

# Estudios

Departamento de Instrucción Pública

AÑO II.

No. 7.

## SUMARIO

	Págs.
<i>Hispanoamericanismo en acción.</i> —Cristóbal Rodríguez. . . . .	847
<i>Tratamiento de la diabetes azucarada con la Insulina.</i> —J. G. Lewis, B. S., M. D. . . . .	853
<i>Discurso del Presidente de la cuarta Asamblea de la Liga de las Naciones.</i> —Sr. Cosme de la Torre. . . . .	885
<i>Ensayo literario sobre José Carducci.</i> —Antonio Edgardo Burgos. . . . .	895
<i>Problemas sobre mezclas.</i> —Cristóbal Adan Urriola	909
<i>Especialización y educación integral.</i> —Baltazar Isaza y C. . . . .	915
<i>Santiago de Veraguas.</i> —José Rafael Wendehake. . .	941
<i>La Poesía lírica y la mujer.</i> —Enrique Ruiz Vernacci. . . . .	945
<i>La Revista Chilena de Historia Natural.</i> —Alejandro Méndez. . . . .	955
<i>Las revoluciones francesa y rusa.</i> —Gabriel S. Moreau. . . . .	957



# ESTUDIOS

---

Año II

Panamá, Noviembre y Diciembre, 1923

No. 7

---

## HISPANOAMERICANISMO EN ACCION

Homenaje a la memoria de

ANDRES BELLO

Por CRISTOBAL RODRIGUEZ

Para don César Zumeta; con mis simpatías personales e intelectuales.

---

Frecuentemente nos damos a ensalzar los hispanoamericanos, en general, nuestros filósofos, poetas, historiógrafos, críticos etc., cosa que nos parece muy justa y defensible. Aunque no tuviésemos, desde Méjico hasta Chile y Argentina, espíritus que, en realidad, han logrado destacar fuera del nivel común, en las justas del pensamiento, sería necesario crearlos; recurso para acrisolar en el ánimo de los pueblos el culto de los grandes hombres, inseparable de esotro más grandioso, imperativo, que es el de la Patria: naciones todavía nuevas, cuyo acervo de tradiciones varias es mínimo comparadas con las que respaldan a la Europa occidental, por ejemplo, han menester asentar sobre muy sólidas bases su personalidad prestigiándose a sí mismas primero, seguras de verse luego prestigiadas por las demás.

Ese encomio de nuestros altos valores intelectuales no tiene, sin embargo, el carácter general que debiera tener, o si se prefiere, aparece con más o menos intensidad, en

grado mayor o menor, de un país a otro; como en una misma región, dentro de unos mismos confines patrios, varían, de medio siglo a otro, la estima y el aprecio en que se tiene a determinados ingenios. Todo ello se explica muy fácilmente: de una parte, no existen todavía en nuestra querida América española corrientes intelectuales muy numerosas, ni lo bastante fuertes, que nos hagan conocer a todos, sin distinción de nacionalidades, cuantos espíritus superiores, espigan y fructifican en cada república; y de otra, aunque sea penoso confesarlo, los más de nuestros grandes hombres, lo son tan sólo, relativamente, es decir, para sus compatriotas, y, restringiendo algo más el círculo, para sus coetáneos. Rarísimos son los que en alguna actividad del intelecto, hayan realizado obra que merezca imponerse con una misma fuerza en el país de su nacimiento y en el extranjero; y cuyos nombres, al dejar esta jornada terrena, obtengan la admiración y el respeto no de un día, sino eternos, en esa mitad del mundo colombino de idioma castellano.

Sin embargo, hay uno de esos cerebros privilegiados, más que raros, cuya personalidad lejos de aminorarse como que se agiganta en el decurso de los años; a quien todos los hispanoamericanos, sucediéndonos de generación en generación, estamos habituados a venerar y querer desde niños; sacerdote que, desde los bancos del colegio hasta la edad madura, nos inspira en los rituales de un culto común, a todos sagrado, a saber, al culto de nuestra lengua. Andrés Bello, el más grande, talvez, entre los grandes hombres hispanoamericanos, merecedor de consideraciones y respetos especiales por cuanto en alguna esfera del pensamiento llegó a una altura que nadie coronara antes que él y que nadie, después de su muerte, ha logrado coronar tampoco!

O erramos de plano, con efecto, o no existe en el dominio de las letras latino-americanas, ingenio tan digno de la distinción que nosotros le asignamos como este ilustre venezolano. Al decir esto, no pensamos en el poeta o en el jurista, ni en el educador o el estadista, pues desde cualquiera de estos puntos de vista, fuera fácil hallarle sus iguales y hasta sus superiores en tierras americanas: pensamos, exclusiva y únicamente en el autor de la *Gramática de la lengua castellana*, creyendo nosotros, mientras no se demuestre lo contrario, que en este género de actividades lingüísticas, Andrés Bello es no sólo príncipe, en la acepción de más distinguido o eminente que los latinos daban al vocablo *princeps*, sino único. Como gramático original, profundo, verdaderamente sabio, Bello se hace acreedor a un cetro que no es posible disputarle en la América española, ni aun en nuestra misma madre Patria España; y sus dominios reales, en dicho carácter, cubren vastísima extensión territorial que hoy pueblan más de noventa millones de almas: situación verdaderamente excepcional, a la que no puede, en justicia, aspirar hasta ahora ningún otro latino-americano por grande que haya sido en poesía, historia, filosofía, jurisprudencia, etc. No es *única* la excelsitud de Bello por haber asentado con originalidad y sapiencia los cánones del buen decir, sirviendo así de paradigma a nuestros poetas, historiadores, filósofos, juristas, . . . . . más preclaros, desde 1847, aproximadamente, hasta la fecha? En mérito a esta situación extraordinaria del ilustre hablante caraqueño, es, seguramente, por lo que la Real Academia de nuestra lengua ha citado y hecho propios, en la última edición de su Gramática, algunos puntos salientes de las teorías de aquél. Después de una a modo de general “conjuración del silencio” de muchos años con que, al decir de

algún gramático español, se hizo víctima a Bello, en la Península, viene a ser esa reparación algo de que bien podemos y hasta debemos enorgullecernos todos los latino-americanos.

Qué mucho luego de lo que antecede, que los hijos de América anhelemos honrar la memoria de Bello con una consagración de que participen por igual todas nuestras repúblicas y la propia nación española?—Que el mármol o el bronce perpetúen, pues, a lo largo de los siglos la imagen del inclito varón americano! Que esta obra de piedad dulce e indeclinable interese a todos los que, de diario, continuamente, nos valemos de la misma lengua en que aquél fue incomparable maestro! Que ella se realice, por medio de una suscripción internacional dentro de la familia hispana y a la que contribuyan con su óbolo, niños y adultos, de todos los sexos y de todos matices sociales, étnicos y otros! Y, por último, que dicha consagración racial se lleve a cabo en la ciudad misma de Caracas, la única a quien, en nuestro juicio, corresponde por derecho, en el mundo de habla hispana, por ser la cuna de Bello, cual si dijéramos, por haberle brindado, al nacer, todas las virtualidades de sus grandezas futuras!

El homenaje grandioso propuesto por nosotros, en memoria del más grande de nuestros ingenios, constituye, a un propio tiempo, el ejercicio de un derecho gratisimo y el cumplimiento de un deber no menos sagrado, para los latino-americanos, al menos; y como tal nos permitimos plantearlo a la conciencia culta de nuestros conterráneos todos de allende el océano, y al recto criterio de los peninsulares. Contemos, anticipadamente, desde luego, con que nuestro llamamiento habrá de hallar eco favorable en el cerebro y el corazón de todos los interesados: altos dirigentes

de la cosa pública, cuerpos colegiados, grupos académicos, corporaciones universitarias, profesores, literatos, periodistas, alumnos, . . . . . bien que, en primer lugar nos halaga la perspectiva de que nuestra idea merezca el beneplácito del Gobierno y el pueblo, muy ilustrados, de Venezuela.

Ginebra, 12 de Octubre de 1923.

---

La idea de nuestro compatriota Cristóbal Rodríguez, de erigir en Caracas una estatua a don Andrés Bello, con el concurso de todos los hispanoamericanos, es indudable que será acogida con fervoroso entusiasmo por todos los países de habla castellana. Una muestra de la simpatía que despierta tan bella iniciativa es la carta que publicamos a continuación.

## SOCIEDAD DE LAS NACIONES DELEGACION DE VENEZUELA

---

Ginebra, 22 de octubre de 1923.

Señor don Cristóbal Rodríguez,

Presente.

Mi distinguido amigo:

Con profunda gratitud de venezolano y de amigo de usted, he leído su hermoso artículo en honor de Andrés Bello y aplaudido su generosa y civilizadora idea. Bello es el

magnífico símbolo de la unidad de ideales de nuestra América y alrededor de su gran nombre bien pueden agruparse intelectuales y dirigentes hispano-americanos, en una labor común de cultura y de tradicional y fructuosa confraternidad.

Venezuela entera agradecerá a usted su noble iniciativa, y, sin duda, el Gobierno alentará el propósito. El reconocimiento venezolano se extenderá hasta la bella patria de usted, Benjamín de la gran familia, lazo de unión entre los dos trozos del continente que forma el patrimonio de nuestra Raza.

Con singular complacencia escribiré al doctor Itriago-Chacín, recomendándole la feliz idea.

Estrecha cordialmente su mano, su siempre afectísimo.

(Fdo.) C. PARRA PEREZ

---

# TRATAMIENTO DE LA DIABETES AZUCARADA CON LA “INSULINA”

Estudio clínico de varios casos

Por J. G. LEWIS, B. S., M. D.

Georgetown University Hospital, Washington, D. C.

---

Desde el descubrimiento de Banting, en la Universidad de Toronto, una nueva era de progreso se advirtió en todos los centros científicos. La “Insulina”, extracto del páncreas, reduce la Diabetes azucarada a una enfermedad benigna.

Tal es el tema del día y también el de este artículo encaminado a hacer un poco de luz, en tan importante asunto, mediante la presentación de varios casos tratados en la Clínica para Diabéticos que se mantiene en el Hospital de la Universidad de Georgetown, Washington, D. C.

## PROCESO DE INVESTIGACION

Los pacientes, al ser admitidos en el Hospital, se someten a dieta con proporción moderada y previamente conocida de hidratos de carbono; al mismo tiempo se procede a efectuar exámenes cuantitativos del azúcar eliminada en la orina y de la que contiene la sangre con el fin de determi-

nar la tolerancia de cada enfermo, respecto de los hidratos de carbono.

Después de este estudio preliminar, si el grado de tolerancia del paciente es alto, es decir, que le permite sujetarse a una dieta con las calorías suficientes para mantener su metabolismo, el enfermo sigue bajo tratamiento dietético, pues parece que en estos casos, la "Insulina", no es de gran ayuda y en ellos, precisamente, hay mayores riesgos de producir una hipoglicemia con síntomas tan serios como los que pueden acompañar a los casos graves de diabetes.

En cambio, si la tolerancia para los hidratos de carbono es baja y la dieta correspondiente no es capaz de suplir el número de calorías requerido para mantener el metabolismo del cuerpo, entonces se acude a la aplicación subcutánea o intravenosa, de insulina en dosis que varían de acuerdo con la glucosuria y la hiperglicemia.

El tratamiento con la insulina impone exámenes frecuentes de la cantidad de azúcar contenida en la sangre para evitar que baje de lo normal: de 75 a 110 miligramos de azúcar por cada 100 centímetros cúbicos de sangre, o sea, de 0.075% a 0.110%, y, además, una vigilancia constante sobre el paciente para evitar que pasen inadvertidos los primeros síntomas de hipoglicemia, que son: debilidad, nerviosidad y sudores seguidos de delirio, convulsiones, inconsciencia y coma.

#### TRATAMIENTO DIETETICO

Para facilitar la determinación exacta de la cantidad de hidratos de carbono que un paciente asimila por día, nos vimos obligados a confeccionar las doce dietas siguientes —modificaciones de las de Joslin— que contienen mayor cantidad de azúcar cada una, en orden ascendente, de la una a la doce:

# TABLA DE DIETAS

DIETA		DIETA TOTAL				HIDRATO DE CARBONO (H C)						PROTEINA Y GRASA (P G)					
		Carbohidratos	Proteína	Grasa	Calorías	Vegetales de 5%	Naranja	Harina de Avena	Shredded Wheat (Preparado de trigo)	Galleta de Soda	Papa	Huevo	Crema 20% Grasa	Mantequilla	Tocino	Carne	Números
DE PRUEBA	D. Pr. 1	181	46	44	1304	300	300	.....	3	4	240	3	120	.....	.....	.....	1
	D. Pr. 2	101	35	43	931	300	300	.....	1	2	120	3	120	.....	.....	.....	2
	D. Pr. 3	66	24	37	693	300	300	.....	½	2	.....	2	120	.....	.....	.....	3
	D. Pr. 4	34	15	30	466	300	200	.....	.....	.....	.....	1	120	.....	.....	.....	4
DE MANUTENCION	HC 1 - PG 1	14	15	30	386	300	.....	.....	.....	.....	.....	1	120	.....	.....	.....	1
	HC 2 + PG 2	22	19	37	497	300	100	.....	.....	.....	.....	2	60	15	.....	.....	2
	HC 3 + PG 3	32	24	37	557	600	100	.....	.....	.....	.....	2	60	15	.....	.....	3
	HC 4 + PG 4	42	29	52	752	600	200	.....	.....	.....	.....	2	60	15	30	.....	4
	HC 5 + PG 5	52	32	66	930	600	200	15	.....	.....	.....	2	60	30	30	.....	5
	HC 6 - PG 6	64	44	83	1179	600	200	30	.....	.....	.....	2	120	30	30	30	6
	HC 7 - PG 7	74	52	88	1296	600	300	30	.....	.....	.....	2	120	30	30	60	7
	HC 8 + PG 8	84	61	94	1426	600	300	30	.....	2	.....	2	120	30	30	90	8
	HC 9 + PG 9	98	65	106	1606	600	300	30	½	2	.....	2	180	30	30	90	9
	HC 10 - PG 10	109	66	119	1771	600	300	30	1	2	.....	2	180	45	30	90	10
	HC 11 - PG 11	135	80	135	2075	600	300	30	1	2	120	2	240	45	30	120	11
	HC 12 - PG 12	159	84	135	2187	600	300	30	1	2	240	2	240	45	30	120	12

ARTÍCULO ALIMENTICIO	PESO EN GRAMOS	EQUIVALENTE APROXIMADO
Vegetales de 5% .....	300	Tres porciones moderadas
Naranja.....	300	Una y media naranjas de tamaño grande
Harina de avena (peso seca) .....	30	Un plato para postre
Papa.....	240	Dos papas de tamaño mediano
Crema.....	30	Cuatro cucharadas grandes
Mantequilla.....	30	Tres porciones medianas
Tocino.....	30	Cuatro rebanadas delgadas
Carne.....	90	Una porción moderada

NOTA.—En todos estos casos nos hemos limitado a la dietas de manutención, aunque por las dietas de prueba se obtendría el resultado en corto tiempo, la tolerancia del paciente no se calcularía con tanta exactitud.

**TABLA DE DIETAS**

LISTA DE LOS ALIMENTOS USADOS EN ESTAS DIETAS.

*Vegetales que contienen cinco por ciento (5%) de hidratos de carbono*

Lechugas	Acederas	Apio	Serpollo	Puerro
Espinacas	Rábanos	Escorola	Quingombó	Habichuelas
Tomates	Espárragos	Medula vegetal	Coliflor	
Achicorias	Berros	Col ácida	Berenjena	
Ruibarbo	Pepino	Mizcalo	Repollo	

*Frutas que contienen diez por ciento (10%) de hidratos de carbono*

Naranjas	Peras
Ciuelas	Melones
Limonas	Frambuesas
Grosellas	Fresas
Cerezas	Sandías

*Treinta (30) gramos o una onza de las siguientes substancias contiene*

SUBSTANCIAS	Carbonhidratos (Gms.)	Proteínas Gms.	Grasas Gms.	Calorías
Harina de avena.....	20	5	2	118
Trigo desmenzado.....	23	3	0	104
Dos Galletas Unceda..	10	1	1	53
Crema 40%.....	1	1	12	116
" 20%.....	1	1	6	62
Leche de vaca.....	1.5	1	1	19
Seis ostras.....	4	6	1	208
Carne (Excepto hígado).	0	8	5	49
Tocino.....	0	5	15	155
Queso.....	0	8	11	131
Un huevo.....	0	6	6	78
Vegetales (5% Hid. de Carbono)...	1	0.5	0	6
Frutas (10% Hid. de Carbono).....	2	0.5	0	10
Papas.....	6	1	0	28
Pan.....	13	3	0	84
Mantequilla.....	0	0	25	225
Aceite de oliva.....	0	0	30	270
Pescado.....	0	6	0	24
Caldo, jigote.....	0	0.7	0	3

Notas:— Un gramo de proteínas contiene cuatro (4) calorías.

Un gramo de hidratos de carbono contiene cuatro (4) calorías.

Un gramo de grasa contiene nueve (9) calorías.

Un paciente tranquilo, sin hacer esfuerzos, en reposo, requiere para su manutención veinticinco (25) calorías por cada kilogramo de peso.

## TABLA DE LA DIETA

Comenzamos a tratar los pacientes con la dieta de mantenimiento número uno, que sólo contiene 14 gramos de hidratos de carbono y cada dos días los ascendíamos a la dieta siguiente hasta conseguir que el azúcar apareciera de nuevo en la orina y establecer, por ese medio, el grado de tolerancia de cada uno.

Por lo general quedan libres de azúcar en la orina cuando se someten a dietas tan pequeñas como son las dos primeras de la lista, salvo que se esté en presencia de un caso agudo, cuya tolerancia al azúcar sea muy baja.

Así, un paciente que logra llegar a la dieta número diez sin secretar azúcar en la orina, no necesita insulina, porque, como se puede observar en la tabla anterior, esta dieta contiene un total de 1771 calorías, suficiente para conservar el metabolismo del cuerpo. Pero si un paciente tan sólo sube hasta la dieta número cinco y secreta azúcar, entonces es claro que se trata de un caso que requiere la aplicación de insulina, porque, como es de notarse, las 930 calorías, contenidas en esa dieta, no bastan para mantener las funciones del cuerpo.

## TRATAMIENTO CON LA INSULINA

Los casos que se van a someter a la insulina, como ya lo hemos dicho, han de pasar precisamente por el proceso dietético anterior, porque es de imperiosa necesidad conocer el grado de tolerancia que para los hidratos de carbono presenta el paciente, la cantidad de azúcar que secreta en la orina cada veinticuatro horas y la proporción de azúcar que lleva en la sangre.

La acción de la insulina no es otra que la de reducir la proporción de azúcar en la sangre. De allí que su uso sea sumamente peligroso y que su aplicación exija, no solamente el estudio completo de cada caso, sino el mayor cuidado, porque puede causar un descenso de azúcar más bajo de lo normal, con lo que se produce una hipoglicemia tan perni-

ciosa en sí como los efectos de la diabetes misma. Afortunadamente esta condición puede contrarrestarse a tiempo mediante soluciones azucaradas, como jugo de naranja, glucosa o adrenalina.

Se ha calculado que una unidad de insulina neutraliza dos gramos de azúcar, de modo que un paciente cuya

Los otros, de reciente admisión en la Clínica aludida, han dado, poco más o menos, el mismo resultado que estos cinco.

Todavía no se nos ha ofrecido ningún caso de coma, pero reproduciremos el muy interesante, ocurrido en la clínica de los doctores Russell, Bowen y Pucher, que demuestra los resultados obtenidos por la droga y el tratamiento que debe seguirse en esas circunstancias.

### CASO PRIMERO

Señora W. . . . ., casada, de sesenta años de edad, ingresó al Hospital quejándose de una úlcera en el dedo grande del pie izquierdo.

Informa que hace cuatro años fue tratada por diabetes y desde entonces no ha mejorado de salud.

*Síntomas:* micciones frecuentes, sed exagerada, apetito voraz y demacración progresiva. La vista afectada desde hace dos años con una ceguera que aumenta día por día.

El examen clínico revela que además de diabetes, la paciente sufre de nefritis intersticial crónica y bocio coloideo.

El laboratorio confirmó nuestro diagnóstico con el siguiente resultado:

Azúcar en la orina + + +

Azúcar en la sangre 267.7 (127.7 gms. más de lo normal)

Albúmina + + +

Tubos hialinos

Acetonuria.

### PROGRESO DIARIO

Julio 14. — Azúcar en la orina + + +

Azúcar en la sangre 267.7

Presión de la sangre 155-82

Pulso, temperatura y respiración, normales.

Se ordenó el espécimen de la orina en 24 horas y se prosiguió con la dieta número uno.

Julio 15. — El resultado del examen de la orina indica que la paciente secreta 6.72 gramos de azúcar en 24 horas.

La dieta No. 1 contiene 14      gramos de azúcar

En 24 horas secreta      6.72 gramos de azúcar

Consumo	7.28
Desperdicia	6.72

Esta pérdida de 6.72 gramos de azúcar que pasa en la orina —casi la mitad del azúcar de la dieta— indica la tolerancia tan baja de los tejidos para la combustión de los hidratos de carbono; por lo tanto piden ayuda y ésta se les proporcionó mediante la aplicación de tres unidades de insulina, quince minutos antes del desayuno.

Se le ascendió a la dieta número dos.

Julio 16. — La orina es negativa para azúcar, sin embargo muestra trazas de acetona. Se nota una ligera mejoría en la úlcera sobre la cual se continúa aplicando paños de una solución salina.

Se le ascendió a la dieta número tres.

Julio 17. — La orina indica azúcar. Acetona +

No se pudo obtener la cantidad que la paciente eliminó en las 24 horas, pero su presencia es una indicación para aplicarle más insulina.

Se le inyectan seis unidades: tres quince minutos antes del desayuno y tres quince minutos antes de la comida de la noche.

Se le asciende a la dieta número cinco.

Julio 18. — Examen de la sangre: 148 mgs. por 100 c.c. de sangre, lo que indica un descenso desde el anterior, día 14, que fue de 267.7.

El azúcar en la orina desaparece de nuevo, lo mismo que la acetona.

Se continúa la aplicación de seis unidades de insulina diarias y se le asciende a la dieta número seis.

Julio 19 y 20. — Dietas números siete y ocho.

Orina negativa para azúcar y acetona.

La úlcera ha mejorado notablemente y la paciente puede calzarse.

Se continúa la aplicación de seis unidades de insulina.

Julio 21. — Orina negativa.

Se asciende a la dieta número nueve para experimentar.

Se suprime la insulina.

Julio 22. — Azúcar en la orina  $++$ . Acetona  $+$ . El azúcar en la sangre asciende a 280 mgs. y esa tarde, la paciente, se sentía cansada, sedienta y con una cefalalgia severa.

Como se puede notar, la reacción aquí no fue tan grave debido a la pequeña cantidad de insulina aplicada.

Julio 23. — Azúcar en la orina  $++$ . Acetona  $+$ .

Dieta número diez.

Se le aplican diez unidades de insulina: cinco por la mañana y cinco por la tarde.

Julio 24. — El azúcar en la orina es negativa.

Se le asciende a la dieta número once.

Se le aplican las diez unidades de insulina.

La paciente se siente bien; la úlcera está completamente cicatrizada y sólo la aqueja el edema, de la nefritis, en los tobillos.

Julio 25. — Con la dieta número once y diez unidades de insulina se obtuvo el resultado siguiente:

Azúcar en la orina ++.

Azúcar en la sangre 263.4.

Indudablemente la dosis de insulina es muy pequeña para la dieta, que es muy alta en azúcar, y la tolerancia de la paciente que es muy baja.

Julio 26. — Se regresa a la dieta número diez y se aplican 15 unidades de insulina.

Julio 27. — El examen de la orina es negativo para azúcar y acetona.

La cantidad en la sangre desciende a 150.

La úlcera completamente cicatrizada.

Julio 28. — La orina continúa negativa para azúcar y acetona.

No se hizo examen de la sangre.

La paciente no se queja de ninguna dolencia.

Se le dio de alta y al mismo tiempo se le indicó una lista de la dieta número diez y se le prescribió la cantidad de insulina (15 unidades) que debe inyectarse diariamente.

Agosto 3. — La paciente regresó a la Clínica donde se le hizo el examen de la orina, que resultó negativo respecto de azúcar.

La mejoría que presenta es notable: todos los síntomas han desaparecido, aun la ceguera.

Ha reasumido su trabajo diario.

### COMENTARIOS

a) Este caso demuestra la tolerancia tan baja que presentan, a veces, los diabéticos y que quizás son éstos los clasificados como agudos, de que hablan los autores antiguos.

b) En esta paciente la tolerancia fue estimada en la dieta número uno que sólo contiene 14 gramos de hidratos de carbono.

c) Luego se pudo notar la reacción que sobreviene cuando la insulina se suspende de un todo.

d) El efecto de la droga de reducir la glucosa de la sangre se pudo observar en los repetidos exámenes hematológicos, lo mismo que su acción en hacer desaparecer el azúcar y la acetona de la orina.

e) La paciente recibe, en la actualidad, 15 unidades de insulina diarias y consume la dieta número diez que contiene 109 gms. de hidratos de carbono, 63 gms. de proteínas y 119 gms. de grasas, lo que da un total de 1771 calorías.

### CASO SEGUNDO

Señora B. . . . ., casada, de cincuenta y nueve años de edad, de oficios domésticos. Al entrar al Hospital se quejaba de fuertes dolores en la región lumbar.

Informa que desde hace seis meses viene sufriendo de una cefalalgia severa, micciones frecuentes y dolores en todo el cuerpo, la boca seca y con mal sabor; que hace tres meses tuvo un grano en la planta del pie izquierdo que se le reventó y fue el principio de una úlcera dolorosa que no ha podido hacer sanar.

En el examen físico se notó una pigmentación morena oscura sobre el abdomen, una úlcera honda pero pequeña en la planta del pie izquierdo y la cicatriz de otra en el extremo inferior de la tibia derecha.

Presión de la sangre 153-80.

Wasserman negativo.

Al ser admitida en el Hospital, el 18 de Junio, la orina tenía marcada cantidad de azúcar, tubos hialinos, leucocitos y trazas de albúmina, pero resultó negativa para acetona y ácido diacético.

### PROGRESO DIARIO

Junio 18.—Examinada la orina se vió el resultado ya dicho y se le ordenó la dieta número dos.

- Junio 19.—Examen de la sangre 204 mgs.  
Orina negativa.  
Se continuó la misma dieta.
- Junio 20.—Orina negativa.  
Se le ascendió a la dieta número cuatro.
- Junio 21.—Azúcar en la orina negativa.  
Se le ascendió a la dieta número seis y en ella se mantiene hasta el 24 del mes inclusive.
- Junio 25.—La dieta número seis se continúa.  
La orina es negativa para azúcar.  
Glucosa en la sangre es 161.5mgs.  
Se asciende a la dieta número ocho en la cual permanece hasta el 2 de Julio.
- Julio 3. — Dieta número ocho.  
Orina negativa.  
Azúcar en la sangre 145.3 mgs.
- Julia 4. — Se le asciende a la dieta número diez en la que se queda hasta el 10 de Julio.
- Julio 11. — Dieta número diez.  
Azúcar en la orina negativa.  
Examen hematológico 138.4mgs.
- Julio 12. — Se le asciende a la dieta número doce.  
Azúcar en la orina negativa.  
La úlcera está completamente cicatrizada; la paciente puede calzarse y no se queja de ningún dolor ni de ningún malestar e insiste en que se le dé de alta.
- Julio 14. — Con la dieta número doce, en la cual ha estado la paciente por dos días, se obtuvo el siguiente resultado:  
Azúcar en la orina: negativa.  
Glucosa en la sangre: 126.3 mgs.  
Se le dió de alta, provista de instrucciones so-

bre la dieta e indicándole que debía regresar a la Clínica todos los viernes.

Agosto 3.—Después de dos semanas volvió a la Clínica porque se sentía con malestar. Dijo que le fue imposible limitarse a la dieta prescrita porque no satisfacía del todo su apetito y que, de vez en cuando la adicionaba con pan, helados y confites.

El examen de la orina acusó marcada cantidad de azúcar y en la sangre aparecían 275.8 mgs.

### COMENTARIOS

a) La tolerancia para los hidratos de carbono, en esta paciente, es alta como se puede ver al compararla con la del caso anterior.

b) La dieta se ascendió gradualmente hasta la número doce, manteniéndose la orina libre de azúcar.

c) Como la enferma no presentaba síntomas agudos se la sometió al tratamiento dietético sin insulina, al cual respondió favorablemente.

d) El 14 de Julio, cuando se le dió de alta, habían desaparecido todos los síntomas que trajo cuando entró al Hospital y su restablecimiento era casi completo.

e) El 3 de Agosto, cuando la vimos regresar a la Clínica, con nuevos síntomas sufrimos una de esas decepciones que con frecuencia causan los diabéticos, quienes una vez fuera del control que sobre sus apetitos se ejerce en el Hospital, regalan sus paladares con azúcares en todas sus formas, no obstante lo mucho que el médico les ha repetido que, para ellos, azúcar y veneno, son sinónimos.

### CASO TERCERO

Señora C. . . . ., de sesenta años de edad, casada.

Sufre de diabetes desde hace 20 años sin haberse sometido nunca a tratamiento riguroso. En Mayo de 1923 in-

gresó a uno de los Hospitales de esta ciudad, donde comenzaron a tratarla con insulina y en Julio le dieron de alta aplicándole 30 unidades diarias.

El 10 de Agosto consultó nuestra Clínica y se le aconsejó inmediata hospitalización. Fue admitida al Georgetown University Hospital el 20 de Agosto.

*Síntomas:* Malestar general, fiebre de 38.50C. seguida de escalofríos, tos incesante, edema en los tobillos y una úlcera en la parte anterior de la tibia derecha en vías de cicatrización.

Presión de la sangre 155-70.

El examen hematológico señaló 377.3 mgs. de glucosa en 100 c.c. de sangre. La orina negativa en cuanto a azúcar y a acetona, pero contenía gran cantidad de albúmina y tubos hialinos.

El examen físico reveló una disminución de la sonoridad pulmonar en la fosa supraclavicular derecha, estertores húmedos consonantes en los vértices y bases, respiración tubárica, un soplo cavernoso anfórico en la parte anterior del ápice derecho.

Se sospechó una tuberculosis activa.

El examen de los esputos manifestó gran cantidad de bacilos de Koch y el estudio de los radiogramas enseñó que había varias cavernas en los ápices, una grande en la parte anterior del derecho y varias pequeñas en el izquierdo. Además de esta destrucción, los pulmones estaban inundados por tubérculos de todos tamaños.

### PROGRESO DIARIO

Por razones obvias daremos un resumen de éste.

Comenzamos el tratamiento de la diabetes con la dieta número seis y la ascendimos gradualmente hasta llegar a la número doce, a la par que reducíamos la insulina a 2 unidades, cuando la paciente empezó a secretar azúcar en la orina.

La dosis de insulina se aumentó entonces a 5 unidades

diarias y la orina quedó libre de azúcar. La glucosa de la sangre fue disminuyendo hasta reducirse a 270 mgs. en donde permanece actualmente.

La úlcera quedó del todo cicatrizada y la paciente se sentía mejor.

Esta enferma se transfirió al sanatorio para tuberculosos que se halla en el Parque Potomac, en donde seguimos tratándola.

### COMENTARIOS

a) En este caso hemos podido apreciar los beneficios de la insulina en el tratamiento de la diabetes con complicaciones tales como la tuberculosis.

b) La paciente consume ahora 154 gms. de hidratos de carbono, 84 gms. de proteínas y 135 gms. de grasas, lo que da un total de 2187 calorías, sin secretar azúcar en la orina ni aumentar la glucosa en la sangre.

c) Indudablemente que la insulina nos ha ayudado a acrecentar la dieta considerablemente, de modo que la enferma, al mismo tiempo, se encuentra en mejores condiciones para combatir el desastre causado por los bacilos de Koch.

d) En este caso pudimos observar, además, la retención de azúcar debido a la nefritis existente, pues, en la actualidad, la sangre contiene 270 mgs. de glucosa y la orina no tiene trazas de azúcar. El objeto en reducir la insulina se explica, como es natural, por la moderada cantidad de azúcar en la sangre y luego la no secreción de azúcar en la orina.

e) Pocas son las esperanzas que en este caso quedan; sin embargo podemos decir que hemos hecho el beneficio de ayudar a la naturaleza para prolongarle la vida a esta enferma unos días, quizás unos meses, pues el proceso de la tuberculosis es activo y demasiado avanzado.

### CASO CUARTO

El señor T....., casado, de cincuenta y seis años de edad.

El 14 de Mayo de 1923, consultó a un médico de la localidad porque sufría de frecuentes micciones seguidas de debilidad y pérdida de peso; de vez en cuando se sentía sediento y siempre hambriento.

Fuera de este síndrome diabético no presenta otro síntoma de importancia.

Los exámenes de la orina y de la sangre revelan grandes cantidades de azúcar en la una y en la otra.

Ingresó a nuestra Clínica, el 15 de Junio, con los síntomas arriba mencionados más una acetonuria marcada.

### PROGRESO DIARIO

Junio 18.—El paciente rehusa entrar al Hospital por consiguiente sólo puede tratársele una vez a la semana.

Se tomó la sangre, un espécimen de orina y se le indicó la dieta número uno.

El examen de la sangre acusó 463.2 mgs. de azúcar.

El examen de la orina indicó marcada cantidad de azúcar y de acetona.

Junio 22.—Examen de la sangre: 323 mgs.

Azúcar en la orina, marcada lo mismo que la acetona.

Se comienza el tratamiento con la insulina.

Se le asciende a la dieta número nueve y se dispone inyectarle veinte unidades de insulina diarias.

Julio 25.—Hasta hoy no habíamos sabido del paciente cuando se nos presentó en el Hospital sufriendo de debilidad extremada y nerviosidad grande.

Dijo que durante este interregno había estado tomando 30 unidades de insulina diarias.

Se insistió en que permaneciera en el Hospital

y convino. Esa noche se hizo un examen de la sangre y no fue posible encontrar ni trazas de azúcar que correspondieran a lo normal.

La orina completamente negativa.

Se suspendió la insulina y se le ascendió a la dieta número once.

Julio 26. --- A las ocho de la mañana se hizo otro examen de la sangre que dio el mismo resultado, es decir, la proporción de azúcar era tan baja que no se podía estimar. La orina, negativa.

Se le dejó en la misma dieta sin darle insulina.

Julio 27. --- El espécimen de la orina, obtenido en veinticuatro horas, dio el resultado, que con la dieta puede resumirse así:

La dieta número once contiene 135. gms de hidratos de carbono.

En 24 horas secreta	24.14 gms. de
azúcar.	<u>          </u>

Consume	110.86
---------	--------

Desperdicia	24.14
-------------	-------

Julio 28, 29, 30. --- Ningún cambio de importancia ocurrió durante estos días, excepto el ascenso a la dieta número doce, sin insulina.

Julio 31. --- Como era de esperarse, el azúcar en la sangre aumentó a 380 mgs.

El azúcar en la orina, marcada y trazas de acetona nuevamente.

Se redujo la dieta a la número ocho y se le aplicaron seis unidades de insulina diarias.

Agosto 1.---No hay cambios.

Agosto 2.---La dieta número ocho con seis unidades de insulina dio el resultado que sigue:

La dieta número ocho contiene 84. gms. de hidratos de carbono.

En 24 horas secreta azúcar.	8.12 gms. de <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>
Consume	75.88
Desperdicia	8.12
Agosto 3.—No hubo cambios.	
Agosto 4.—El examen de la sangre dió 203.1 mgs. de glucosa en 100 c.c. de sangre. Se le ascendió a la dieta número nueve y se le aplicaron diez unidades de insulina diarias.	
Agosto 5.—No hubo cambio alguno.	
Agosto 6.—La dieta número nueve contiene 98. gms. de hidratos de carbono.	
En 24 horas secreta azúcar.	4.4 gms. de <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>
Consume	93.6
Desperdicia	4.4
Se le ascendió a la dieta número diez y se continuaron las diez unidades de insulina.	
Agosto 7.—La dieta número diez contiene 109. gms. de hidratos de carbono.	
En 24 horas secreta azúcar.	7.48 gms. de <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>
Consume	101.52
Desperdicia	7.48
El examen sanguíneo dió 185.9 mgs. de glucosa. Se le ascendió a la dieta número once y se le aplicaron 15 unidades de insulina diarias.	
Agosto 8.—La dieta número once contiene 135. gms. de hidratos de carbono.	
En 24 horas secreta azúcar.	2.56 gms. de <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>
Consume	132.44
Desperdicia	2.56
Se le ascendió a la dieta número once y se continuó la aplicación de las 15 unidades de insulina.	

Agosto 9.—La dieta número doce contiene 159. gms de hidratos de carbono.

En 24 horas secreta	10.36 gms. de azúcar.
Consume	138.64
Desperdicia	10.36

El examen de la sangre acusó 127.5 mgs. de glucosa.  
Se le dió de alta.

### COMENTARIOS

a) Lo más importante que presentó este caso, fue la hipoglicemia causada por la insulina y que sugería, a primera vista, un principio de coma.

b) Permitted observar el ascenso del azúcar en la sangre al suprimirse la insulina por completo y su descenso a medida que se volvió a inyectar la droga, descenso gradual y que seguía en su proporción el aumento de la dosis de insulina.

c) El enfermo fue dado de alta desaparecidos ya todos los síntomas que tenía cuando fue admitido en el Hospital.

d) Salió con una tolerancia a los hidratos de carbono de 138.64 gramos con la ayuda de 15 unidades de insulina diarias.

e) Las 2187 calorías que proporciona la dieta número doce, son más que suficientes para mantenerle su metabolismo.

### CASO QUINTO

El señor G. D....., estudiante, de diecinueve años de edad, soltero.

Se decidió a consultar a un médico, dos semanas antes de ser admitido en el Hospital, por sufrir de cansancio constante y marcada pérdida de peso, acompañados de sed te-

rrible y frecuentes micciones. El médico le diagnosticó diabetes, basándose en la cantidad de azúcar que le halló en la orina y lo refirió a nuestra Clínica, donde fue admitido el 27 de Julio.

Se le recibió en camilla porque no podía moverse y presentaba, además de los síntomas enumerados, una furunculosis generalizada.

### PROGRESO DIARIO

Julio 27. — Se le hizo el examen de la sangre, cuyo resultado fue: 347.8 mgs. de glucosa por cada 100 c.c. de fluido.

El paciente pesaba 98 libras.

En el espécimen de la orina de veinticuatro horas se encontraron 69.67 gramos de azúcar y marcada acetonuria.

Se le sometió al tratamiento con la dieta número seis y 15 unidades de insulina diarias.

Julio 28 y 29. — No hubo cambios.

Julio 30. — El resultado obtenido con la dieta número seis y 15 unidades de insulina fue como sigue:

La dieta número seis contiene 64. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas	29.18 gms. de
azúcar.	-----

Consumió	34.82
----------	-------

Desperdió	29.18
-----------	-------

La glucosa sanguínea ese día fue de 173.9 mgs. por cada 100 c.c.

Julio 31. — Se le ascendió a la dieta número ocho y se le continuaron las 15 unidades de insulina diarias.

Agosto 1.—La dieta número ocho contiene 84. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	22.84 gms. de -----
Consumió	61.16
Desperdió	22.84

El examen de la sangre dió: 245 mgs.

En la orina, además de azúcar, se encontró marcada acetonuria.

Para combatir ésta se le prescribió bicarbonato de soda dos veces al día.

La insulina se le subió a 20 unidades diarias.

Agosto 2.—La dieta número ocho contiene 84. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	13.82 gms. de -----
Consumió	70.18
Desperdió	13.82

Agosto 2 y 4.—La furunculosis ofrecía mejoría visible, el paciente se sentía más fuerte y, aparentemente, aumentaba en peso.

No hubo variación en el tratamiento.

Agosto 5.—La dicta número ocho contiene 84. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	13.51 gms. de -----
Consumió	70.49
Desperdió	13.51

Agosto 6.—Se continuó el mismo tratamiento.

El paciente estaba notablemente mejor y se le permitió que pasara la mayor parte del día al aire libre, en los jardines del Hospital, moviéndose de un lado al otro por sus propios esfuerzos y sin ayuda alguna.

Agosto 7. — La dieta número ocho contiene 84. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	6.75 gms. de <hr/>
Consumió	77.35
Desperdició	6.75

Examen de la sangre: 191.3 mgs. de azúcar.

Se le ascendió a la dieta número diez y se continuaron las 20 unidades de insulina diarias.

Agosto 8.—La dieta número diez contiene 109. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	11.9 gms. de <hr/>
Consumió	97.1
Desperdició	11.9

Se aumentó la dosis de insulina a 25 unidades.

Agosto 9.—La dieta número diez contiene 109. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	9.21 gms. de <hr/>
Consumió	99.79
Desperdició	9.21

Continuó la misma dosis de insulina.

Agosto 10.—La dieta número diez contiene 109. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas azúcar.	4.22 gms. de <hr/>
Consumió	104.88
Desperdició	4.22

Continuó con la misma dosis de insulina.

Agosto 11.—Se puso al paciente bajo el siguiente régimen:

La dieta número nueve que contiene 98.00 gms. de hidratos de carbono y se le dieron las proteínas y grasas de la dieta número doce, es decir, 84 gms. de proteínas y 135 de grasas.

Agosto 12.—La dieta número nueve contiene 98. gms. de hidratos de carbono.

En 24 horas no hubo secreción de azúcar.

Se redujo la dosis de insulina a 20 unidades.

Agosto 13.—No hubo cambios, ni se pudo conseguir espécimen de la orina por 24 horas.

Agosto 14.—La dieta número nueve contiene 98. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas	1.82 gms. de
azúcar.	-----

Consumió	96.18
----------	-------

Desperdió	1.82
-----------	------

Agosto 15.—No hubo cambios.

El paciente pesa 108 libras.

La acetonuria ha desaparecido.

La orina es alcalina.

Se suspende el bicarbonato de soda.

Agosto 16.—La dieta número nueve contiene 98. gms. de hidratos de carbono.

Secreción en 24 horas	1.79 gms. de
azúcar.	-----

Consumió	96.21
----------	-------

Desperdió	1.79
-----------	------

Se continuó la dosis de 20 unidades de insulina.

Agosto 17.—La dieta número nueve contiene 98. gms. de hidratos de carbono.

En 24 horas no hubo secreción de azúcar en la orina.

Acetona, negativa.

El examen de la sangre dió 150 mgs.

Se continuó la dosis de 20 unidades de insulina.

Se dió de alta al paciente.

Noviembre 23.—Continúa en perfecto estado de salud.

Mínima dieta y tratamiento.

Azúcar en la orina: negativa.

Glucosa en la sangre: 158 mgs.

Pesa 118½ libras.

## COMENTARIOS

a) El presente es un caso de diabetes aguda, que fue necesario someter al régimen de la insulina inmediatamente después de admitido al Hospital, porque la debilidad y la emaciación del paciente no permitían comenzar por estudios dietéticos.

b) Los resultados obtenidos pueden resumirse así: el paciente entró al Hospital en camilla, con una furunculosis marcada y un peso de 98 libras, además de la enorme cantidad de azúcar encontrada en los exámenes de la sangre y de la orina y de la acidosis respectiva, y salió restablecido, con un aumento de 10 libras en su peso y la piel enteramente limpia.

c) Ahora recibe 20 unidades de insulina al par que toma los hidratos de carbono de la dieta número nueve (98 gms.), las proteínas (84 gms.) y las grasas de la dieta número doce, lo que le proporciona un total de 1942 calorías.

d) El azúcar en la sangre es de 150 mgs. y la orina es completamente negativa.

## CASO DE COMA

(Observado en la Clínica de Russell, Bowen y Pucher.)

La señora F. S. . . . . , de 35 años de edad, fue admitida a la Clínica, el 27 de Febrero de 1923, en estado de profundo coma en el que había caído inesperadamente cuatro horas antes.

Este era un caso grave de diabetes azucarada, tratado en dicha Clínica hacía once meses y dado de alta con una dieta de 13 gramos de hidratos de carbono, 33 gramos de proteínas y 105 gramos de grasas. Para ese tiempo, aun cuando la orina estaba libre de azúcar, el examen de la sangre dió 170 miligramos de glucosa por cada cien centímetros cúbicos de fluido sanguíneo.

Se le siguió tratando en el Dispensario para no hospi-

talizados, por unos cuantos meses, llegándose a la conclusión de que la enferma no toleraba gran aumento en la dieta.

Hace cuatro meses se le aconsejó que se hospitalizara nuevamente, pero rehusó hacerlo.

### RELATO DIARIO DEL CASO

Febrero 27.—Se le aplicaron, en su casa, 50 unidades de insulina, por inyección subcutánea, a las 8.30 a. m. Cuando se le recibió en la Clínica, a las 10 a. m., estaba bajo profundo coma, la respiración era dificultosa y no podía tragar. La sangre acusaba 660 mgs. de azúcar por 100 c.c. y la capacidad del plasma para la absorción de  $\text{CO}_2$  era menos de 5 mm. Un furúnculo que presentaba en la axila derecha se le abrió libremente. Se le pusieron, por inyección intravenosa, 500 c.c. de solución salina fisiológica. A la 1 p. m. pasaba ya traguitos de agua, pero no se manifestaba ninguna otra mejoría. A esta hora el contenido de azúcar en la sangre era el mismo que el de la admisión y se le inyectaron intravenosamente 50 unidades de insulina. A las 2 p. m. el azúcar en la sangre era de 620 mgs. y a las 4 p. m. 400 mgs. A esta última hora, la enferma solía salir del estupor, balbuceaba una que otra palabra y orinó voluntariamente. Se continuaron las inyecciones de solución salina fisiológica y las aplicaciones de calor artificial para el cuerpo. Por la vía bucal se le dió una solución débil de bicarbonato de soda y por la vía intravenosa 50 unidades de insulina. A las 9. p. m. vomitó y se suspendieron los flúidos por la boca; se continuaron las inyecciones de solución salina y se principió el suministro de solución débil de bicarbonato de soda por la vía rectal. Para ese entonces, el azúcar era ya de 300 mgs. por cada 100 c.c. de sangre y la capacidad del plasma para  $\text{CO}_2$  de 8 mm.; otra vez se le inyectaron, por la vía subcutánea, 50 unidades de insulina.

Febrero 28.—La paciente estaba ya consciente aunque no podía ingerir líquidos todavía. A las 10.30 a. m. la glucosa en la sangre era de 230 mgs. y la capacidad del

plasma para  $\text{CO}_2$  de 10.2 mm. A las 12.30 p. m. se le suministraron, subcutáneamente, 15 unidades de insulina. A las 3 p. m. el azúcar en la sangre era 270 mgs. Por desgracia la insulina que había en la Clínica se agotó y no fue posible obtener nueva remesa hasta el día siguiente, por lo tanto quedó suspendida temporalmente. La paciente, poco a poco, se puso soñolienta, le vino sudor copioso y desarrolló una oliguria relativa.

Marzo 1<sup>o</sup>.—A las 9 a. m. sobrevino de nuevo el coma, con casi la misma intensidad que al ser admitida la enferma: azúcar en la sangre, 680 mgs. y capacidad del plasma para  $\text{CO}_2$ , 10.8 mm.; se le dieron dos inyecciones de insulina, una subcutánea y otra intravenosa, de 50 unidades cada una. A las 12 m. la glucosa de la sangre era de 500 mgs. y otra vez se le hicieron dos inyecciones de insulina, subcutánea la una e intravenosa la otra, de 50 unidades cada una. A las 3 p. m. el azúcar en la sangre era 230 mgs. A las 5 p. m. la glucosa en la sangre era ya de 140 mgs.; la paciente se encontraba en coma, pero la dificultad en la respiración había disminuído. Aunque la enferma tenía 36 horas de no orinar, se continuaron las inyecciones intravenosa de salina y el suministro de solución débil de bicarbonato de soda por la vía rectal. A las 9 p. m. y a las 11.45 p. m. se le dieron 300 c. c. de una solución de 10% de glucosa por inyección intravenosa acompañadas, cada vez, de 15 unidades de insulina por inyección subcutánea. A la media noche, la enferma, no respondía a la conversación, pero podía tragar. El azúcar en la sangre era de 135 mgs.

Marzo 2.—A la 1.45 a. m., la enferma recibió, intravenosamente, 300 c. c. de una solución de 10% de glucosa con 10 gms. de bicarbonato de soda y 15 unidades de insulina adicionales. Esta medicación se repitió a las 6 a. m. A las 11 a. m. la enferma estaba ya consciente y tomaba jugo de naranja por la boca; la glucosa en la sangre era de 120 mgs., la capacidad del plasma, para  $\text{CO}_2$  18 mm.; el nitrógeno de urea, en la sangre, 75.5 mgs. A las 2 p. m., por un descuido de los asistentes, la enferma, no tomó el

jugo de naranja y la glucosa recetados, entonces se le dieron, intravenosamente, 400 c. c. de una solución de 10% de glucosa con 10 gramos de bicarbonato de soda. Esta medicación, más 15 unidades de insulina, se repitió a las 6 p. m. A media noche la enferma estaba consciente y cómoda aun cuando no podía tragar líquidos; de nuevo se le suministró la solución de glucosa y bicarbonato y se le aplicaron 20 unidades de insulina por inyección subcutánea.

Marzo 3.—La enferma mejoraba de manera notable, su mente estaba despejada por entero y había recuperado la facultad de tragar fluidos. A las 10 a. m. el azúcar en la sangre era de 210 mgs. y la capacidad del plasma para CO<sub>2</sub>, 28 mm. Cada seis horas se le inyectaron, intravenosamente, 500 c. c. de solución de 10% de glucosa y 20 unidades de insulina, éstas últimas por inyección subcutánea. La paciente orinaba con mayor abundancia y presentaba decidida mejoría clínica.

Marzo 4.—El azúcar en la sangre, este día, era de 420 mgs. Una mixtura de 1000 c. c. de leche, 200 c. c. de crema y 30 gramos de lactosa, se dividió en cuatro porciones y se le dio una, cada seis horas, acompañada de una inyección subcutánea de 10 unidades de insulina. La mejoría continuaba. La enferma orinó 1.400 c. c., libres de azúcar y con sólo una ligera traza de ácido diacético.

Marzo 5.—Durante la noche, la paciente, tuvo un escalofrío y la temperatura le subió a 102° Farenheit (40.3° C). Se encontraron signos físicos en la parte posterior del pulmón derecho. Los leucocitos, que eran —el día cuatro— 7.200 por milímetro cúbico, subieron a 15.200 con una polimorfonucleosis de 86. El azúcar en la sangre era de 440 mgs. y la capacidad del plasma para CO<sub>2</sub>, de 28 mm. Una mixtura de 1000 c. c. de leche y 200 c. c. de crema se le dió a tomar, cada seis horas, con 20 unidades de insulina por inyección subcutánea. Expectóro cantidad considerable de esputos de color herrumbroso típico, en los cuales se encontró cantidad abundante de neumococos.

Marzo 6.—La temperatura se mantenía en 102° (40.3° C), con un pulso de 120 y 30 respiraciones por minuto.

La enferma no mostraba cianosis. Clínicamente, el estado de la paciente era bastante satisfactorio excepto el aumento de nitrógeno de urea en la sangre, que subió a 96 mgs.; el azúcar era de 110 mgs.; el total de orina en 24 horas fue de 460 c. c., libre de azúcar y con ligera traza de ácido diacético. La mixtura de leche y crema se continuó, con 15 unidades de insulina, cada seis horas.

Marzo 7.—El estado clínico no presentó mayores cambios. Los signos físicos de neumonía aumentaron, envolviendo todo el pulmón derecho, y se encontraron, además, signos de extensa pleuresía en la parte anterior. El nitrógeno de urea en la sangre era de 112 mgs. este día; el azúcar, de 100 mgs. En el día, sólo orinó 280 c. c., pero libre de azúcar. La dieta y la dosis de insulina fueron las mismas del día anterior.

Marzo 8.—La enferma no parecía tolerar muy bien los alimentos. El nitrógeno de urea en la sangre era de 102 mgs.; la glucosa era de 110 mgs.; el número de leucocitos 12.800 con una polimorfonucleosis de 83; una cultura de la sangre resultó negativa. La dosis de insulina se redujo a 10 unidades cada seis horas.

Marzo 9.—En la mañana no se notó cambio aparente en el estado clínico; el azúcar era de 360 mgs. y el nitrógeno de urea de 112 mgs. Se continuó el mismo tratamiento del día anterior. A las 3 p. m. la enferma sufrió un cambio repentino hacia lo fatal: se quejó de fuertes dolores en el pecho, poco a poco se puso cianótica, las respiraciones aumentaron a 60 por minuto y el pulso varió a rápido y débil. Se le hizo una sangría de 300 c. c. y se le administraron pequeñas dosis de morfina, varias veces. A las 8 p. m. la enferma expiró.

## APUNTES TOMADOS DE LA AUTOPSIA

### *Diagnóstico anatómico:*

Atrofia del Páncreas.

Degeneración Glicogénica de los Riñones asociada a de-

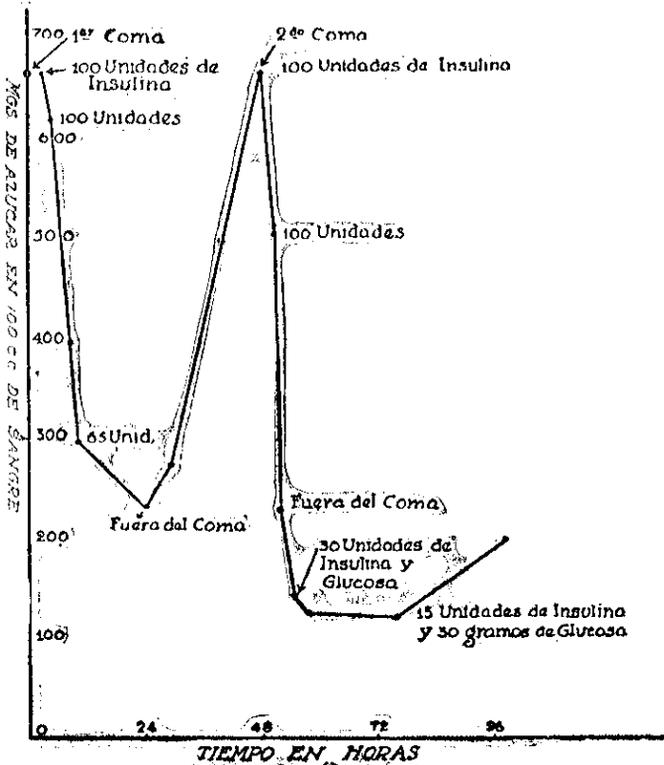
generación parenquimatosa extremada. (Nefritis Parenquimatosa Aguda).

- Diabetes Azucarada.
- Neumonía Lobular del Pulmón Derecho.
- Hipertrofia Aguda del Bazo.
- Degeneración del Músculo Cardíaco.
- Degeneración del Hígado.
- Edema del Pulmón Izquierdo.
- Edema del Cerebro.

*Análisis Químico del Hígado:*

Hidratos de Carbono libres	0.62%
Glicógeno	1.48%

**EFEECTO DE LA INSULINA EN COMA DIABETICO**



## COMENTARIOS

a) La insulina devolvió los sentidos a esta enferma en dos ataques de profundo coma diabético igualmente graves, en los que cayó con un intervalo de dos días.

b) En el primer ataque se usó la insulina, sola, con buen éxito, pero en el segundo ataque el coma persistió aun después del descenso del azúcar en la sangre a lo normal y para que la paciente recuperara los sentidos fue menester aumentar la reserva alcalina de la sangre con la aplicación intravenosa de glucosa y bicarbonato de soda a la vez que se disminuía la dosis de insulina.

c) Durante los nueve días de observación se le inyectaron 915 unidades de insulina, de las cuales 200 unidades se aplicaron en tres horas, durante el segundo ataque.

d) La oliguria relativa y la retención del nitrógeno en la sangre, ambas ocurridas durante el segundo coma, fueron, probablemente, manifestaciones de una nefritis tóxica aguda, que, como se sabe, acompaña los casos de intoxicación ácida y de coma.

e) Después de dos días de haber recuperado del segundo ataque, la presencia de una infección aguda, en la forma de neumonía lobular, vino a aumentar, grandemente, la gravedad de la situación y es probable que esta infección aguda fuese la causa responsable de la marcada retención de nitrógeno y de la nefritis parenquimatosa aguda que señaló la autopsia.

f) Después del último coma, el azúcar en la sangre se mantuvo, por cinco días, en lo normal, balanceando dos gramos, más o menos, de glucosa contra una unidad de insulina. Este hecho sugiere que la potencia del extracto no se afecta con la presencia de una enfermedad febril intensa.

g) Este caso demuestra la gran conveniencia de las estimaciones repetidas de la glucosa en la sangre para decidir sobre la dosis de insulina que se debe aplicar en casos de coma, pues los exámenes de la orina no son satisfactorios, debido a la dificultad en coleccionar la de enfermos en estado inconsciente.

h) El análisis químico del hígado parece indicar que la insulina, aunque sea usada en grandes cantidades y en presencia de glucosa, no aumenta rápidamente la cantidad de glicógeno almacenada en el hígado.

### CONCLUSION

Al terminar consignaremos nuestra humilde opinión sobre esta nueva droga, basada en la experiencia que hemos adquirido por su aplicación en los casos presentados en este folleto y en otros que hemos tratado ya y que estamos tratando actualmente.

Banting y sus colaboradores, en sus arduos trabajos de experimentación, perseguían la consecución de un extracto activo, elaborado en los islotes de Langerhans, en el páncreas, y al fin lograron coronar, con el mejor éxito, la empresa en que muchos otros habían fracasado. Y estos últimos perdieron sus esfuerzos por no poder separar la secreción interna, de la externa, del páncreas, ya que ésta neutralizaba a aquélla y los extractos resultaban de ningún valor.

De su origen se desprende que la insulina es el sustituto lógico de la secreción interna del páncreas y que su administración por la vía bucal es de ningún efecto porque los jugos digestivos la neutralizarán. También se advierte que, dada su procedencia, unas cuantas inyecciones de la droga no crean en el paciente nuevos islotes de Langerhans y por lo tanto no puede ofrecer una cura radical para la diabetes, como ha sido la esperanza, formada por el anuncio del descubrimiento, en la imaginación popular.

La acción fisiológica de la insulina es aumentar la capacidad de los tejidos para utilizar el producto de la digestión de hidratos de carbono que les lleva la sangre, dando por resultado la disminución del azúcar que circula libre en el fluido sanguíneo y por ende la disminución en el azúcar excretado por las vías urinarias.

La terapéutica, aprovechando la farmacodinamia de este extracto, lo utiliza en los diabéticos para contrarrestar

los estragos que esta enfermedad produce debido al deficiente metabolismo de los azúcares, estragos que se revelan por síntomas generales y locales, como la polidipsia, la poliuria, la polifagia, la demacración extremada, el prurito general o simplemente vaginal, las úlceras, la gangrena, etc.

### VENTAJAS

Tal es la teoría de la insulina y de su acción, que consideramos plenamente comprobadas por las investigaciones clínicas que se han llevado a cabo.

Las ventajas que la insulina presenta en la práctica pueden resumirse así:

1º Reduce la glucosa de la sangre y rinde la orina libre de azúcar.

2º Sirve de específico eficaz en los casos de coma, los cuales, antes del advenimiento de esta droga, eran, por decir lo menos, desesperados.

3º Hace desaparecer la acidosis, ya sea diabética, ya sea de otras causas, de donde resulta una ayuda en los casos quirúrgicos.

4º Da muy buenos resultados en casos de úlceras, furunculosis, gangrena y otras lesiones locales producidas por la diabetes.

5º Su administración, bien regularizada, ofrece medio de reconstruir la resistencia de un paciente, con marcada demacración diabética, permitiendo la asimilación y uso subsiguiente de las calorías bastantes para el catabolismo, dejando un exceso para la reconstrucción de los tejidos.

6º Ofrece muy buenas esperanzas de ser la droga llamada a prolongar la vida a jóvenes, víctimas de la diabetes, para quienes el pronóstico, hasta hoy, ha sido bien poco halagador.

### DESVENTAJAS

Las desventajas de la insulina pueden resumirse así:

1º La necesidad de controlar su efecto en el azúcar

sanguíneo por medio de pruebas de laboratorio continuas, a fin de prevenir una hipoglicemia.

2º El cuidado especial que requieren los pacientes sometidos al tratamiento de insulina, con el objeto de aplicar los correctivos del caso tan pronto como se nota el primer síntoma de hipoglicemia.

3º El hecho de que su uso no elimina la necesidad de hacer cuidadoso estudio de dietas. En realidad, la insulina no es más que un adjunto, lleno de beneficiosas posibilidades por cierto, al tratamiento dietético de la diabetes.

4º Su aplicación por inyecciones, que, aunque de poco cuidado, siempre molesta al paciente.

5º La escasez de la droga y la reacción que ocurre a veces cuando su aplicación se suspende del todo. Puede considerarse como una desventaja, también, el alto precio que tiene en la actualidad, pero con el perfeccionamiento de métodos para su manufactura en grande escala, es seguro que esta objeción desaparecerá en un futuro cercano.

Analizando y haciendo un balance entre las ventajas y las desventajas de la insulina, preciso es convenir en que merece toda la atención de la profesión médica. Hasta ahora no se nos presenta más que como una droga de emergencia, pero es, precisamente, en esas emergencias donde se ha lamentado la falta de un específico potente y la insulina ha venido a llenar ese vacío a satisfacción.

Deseo expresar mi sincero agradecimiento al doctor Wilfred M. Barton, Jefe de la Clínica, quien tuvo a bien poner en mis manos la dirección de estos casos; a los químicos Parker y McFadden, quienes me prestaron ayuda valiosa y desinteresada; y al estudiante de medicina panameño, señor Carlos E. Mendoza, cuya cooperación en compilar datos me fue de gran servicio.

---

# DISCURSO

Pronunciado en el Salón de la Reforma, Ginebra, Suiza, por el señor Cosme de la Torriente, Cuba, Presidente de la cuarta Asamblea de la Liga de las Naciones, al dar por terminadas las Sesiones de esa reunión, en la tarde del 29 de Sept. de 1923.

---

*Señores Delegados,*

*Señoras y Señores:*

Ha llegado la hora de dar fin a nuestros trabajos. Durante el mes que hoy termina nos hemos reunido, sin tregua ni descanso, ya en sesiones plenarias de la Asamblea, ya en sesiones de sus seis grandes Comisiones, para estudiar, discutir y resolver los asuntos que figuraban en nuestra orden del día. Hemos cumplido nuestro programa sin que ni un solo momento haya dejado de reinar en nuestras deliberaciones el espíritu de tolerancia y de cordialidad que es tan necesario cuando se labora para desenvolver y estimular la cooperación entre naciones, y para garantizar a éstos la paz y la seguridad en el modo y en la forma que se consignan en el preámbulo del Pacto por el cual se rige nuestra Liga.

Hagamos votos por que ese espíritu que hasta ahora ha presidido nuestros debates, continúe inspirándonos; y así será posible que esta asociación internacional —por el número de sus Miembros la más grande que jamás ha existido— asociación de cuarenta y dos países al comenzar sus tareas la Primera Asamblea, termine por ser universal. En esa Asamblea de 1920, y en las siguientes, lo mismo que en la actual, cada año han ingresado nuevos Miembros; y de esta manera es como hoy forman parte de nuestra agrupación cincuenta y cuatro naciones. Muy pocos Estados

quedan ya fuera de la Liga; y esto demuestra que ella es cada día más amplia y general. Confiemos en que tiempos vendrán en que, por haber desaparecido las causas o las dificultades que han impedido su entrada, veamos aquí, deliberando con nosotros, a los Delegados de todas las naciones que aun permanecen alejadas de nuestra institución.

Como representante de una pequeña nación americana que, en todas las cuestiones internacionales que puedan interesar no sólo a nuestro continente sino a la humanidad entera, ansía marchar siempre de acuerdo con sus hermanos del Nuevo Mundo, es ésta la oportunidad de que yo exprese mi esperanza —que con seguridad es también la de todos vosotros— de ver, en las próximas Asambleas, Delegaciones de todos los países que son Miembros de la Liga de las Naciones, y principalmente de la Argentina, del Perú y de Bolivia, de Guatemala y Nicaragua; y de que en plazo no lejano también veamos venir al Ecuador, Estado que firmó el Pacto pero que aun no lo ha ratificado. Yo formulo semejantes votos por que se nos unan México y Santo Domingo; y por que alguna vez, cuando esa nación se ponga de acuerdo sobre la forma y la manera en que podrá cooperar al éxito de nuestras gestiones, vengan igualmente los representantes del gran pueblo americano de Washington y Lincoln, de Wilson y Harding, de ese pueblo que tan poderosa fuerza moral y material representa en el mundo y que, por eso mismo, aunque no haya ratificado el Pacto, no puede privar a la Liga de las Naciones de ése su valioso concurso que es de inmensa significación para los destinos de la humanidad.

Mientras esta ocasión llega, y así como ahora una representación norteamericana ha colaborado en ciertas cuestiones a que me referiré después, esperemos que, cuando haya otros problemas de alcance mundial en cuya solución los Estados Unidos puedan ayudarnos, los veamos laborar con nosotros con el mismo entusiasmo, con la misma fe, que los caracteriza y de que siempre han dado prueba en la realización de toda obra altruísta.

Antes de entrar a examinar el resultado de nuestros trabajos en esta Cuarta Asamblea, deseo cumplir con un deber grato para nuestro corazón; el de saludar desde aquí, y expresar nuestro más profundo agradecimiento, a la Confederación Suiza, a la República y Cantón de Ginebra, a todo el pueblo helvético y a las autoridades federales y de esta hermosísima ciudad que, una vez más, nos ha recibido de manera hospitalaria y cordial haciendo más fácil y agradable nuestra diaria labor. Y puesto que el señor Giuseppe Motta personifica la nobleza y las virtudes de su pueblo, y puesto que a más de presidir la Delegación de su país es el más alto funcionario federal que en todo tiempo ha estado en contacto con nosotros, vayan a él mis frases de reconocimiento y de afecto, no sólo por sus atenciones —que han sido muchas para todos nosotros— sino también por la manera sabia y hábil como ha dirigido los debates de una de nuestras más importantes Comisiones, la que ha tenido a su cargo el estudio de las cuestiones constitucionales y jurídicas.

También quiero hacer constar, desde la tribuna de la Presidencia, nuestra apreciación del público inteligente y culto que ha asistido a estas sesiones, alentándonos sin desmayo en nuestros esfuerzos constantes para lograr que sus ideales —que son los nuestros— se consoliden progresivamente en la conciencia de los pueblos.

¿Y cómo no hemos de dar las gracias más expresivas a los periodistas de todas partes que han difundido desde

---

Ginebra, por el orbe civilizado, nuestro pensamiento, nuestras discusiones, nuestros acuerdos, haciéndolos así universales? Para todos nuestra gratitud es profunda, lo mismo para los que son nuestros colaboradores bondadosos, como para los que nos han demostrado amistad en la misma severidad de la crítica.

Pero mi conciencia no quedaría tranquila si antes del resumen de nuestras tareas que me siento obligado a realizar, no hiciera constar ante vosotros, Señores Delegados, ante el público que nos escucha y ante los periodistas que toman notas de mis palabras, cuán obligados estamos todos

los miembros de la Asamblea —y yo especialmente como su Presidente— hacia nuestro Secretario General y hacia el competente personal de Secretaría que trabaja a sus órdenes. De Sir Eric Drummond, ¿qué he de decir, sino que le considero indiscutible? De los altos funcionarios que le secundan, y de los numerosos empleados con quienes hemos estado en contacto para la ejecución de nuestro trabajo, he de expresar que jamás los he conocido de mayor preparación. Sin ellos —séame permitido declararlo— estas reuniones tan notables, a las que han asistido este año representantes de cincuenta países, que hablan todos los idiomas del mundo, no hubieran sido sino la repetición de lo ocurrido en la histórica Torre de Babel.

Y sería injusto no manifestar mi reconocimiento personal a todos nuestros intérpretes y traductores; y de modo singular al Señor Camerlink, cuyo concurso inteligente ha sido para mí continuado y precioso.



La Asamblea, en cuanto es humanamente posible prever, levanta los cimientos del futuro internacional, y fija el plan de los trabajos que en el intervalo de sus reuniones deberán ejecutar los diversos órganos de la Liga, incluyendo en una gran extensión hasta los del propio Consejo. El Consejo ha celebrado sesiones al mismo tiempo que nosotros; y hemos seguido con interés sus importantes deliberaciones de esa reunión. De igual modo que los trabajos del Consejo, en muchos casos, consisten en continuar y desarrollar la obra de la Asamblea, la propia Asamblea con frecuencia debe preparar su programa sobre bases sentadas por el Consejo. Los dos organismos desenvuelven sus actividades en un conjunto harmónico, completando y perfeccionando cada uno la obra del otro y considerando los dos que es derecho y deber de ambos la responsabilidad común en los momentos difíciles y el orgullo en común por los éxitos obtenidos.

Pero si los trabajos del Consejo nos han producido la más viva satisfacción, si en particular hemos aplaudido el

triunfo de los esfuerzos encaminados a lograr la reconstrucción del Austria, yo no encuentro elogios suficientes para hacer resaltar la habilidad y la prudencia de ese cuerpo en las sesiones que ha celebrado, bajo la presidencia del Vizconde de Ishii, para tratar de la diferencia italo-greca. Yo no puedo ocultar las preocupaciones e inquietudes que nos han dominado. Algunos, de entre nosotros, han podido temer, al principio, que estallara una nueva guerra europea. Terminada la diferencia con la colaboración estrecha del Consejo —donde los Miembros de la Sociedad interesados estuvieron representados por el Señor Salandra y el Señor Politis— por el mundo se ha extendido una sensación de tranquilidad y de reposo. La prueba a que fue sometida la causa de la paz, ha sido para todos una ocasión de comprobar el valor que ha adquirido para la humanidad esta institución más y más respetada cada día, la Liga de las Naciones.



En la Primera Comisión depositamos especialmente nuestra confianza para que nos gué en la interpretación y en la aplicación de nuestra carta constitucional fundamental, el Pacto. Las discusiones de la Comisión se han referido este año a cuestiones jurídicas de gran interés para la Liga; pero sería bastante difícil el hacer un resumen breve de esos debates.

El asunto más importante estudiado por esa Primera Comisión, ha sido la interpretación del Artículo 10 del Pacto. Debo rendir homenaje al espíritu de franqueza y de conciliación que ha demostrado la Delegación canadiense en el curso de esa discusión, comenzada a iniciativa suya. Las discusiones de la Comisión y de la Asamblea, y la votación que llevamos a cabo el martes último, han aclarado —creo poder decirlo— el sentido de ese Artículo y disipan las apprehensiones, tal vez justificadas, sin que por ello se limiten los principios fundamentales que se enuncian en esa estipulación.

Los trabajos de la Primera Comisión los ha dificultado

el hecho de que aun no están en vigor las enmiendas al Pacto adoptadas por la Segunda Asamblea. Séame permitido repetir aquí el llamamiento que ya ha sido hecho a los Miembros de la Liga; y permítaseme rogar a los que entre ellos no han ratificado esas enmiendas, que hagan cuanto resulte necesario para asegurar esas ratificaciones antes de la próxima Asamblea.

La obra de la Segunda Comisión marca, en muchos aspectos una etapa importante en los trabajos de las organizaciones técnicas de la Liga.

A propuesta de la Comisión, la Asamblea ha adoptado un proyecto que tiende a dar una base permanente a la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones. También, gracias a los estudios de la Segunda Comisión, hemos podido aprobar el texto de un Protocolo relativo a las cláusulas de arbitraje en los contratos comerciales; y este Protocolo se encuentra depositado en la Secretaría General, abierto a la firma de los representantes de todos los Estados Miembros que deseen adherirse.

Esos trabajos que la Liga lleva a cabo en el dominio técnico, constituyen en verdad una empresa de paz, un elemento esencial a la propia estructura de su organización.

Con gran placer aprovecho este momento para, en nombre de la Asamblea, desear un éxito completo a las dos conferencias que se reunirán en esta ciudad, en los meses de Octubre y de Noviembre para discutir una los asuntos relativos a formalidades aduaneras, y la otra las cuestiones de tránsito —en particular las de carácter ferroviario. Creemos firmemente que ambas conferencias llegarán a acuerdos que faciliten el libre desenvolvimiento del comercio, y que contribuirán a la mejor inteligencia y a la mayor solidaridad internacionales.



La labor que ha realizado la Tercera Comisión no será, por cierto, la de menos significación entre los resultados todos de esta Asamblea. Esa Comisión ha tenido que ocu-

parse de un cierto número de asuntos cuya extrema complejidad no ha sido bastante para atenuar la paciencia y la buena voluntad de las dos comisiones que bajo la dirección del Consejo tratan del desarme. Me refiero a problemas tales como la organización internacional de la fiscalización del tráfico de armas y la reglamentación de la fabricación privada, los estudios concernientes a la guerra química, y la limitación de los armamentos navales.

En todas esas cuestiones, el informe que la Tercera Comisión nos ha presentado hace aclaraciones que, por una parte, nos dejan ver los escollos de los problemas pendientes, y por otra nos dan la decisión y la confianza necesarias para resolverlos. Como lo sabéis, el eje mismo de los trabajos de la Comisión ha sido, este año, el estudio de la preparación de un proyecto de tratado de asistencia mutua. No esperaréis de mí, sin embargo, que examine aquí de manera rápida e incompleta una cuestión que ha sido magistralmente expuesta en el informe del señor Benes; es decir que yo haga un resumen analítico de los principios que han servido de norma en la preparación de ese proyecto. Me concretaré a afirmar ante vosotros mi fe en la eficacia de un método de trabajo, paciente, ordenado y competente que, atacando de frente las dificultades reales o inspirándose en altos ideales, busca lealmente los medios de vencerlas.

Cuando acabáis de adoptar una resolución que somete a la seria consideración de todos los Gobiernos el proyecto estudiado por vuestra Comisión se me permitirá que desde esta Presidencia recuerde los grandes méritos de dos hombres que, en esa obra, han sido los más fervorosos colaboradores: uno Lord Robert Cecil, el iniciador del método del tratado de garantía, el hombre cuyo corazón sabe ser utopista, pero cuya inteligencia puede adaptar esa utopía a las necesidades de la vida real; y el otro, el Teniente Coronel Réquin, cuya alta competencia ha influenciado tan felizmente las labores de los organismos que se han ocupado de esa cuestión.

La Cuarta Comisión ha demostrado ser guardián fiel de los fondos de la Liga; y para ello ha contado con la valio-

sa cooperación de la Comisión de Intervención. Ha dado pruebas de un rigor progresivo en cuanto concierne a la ascendencia de los créditos necesarios para el desarrollo de la asociación. Séame permitido felicitarla por la labor hasta ahora realizada, y a la vez expresar mi opinión personal contraria a nuevas reducciones en cuanto a los emolumentos de los funcionarios y empleados indispensables para el buen funcionamiento de la Secretaría General.



Los trabajos de la Quinta Comisión, en muchos casos, han despertado el interés del mundo entero. Gracias a esta Comisión la Cuarta Asamblea constituirá, estoy seguro, una fecha importante en la lucha contra el abuso del opio y de las otras drogas nocivas.

El apoyo de los Estados Unidos de América, tanto en las deliberaciones como en la ejecución, ha contribuido en modo considerable a los progresos ya obtenidos; pero no se habría llegado a estos resultados sin la existencia de la organización de la Liga de las Naciones y sin la persistente cooperación de los Miembros de ésta especialmente interesados en el problema.

No dispongo del tiempo que haría falta para hablar detalladamente de los otros numerosos asuntos que la Quinta Comisión ha estudiado y hecho claros: Cooperación intelectual, trata de mujeres y niños y, sobre todo, la obra de socorro a los refugiados rusos y a los refugiados que en la actualidad existen, en grupos grandes, en territorio griego. Los resultados obtenidos en todos estos puntos demuestran que merced a las organizaciones de la Liga, es posible adoptar medidas eficaces y prácticas en los problemas humanitarios de carácter internacional.



Por recomendación de la Sexta Comisión, dos Estados más figuran en la lista de Miembros de la Liga; y la Asamblea ha testimoniado, por la cordial acogida que les ha dispensado, el placer sincero que sentía al saludar la pre-

sencia de los representantes del Estado Libre de Irlanda, recientemente constituido. Ha dispensado también la misma recepción sincera a los representantes del antiguo Imperio de Etiopía, el cual, con ánimo resuelto, ha afirmado su intención de colaborar, con los otros Miembros de la Liga de las Naciones, en la obra de la civilización y de la paz.



Los Presidentes de nuestras seis grandes Comisiones, Señor Motta —ya mencionado— Su Alteza el Majarajá de Nawanager, el Señor Skirmunt, el Señor Nintchitch, el Señor Mello-Franco, el Señor Hymans, y el Señor Disesco, Presidente de la Comisión de Iniciativa, merecen nuestro aplauso caluroso por la habilidad y pericia con que han desempeñado las delicadas funciones que las Delegaciones les han confiado.

Antes de poner fin a mis palabras quiero decir que si he podido cumplir con mis deberes, es gracias al Consejo y al apoyo que constantemente me ha prestado la Mesa de la Asamblea. La Mesa, de la cual formaban parte el Señor Pusta, el Señor Gil Portoul y mi excelente amigo el Conde de Gimeno, además de varias personalidades de las que se citan en este discurso, siempre ha demostrado una unidad de juicio tal que podría hacer pensar se trataba de un organismo que venía funcionando desde hacia mucho tiempo.

Y si me ha sido posible cumplir con esos deberes, débese también a vuestra benevolencia y exquisita cortesía —que nunca agradeceré bastante— y a que he tratado de ajustarme fielmente a lo prometido por mí cuando me hicisteis el grande e inmerecido honor de elegirme vuestro Presidente: Esta promesa fué de no separarme de las normas establecidas por los tres hombres eminentes que me han precedido en este elevado cargo.

Al comenzar mi discurso he dicho que en nuestras deliberaciones no ha cesado de reinar el espíritu de tolerancia

y de cordialidad que es necesario para desarrollar la cooperación entre naciones. No olvidáremos el bello y reconfortante ejemplo que de esa colaboración leal y fecunda nos han dado, un día y otro, los Delegados de numerosos países, y en modo especial por las dos grandes Potencias que aquí se sientan como nuestras iguales, la Francia y la Gran Bretaña. Nada ha sido más admirable que verlas laborar juntas aquí --cualesquiera que hayan sido las diferencias de apreciación de sus Gobiernos respecto a algún punto dado-- para consolidar los principios fundamentales de la Liga de las Naciones, representadas por hombres como el Señor Leon Bourgeois, el Abuelo de la Sociedad --a quien con vuestros aplausos habéis manifestado ya vuestra admiración y reconocimiento-- y el insigne académico y hombre de estado Señor Gabriel Hanotaux, de una parte, y de la otra por Lord Robert Cecil --quien en mis publicaciones sobre nuestra Liga he designado como uno de los pilares más sólidos en que descansa el amplio edificio que estamos construyendo.

Señoras y Señores: Una vez más, gracias por vuestra indulgencia.

Declaro clausurada la Cuarta Asamblea de la Liga de las Naciones.

---