curso Avanzado).
- 6.—Los Servicios Técnicos en la Zona de Combate.
Escuela de Sanidad Militar (Curso Avanzado-).
- 7.—Armas Combinadas.
Escuela de Sanidad Militar (Curso Avanzado).
- 8.—Emergency War Surgery.
Nato Hand Book.
- 9.—Transportation of the Sick and Wounded.
Department of the Army Field Manual.
F M. 8-35-
- 10.—Medical and Surgical Technicians.
Department of the Army Field Manual.
T M 8-230

