

La asistencia quirúrgica en las Divisiones de Tropas Paracaidistas

Por ANTONIO PEREZ GRIFFO
Capitán Médico de Aviación.

Las distintas variaciones que constantemente se vienen introduciendo en la táctica de combate de las unidades de primera línea van seguidas, necesariamente, de distintos modos de organización y actuación del Servicio de Sanidad, el cual ha de acoplarse a la actuación de las unidades a las cuales ha de prestar su asistencia. Todos los procedimientos e innovaciones que en el tratamiento quirúrgico de las heridas se van consiguiendo en tiempos de paz, son aplicados en los casos de guerra, sufriendo todas las modificaciones que en cuanto a organización son precisas para lograr obtener en guerra los mismos resultados que en la paz. Las circunstancias son en estos dos casos totalmente opuestas: durante la guerra no es posible disponer de los hospitales especialmente construídos para este

fin, con las dotaciones de material y aparatos de diagnóstico y tratamiento con los cuales se cuenta en la paz, donde el herido es "llevado al hospital", y, en contraposición, en la guerra "el hospital es llevado al herido", y, por tanto, no nos es posible contar ni con el confort ni lujo de medios que hoy día posee cualquier hospital o centro sanitario de mediana categoría.

La Sanidad Militar ha de cumplir ciertos principios fundamentales de orden puramente médico y otros de orden esencialmente castrense, para que su función pueda ser tan útil y tan eficaz en la guerra como en la paz, que pueden condensarse en los tres

problemas siguientes, que, según Franz, son los pilares fundamentales sobre los cuales se basa toda la actuación sanitaria: 1.º Aplicar la línea de conducta más favorable para el tratamiento de los heridos. 2.º Recuperar el mayor número posible, haciéndolos aptos para la lucha y la sociedad, de heridos y enfermos; y 3.º Atender al herido de forma que no se perjudique ni perturbe el movimiento de los ejércitos.

Lo primero se trata de conseguir mediante puestos de socorro avanzados y la instalación, lo más próxima posible de la primera línea, de hospitales de sangre en los cuales se pueda practicar la cura definitiva. En los puestos de socorro sólo es posible practicar una cura de urgencia, que sólo puede ser provisional y de apremio. En los hospitales de sangre se practican

las intervenciones quirúrgicas que se consideran de urgencia e inaplazables, sin las cuales el porvenir ulterior del herido no puede ser otro que la muerte.

Existe como postulado fundamental en el tratamiento de las heridas que el plazo de actuación eficaz es sólo de horas, que fué fijado por Friedrich en seis horas. Dentro de este plazo la limpieza quirúrgica de una herida es considerada prácticamente perfecta, y una herida así tratada puede evolucionar como una herida totalmente aséptica. Este principio, universalmente aceptado, plantea problemas y grandes exigencias en lo que concierne al transporte y tratamien-



to precoz de los heridos, hasta tal punto que su realización, incluso en las circunstancias más favorables de la guerra, sólo se consigue en contadas ocasiones. Por este motivo estos plazos de tiempo se han ido sucesivamente alargando a doce, veinticuatro, hasta cuarenta y ocho horas, con lo cual la seguridad del éxito va disminuyendo en proporción geométrica conforme nos vamos apartando del plazo ideal marcado por Friedrich. En las heridas de tórax y de abdomen por arma de fuego, el plazo máximo lo constituye el de doce horas, pasado el cual apenas puede considerarse la existencia de buenas posibilidades de éxito. Por tanto, en la práctica constituye un postulado el que "el herido ha de ser atendido quirúrgicamente antes de transcurridas doce horas desde el momento en que ha sido producida la herida".

Esta máxima exige disponer de los más rápidos medios de transporte y de un servicio quirúrgico instalado en las proximidades de la línea de fuego. Pero hay que tener en cuenta que, según las estadísticas, las dos terceras partes de las heridas están constituidas por heridas de los miembros, y de éstas, el 25,7 por 100 son fracturas y heridas osteoarticulares, que requieren intervención quirúrgica inmediata; las heridas de tórax, el 2,3 por 100, y las de abdomen, el 3,9 por 100, lo cual crea una aglomeración de heridos ante el hospital de sangre, derivándose una serie de problemas, a veces de difícil solución, obligando a una selección de enfermos, por dolorosa que ésta sea, porque nosotros, médicos, no podemos con todas nuestras energías atender a todos los heridos; cuando las proporciones de la guerra son más fuertes que nosotros y que nuestras posibilidades, no tenemos más remedio que atender y operar en primer lugar, con prioridad a los demás, a aquellos en los cuales se nos presenten mayores posibilidades de curación.

Hay que tener muy presente que el primer tratamiento quirúrgico es el que decide la suerte del herido. Por tanto, la suerte se decide siempre en el frente. Es particularmente esencial este tratamiento precoz en las fracturas de los miembros y en las heridas y destrucciones de las articulaciones, puesto que, junto con la vida del enfermo, se ventila las posibles incapacidades y mutilaciones posteriores.

Estas premisas, indicadas más arriba, constituyen las esenciales reglas que son preciso cumplir para lograr una actuación eficaz.

En los frentes estabilizados esto es posible conseguirlo en la mayor parte de los casos; pero las dificultades aumentan notablemente conforme las unidades adquieren mayor movilidad y se desplazan con gran rapidez. Las divisiones motorizadas, la "guerra relámpago" de la campaña de los Países Bajos y Francia en 1940, no podían ser seguidas por las organizaciones sanitarias. Entonces fué empleada la evacuación rápida, principalmente en ambulancias y aviones sanitarios, como durante el transcurso de la guerra, siempre que era factible y utilizables las líneas de comunicación entre el frente y la retaguardia. En la guerra del Pacífico el avión sanitario fué profusamente empleado, así como también en las operaciones aliadas del paso del Rin.

De esta forma se consigue acortar el plazo de tiempo entre el momento de producida la herida y la asistencia quirúrgica.

Pero cuando las unidades combatientes se desplazan a muchos kilómetros dentro de la retaguardia enemiga, perdiendo el contacto con la retaguardia propia, los problemas que se crean son del todo insolubles, máxime si no se dispone de terreno apropiado para el empleo de la Aviación sanitaria; aisladas de su retaguardia, rodeadas de terreno y fuerzas enemigas por todas partes, y a veces a muchos kilómetros de distancia de la misma.

Estas dificultades llegan al máximo cuando se trata de unidades de fuerzas paracaidistas que descienden sobre territorio enemigo a muchos kilómetros de distancia de sus bases o de terreno propio, y que en el mejor de los casos han de contar con estar totalmente aisladas durante varios días.

Esta nueva modalidad de la lucha ha traído por consecuencia la creación de unidades médicas propias, que les prestan una asistencia quirúrgica conveniente, dotadas de personal capaz de practicar toda clase de operaciones en las situaciones de mayor peligro y en las condiciones más adversas, que son mucho mayores que las que se crean a los equipos de vanguardia. El problema no es muy grande cuando el contingente que se lanza en paracaídas está constituido

por pequeños núcleos con efectivos escasos; pero cuando se lanzan varios miles de soldados, en grandes operaciones, que llegan incluso a los efectivos de varios regimientos o una división, se comprenderá que el atender a gran número de heridos no es tarea fácil. En el primer caso, como la acción a estas tropas asignada era únicamente de hostigamiento y guerra de guerrillas, con la dotación sanitaria de un batallón o un regimiento se efectuaban los primeros auxilios de urgencia. Ya contando con grandes unidades, las cuales son capaces de ocupar y defender posiciones de alguna extensión, incluso poblaciones rurales, había que pensar en dotarlas de mejor servicio sanitario, que atendiese a aquellos heridos que precisasen de intervención quirúrgica de alguna importancia, tales como heridos de vientre y cabeza, que precisan una intervención quirúrgica de importancia y practicada con todos los medios que se dispone actualmente en cirugía de paz.

De aquí nació la necesidad de la creación de equipos quirúrgicos de paracaidistas, usados ya por los alemanes durante la operación de Creta, pero que los anglosajones organizaron más reglamentadamente.

Es distinto cuando se trata de tropas aerotransportadas, las cuales ya disponen de terreno propio de aterrizaje, por lo general, y el traslado, por tanto, no tiene las características de riesgo y dispersión que cuando las tropas se lanzan con paracaídas, que tienen que actuar individualmente hasta lograr un agrupamiento y una organización que ha de realizarse bajo el fuego y la acción enemiga. Y no siempre es posible disponer de suficiente extensión de terreno ni apto para poder establecer una cabeza de puente que sirva para aterrizaje de planeadores y aviones en los cuales se pueda trasladar personal y material adecuado.

En la campaña de Túnez, los paracaidistas ocuparon la población de Beja, y con ellos descendieron el Comandante Robb C. G. y el Capitán Wright D., los cuales se establecieron en las semirruinas de un pequeño hospital, sin que les fuese posible la utilización de ninguno de sus elementos, puesto que todo estaba destruido, teniéndoseles que abastecer de toda clase de material por paracaídas. Realizaron con éxito 137 intervenciones, entre ellas, ocho operaciones abdominales, sin ningún caso de muerte, has-

ta el momento de la evacuación, y sólo tuvieron un herido con gangrena gaseosa, recibido ya tarde, el cual falleció sin poderle practicar operación alguna a causa de su estado. Las experiencias de esta primera actuación sirvieron de base para la creación en firme de equipos paracaidistas, que actuaron en todas aquellas operaciones en las cuales actuaron paracaidistas.

Varios son los problemas que se presentan a estas unidades, los que rápidamente pasamos a comentar.

En primer lugar, hay que tener presente que estas fuerzas, si bien disponen de medios de transporte de gran movilidad, una vez en tierra tienen relativamente poca, lo cual favorece a los equipos quirúrgicos una vez establecidos. Por lo que se refiere al material, hay que tener en cuenta, aparte de su peso total, el extraordinario espacio que éste ocupa. Dentro de este material existen instrumentos y elementos que son indispensables y que hay que asegurar la recuperación de los mismos en tierra una vez lanzados, ya que hay que contar siempre con pérdidas de material si son lanzados en paracaídas. Y la última característica es la de hallarse en pleno territorio enemigo, en zona hostilizada, situada en pleno teatro de guerra, muchas veces teniendo que trabajar en tiendas de campaña por no existir en aquella zona edificaciones que puedan ser utilizadas. Nada puede ser previsto; todo es imprevisto y todo hay que improvisarlo. A veces, como no es posible organizar ninguna evacuación de heridos durante unos cuantos días, éstos se acumulan de tal forma que la labor se ve seriamente perturbada, ya que hay que atender a todos ellos y el personal de que se dispone es poco. Todas estas dificultades han sido sucesivamente resueltas bastante satisfactoriamente.

El personal lo integran cinco hombres: el cirujano y un primer ayudante, médicos; un anestesista, practicante; un médico y un practicante, que son los encargados de reconocer a los heridos a su llegada al equipo quirúrgico y de prepararlos para la intervención.

Todos éstos se lanzan en paracaídas, y en su equipo figura material de poco peso y distribuido de tal manera que no les dificulte ni el lanzamiento ni la marcha. El resto del material es lanzado en paquetes que figuran la forma de una bomba, muy bien em-

paquetado, y provistos de un paracaídas, que se abre desde el mismo avión.

El material que transporta un equipo es el siguiente: dos juegos de instrumentos para la excisión de heridas y para intervenciones de abdomen, cráneo y huesos; material de suturas, consistente en hilo de lino, que es fácilmente esterilizable, hirviéndolo junto con el instrumental, o hilo de nylon en tubos previamente esterilizados; catgut, hilo metálico de sutura y seda o agrafes.

Material de curas, gasa, algodón, etc., en bombonas esterilizadas previamente; batas, mascarillas y guantes de goma; paños y sábanas esterilizadas. Ultimamente utilizaban paños de jaconet, que es una sustancia similar al nylon y que no se altera con la ebullición. Esto es de extraordinaria ventaja, ya que hay que disponer de menor cantidad de ropa de quirófano y no hay que preocuparse del lavado y planchado de la misma. Como además este tejido es impermeable, se asegura una buena asepsia usándolos húmedos.

Junto a esto, aparato de anestesia, stock de éter anestésico, anestésicos locales, alcohol, etc.; aparato de transfusión de sangre, sangre o plasma conservada, sueros, etcétera, completan la dotación del material ligero, sin olvidar aparatos de iluminación propia, bien siendo aparatos de gasolina tipo Petromax o aparatos frontales de iluminación con pilas eléctricas.

Cuando no es posible el aterrizaje de planeadores y se va a operar en comarcas apartadas de núcleos urbanos, también son lanzadas en paracaídas pequeñas tiendas de campaña, que sirven para la instalación del quirófano y para dar cobijo a los heridos. Pero cuando es posible el transporte de material pesado, el quirófano se instala en una ambulancia especialmente dispuesta para este fin.

Como normas de actuación del equipo han de ser simplicidad y un orden rígido, sin perder un movimiento. Todo cuanto se haga ha de ser útil. El tiempo ha de aprovecharse al máximo, y todo el personal, como el material, ha de dar su mayor rendimiento. Cada cual tendrá su cometido, el cual ha de desempeñarse en las situaciones más difíciles y peligrosas, sin olvidarse de la alta misión que desempeña un médico junto a un herido, abstrayéndose por completo del peligroso ambiente en el cual se encuentran,

al alcance de las armas cortas del enemigo y sin defensa de ninguna clase.

De los cinco hombres que integran el equipo, dos, un médico y un practicante, se dedican a reconocer a todos los heridos que entran en el equipo, clasificarlos y prepararlos para la intervención. Los otros tres se dedican a operar los casos que requieran intervención quirúrgica.

Con objeto de tener siempre a punto el material de quirófano, alternan una operación de importancia con otra leve, para dar tiempo a que se preparen instrumental, paños, etc., para la siguiente.

Generalmente operan dos equipos sincronizados, lo cual aumenta el rendimiento de ellos más que si actuaran independientemente.

La anestesia mayormente utilizada es el pentothal sódico, por su gran facilidad de transporte; la anestesia con éter, por el contrario, es usada poco, por el peligro de explosión cuando existen estufas y los mecheros para hervir el instrumental. De material de suturas, el catgut, nylon, lino y seda. Para suturas intestinales, el catgut atraumático.

Un problema no resuelto es el de la transfusión de sangre, que tan grandes beneficios reporta en los heridos, ya que es preciso disponer de medios de refrigeración para conservarla. El plasma sanguíneo, desecado, por el contrario, es de muy fácil transporte, aunque hay que disponer de ampollas de suero, que ocupan mucho sitio. Lo más útil es disponer de un grupo de dadores entre el personal del equipo, aunque, claro está, es de un valor limitado.

Para calentar a los heridos se dispone de "botellas de agua caliente química", añadiendo agua a una sustancia química contenida en las bolsas de goma, las que producen un calor constante y bastante duradero.

El tratamiento postoperatorio constituye el problema más serio, debido a las pocas camas que se pueden transportar. Estas son de material muy ligero, plegables, no transportándose sábanas porque ocupan mucho espacio, que es preciso para transportar mantas, mucho más precisas.

Los mismos heridos tienen sus raciones alimenticias, consistentes en extractos de carne, leche condensada, galletas concentradas, chocolate y caramelos especialmente fabricados con un alto poder nutritivo. Asimismo,

mo los equipos disponen de raciones suplementarias y sueros glucosados y fisiológicos, así como cantidades de glucosa para poderla administrar en solución.

El cirujano trabaja con las máximas dificultades y las mayores penurias de todo material.

La escayola, por su peso y la cantidad que se precisa, constituye un grave problema, puesto que hay que reducir a los más indispensables los vendajes de escayola, tan útiles, tan fáciles de colocar y de adaptar a cualquier tipo de fractura.

En el tratamiento postoperatorio es donde se pone a prueba las dotes de improvisación del cirujano, puesto que con escasez de líquidos para transfundir, medicamentos que administrar y falta casi completa de medios ha de atender a heridos de extraordinaria gravedad. Sin embargo, tiene una ventaja extraordinaria, consistente en poder hacerse cargo a los pocos momentos de producida la herida, a veces tan solo minutos, lo cual le permite intervenir a heridos en las mejores condiciones, todavía superiores a los equipos quirúrgicos de vanguardia, e incluso mejores que en tiempo de paz. Esta ventaja se ve a veces sobrepasada y contrarrestada, con creces, por esa serie de situaciones adversas ya enumeradas.

No cabe duda que estos equipos cumplen una misión de una utilidad extraordinaria. Gracias a ellos es posible atender y tratar convenientemente a un gran número de heridos, que sin ellos y cuando no es posible organizar una evacuación quedan condenados a una muerte segura, la más triste de todas, la muerte por abandono; piénsese en lo triste que es caer herido en el vientre, poder salvarse mediante una intervención, con un porcentaje de probabilidades de un 50 a un 60 por 100, y saberse abocado a una muerte cierta por no disponer de los medios suficientes para su curación. Por otra parte, es axioma, ya clásico en la Sanidad castrense, que "el primer tratamiento quirúrgico decide la suerte del herido", así como el principio de la cura de Friedrich, del límite de las seis horas, para que una intervención quirúrgica en una herida sea seguida de éxito. Franz establece como tope máximo el de doce horas desde producida la herida y el tratamiento definitivo, plazo de tiempo que no es siempre posible cumplir en los equi-

pos de vanguardia, pero sí en los de paracaidistas, con lo que aumenta considerablemente las condiciones de utilidad de esta nueva modalidad del Servicio de Sanidad.

Es indudable que un servicio útilmente montado y organizado ha de levantar en alto grado la moral del que combate al verse debidamente atendido en su suerte desgraciada.

Creemos interesante hacer unos breves comentarios acerca de los tipos de lesiones que son más frecuentes hallar entre los heridos de esta nueva Arma combatiente.

En primer lugar, hay que tener en cuenta las lesiones que se producen en el momento de la llegada a tierra, y después, las producidas en combate. Estas últimas no difieren de las corrientemente observables en un equipo de vanguardia. Pero, para dar una idea de las proporciones que representan las localizaciones en las distintas partes del cuerpo, reseñaremos las cifras medias: en cabeza, cara y cuello, del 13 al 16 por 100 del número total de heridos; de tronco las cifras oscilan del 15 al 20 por 100, y de los miembros, del 65 al 72 por 100. Esto supone que de cada 100 heridos sea preciso practicar 20 operaciones abdominales, puesto que toda herida abdominal trae aparejada la indicación absoluta de intervención. De las operaciones de cráneo, sólo representan indicación absoluta las heridas penetrantes, y éstas constituyen, aproximadamente, del 0,9 al 1 por 100 de todos los heridos. De las de tórax, incluidas en el porcentaje de las de tronco, representan el 2,6 por 100 de todos los heridos, las penetrantes, y de éstas, que requieran intervención, aproximadamente el 60 al 70 por 100 de las heridas en esta región. De las heridas de miembros, las fracturas y heridas articulares alcanzan el 27 al 29 por 100; lo que, traducido en porcentajes de intervenciones quirúrgicas inmediatas, nos da la cifra de 20 a 25 intervenciones quirúrgicas formales por cada 100 heridos; de 15 a 18, vendajes de escayola por fracturas y heridas articulares.

Estas cifras aproximadas ya dan idea del intenso trabajo que pesa sobre los componentes de estos equipos, ya que, además, la dotación de personal es aproximadamente la mitad que la de los equipos quirúrgicos de vanguardia.

Las lesiones que se producen en la caída son casi todas de fracturas óseas, que Knepper, en un interesante artículo de *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, las distribuye del siguiente modo: por cada cien, seis, de cráneo, cuatro de nariz, dos de maxilar, cinco de húmero, cuatro de radio, tres de carpo, seis de metacarpo, siete de falanges, cuatro de costillas, siete vertebrales, aunque en ninguna de ellas haya complicaciones medulares ni parálisis; una de sacro, una de coxis, una de fémur, una de rótula, veintidós de tibia, seis maleolares, veintinueve de peroné, una de astrágalo, tres de calcáneo, dos de cuboides, dos de tarso, siete de metatarso y cuatro de dedos.

De todas éstas, la única que tiene tipicidad en los lanzamientos con paracaídas es la descrita por Tobin con el nombre de "fractura de los paracaídas" muy frecuentes en éstos y muy rara en otros traumatizados, caracterizada por la fractura de la parte posterior del maléolo tibial, que ocurre cuando el sujeto se apoya sobre un solo pie y sobre él gravita todo el peso del cuerpo en lugar de hacerlo sobre los dos pies. Estas fracturas se producen por el choque directo del astrágalo con el borde posterior del maléolo. Las botas de equipo reglamentarias, al distribuir el golpe por toda la pierna, previene en gran parte el porcentaje de estas fracturas.

Las cifras halladas por Knepper del porcentaje de lesionados por lanzamiento representan un 10 por 100 al principio de la instrucción y tan solo un 1 a 1,25 por 100 al finalizar el período de entrenamiento.

Este tipo de lesiones son las primeras que hay que tratar, y que constituyen, sin duda alguna, las primeras bajas que acudirán al equipo, recién instalado.

Si en la acción de guerra, junto con las tropas paracaídas, intervienen fuerzas aerotransportadas, los problemas del traslado son distintos, ya que en planeadores puede trasladarse tanto el personal como el material y, cuando es posible, organizar evacuaciones de heridos, bien por vía terrestre o aérea, las dificultades son muchísimas menos, y el equipo puede funcionar de igual forma a como lo hacen los demás equipos quirúrgicos de vanguardia móviles.

La selección del personal de estos equipos

hay que realizarla entre aquellos cirujanos expertos que reúnan todas las condiciones que son precisas para formar parte de las unidades de tropas paracaídas, y a las que hay que sumar una serenidad y unas dotes de organización esenciales, sin las cuales no será posible solucionar, sobre la marcha, los variadísimos problemas y circunstancias imprevistas de todo género que constantemente han de presentarse, y que todas han de ser resueltas y superadas sin pérdida de tiempo.

Tampoco hay que dejar todo al azar; es preciso tener conocimiento previamente de la clase de acción guerrera que va a realizarse, sitio de lanzamiento, localización de los objetivos, disposición de las fuerzas propias, líneas de comunicaciones, existencia y distancia de núcleos urbanos, y posibilidades que se puedan encontrar en los mismos; así como disponer de un plano del terreno para poder estudiar en él todos los puntos de interés, y que son los siguientes:

a) En primer lugar, medios de transportes propios de los que se pueda disponer. Interesa conocer qué tipo de avión ha de ser utilizado para efectuar el lanzamiento, ya que de él depende la cantidad y clase de material que se puede lanzar, así como altura a la que se efectuará éste, para poder tener un cálculo aproximado de la dispersión en la llegada a tierra, tanto del personal como del material. Ya indicamos antes que existen instrumentos y aparatos de imprescindible necesidad y los que hay que asegurar que puedan llegar a su destino. Estos se enviarán duplicados o triplicados y en paquetes aparte, como es lógico, pues siempre hay que pensar en pérdidas, que serán tanto mayores cuanto mayor sea la altura del lanzamiento y más amplia la zona sobre la cual se efectúe éste. Según sea el tipo de avión, así se podrá lanzar una dotación más o menos completa, pues siempre hay que tener presente el peso del material y el peso que restando al material de guerra nos pueda permitir.

b) Tiempo que se supone que se ha de estar aislado. Otro factor de interés, puesto que nos determina qué y cuánto material hemos de llevar y disponer para un determinado número de días, en los cuales no podremos contar con más ayuda que la reci-

bida por sucesivos lanzamientos de material en paracaídas, cuyo suministro, claro está, es limitado.

c) Número total de fuerzas que han de tomar parte en la operación, sobre cuya cifra hemos de calcular todas nuestras necesidades.

d) Conocer de antemano elementos que han de tomar parte en la acción. Si se han de emplear en fases sucesivas planeadores o incluso aviones a motor, etc.

e) Zona o terreno sobre el que ha de operarse. Si es montañoso o, por el contrario, llano; la existencia de bosques, ríos, ciudades, que nos servirán para designar el emplazamiento, así como líneas de comunicaciones.

f) Si la operación ha de ser en combinación con fuerzas de Tierra con las cuales hay que enlazar, distancia del lugar señalado para el lanzamiento con el objetivo que han de cubrir nuestras fuerzas.

El lugar de emplazamiento se elegirá entre los más protegidos y distantes de centros de comunicaciones de interés militar y lo más apartado que se pueda de los posibles objetivos de las fuerzas enemigas de contraofensiva.

Cada individuo llevará la más completa información sobre la maniobra táctica a realizar hasta en los más pequeños detalles, que le servirán para saber en todo momento cuál debe ser su actuación. Cada uno sabrá de antemano el punto exacto al cual debe dirigirse desde que toca tierra y los puntos aproximados en los cuales ha de caer el material que se lance en paracaídas. De una buena organización y acertado estudio preliminar depende el buen funcionamiento de la misión a éstos asignada, puesto que no se ha de disponer de mucho tiempo desde la llegada a tierra hasta la llegada de los primeros heridos, ya que hay que tener en cuenta que estos equipos quirúrgicos se pueden considerar como situados en la misma línea de fuego, y, en comparación con los ejércitos de Tierra, ocuparán el mismo lugar que el puesto de socorro de regimiento o de división. Por tanto, no se puede disponer de ninguna de las facilidades de que se dispone en el montaje e instalación de un equipo de vanguardia.

En resumen: el Servicio de Sanidad de

las divisiones de paracaidistas se halla organizado de la forma siguiente: El médico de batallón o de unidad, que se lanza junto con los primeros contingentes, aproximadamente dos por cada batallón, y el equipo quirúrgico, constituido por cinco hombres, que pueden ser tres médicos y dos practicantes o dos médicos y tres practicantes, los cuales se lanzan en la segunda o tercera serie de lanzamientos, dependiendo del éxito inicial de los primeros.

Lógico es pensar que antes de verificar el lanzamiento de los componentes y del material de estos equipos habrán de tener una comprobación de la ocupación por los primeros paracaidistas de suficiente cantidad o extensión de terreno para poder disponer del espacio preciso para una adecuada instalación y de que la misma no ha de perturbar ni alterar el movimiento de los que combaten, así como presumir que la posesión del territorio ya conquistado ha de ser más o menos duradero y que, una vez en tierra, el equipo no ha de sufrir más traslados que los motivados por el avance de las fuerzas propias.

Con esta experiencia de guerra podemos disponer de un medio más de asistencia sanitaria a regiones o comarcas aisladas por cualquiera de las circunstancias que en los tiempos de paz suelen presentarse en algunas calamidades públicas, tales como inundaciones, bloqueos de regiones por nevadas, etcétera, en las cuales todos los medios de que se disponen se aprestan para el socorro de los damnificados.

No cabe duda que los aliados, de esta forma, mejoraron notablemente la asistencia de sus heridos, colocándolos en condiciones de pronta recuperación, participando el Cuerpo médico de los mismos riesgos que el combatiente; que son sufridos, con la única compensación que la de aportar una labor tan útil y humanitaria como la que siempre, abnegadamente, en la guerra como en la paz, realiza el médico en el desempeño de su trabajo en medio de las condiciones tanto favorables como adversas, las cuales nunca han de ser obstáculo cuando se trata de remediar y salvar la vida de sus semejantes, no teniendo más satisfacción que la íntima felicidad que siempre proporciona la tranquilidad de conciencia del deber cumplido.