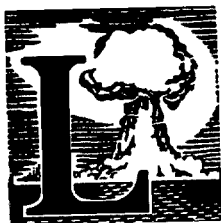


ENSEÑANZAS SANITARIAS DEL CONFLICTO HISPANO-NORTE- AMERICANO DE 1898

Manuel GRACIA RIVAS



OS aspectos sanitarios de aquellos trágicos acontecimientos en los que se vieron inmersas nuestras Fuerzas Armadas, hace ahora cien años, han sido ya resaltados en estudios muy recientes, en los que se ha puesto de manifiesto la incidencia que las diferentes enfermedades infecto-contagiosas tuvieron en la operatividad de nuestras tropas.

En la mente de todos nosotros suele asociarse la presencia de heridos al desarrollo de un combate, sea cual sea el escenario en el que éste tenga lugar, de la misma forma que dolor y sufrimiento son inmediatamente relacionados con el propio concepto de la guerra.

Sin embargo, suele ser menos frecuente percatarse de la importancia que las enfermedades tienen en todo conflicto bélico, a pesar de que el número de bajas que ocasionan es, habitualmente, muy superior a las producidas como consecuencia de los enfrentamientos con el enemigo. En la última campaña cubana, tan sólo un 15 por 100 de los fallecimientos fueron debidos a las heridas recibidas en combate, mientras que el 85 por 100 restante tuvo su origen en las enfermedades contraídas por los miembros de los cuerpos expedicionarios durante su permanencia en ultramar. Esta desproporción es aún más llamativa al considerar el número de bajas temporales, ya que, por citar un solo ejemplo, en 1896 hubo 232.714 enfermos ingresados en los hospitales cubanos, la mayoría de ellos como consecuencia de una serie de procesos que causaban estragos entre nuestras tropas: paludismo, fiebre amarilla y tuberculosis pulmonar.

De ahí la importancia que tiene el estudio de los aspectos sanitarios, a la hora de analizar el conflicto cubano en su conjunto, dada su incidencia en el desarrollo de los acontecimientos, tanto entre las filas españolas como en las norteamericanas, donde las graves carencias de su dispositivo asistencial retardaron, en algunos casos, la evacuación de sus heridos más de 24 horas, durante las cuales estuvieron expuestos a las inclemencias propias del clima tropical sin ningún tipo de protección. Por otra parte, se sabe que la destrucción de la escuadra del almirante Cervera y la inmediata capitulación de la guarnición de Santiago sorprendió al Ejército norteamericano en un momento



El médico hispano-cubano Carlos Finlay, que descubrió que los mosquitos eran la causa de la transmisión de la fiebre amarilla.

cial en campaña, sobre la base de personal civil sanitario movilizado, cuando, a lo largo de la historia, todas las Fuerzas Armadas se han inclinado por mantener unos cuerpos asistenciales de carácter permanente en los que la profesionalización y la adaptación al medio en el que han de actuar tiene un carácter prioritario.

Curiosamente, en el conflicto cubano se dieron los dos planteamientos pues, mientras que en las Fuerzas Armadas españolas la asistencia sanitaria estuvo encomendada a unos cuerpos de Sanidad integrados por personal profesional, el Ejército norteamericano tuvo que recurrir, en su mayoría, a médicos civiles movilizados, lo que nos permite comparar los resultados de estos dos modelos asistenciales.

El modelo español

La presencia de médicos y cirujanos a bordo ha sido constante desde los orígenes de nuestras escuadras. En unos casos, eran profesionales contratados con carácter permanente, mientras que en otros, embarcaban con ocasión de determinadas jornadas, aunque la selección solía ser efectuada, preferentemente, entre quienes ya habían desempeñado servicios en unidades a flote.

en el que, como consecuencia del elevado número de bajas que la fiebre amarilla estaba ocasionando entre sus filas y la inesperada resistencia encontrada en su avance, se estaba planteando la posibilidad de iniciar el repliegue.

Pero este artículo no pretende incidir en estos planteamientos, sino hacer referencia a una faceta de extraordinaria importancia a la hora de planificar el apoyo sanitario en cualquier campaña: la selección y preparación del personal al que ha de ser encomendado el cuidado de la salud de quienes participen en ella.

Los riesgos de la improvisación en la selección del personal

Todavía en la actualidad, existen personas que admiten la posibilidad de improvisar un dispositivo asisten-

Esta situación experimentó un cambio radical tras las importantes reformas introducidas a comienzos del siglo XVIII que, entre otras cosas, condujeron a la creación del Cuerpo de Cirujanos de la Armada y a la del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, en el que éstos recibían una formación que ha sido considerada como modélica para su época y base del posterior desarrollo de la enseñanza de las ciencias médicas en España.

Durante más de 75 años, el Colegio de Cádiz proporcionó profesionales altamente cualificados a nuestros buques, siendo desempeñados los destinos de embarque por aquellos jóvenes que se preparaban con este fin, en ese ambiente típicamente marinero de la bahía gaditana, refugio, entonces como ahora, de nuestros mejores buques.

Pero cuando, en 1831, se dispuso «la completa independencia entre el Colegio de Cádiz y el Cuerpo de Médicos Cirujanos de la Real Armada», ésta se vio sumida en una profunda crisis, al perder un centro en el que se formaban los hombres que debían nutrir sus filas. Fue preciso arbitrar los procedimientos necesarios para encontrar un sistema de selección de personal que garantizara la idoneidad de sus hombres y el mantenimiento de aquel prestigio alcanzado en los años anteriores. Todo el siglo XIX fue escenario de este intento regenerador, que pudo lograrse, a partir de su segunda mitad, cuando el ya denominado Cuerpo de Sanidad de la Armada inició una andadura que iba a conducirle a sus más altas cotas de prestigio, por medio de unos profesionales seleccionados tras duras oposiciones libres y un proceso formativo que tenía como primer ámbito aquellos hospitales navales en los que desarrollaban, incluso en las circunstancias más difíciles, unas sesiones científicas de las que han quedado espléndidos testimonios.

De ahí que los médicos que tomaron parte en nuestras campañas de ultramar, integrados en el Cuerpo de Sanidad de la Armada, fueran jóvenes licenciados, elegidos entre los más brillantes de las distintas facultades españolas, que escogían este modelo de actuación profesional por muy diferentes razones, una de las cuales era, y hay testimonios que lo avalan, ese carácter romántico que siempre ha rodeado a la vida en la mar y a la posibilidad de desplazarse a remotas tierras en donde les eran ofrecidos los primeros destinos con el aliciente añadido de un ascenso inmediato.

Pero aunque optaran por permanecer en la Península, los primeros años de su ejercicio profesional debían desempeñarlos a bordo de aquellos buques que estaban experimentando una profunda transformación que les iba a conducir de un pasado legendario a la realidad de unas nuevas unidades y en donde las sensibles mejoras en la habitabilidad y en las condiciones higiénicas de sus dotaciones, derivadas de la introducción de nuevos materiales en la construcción naval y de la revolución impuesta por la propulsión mecánica, hizo olvidar, en algún momento, la necesidad de actualizar la doctrina sanitaria en caso de un enfrentamiento, en el que los avances que, asimismo, habían experimentado la artillería naval y las tácticas de combate hacían

prever la posibilidad de importantes modificaciones en la estimación de bajas y en sus características.

El modelo norteamericano

La guerra hispano-norteamericana fue, ante todo, un enfrentamiento naval en el que los combates de Cavite y Santiago de Cuba tuvieron una influencia decisiva en el desarrollo de los acontecimientos. De ahí que, a la hora de analizar el conflicto, todos los autores centren la atención en las características de los buques que iban a protagonizar aquellos trágicos acontecimientos. Por el contrario, suelen ser menos frecuentes las referencias a las evidentes dificultades por las que atravesaron los norteamericanos para alistar al cuerpo expedicionario que intervino en los distintos escenarios terrestres de la guerra.

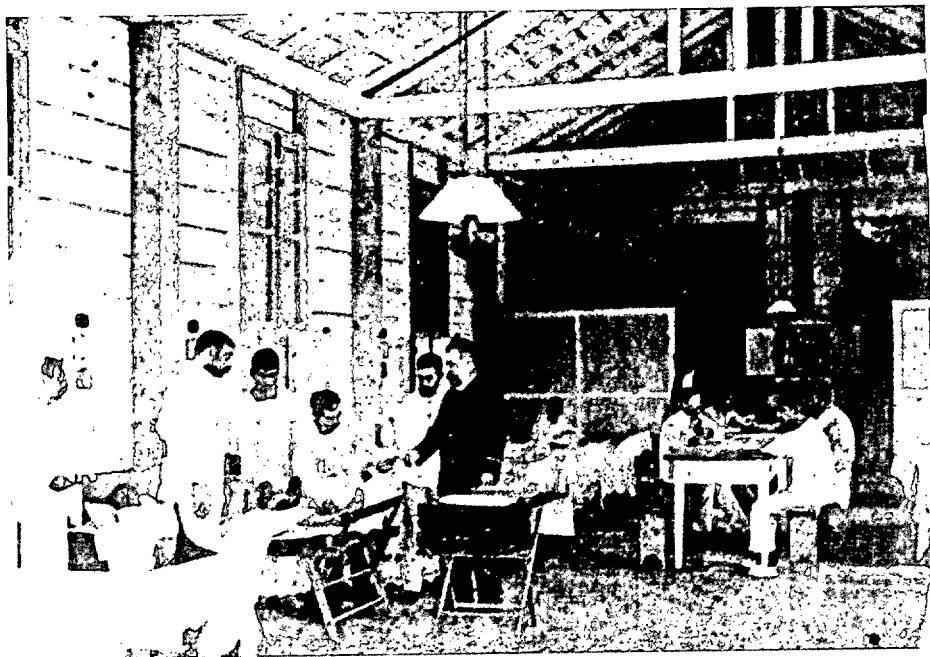
Hay que tener en cuenta que, en vísperas del inicio de las hostilidades, su ejército contaba con muy pocos efectivos, por lo que fue preciso recurrir a una movilización de voluntarios hasta alcanzar la fuerza que había sido estimada necesaria. Ésta se llevó a cabo en menos de cuatro semanas, que fue el periodo de tiempo transcurrido desde el inicio del proceso de selección hasta que las nuevas unidades, sumariamente adiestradas, fueron puestas a disposición del gobierno. No es de extrañar, por tanto, que la precipitación les hiciera incurrir en graves errores, al menos desde el punto de vista sanitario. Basta recordar que el inadecuado emplazamiento de algunos de los campamentos de instrucción propició la aparición de un brote de fiebre tifoidea que comenzó a manifestarse en los transportes que conducían a las tropas hacia Puerto Rico, llegando a afectar a más de 250 hombres.

Conocemos muchos de los problemas sanitarios a los que tuvieron que enfrentarse a través del «Estudio médico-quirúrgico» de la campaña, que fue publicado poco después de terminada por el doctor Nicolás Senn, inspector general de Sanidad de Illinois que tomó parte activa en ella, junto a los voluntarios de aquel Estado.

A través de esta interesante obra podemos conocer cómo se llevó a cabo el proceso de selección de quienes aspiraban a formar parte del servicio sanitario del ejército expedicionario, iniciado cuando ya habían comenzado a llegar los reclutas a los respectivos campamentos.

En este ambiente, impregnado de la lógica exaltación patriótica, se procedió a la realización de las pruebas de aptitud física de los candidatos y a unos exámenes teóricos que fueron motivo «de gran satisfacción para el tribunal», al comprobar las altas calificaciones obtenidas por los aspirantes a pesar de que, como incisivamente señalaba el doctor Senn, muchos de ellos eran personas con demasiados años dedicados a la profesión.

Durante aquellas cuatro semanas que duró el alistamiento de las tropas, los médicos seleccionados fueron sometidos a un curso acelerado en una improvisada «escuela de instrucción» que llegó a contar con un pequeño anfiteatro al



La enfermería de la Marina en Dimas, 1897.

que fue enviado desde Chicago, por vía férrea, un cadáver para las demostraciones anatómicas.

Ocurre, sin embargo, que estos planteamientos docentes no eran, probablemente, los más adecuados para transformar a unos profesionales civiles en médicos suficientemente capacitados para hacer frente a todos los problemas que podían surgir en la primera campaña llevada a cabo por el Ejército norteamericano más allá de sus propias fronteras.

De ahí muchas de las deficiencias apuntadas por el propio Senn, que dedicó uno de los capítulos de su libro a rebatir las acusaciones lanzadas desde diversos medios de comunicación, entre ellos el «Medical Record», contra el Departamento de Sanidad Militar, al que acusaban de falta de organización, eficacia y previsión durante la campaña de Cuba. Senn se esforzó en justificar los problemas planteados durante aquellos días, achacándolos a la precipitación con la que tuvieron que prepararla. Sin embargo, tuvo que reconocer que aunque «los médicos militares de profesión están muy versados en todo lo esencialmente práctico, desgraciadamente no les ocurre lo mismo a los que pertenecen al servicio de Voluntarios», a los que, por otra parte, colma de elogios, resaltando «su alto grado de patriotismo» y su «laudable entusiasmo». Evidentemente, estas cualidades, junto con su indudable preparación para

ejercer la profesión en el ámbito civil, no fueron suficientes para organizar un eficaz servicio de sanidad de campaña, para el que son necesarios hombres dotados de un espíritu y una formación especializada, a la que el autor dedicaba todo el capítulo XVII de su obra.

La importancia de una doctrina y de un material adecuado

Otro de los pilares básicos en los que se sustenta la eficacia del apoyo sanitario en campaña es la existencia de una doctrina actualizada que constituya un referente preciso para la actuación de todos los miembros de los cuerpos de Sanidad que toman parte en las operaciones.

Las sucesivas campañas cubanas habían contribuido a mejorar, sensiblemente, la atención dispensada a nuestras tropas, y la situación durante los últimos años de nuestra presencia en la isla era muy diferente de la que se había vivido durante la primera guerra, tan duramente criticada por Ramón y Cajal en sus «Recuerdos de infancia y juventud». El que, entre 1895 y 1897, se pudiera llegar a disponer de 64 hospitales, clínicas y enfermerías, con un total de 41.850 camas da idea del esfuerzo realizado, teniendo en cuenta que algunos de aquellos centros eran de la importancia del hospital «Alfonso XIII» de La Habana, inaugurado en 1897 con 3.000 camas, que tras el cese de las hostilidades pasó a convertirse en hospital militar de los norteamericanos, que no regatearon elogios a sus instalaciones, al igual que a las de otros centros sanitarios menores, como el hospital de Ponce en Puerto Rico.

No se puede eludir, sin embargo, que la importancia de este despliegue obedecía a la necesidad de atender al elevadísimo número de bajas producidas por enfermedad que, tan sólo en 1896, dieron lugar a 3.680.241 estancias hospitalarias. Los miembros de los cuerpos de Sanidad del Ejército y de la Armada llamaron repetidamente la atención sobre las elevadas tasas de morbilidad que debíamos soportar y propusieron diversas medidas para reducirlas. Los trabajos de Hernández Poggio en el Ejército de Tierra y los de Molina en la Armada son ejemplo, entre otros muchos, de la valentía con las que fueron denunciadas algunas de las causas que, a su juicio, contribuían a agravar la situación. Pero lo cierto es que las mejoras introducidas fueron insuficientes, ya que llegó a aceptarse como inevitable un índice de bajas que, en cierta manera, era equiparable a las sufridas por otros ejércitos europeos en las campañas coloniales que, por aquel entonces, mantenían.

El mejor ejemplo de este fatalismo nos lo proporciona el caso de la fiebre amarilla, la enfermedad que más fallecimientos ocasionaba en Cuba y sobre la que, en esos momentos, habían sido publicados ya los primeros artículos del gran médico hispano-cubano Carlos Juan Finlay, relacionando su propagación con un mosquito, entonces denominado *Culex fasciatus*. La impresión producida por las teorías de Finlay propiciaron la adopción de algunas tímidas

medidas de saneamiento ambiental, pronto abandonadas, hasta que, tras la ocupación, fueron los norteamericanos quienes se enfrentaron con decisión al problema y en un tiempo récord, con el concurso de un grupo de heroicos médicos militares y civiles encabezados por Walter Reed, pudieron demostrar el acierto de la genial intuición de Finlay y adoptar las medidas necesarias para que, en dos años, el número de bajas ocasionadas por el temido «vómito negro» fuera drásticamente reducido.

Pero fue en el ámbito del transporte sanitario marítimo en donde se produjeron las mayores deficiencias, como consecuencia de unos planteamientos difícilmente explicables. Inicialmente, las bajas que era preciso repatriar hacia la Península eran embarcadas en los vapores de la Transatlántica, que tenían a su cargo, en régimen de monopolio, los enlaces marítimos con las posesiones de ultramar. Pero cuando el volumen de las tropas allí destacadas fue creciendo, las demandas de evacuación de enfermos aumentaron, por lo que el gobierno decidió dedicar cuatro de esos buques para este fin, con carácter exclusivo. En alguno de ellos, como el *San Ignacio de Loyola*, se realizaron importantes obras de adaptación como buque-hospital, aunque ninguno llegó a reunir las condiciones exigidas en la reglamentación internacional para poder ser considerados como tales. Por otra parte, la atención sanitaria de los mismos fue encomendada a los médicos militares del Ejército de Tierra, lo que despertó las lógicas reticencias entre los miembros del Cuerpo de Sanidad de la Armada que, desde hacía años, venían luchando por la «creación de buques hospitales, sin los cuales es imposible que se muevan con desembarazo los ejércitos encargados de ejecutar determinadas campañas». Juan Redondo, en los comentarios dedicados a la obra de Senn, resaltaba la necesidad de que el personal sanitario de estos buques estuviera «perfectamente habituado a la vida de la mar, sin cuyo requisito de nada sirven las cualidades de que pueda estar adornado».

La cerrazón de determinadas instancias impidió no sólo que los médicos de la Armada embarcaran en esos buques, sino que pudieran disponer de buques-hospitales propios, algo que se hizo extensivo a la Cruz Roja cuando, iniciada la guerra con los norteamericanos, quiso alistar un buque que operara bajo su pabellón. La escasez de buques disponibles que se adujo como excusa para no hacer entrega de ninguno de ellos a una sociedad de socorro que, durante la revolución cantonal, había puesto en servicio la primera ambulancia marítima que navegó en el mundo bajo su pabellón, era difícilmente justificable, pero la carencia de unidades de estas características que sirvieran de apoyo a las escuadras de Montojo y Cervera fue un error gravísimo, como se puso de manifiesto tras el dramático desenlace de los enfrentamientos, especialmente en Cavite, pues en Santiago la atención inmediata pudo ser asumida por los norteamericanos que, en aquel momento, disponían en el teatro de operaciones de varios buques-hospitales.



Asistencia médica a un herido en un destacamento español.

Si España hubiera contado con ellos, probablemente algunos heridos se hubieran salvado y, desde luego, a todos se les hubieran evitado las penalidades de un cautiverio que, justo es reconocerlo, se vieron mitigadas, tras algunos problemas iniciales, por la correcta atención dispensada en los Estados Unidos, algo que no sucedió, por ejemplo, en Cavite, en donde el hospital naval instalado en el convento de Guadalupe, a las afueras de Manila, tras la evacuación de Cavite, fue asaltado por tropas filipinas que «maltrataron de obra y de palabra» a todos los acogidos en este centro e incluso se atrevieron a condenar a muerte, tras un consejo de guerra sumarísimo a su director, al médico mayor don Tomás del Valle, y al capellán, que sólo pudieron salvar la vida tras la intervención personal del generalísimo Aguinaldo.

Pero no fue la carencia de buques-hospitales al servicio de la Armada la única observada durante aquellos días, pues ninguna de nuestras unidades estaba preparada para hacer frente, de manera adecuada, a las consecuencias de un combate naval. El capitán de navío Concas reflejó con expresivas palabras la impresión que le produjeron los destrozos ocasionados por los fragmentos de los modernos proyectiles en los cuerpos de nuestros marineros y el horror de éstos a ser conducidos a unas enfermerías que estaban

situadas en lugares que el no dudaba en calificar como auténticos antros, en los que, además, se carecía de los elementos precisos para hacer frente a una correcta atención sanitaria. Todavía nos sorprenden los relatos de aquellos médicos que, en vísperas del combate, preparaban, junto al personal de máquinas, improvisados torniquetes que completarían a los dos que tenían a cargo.

El heroísmo como último recurso

La guerra en cuyo marco afloran, a veces, las más bajas pasiones es también con frecuencia ocasión propicia para el desarrollo de una serie de virtudes, entre las que brilla con luz propia ese absoluto desprendimiento que hace posible la entrega generosa de la propia vida y que alcanza su más alta expresión cuando se pone en peligro al intentar salvar la de otros.

Los norteamericanos que habían entrado en la guerra, bajo la intensa presión de unos medios de comunicación que habían presentado a España como una nación capaz de todas las «traiciones y perfidias», supieron reconocer, como lo hizo Senn, «la injusticia con que los españoles han sido acusados de inhumanos y crueles», al mismo tiempo que afirmaba que, durante la guerra, siempre respetaron la bandera de la Cruz Roja.

Uno de los testimonios aportados hacía referencia a un hecho acaecido durante la invasión de Puerto Rico, cuando un voluntario americano avanzó, bajo un sol implacable, hacia las posiciones españolas, separándose del resto de sus compañeros. Muy cerca ya de nuestras líneas, cayó desfallecido, y entonces, ante la sorpresa de todos, un médico español se hizo cargo de su atención y, posteriormente, con ayuda de un enfermero lo condujo hasta las filas norteamericanas.

Desconocemos el nombre de ese oficial que, seguramente, pertenecía al Cuerpo de Sanidad Militar, pero permanece vivo el recuerdo de un hecho similar protagonizado por el médico de la corbeta *María Cristina*, Enrique Cardona Miret, en el lejano archipiélago de las Carolinas donde, al ser sorprendido en Ponape por los kanakas sublevados, no vaciló en abandonar la protección de su trinchera para atender, entre el fuego cruzado, a un indígena que se desangraba como consecuencia de las graves heridas recibidas durante el asalto.

Un médico, motivado e identificado con el ambiente en donde desempeña sus cometidos, puede encontrar múltiples ocasiones para poner a prueba su temple. Unas veces, arriesgando su vida para continuar atendiendo a sus enfermos, como lo hizo Joaquín Lorente Aspiazú, voluntariamente recluido en el *Patiño* con todas las víctimas de la epidemia de cólera que, en 1882, se desencadenó en Zamboanga; afortunadamente, pudo sobrevivir al largo aislamiento, siendo divulgado su humanitario gesto, por orden de la superioridad, entre todas las dependencias de la Armada. No tuvo idéntica suerte Guillermo

Gómez Nieto, médico de la División Naval del Sur, quien durante la misma epidemia decidió permanecer con los afectados, incluso cuando comenzó a notar los primeros síntomas de la enfermedad, negándose a ser evacuado, hasta fallecer seis días después «víctima de su abnegación y de su celo, llevados a un grado eminentemente heroico, en el cumplimiento de sus deberes».

Pero otras veces, su desprendimiento personal puede superar con creces los límites de sus responsabilidades profesionales, como supo poner de manifiesto aquel joven médico del *Gravina*, Eugenio Fernández y Menéndez Valdés, arrojándose a la mar para intentar tender un andarivel que hiciera posible el rescate de toda la dotación del crucero, sorprendido por un ciclón en la noche del 10 de julio de 1884, en el canal de Formosa, lográndolo tras haber sacrificado su vida en el mismo intento un alférez de navío, un contraamaestre y cinco marineros.

Ejemplos como estos tuvieron que influir en el ánimo de los médicos embarcados en las escuadras de Montojo y Cervera que supieron estar a la altura de sus compañeros dando pruebas admirables de su heroísmo. Como Manuel Ballesteros, médico del *Juan de Austria* que, alcanzado por una granada que le destrozó la pierna, pidió ser llevado en una silla, por dos marineros, para atender a otros dos marineros que se desangraban en su sollado y a los que consiguió salvar; o el médico del *Vizcaya*, Nicolás Gómez Tornell, que ocultó las heridas recibidas hasta concluir la amputación que estaba realizando a un oficial de su buque.

Para Redondo, era significativo el hecho de que, entre los médicos que estuvieron presentes en estos dramáticos acontecimientos, la cifra de bajas alcanzara el 37,5 por 100, «cifra enorme que ningún otro Cuerpo e Instituto ha traspasado jamás»; pero mucho más enorme aún, si a ellas añadimos las ocasionadas como consecuencia de las enfermedades contraídas en un cautiverio que todos ellos quisieron compartir con sus compañeros, a pesar de que pudieron eludirlo en aplicación de los convenios de Ginebra, pues de esta forma se llega al 53,3 por 100 de bajas entre los oficiales médicos, siendo los fallecidos un 20 por 100 del total de los destinados en aquellas escuadras.

El recuerdo de todos ellos no ha podido desvanecerse en la historia y permanece vivo en la memoria de todos los que formamos parte de su mismo Cuerpo. A ello han contribuido gestos tan románticos como el del último director del hospital de Cañacao, Tomás del Valle, al que antes se ha hecho referencia, que no quiso abandonar a sus heridos, defendiéndolos siempre, incluso tras ser condenado a muerte, fortalecido, según relató, por el ejemplo de sus predecesores grabado en la piedra de ese cenotafio que se alzaba en el patio de su hospital y que él personalmente desmontó, conservó durante el cautiverio, y pudo conducir a España, hasta verlo instalado en el hospital naval de Ferrol.

BIBLIOGRAFÍA

- GRACIA RIVAS, Manuel (1997): *La Sanidad Militar en Cuba*. «Cuadernos Monográficos del Instituto de Historia y Cultura Naval», n.º 30. Madrid, 1997. pp. 119-134.
- GRACIA RIVAS, Manuel (1998): *La asistencia sanitaria a las Fuerzas Armadas destinadas en ultramar*. «El Ejército y la Armada en el 98. Catálogo de la Exposición. Madrid», 1998. pp. 144-157
- HERNÁNDEZ POGGIO, Ramón (1879): *Remembranzas médicas de la guerra separatista de Cuba*. «Gaceta de Sanidad Militar», n.º 5.
- LARRA CEREZO, Ángel de (1898): *Les hôpitaux militaires de l'île de Cuba et notamment l'hôpital d'Alphonse XIII de La Havane, pendant la guerre actuelle*. Communication adressée au IX Congrès International d'Hygiène et de Démographie. Madrid, 1898.
- MOLINA, Jacinto (1889): *Bajas en la Armada*. «Conferencias científicas del Cuerpo de Sanidad de la Armada». Madrid, 1889. Tomo II. pp. 472-506.
- SENN, Nicolás (1902): *Guerra hispano-americana. Estudio médico-quirúrgico*. Traducido del inglés por don Juan Redondo, con notas finales. Madrid, 1902.
- VALLE, Tomás del (1900): *Recuerdos de la guerra en Filipinas*. «La Cruz Roja». n.º 18, diciembre de 1900, pp. 691-696.

