

#14

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

WASHINGTON, D. C.

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR
CIRUJANO GENERAL H. S. CUMMING

AÑO ECONÓMICO 1934-35



OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

WASHINGTON, D. C.

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR
CIRUJANO GENERAL H. S. CUMMING

AÑO ECONÓMICO 1934-35



INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

PARA EL AÑO ECONÓMICO QUE TERMINA EL

30 DE JUNIO DE 1935

ORGANIZACIÓN

Desde 1920, los trabajos de la Oficina Sanitaria Panamericana, órgano ejecutivo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas, han sido dirigidos por el Cirujano General Hugh S. Cumming, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, quien fuera reelegido para ocupar por cuarta vez la Dirección por la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada recientemente en Buenos Aires, al mismo tiempo que se elegía el resto del Consejo Directivo y se designaba como Presidente Provisional de la X Conferencia Sanitaria Panamericana al Dr. Jorge Bejarano, de Colombia. El Consejo Directivo ha quedado constituido así:

Director de Honor:	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, Buenos Aires
Director:	Dr. Hugh S. Cumming, Wáshington, D. C.
Vice-Director:	Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, Lima.
Suplente:	Dr. Carlos Monge, Lima.
Secretario:	Dr. Justo F. González, Montevideo.
Suplente:	Dr. Rafael Schiaffino, Montevideo.
Vocales:	Dr. Solón Núñez, San José de Costa Rica. Dr. Francisco de P. Miranda, México, D. F. Dr. Carlos Díez del Ciervo, Caracas. Dr. Waldemar E. Coutts, Santiago de Chile.
Suplentes:	Dr. Rubén Umaña, San José de Costa Rica. Dr. Miguel E. Bustamante, México, D. F. Dr. Jesús Rafael Rísquez, Caracas. Dr. Víctor Grossi, Santiago de Chile.

El trabajo de la Oficina ha continuado bajo la dirección inmediata del Dr. Bolívar J. Lloyd, a quien ayudan el Dr. Arístides A. Moll y otro personal científico y de oficina.

El Comisionado Viajero, Dr. John D. Long, ha permanecido a cargo de las obras en campaña.

IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Por primera vez, todas las Repúblicas Americanas estuvieron representadas en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reuniera en Buenos Aires, Argentina, del 12 al 22 de noviembre de 1934, bajo la presidencia del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, de la Argentina. A la sesión inaugural asistieron S. E. el

General Agustín P. Justo, Presidente de la República Argentina; S. E. el Sr. Ministro del Interior, Dr. Leopoldo Melo; S. E. el Sr. Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Carlos Saavedra Lamas; otros altos funcionarios de los Gobiernos Nacional y Municipal, miembros del Cuerpo Diplomático y muchas personas distinguidas de otros países. La sesión fué presidida por S. E. el Dr. Carlos Saavedra Lamas.

Las actas de la Conferencia fueron cuidadosamente recogidas por la Secretaría, y van a ser publicadas por la Oficina Sanitaria Panamericana.

A continuación aparecen los nombres de los Delegados oficiales y de los representantes de otros organismos internacionales que participaron:

Argentina: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, Dr. Miguel Sussini, Dr. Juan M. Obarrio, Dr. Bernardo Houssay, Dr. Pedro Baliña, Dr. Alberto Zwanck, Dr. Raúl Vaccarezza, Dr. Alfredo Sorde-lli, Dr. Manuel I. Battaglia.

Bolivia: Dr. Casto Rojas.

Brasil: Dr. Sérvulo Lima, Dr. Orlando Roças.

Colombia: Dr. Jorge Bejarano, Dr. Lucio García.

Costa Rica: Dr. Solón Núñez.

Cuba: Dr. Domingo F. Ramos.

Chile: Dr. Sotero del Río, Dr. Eugenio Suárez, Dr. Víctor Grossi, Dr. Waldemar E. Coutts.

Ecuador: Dr. Juan José Samaniego.

El Salvador: Sr. D. José Villegas Muñoz.

Estados Unidos de América: Dr. Hugh S. Cumming, Dr. Bolívar J. Lloyd, Dr. Kendall Emerson.

Guatemala: Dr. Manuel Arroyo.

Haití: Dr. Horacio Rubio.

Honduras: Dr. Manuel F. Rodríguez.

México: Dr. Francisco de P. Miranda, Lic. Francisco de Vázquez Pérez.

Nicaragua: Dr. Rubén Darío.

Panamá: Dr. Pablo B. Oscanou.

Paraguay: Dr. Cayetano Masi, Dr. Andrés Gubetich.
Perú: Dr. Carlos Monge, Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, Dr. Luis Vargas Prada.
República Dominicana: Dr. Max Henríquez Ureña, Dr. Osvaldo Loudet.
Uruguay: Dr. Justo F. González, Sr. D. Javier Gomensoro, Dr. Rafael Schiaffino.
Venezuela: Dr. Carlos Díez del Ciervo.

Representantes e Invitados Especiales:

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. John D. Long.
Oficina Internacional de Higiene Pública: Dr. M. T. Morgan.
Organización de Higiene de la Liga de las Naciones: Dr. Frank Boudreau.
Fundación Rockefeller: Dr. Fred L. Soper.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó varios importantes votos y resoluciones, que ya han sido publicados en el Acta Final (Publicación No. 97, Oficina Sanitaria Panamericana). A continuación aparece un breve resumen de dichas resoluciones.

(1) Código Sanitario Panamericano.— Adoptáronse las siguientes normas interpretativas: que un buque aéreo ha cumplido con los requisitos prescritos cuando se hacen figurar en el libro de a bordo los datos esenciales de la patente de sanidad modelo; que no se necesita enviar partes telegráficos de la existencia de ciertas enfermedades transmisibles, una vez denunciados los primeros casos; reconociendo otros métodos eficaces de desratización distintos de la fumigación; y admitiendo la posibilidad de que un buque que cumple ciertas condiciones puede considerarse como exento de ratas, aceptándose en prueba de ello, los certificados de desratización y de exención de desratización y de fumigación.

(2) Navegación aérea.— Recomendóse a los países de América adhesión a y ratificación de la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea firmada en La Haya el 12 de abril de 1933, y encomendóse a las autoridades respectivas que sigan con toda atención los incidentes de índole sanitaria que ocurran con las naves aéreas, debiendo comunicarlos a la Oficina Sanitaria Panamericana.

(3) Convención Sanitaria de París.— Recomendóse la ratificación de la Convención Sanitaria Internacional de París de 1926.

(4) Demografía.— (a) Reiteróse la adhesión a las normas ya puntualizadas sobre nomenclatura de las causas de muerte; (b) declaróse que los servicios

demográficos del censo y de los registros de población o de estado civil deben ser implantados y mejorados tanto en las ciudades como en los campos; (c) recomendóse que se encargara a los médicos prácticos la mayor ilustración a fin de señalar con precisión la causa esencial de la muerte y los accidentes finales que la acompañen; (d) propusieronse ciertas normas para la recopilación y notificación de las estadísticas demográficas; y (e) llamóse la atención de los Gobiernos ^{de América} acerca de la importancia de la notificación de las enfermedades contagiosas y de los asuntos relacionados con la demografía.

(5) Presupuestos de sanidad.- Recomendóse que se consagren a los servicios sanitarios sumas progresivamente crecientes.

(6) Unificación de los servicios de asistencia.- Señalóse la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad.

(7) Aviación sanitaria.- Recomendóse la implantación de servicios de "aviación sanitaria" para socorrer a los habitantes de los sitios inaccesibles por otros medios de transporte.

(8) Enfermedades tifo-exantemáticas.- Otorgóse un voto de aplauso a los investigadores de varias Repúblicas Americanas por las valiosas y recientes conquistas logradas en este capítulo de la patología infecciosa.

(9) Escalafón sanitario.- Recomendáronse garantías de permanencia en el cargo y de ascenso por méritos en el personal de los servicios de sanidad.

(10) Coordinación.- Recomendóse que todas las actividades de orden sanitario, aun las de instituciones particulares, sean coordinadas y sometidas a una orientación técnica común.

(11) Institutos científicos panamericanos.- Facultóse a la Oficina Sanitaria Panamericana para fijar las normas y establecer las condiciones en que las instituciones que así deseen deban inscribirse en dicha Oficina como instituciones panamericanas de investigaciones científicas, enseñanza sanitaria, y de estandarización de productos de aplicaciones diagnósticas y terapéuticas.

(12) Fiebre amarilla.- Recomendóse el siguiente programa con respecto a la fiebre amarilla: (a) establecimiento de la distribución geográfica de la enfermedad en los últimos años por medio de las pruebas de seroprotección; (b) examen de muestras de hígado recogidas por viscerotomía, de los sujetos fallecidos por enfermedad sospechosa de fiebre amarilla; (c) creación de servicios antilarvarios permanentes en los puertos y ciudades de la zona tropical de América; (d) creación de iguales servicios en todas las localidades infectadas y en las regiones próximas; (e) adopción de un reglamento para la lucha anti-amarílica, semejante al vigente en Brasil, Bolivia y Paraguay; (f) vacunación anti-amarilla preventiva de las personas receptivas que transiten por regiones endémicas o emigren de las mismas; y (g) creación de laboratorios especiales para el estudio de la fiebre amarilla.

Otorgóse un voto especial de aplauso al Dr. Fred L. Soper después de oír su documentada exposición sobre la fiebre amarilla.

(13) Insectos hematófagos.-- Recomendáronse investigaciones encaminadas a determinar la repartición geográfica de las especies hematófagas vectoras de enfermedades.

(14) Paludismo.-- Recomendóse la creación y sostenimiento de centros de investigación y de experimentación antimaláricos.

(15) Uncinariasis.-- Dejése constancia de gratitud a la Fundación Rockefeller por la forma como ha contribuído a la campaña contra la anemia tropical en las Américas, e instó a los Gobiernos a continuar la lucha contra esa enfermedad.

(16) Unidades sanitarias.-- Recomendóse la creación de unidades sanitarias o centros de salud para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de las poblaciones rurales.

(17) Leprosia.-- Recomendóse: (a) que la lucha antileprosa esté a cargo de peritos avezados; (b) que las obras antileprosas se organicen bajo una dirección central; (c) que se procure la coordinación internacional de esos esfuerzos; y (d) que se procure el aislamiento de los enfermos en establecimientos adecuados, o en sus domicilios. Se declaró en particular que los asilos-colonias pueden sin inconveniente quedar instalados en la cercanía de las ciudades, y se recomendó a los Gobiernos que incluyan en su legislación la prohibición del matrimonio entre leprosos y sanos.

(18) Peste.-- Otorgóse un voto de aplauso a la Oficina Sanitaria Panamericana, y en particular al Comisionado Viajero de ésta, Dr. John D. Long, por los resultados de sus campañas antipestosas, y se estimuló a los Gobiernos de América para que continúen y afiancen las conquistas adquiridas en la lucha antipestosa.

Afirmóse la necesidad de una investigación prolija de la cuestión relacionada con la supervivencia de pulgas infectadas y albergadas en las mercaderías, sugiriendo, como la mejor solución, que el problema sea investigado conjuntamente por la Oficina Sanitaria Panamericana y por la Oficina Internacional de Higiene Pública de París.

También expresóse complacencia por los resultados obtenidos por los Gobiernos del Perú y del Ecuador en sus campañas para erradicar la peste.

(19) Aplauso a Chile.-- Otorgóse un voto de aplauso al Gobierno de Chile por el hecho de que, gracias a los esfuerzos de las autoridades sanitarias, no se han derivado del foco de tifo exantemático existente en Chile, nuevos focos en los demás países.

(20) Brucelosis.-- Después de consagrar un homenaje de gratitud a los investigadores panamericanos que han contribuído al estudio y esclarecimiento de las brucelosis, adoptáronse las siguientes recomendaciones: (a) intensificar los estudios de las brucelosis; (b) difundir el empleo de técnicas y métodos que faciliten el diagnóstico; (c) incorporar las brucelosis en la lista de enfermedades de declaración obligatoria; (d) incluir la fiebre ondulante, como

enfermedad profesional, en las leyes de accidentes del trabajo; (e) difundir el conocimiento de cómo se propagan las brucelosis y los peligros que entrañan; (f) establecer la naturaleza de las especies de Brucella infectantes de los ganados nativos y de los animales silvestres; (g) propender al estudio de los métodos de la profilaxis del aborto epizootico como base de la profilaxis integral; (h) concertar planes uniformes de trabajo entre las autoridades federales, provinciales y municipales; (i) impedir el comercio de vacunas de gérmenes vivos sin la supervisión previa del Estado, y el uso de tales vacunas con fines profilácticos en zonas indemnes o poco infectadas; (j) poner en práctica los métodos físicos para evitar el contagio alimenticio por medio de la leche y sus derivados; (k) ensayar la vacunación específica como medio de protección contra el contagio profesional; y (l) incluir la fiebre ondulante entre los temas a tratar en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

(21) Univacunación antivariólica.- Considerada la comunicación presentada por la Delegación del Brasil, que recomendaba la univacunación antivariólica, se acordó someterla al estudio de las autoridades sanitarias de los países de América.

(22) Ofidismo.- Recomendóse: (a) provisión de sueros antiofídicos a los trabajadores del campo en las zonas infestadas; y (b) estudio zoológico y de distribución geográfica de las serpientes, arañas y escorpiones, así como investigación farmacológica e inmunológica de sus ponzoñas, dando cuenta de los trabajos realizados en la X Conferencia.

(23) Vida en las altiplanicies.- Recomendóse la creación de institutos especiales para el estudio de los problemas fisiológicos y fisiopatológicos que entraña la vida humana en las altiplanicies, comunicando los resultados de esos estudios a todos los países del Continente, por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(24) Notificación del embarazo.- Como uno de los medios tendientes a proteger a la madre y al niño, señalóse la conveniencia de procurar, por todos los medios persuasivos posibles, la declaración precoz del embarazo por las futuras madres, a los servicios de higiene encargados de la maternología.

(25) Mortalidad infantil.- Recomendóse intensificar la lucha contra la mortalidad infantil, especialmente en el medio rural, adoptando el sistema de centros de protección infantil provistos de servicios médicos gratuitos, comprendiendo enfermeras visitadoras y parteras.

(26) Código del Niño del Uruguay.- Se otorgó un voto de aplauso al Uruguay por haber sancionado un código del niño.

(27) Asistencia preescolar.- Recomendóse la organización coordinada de la asistencia y de la educación del niño entre dos y seis años, y la formación de asociaciones de padres de familia, a fin de que por su intermedio puedan llegar hasta los niños los modernos conocimientos científicos.

(28) Higiene escolar.- Recomendóse: (a) que los servicios de sanidad escolar sean coordinados con los otros servicios de sanidad, a fin de que sean una continuación de los de primera infancia y de los preescolares; y (b) que

los servicios médicos escolares se basen en la educación sanitaria, el examen médico periódico y la profilaxis por el tratamiento, hasta obtener para todos los niños en edad escolar una asistencia precoz, continua y completa.

(29) B C G.- Adoptóse la doctrina enunciada por el Dr. Kendall Emerson (uno de los delegados de los Estados Unidos), en el sentido de que "A pesar de los resultados muy alentadores que la experiencia americana ha producido, debe, por ahora, reservarse el empleo de la vacuna Calmette para aquellos casos en que por razones especiales la vacuna significa la única o mayor probabilidad de protección"; y (b) resolvióse incluir el empleo de BCG entre los temas de la X Conferencia Sanitaria Panamericana.

(30) Lucha antituberculosa.- Recomendóse a los Gobiernos americanos que confíen la organización de la lucha contra la tuberculosis a una dirección central, técnicamente competente y dotada de autonomía y de recursos suficientes para orientar y realizar la campaña y dirigirla eficientemente, coordinando la actividad de las instituciones nacionales, locales y privadas.

(31) Lucha antivenérea.- Recomendóse: (a) intensificar la educación higiénica del pueblo en lo referente a las enfermedades venéreas; (b) que las unidades profilácticas generales contengan servicio de profilaxis antivenérea, y que el tratamiento se lleve a cabo en todos los servicios; (c) formular leyes de profilaxis venérea; (d) procurar por todos los medios posibles el abaratamiento de los medicamentos antisifilíticos y el suministro gratuito de ellos; (e) el establecimiento de consultorios y clínicas prenupciales en la campaña antivenérea; (f) estudiar la linfogranulomatosis venérea; (g) que los documentos de orden sanitario relativos a la vigilancia de la prostitución no tengan carácter infamante; y (h) por los países que no lo hubieren hecho, firma de la Convención de Bruselas de 1924, relativa al tratamiento de los marineros afectados por enfermedades venéreas.

(32) Estupefacientes.- Recomendóse seguir con todo cuidado los resultados producidos en América por la aplicación de las diversas convenciones internacionales sobre estupefacientes.

(33) Alimentos y drogas.- Facultóse a la Oficina Sanitaria Panamericana para realizar, en forma parcial y progresiva, el estudio de tipos o patrones sobre alimentos y drogas, y nombrar, si lo estima conveniente, una comisión de peritos que se ocupe de la cuestión, debiendo presentar dicha entidad el resultado de los trabajos en la próxima Conferencia.

(34) Especialidades.- Recomendóse la adopción de leyes que establezcan la previa aprobación, registro y vigilancia de la fabricación, distribución y anuncio de las especialidades medicinales, medicinas de patente, productos biológicos, etc.

(35) Farmacopeas.- Recomendáronse trabajos de colaboración entre las Comisiones Nacionales de las Farmacopeas Americanas, con el propósito de alcanzar paulatinamente la unificación de dichas farmacopeas.

(36) Alcoholismo.- Recomendóse, como base de la lucha antialcohólica,

constante labor educativa en las escuelas, y sustitución de las bebidas alcohólicas reconocidamente perniciosas por otras de mejor calidad. Se declaró que es deber ineludible de los poderes públicos, impedir el uso de bebidas alcohólicas en la alimentación de los niños.

(37) Alimentación.- Recomendóse: (a) que las Direcciones de Sanidad de los países americanos organicen institutos o departamentos encargados de establecer la composición y el valor nutritivo de los alimentos propios de cada país, y de estudiar los problemas de obtención, elaboración y distribución de los alimentos; (b) que las normas higiénicas de la nutrición reciban la mayor difusión posible por la educación higiénica, proseguida desde la escuela; y (c) que la Oficina Sanitaria Panamericana continúe prestando su ayuda en difundir todos los conocimientos relativos al problema en cuestión.

(38) Leche.- Incorporóse a las conclusiones el voto propuesto por la Delegación Argentina sobre aprovisionamiento de leche pura, y recomendóse: (a) la sanción de ordenanzas que hagan obligatoria la pasteurización de la leche; (b) la sanción de ordenanzas municipales tendientes a estimular la producción y expendio de leche certificada; (c) mejoramiento del nivel higiénico de los tambos o vaquerías; y (d) que los gobiernos provinciales y el Gobierno nacional deben fomentar la producción de leche higiénica donde se carece de ella o es insuficiente, y si esto presenta dificultades, fomentar el transporte desde las zonas de mayor producción.

(39) Propaganda.- Recomendóse impartir conocimientos de higiene en las escuelas públicas y otros institutos de enseñanza.

(40) Higiene del trabajo.- Recomendóse como tema para la próxima asamblea, el estudio del trabajo y de sus condiciones sanitarias en América.

(41) Asociación Sudamericana de Salubridad.- Aprobáronse las gestiones que vienen realizándose para constituir la Asociación Sudamericana de Salubridad.

(42) Constitución y estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana.- Aprobáronse la Constitución y Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

INFORME PRESENTADO POR EL DIRECTOR A LA IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Como el informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, contiene una reseña sucinta, pero explícita, de los deberes y funciones de la Oficina, se transcriben a continuación algunos párrafos pertinentes:

"En cuanto a las oportunidades que tiene la Oficina Sanitaria Panamericana de rendir servicios eficaces, es para mí motivo de gran satisfacción poder manifestaros que nunca han sido mejores y que, a pesar de la crisis monetaria que afecta al mundo entero, las naciones de este continente, salvo raras excepciones, han podido seguir prestando su apoyo material a nuestra obra.

"Recordaréis que, hace 14 años, cuando la VI Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Montevideo, me hiciera el honor de designarme Director, la Oficina Sanitaria Panamericana no existía más que de nombre. No creo incurrir en exageración al decir que, hoy día, su influencia se hace sentir no solamente en los países de América, sino también en los de Europa. Sin embargo, es menester tener presente que, por ahora, nuestros recursos son limitados y creo por lo tanto que no debemos malgastar nuestros esfuerzos en empresas para las cuales no contamos con fondos adecuados, o que no estén directamente relacionadas con los fines de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y de la Oficina misma."

Después de una breve historia del desarrollo de la Oficina, continúa diciendo:

"No es mi intención hacer un relato más extenso de los primeros años de las Conferencias Sanitarias Panamericanas, sino hablaros de nuestros propósitos y de las tareas actuales de la Oficina Sanitaria Panamericana. En este sentido permitidme recordaros que nuestros fines principales pueden enumerarse en la forma siguiente:

"(1) Prevenir, por medio de medidas cooperativas, la propagación de enfermedades provenientes de otros países, y de una República Americana a otra. Este propósito comprende impedir la introducción de vectores de enfermedades, ya infectados o no, especialmente de aquéllos aun no muy diseminados, vectores de enfermedades tales como la tripanosomiasis africana o enfermedad del sueño; fiebre maculosa de las Montañas Rocosas y otras análogas; de tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas; de oncocerciasis, que tan frecuentemente produce ceguera; de vectores, conocidos o no, de la fiebre amarilla, especialmente Aedes scapularis y otros, si los hay, que criando en aguas estancadas, fácilmente se convierten en vectores de fiebre amarilla, por lo menos en experimentos de laboratorio.

"(2) Evitar la necesidad de poner en vigor costosas medidas de cuarentena con respecto a puertos infectados, tomando las debidas precauciones locales, a fin de impedir la infección de transmisores comunes por mar, por tierra y por aire.

"(3) Estimular a las autoridades sanitarias en todas las Repúblicas Americanas a realizar mayores esfuerzos para combatir y eliminar enfermedades, con nuestra cooperación, si se solicita, en la medida de nuestros recursos.

"(4) Obtener conocimiento inmediato de las enfermedades cuarentenables en el territorio de todas las Repúblicas Americanas, y obtener también informes análogos de los países del Hemisferio Oriental por intermedio de otras entidades internacionales, especialmente la Oficina Internacional de Higiene Pública de París. La rápida transmisión de informes de esa naturaleza infunde confianza y permite a los países indemnes aplicar el minimum de medidas preventivas, mientras que la falta de datos sobre la existencia de enfermedades cuarentenables causa desconfianza, e impulsa a los países no infectados a adoptar una actitud recelosa, llevándolos a imponer medidas extremas de cuarentena tan pronto se conozca la existencia de tales enfermedades, como ha de suceder, tarde o temprano.

"Finalmente, un propósito muy laudable de nuestra institución consiste en fomentar relaciones cordiales entre los Pueblos Americanos. Me complace en decir que esta tarea ha sido siempre relativamente fácil. Afortunadamente, los asuntos que parecían susceptibles de dar lugar a polémicas han sido, por lo común, de poca importancia y, generalmente, suscitados por la insistencia de alguna persona sincera, pero mal informada. Hasta ahora, nuestras Conferencias han sido en un todo armoniosas; permítaseme expresar el deseo de que siempre lo sean.

"Detengámonos y veamos cuáles han sido los resultados de nuestros esfuerzos individuales y colectivos en lo que respecta a enfermedades contagiosas, durante el corto período transcurrido desde que existe nuestra organización. No me refiero únicamente a nuestros propios esfuerzos, sino a los de todos combinados, tanto oficiales como voluntarios. "

Aquí sigue un repaso general de los resultados de las labores combinadas de esas obras sociales. En cuanto al trabajo de la Oficina, declara:

"Poco a poco, la Oficina ha tratado de extender su radio de acción y aumentar sus servicios por medio de la cooperación internacional, prestando su apoyo a las autoridades sanitarias de las Repúblicas afiliadas, para combatir la propagación de enfermedades y eliminarlas de sus territorios. Al mismo tiempo, la Oficina constituye un centro consultor, cuyos servicios están a la disposición de las autoridades sanitarias de todas las Repúblicas, ventilando consultas referentes a medicina preventiva, higiene y protección de la salud pública. También actúa como centro distribuidor de informes respecto a la existencia de enfermedades contagiosas, las medidas que deben tomarse para combatirlas y los últimos métodos aprobados. La Oficina también es agencia regional de la Oficina Sanitaria Internacional de París para la recepción y distribución de informes relativos a las enfermedades contagiosas en las Repúblicas Americanas, habiendo sido aprobada su intervención en ese sentido por la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana en Lima, Perú. Recíprocamente, la Oficina Sanitaria Panamericana recibe informes análogos del Hemisferio Oriental, los cuales son transmitidos a los Departamentos de Sanidad de todas las Repúblicas Americanas.

"La Oficina Sanitaria Panamericana trata de actuar como elemento de conciliación cuando se hallan en conflicto los intereses de los países afiliados, pues a veces suelen ocurrir desavenencias o tergiversaciones debidas generalmente a la falta de informes suficientes o de datos bien definidos. Algunas veces la aparición de una enfermedad en un país causa gran alarma en otros, especialmente si el hecho se publica, quizás con exageración, en los diarios, lo cual obliga a las autoridades de los países indemnes a tomar medidas enérgicas y hasta de cuarentena inusitadas. Esto suele suceder especialmente si el funcionario encargado de la sanidad es nuevo e inexperto, y los cambios que tienen lugar en el personal de los departamentos de higiene a veces asombran por lo rápidos. En casos como éstos a que me refiero, corresponde a la Oficina Sanitaria obtener y hacer circular informes autorizados en cuanto a la situación existente y, si fuere necesario, recordar a los países contratantes sus obligaciones de limitar la cuarentena al minimum de medidas preventivas compatibles con la seguridad pública. El mero empleo de medidas de cuarentena para los casos de enfermedades contagiosas, paraliza el comercio y también la industria. Recordemos siempre que la cuarentena es un tamiz, y no un dique.

"Creo me será más fácil ilustrar con ejemplos concretos el estrecho contacto que mantiene la Oficina Sanitaria Panamericana con los Departamentos de Sanidad de las diversas Repúblicas Americanas y otras organizaciones sanitarias internacionales."

El informe cita numerosos ejemplos, entre ellos el siguiente:

"Recientemente llegó un vapor a un puerto importante de Sudamérica, llevando a bordo siete casos de enfermedad, que mucho se temía fuese fiebre amarilla; el buque fué puesto en cuarentena mientras se aguardaba el diagnóstico. El hecho se dió a la publicidad, causando alarma general. La Oficina Sanitaria Panamericana se comunicó por cable con las autoridades del país que estaba deteniendo el barco, recibiendo inmediatamente informes en el sentido de que la enfermedad era la de Weil. Tan pronto como se publicó la noticia en los diarios, volvió a reinar la tranquilidad."

Otro párrafo del informe dice:

"Una de las tareas más importantes de la Oficina es la publicación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, revista mensual en castellano, portugués, francés e inglés, dedicada a la divulgación de datos sobre higiene, salud pública y al fomento de la buena voluntad. Como sabéis, esa revista se remite gratuitamente a los médicos y a otras personas relacionadas con los Departamentos de Higiene Nacionales y locales, así como también a ciertos otros individuos que muestran especial interés en la salud pública. La Oficina abraza el propósito de seguir mejorando dicho Boletín y de colocarlo por lo menos en manos de un médico u otra persona interesada, en cada pueblo de 2,000 habitantes o más, en toda la América Latina....."

OBRAS EN CAMPAÑA

Como se recordará, el Dr. John D. Long fué nombrado Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana en agosto de 1928, y desde entonces se ha dedicado principalmente a la campaña antipestosa.

El 18 de septiembre de 1929 fueron iniciadas en el Ecuador las labores encaminadas a erradicar esta enfermedad, en colaboración con las autoridades de sanidad y otras dependencias de dicho país. Una campaña semejante fué comenzada en el Perú el 5 de septiembre de 1930. El objetivo de esos esfuerzos consistía en intensificar las campañas que habían librado por varios años las autoridades del Perú y del Ecuador, con más o menos éxito.

Como se ha indicado ya en informes anuales anteriores, las medidas en que se apoyara principalmente el Dr. Long para la erradicación de la peste en los sitios en que realmente existía en esas dos Repúblicas, consistían en una extensa campaña de envenenamiento de las ratas. En el puerto de Guayaquil esta medida rindió magníficos resultados dentro de un breve período, pues no se ha denunciado peste allí desde marzo de 1930. Sin embargo, debe apuntarse en este sentido, que desde hace muchos años se ha venido mejorando el estado de las edificaciones en el puerto de Guayaquil, gracias a las medidas de antirratización; pero la rápida desaparición de la peste en esa ciudad,

no puede menos que atribuirse al envenenamiento intenso, pues éste ha proseguido metódicamente desde que fuera iniciado hace unos seis años.

Según parece, resulta algo difícil evaluar los resultados del envenenamiento en otros sitios del Ecuador, y también en el Perú, en particular desde el punto de vista de la erradicación permanente de la peste; y esto no debe causar sorpresa si recordamos que el envenenamiento de las ratas no extermina a las pulgas que las infestan, y que estos insectos pueden retener y transmitir la infección pestosa, sin alimentarse, por un plazo de varios meses.

Teniendo presente este hecho, así como la fecundidad de las ratas, no es de extrañar que durante el actual año fiscal haya continuado la peste tanto en el Perú como en el Ecuador, y esta experiencia concuerda con las observaciones realizadas en otros muchos países en el transcurso de los últimos 50 años.

Con respecto a la necesidad de medidas de antirratización para obtener resultados permanentes en la lucha antipestosa, dice el Dr. Long en su informe correspondiente al año fiscal que terminara el 30 de junio de 1931 (refiriéndose al mercado central de Lima, Perú):

"Es absolutamente necesario reconstruir el mercado para que esté a prueba de ratas. También todas las casas, almacenes, tiendas de comestibles y depósitos de provisiones y mercancías deben estar a prueba de ratas."

En su resumen de las labores antipestosas en el Perú, el Dr. Clifford Eskey, quien estuvo asociado por algún tiempo con el Dr. Long, declaró lo siguiente:

"La mayor frecuencia pestosa por 1,000 habitantes en los caseríos y ciudades del Perú, correspondió a las localidades en que la población murina en los edificios era mayor, independiente de la situación geográfica dentro o fuera de la zona más favorable a la existencia del vector principal, la X. cheopis. Es dudoso que pudiera encontrarse mejor ejemplo del bajo coeficiente, y hasta ausencia completa de peste humana, debido a antirratización relativa de los edificios, que lo observado en el centro y el sur del Perú. Debemos recalcar que en la mayor parte del mundo donde la X. cheopis es el vector, jamás podría existir la peste en forma epidémica si los edificios fueran construídos y mantenidos de tal modo que la población murina quedara reducida en ellos a un mínimo. Pocos son los países en que la falta de lluvia, la humedad elevada y las temperaturas moderadas, aporten condiciones tan favorables para la existencia de la cheopis y también albergue exterior a las ratas, como en el Perú, y, sin embargo, aun allí, la relativa construcción de edificios a prueba de ratas ha mermado, si no impedido, el establecimiento de la peste en muchas poblaciones de la costa." (Eskey, C. R.: Public Health Reports, nbre. 18, 1932; Bol. Of. San. Pan., p. 398, ab. 1933.)

Una reseña detallada de las campañas antipestosas en el Perú y el Ecuador durante el año 1934, aparecerá en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (julio de 1935), en un trabajo del Dr. Long titulado "La peste bubónica en la costa occidental de Sudamérica en 1934", del cual se han tomado los siguientes párrafos, con el fin de puntualizar aun más las dificultades

que entraña la erradicación de la peste en los roedores:

"Peste latente o inaparente.- Es raro descubrir en la autopsia una rata con lesiones visibles de peste. La mayor parte de la infección postosa en las ratas se descubre al hacer inoculaciones en masa.....

"Este asunto de la peste latente ha sido objeto de mucha meditación y estudio, y tratando de dilucidar el problema se hicieron los siguientes experimentos: el técnico de laboratorio, Sr. Héctor Colichón Arbulú, por algunos meses inoculó una serie de ratas sanas con material pestoso, por el método de escarificación. Cierta número de las ratas, aunque bastante enfermas después de la inoculación, no murieron. Una rata repuesta fué asfixiada con gas ácido cianhídrico a los 30 días de la reposición, sin que la autopsia revelara lesiones visibles de peste, aparte de la cicatriz que quedaba en el sitio de la inoculación. Las películas preparadas de las vísceras y ganglios, al ser teñidas, resultaron negativas en cuanto a peste. En cambio, una emulsión preparada del bazo, hígado y ganglios linfáticos, al ser inoculada en un cobayo, mató a éste con típica peste bubónica.

"Resultados semejantes fueron obtenidos con otras ratas, una a los 60 y otra a los 90 días de la reposición aparente. Hasta ahora, 90 días ha sido el plazo más prolongado de latencia.

"El técnico de laboratorio, Sr. Arquímedes Ramos Díaz, por espacio de varios meses verificó una serie de experimentos alimenticios, que se describen a continuación. A ratas sanas observadas por un período suficientemente largo para demostrar que no estaban infectadas con peste, las alimentó con hígados y bazos de cobayos que habían muerto de peste comprobada. Una o dos no murieron ni se infectaron. En las que se infectaron y murieron, se verificaron las siguientes observaciones: una rata sólo tenía afectados los ganglios cervicales; otra sólo manifestó lesiones en los ganglios mesentéricos; y otra tenía úlceras en el interior del intestino, que no habían perforado el peritoneo. En todos estos casos se obtuvieron de los tejidos invadidos bacilos pestosos virulentos, así como del bazo e hígado, demostrando así que se había producido la habitual bacteriemia terminal.

"Después de las observaciones anteriores, se verificó una pesquisa más cuidadosa en cuanto a ganglios cervicales y mesentéricos afectados, e invasión intestinal. A consecuencia de ello, se descubrieron en una rata atrapada algunas pequeñas placas elípticas y blancuzcas en el intestino, que no habían ulcerado la luz de éste ni perforado el peritoneo, ni producido signos de inflamación. Resecadas las placas, se hicieron de ellas frotos teñidos, observándose varios microbios positivos y negativos al Gram, así como algunos bacilos bipolares negativos al Gram. Un cobayo fué inoculado en el globo ocular, método éste cuya utilidad ha revelado la experiencia, cuando escasean o son poco virulentos los microbios, y el animal murió a los pocos días. En la autopsia no se descubrieron lesiones típicas, pero sí algunos bacilos de aspecto sospechoso, de modo que se inoculó a otro cobayo una emulsión preparada del ojo, el bazo y el hígado del primer animal, y el segundo murió a los nueve días de típica peste.....

"Medidas antipestosas empleadas.- No se ha verificado antirratización o ratproofing, salvo en casos muy aislados, por resultar arquitectónica y económicamente imposible. En Guayaquil, Ecuador, las autoridades sanitarias han aplicado medidas de antirratización por un período de varios años.

"El atrape de ratas se ha llevado a cabo continuamente en todas las poblaciones mayores, y en particular en los puertos marítimos de los tres países: Ecuador, Perú y Chile, pero no como medida antirrata, sino con el único fin de obtener ratas para exámenes de laboratorio, a fin de determinar los índices pestosos entre ellas.

"Por razones manifiestas, se ha llevado a cabo la fumigación sistemática de los buques, y desde 1930 sólo en un caso se han encontrado ratas pestosas en un buque. Todas las ratas descubiertas después de la fumigación son examinadas en el laboratorio.

"La principal arma de las campañas antipestosas cooperativas en Ecuador, Perú y Chile, ha consistido en el empleo sistemático y en gran escala, del veneno contra las ratas.

"Sumario.- (1) La República de Chile, conforme a las pautas establecidas en el Código Sanitario Panamericano, puede considerarse libre de peste bubónica.

"(2) En el Perú la peste ha sido reducida de un promedio de 664 casos al año para un período de 31 años, a 46 casos en 1934, lo cual, en promedio anual, representa una reducción de 93 por ciento.

"(3) Se han verificado observaciones epidemiológicas valiosas y muy indicativas, pero debido a la falta de suficientes medios de laboratorio y de otro género, no ha sido posible formular conclusiones definitivas o declaraciones categóricas sobre ellas.

"(4) Todos los que hemos trabajado activamente durante varios años en la supresión de la peste bubónica, creemos que las pulgas, en condiciones favorables en cuanto a temperatura y humedad, y en particular temperaturas bajas y humedad relativamente alta, pueden obrar como reservorios de peste, transportando la enfermedad a largas distancias y luego, en condiciones propicias, transmitirla. Los incidentes citados en este trabajo indican elocuentemente que los piojos de la cabeza, y las pulgas del cobayo, pueden obrar como reservorios de peste, y en ciertas circunstancias dadas servir de medios de producción de la enfermedad. Nuestras opiniones relativas al transporte de pulgas infectadas en los cargamentos de ciertas clases, fueron expuestas en un trabajo publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el título de 'Experiencias con pulgas como portadoras de peste bubónica'."

FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La Oficina despacha un comunicado semanal en forma mimeografiada, en que aparecen informes de las enfermedades cuarentenables, y mensualmente aparecen en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana los datos referentes a las

mismas y a otras enfermedades infectocontagiosas.

Peste bubónica.- Casos de peste humana y murina fueron denunciados en las Repúblicas de Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú. Los puertos marítimos de la casi totalidad de las Repúblicas Americanas se mantuvieron indemnes, y aun en aquéllos en que se presentó la peste, no hubo interrupción alguna del comercio.

Lo siguiente es copiado del informe anual enviado con fecha 27 de mayo de 1935 por el Comisionado Viajero, Dr. John D. Long:

"Ecuador.- En el primer semestre del año económico apenas se denunciaron casos confirmados de peste bubónica en la República. En el segundo, se han denunciado unos 18 casos en la Provincia de Loja, distrito de Celica. También se han denunciado tres casos de un foco en la Provincia de Chimborazo.

"Perú.- En el año calendario 1934, el Perú tuvo el menor número de casos confirmados de peste bubónica que hayan tenido lugar desde que la enfermedad hizo su aparición por primera vez en los puertos del Callao y Pisco en 1903. El total sólo fué de 46, lo cual representa una disminución aproximadamente de 93 por ciento en el número de casos, comparado con el promedio anual observado desde 1903.

"El primer semestre del año 1935 no ha revelado estadísticas tan alentadoras. Debido a ciertas condiciones especiales e inusitadas, han tenido lugar extensas migraciones de ratas, que han ido seguidas de epizootias, produciendo casos humanos. El mayor número de casos ha correspondido a las ciudades de Lima y el Callao, al Departamento de La Libertad, y a las Provincias de Trujillo y Pacasmayo. Aunque han aumentado los casos, la situación no parece ser alarmante o peligrosa, y el número debe disminuir pronto, gracias a los trabajos activos y eficaces que se realizan.

"Chile.- No se ha denunciado ni confirmado ningún caso humano de peste en la República de Chile desde enero de 1930. Las últimas ratas pestosas fueron encontradas en el puerto de Antofagasta en agosto de 1932. Como precaución, todavía se aplican activas medidas antipestosas en los dos puertos de Antofagasta e Iquique."

Después de la fecha en que el Dr. Long remitió su informe, se han recibido más datos acerca de la situación pestosa en el Perú y en el Ecuador, que son los siguientes:

Desde el 1^o de enero al 30 de junio de 1935, ha habido un total de 59 casos con 37 muertes de peste en el Perú.

En el Ecuador ha habido 32 casos y 15 muertes hasta el 31 de mayo. El 10 de abril de 1935 se observó un caso en el Hospital General de Guayaquil, Ecuador, siendo el primer signo de peste en dicho puerto desde marzo de 1930, cuando se encontró la última rata infectada. Las autoridades sanitarias no consideran este caso autóctono, por creer que la enfermedad fué traída del

interior en el cuerpo de una pulga infectada. Esta opinión se basa en no haberse encontrado más infección humana ni murina en las cercanías, y estar empleado el enfermo en la descarga de trenes procedentes del interior.

Fiebre amarilla.- La fiebre amarilla se presentó en muchas localidades rurales en el interior del Brasil, pero no hubo infección ni en los puertos ni en los aerodromos, ni sufrió tampoco interrupción alguna el tráfico terrestre ni marítimo con motivo de la enfermedad. Ésta también fué denunciada en el interior de Colombia y de Bolivia durante el año, y es posible que exista en otras regiones del valle del Amazonas. Los investigadores brasileños, en colaboración con los representantes de la Fundación Rockefeller, han aportado valiosas contribuciones a los novísimos conocimientos de la enfermedad, y en particular el Gobierno del Brasil ha librado una campaña activísima para subyugarla. Entre las conquistas científicas más notables de años recientes, cabe mencionar el descubrimiento de que la fiebre amarilla puede existir sin el clásico vector, Aedes aegypti, como así también los adelantos progresivos logrados en las técnicas de inmunización contra el mal.

Otras enfermedades.- Continúan llegando informes de la casi totalidad de las Repúblicas Americanas, de la presencia de tuberculosis, paludismo, difteria, sarampión, tos ferina, escarlatina, y otras varias afecciones transmisibles, incluso tifo, viruela y fiebre ondulante en algunas, pero, por regla general, sin superar los índices observados en años anteriores. En cada número del Boletín de la Oficina, aparecen datos pormenorizados sobre la frecuencia de estas afecciones en las Repúblicas que transmiten informes a ese respecto.

INGRESOS Y EGRESOS - CONTABILIDAD

En los anexos figura el presupuesto de la Oficina para el año económico 1935-36, junto con un estado de ingresos y egresos para el año actual.

Dr. H. S. Cumming
Director

PRESUPUESTO PARA EL EJERCICIO FISCAL QUE EXPIRA EL 30 DE JUNIO DE 1936

SUELDOS

Redactor Científico y Jefe de Traducciones-----	\$ 5,400.00
Oficinistas y otros ayudantes, incluso traductores-----	15,000.00
Un oficinista jubilado-----	1,200.00

GASTOS DE VIAJE

Comisionados Viajeros-----	5,000.00
Otros representantes de la Oficina, incluso los Miembros del Consejo Directivo-----	10,000.00

PUBLICACIONES

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana-----	20,000.00
Publicaciones, reimpresos, etc. -----	2,500.00

GASTOS VARIOS

Telegramas y cablegramas, incluso franqueo al extranjero-----	670.00
Caja de Jubilación y Pensiones-----	650.00
Mobiliario y equipo de la Oficina-----	500.00
Seguro colectivo de los empleados-----	30.00
Papelería y materiales-----	350.00
Biblioteca, libros y publicaciones científicas-----	400.00
Varios-----	300.00

T O T A L \$ 62,000.00

GESTIÓN FINANCIERA (BALANCE DE CAJA)
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
DURANTE EL AÑO (EJERCICIO) ECONÓMICO
JULIO 1, 1934 - JUNIO 30, 1935

INGRESOS

1.- Cuotas correspondientes a años anteriores pero no satisfechas hasta el año económico 1934-35:

Argentina	1929-30 (a cuenta)	\$93.45		
	1930-31	2,289.07		
	1933-34 (saldo)	<u>2,468.48</u>	\$4,851.00	
Colombia	1932-33 (saldo)	\$1,195.72		
	1933-34 (a cuenta)	<u>984.09</u>	2,179.81	
Costa Rica	1933-34-----		110.95	
Chile	1930-31 (saldo)	\$5.36		
	1931-32	938.34		
	1932-33	921.80		
	1933-34 (a cuenta)	<u>905.36</u>	2,770.86	
Nicaragua	1932-33 (saldo)	\$67.31		
	1933-34 (a cuenta)	<u>5.51</u>	72.82	
República Dominicana	1933-34-----		219.83	
Uruguay	1933-34-----		<u>409.16</u>	\$10,614.43

2.- Cuotas correspondientes al año económico julio 1, 1934 - junio 30, 1935:

Costa Rica-----	\$116.03	
Cuba-----	851.90	
El Salvador-----	313.81	
Estados Unidos-----	30,236.51	
Guatemala-----	431.05	
México-----	3,553.47	
Perú-----	1,321.61	
Venezuela-----	<u>693.62</u>	37,518.00

3.- Cuotas correspondientes a años posteriores a 1934-35:

Haití	1935-36-----	<u>\$436.45</u>	436.45
-------	--------------	-----------------	--------

4.- Otros ingresos-----		<u>3,692.21</u>
-------------------------	--	-----------------

TOTAL DE INGRESOS-- 52,261.09

EGRESOS

1.- Sueldos:

Redactor Científico y Jefe de Traducciones---	\$5,400.00	
2 traductores-----	4,905.00	
4 taquígrafos y mecanógrafos-----	5,002.13	
1 entomólogo médico-----	1,087.33	
1 oficinista-----	1,590.00	
1 oficinista jubilado (pensión)-----	<u>1,200.00</u>	\$19,184.46
2.- Impresión del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana		14,346.89
3.- Impresión de Publicaciones, reimpresos, tarjetas, etc. ---		330.69
4.- Gastos de viaje:		
(a) Director-----	\$ 300.00	
(b) Auxiliar del Director-----	453.44	
(c) Comisionado Viajero-----	<u>3,000.00</u>	3,753.44
5.- Mobiliario, ficheros y equipo de oficina-----		223.15
6.- Papelería y útiles de escritorio-----		494.69
7.- Libros y periódicos para la biblioteca de la Oficina-----		232.30
8.- Franqueo a países fuera de la Unión Panamericana-----		148.95
9.- Telegramas, cablegramas, etc.-----		255.10
10.- Seguro-----		28.21
11.- Contribución de la Oficina a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de los empleados-----		594.75
12.- Varios-----		<u>96.76</u>
TOTAL DE EGRESOS-----	\$	<u>39,689.39</u>

CUOTAS DE LAS VEINTIUNA REPÚBLICAS AMERICANAS
PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

	<u>Año económico 1935-36</u>		<u>1934-35</u>
	Población	Cuotas a 21-1/2 ¢ por mil	
Argentina-----	12,200,008	\$ 2,623.00	\$2,547.03
Bolivia-----	2,911,283	625.93	625.93
Brasil-----	44,002,095	9,460.45	9,137.50
Colombia-----	9,365,347	2,013.55	1,687.97
Costa Rica-----	551,541	118.58	116.03
Cuba-----	3,988,160	857.45	851.90
Chile-----	4,432,553	953.00	946.41
Ecuador-----	2,554,744	549.27	537.50
El Salvador-----	1,569,263	337.39	313.81
Estados Unidos-----	142,527,000	30,643.30	30,236.53
Guatemala-----	2,004,900	431.05	431.05
Haití-----	2,600,000	559.00	436.45
Honduras-----	859,761	184.85	184.85
México-----	16,552,722	3,558.84	3,553.47
Nicaragua-----	638,119	137.20	137.20
Panamá-----	467,459	100.50	100.50
Paraguay-----	1,000,000	215.00	215.00
Perú-----	6,147,000	1,321.61	1,321.61
República Dominicana-----	1,022,485	219.83	219.83
Uruguay-----	1,970,000	423.55	423.55
Venezuela-----	3,226,149	693.62	693.62
T O T A L E S.....	260,590,589	\$ 56,006.97	\$ 54,717.74