

800

X H-9575

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

170/p-Med.  
HOLVIND

*Psiquiatria*  
(1)

Contribución al Estudio en México de los Niños  
Mentalmente Anormales

PRUEBA ESCRITA QUE PRESENTA  
EN SU EXAMEN GENERAL DE MEDICO,  
CIRUJANO Y PARTERO - . . .

Agustín Molina Reyes

EX-PRACTICANTE NUMERARIO DEL  
HOSPITAL GENERAL . . . . .

MEXICO  
1922



~~532~~

A LA MEMORIA DE MI ABUELA  
CON VENERACION

A MIS PADRES  
EXPRESION DE CARINO Y AGRADECIMIENTO

A MIS HERMANOS  
CON MI AFECTO

AL SUPERIOR GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO  
Y A LA FUNDACION IGNACIO TORRES ADALID.  
DE QUIENES FUI PENSIONADO

## SEÑORES JURADOS:

Circunstancias especiales, me llevaron cerca de una Escuela de Anormales; y habiéndome interesado ese asunto procuré, hasta donde pude, estudiarlo y conocerlo.

Exigiendo el Reglamento de la Facultad la presentación de una prueba escrita para sustentar examen general; prueba que debe tener los requisitos de ser hecha sobre un punto original y de revelar observación personal; he creído que el tema, tal como he intentado desarrollarlo, es original o casi original en nuestro país, y que tiene algo de observación personal.

He puesto cuanto de mi parte ha estado para que mi trabajo, el primero de esta magnitud que emprendo, resultara lo más completo posible. Varias razones han hecho que no lo consiguiera y han redundado en su perjuicio: la dificultad que el tema presenta, mi poca capacidad, el no haber encontrado observaciones hechas en nuestro medio y que hubieran podido servirme de término de comparación y por último el haber carecido de la dirección o ayuda de persona competente.

Pero creo que ustedes lo juzgarán con toda la amplitud de espíritu que poseén; y verán en él, más que los resultados, el trabajo y la buena voluntad puestos de mi parte para llevarlo a feliz término. Creo también que dada la importancia de este asunto, importancia que nadie niega ni discute, Ustedes juzgarán con benevolencia el esfuerzo del que ha pretendido laborar en este campo; y el atrevimiento del que, con escasos conocimientos, ha osado enfrentarse con un tema de esta magnitud.

*Agustín Molina R.*

Quiero hacer presente mi agradecimiento a mis maestros los Drs. Don José Mesa y Gutiérrez y Don Joaquín Cosío, por haberme facilitado varias obras de consulta; al Dr. Don Alberto Lozano Garza por haber puesto a mi disposición algunas obras de consulta y material para aplicar las pruebas de Pintner y Paterson; y al Dr. Don Rafael Santamarina, quien de la manera más bondadosa me facilitó algunas obras de consulta y algunos trabajos presentados por él.—Doy también las gracias al Sr. Dr. Sunderland, Director del Manicomio General de la Castañeda; y a las Sritas. Directoras de las Escuelas Dr. Balmis, José María Iglesias y de Anormales anexa al Manicomio General, por la buena voluntad con que me recibieron, por las atenciones que me dispensaron y por las facilidades que me dieron para obtener mis observaciones.

Haré el desarrollo del tema en los siguientes capítulos:

- I.—Breve exposición sobre la importancia de este asunto. Definiciones y clasificación. Algo de historia.
- II.—Etiología.
- III.—Anatomía patológica.
- IV.—Sintomatología.
- V.—Diagnóstico.
- VI.—Pronóstico.
- VII.—Profilaxia y tratamiento.
- VIII.—Observaciones.
- IX.—Proposiciones.
- X.—Bibliografía.



## I

### ALGUNAS PALABRAS DE LA IMPORTANCIA DE ESTE ASUNTO

El problema de los niños anormales mentales, es uno de los que más han preocupado a las naciones civilizadas en estos últimos tiempos. Se ha llegado a saber que constituyen una proporción, muy digna de tenerse en cuenta, en la población escolar; que gran parte del contingente de las presidios y de la prostitución, es suministrado por ellos. Se ha sabido que el Estado gasta fuertes sumas en impartir educación a seres que no están capacitados para recibirla tal y como se les dá; y que gasta más tarde en el sostenimiento de esos individuos en las cárceles y en los asilos. Y no es esto todo; según Wildman, la principal razón que existe para que tanta atención se haya prestado a este problema durante los últimos años es "... el haber reconocido que son una amenaza para la raza, por engendrar descendientes defectuosos que son, por lo general, ilegítimos y que constituyen una fuente de gran dispendio para la nación".

Es por esto, por lo que se ve todo el alcance de la contestación que dió un estadista sueco al ser interrogado sobre el porqué su país gastaba tanto en la protección de la infancia. "Es, respondió, por que no somos lo suficientemente ricos para permitirnos el lujo de gastar lo que se necesita para el sostén de los criminales".

En el año de 1914, se calculaba que habían en Francia no menos de 40.000 anormales que no recibían educación especial (Heuyer. *Enfants anormaux et delinquants juveniles*. Pág. 13); y según Regis la proporción sería de un 5 a 6 % entre la población escolar y se elevaría hasta el 30 % para los pupilos de la Asistencia Pública. Según Shuttlewoth (citado por Heuyer) Alemania contaba por la misma época con 150.000 escolares anormales, o sea cerca de un anormal por cada 450 habitantes.

Un folleto titulado *Feeble-minded adrift* y publicado por la Liga de Profilaxis de Boston, dice en su primera página (citado en el informe del Dr. Lozano Garza): “Hay doce mil débiles mentales en Massachusetts” Es decir, doce mil individuos que no sacan provecho alguno de las escuelas del más culto estado de la Unión Americana. Terman (citado en el mismo informe) en su libro *The measurement of intelligence* dice: “Numerosos estudios acerca del progreso de los alumnos de nuestras escuelas, han demostrado con toda evidencia la magnitud y la seriedad del problema del retardo”. El Dr. Lozano Garza en su informe dice: “Las estadísticas formadas en varios centenares de ciudades de los Estados Unidos, indican que en un número de niños comprendido entre la tercera parte y la mitad de la población escolar, no avanzan de manera regular; que una cantidad de niños comprendida entre el 10 y el 15 % llevan un atraso como de dos años; y que entre el 5 y el 8 % están atrasados cuando menos tres años—Algo más que el 10 % de los 400 millones de dólares gastados anualmente en las escuelas de Estados Unidos, se destinan a repetir la enseñanza que los niños habían recibido, pero que no pudieron aprender”.

Cuando en el año de 1897, la ciudad de Bruselas decidió crear una Escuela de Enseñanza especial destinada a los niños retardados; a pesar de que los procedimientos seguidos para seleccionar a esos niños no estaban lo adelantados que ahora, se contó con 289 alumnos del sexo masculino para inaugurarla.

El Dr. J. de J. González (Niños anormales psíquicos. Pág. 233), dice: “Un estudio cuidadoso me ha convencido de que el número de retrasados es muy grande, verdaderamente alarmante: 52 % con un retardo de 3 a 8 años. Precisa conocer las causas de ese inmenso retardo, en cuya producción los factores sociales son los que dan el mayor contingente”.

Exceptuando este dato del Dr. González, no sé que en México se haya hecho una estadística para tratar de saber, aunque fuera de manera muy aproximada, el número de niños deficientes mentales que asisten a nuestras escuelas.—A mí, dado el número relativamente corto de casos que ví, no me fué posible hacer algo parecido a una estadística. Sin embargo, debo decir que en cada grupo compuesto a lo sumo de 40 o 45 alumnos, encontré cuando menos uno con deficiencia mental clara, frecuentemente dos y en no raras ocasiones hasta tres. En las clases en las que encontré el mayor número fué en el Primero y Segundo años elementales; y fácilmente se comprende el porqué sabiendo que esas son las clases en las que los anormales se detienen definitivamente, o tardan más tiempo para franquearlas que los normales.

Puede decirse que no existen individuos completamente normales. Sin embargo, aquellos que sin ser perfectos, sí están bien constituidos física y psíquicamente, pueden considerarse como normales.

El término genérico de **anormales**, se aplica a niños que están colocados física o psíquicamente en un nivel inferior al de la generalidad de los individuos que son considerados como normales.

Partiendo de esto, podemos dividir a los anormales en físicos y psíquicos. Refiriéndose a éstos últimos, el Profesor Regis los define así: “Son anormales psíquicos los que bajo la influencia de taras morbosas, sobre todo hereditarias, presentan defectos constitucionales de orden intelectual y moral, asociados lo más a menudo a defectos corporales; y para los cuales se imponen métodos de educación especiales”.

Con el fin de separar en grupos más o menos homogéneos a los anormales psíquicos, se han hecho multitud de clasificaciones. Sin exageración puede decirse que es raro el autor que trate este asunto que no presente una clasificación que difiera en poco o mucho a las que otros han propuesto. En general todas estas clasificaciones coinciden en los puntos principales, y difieren solo en los detalles.

A mí, me ha parecido que una de los mejores es la que modificando la clasificación de Deeroly ha hecho el Dr. Gonzalo R. Lafora. (Niños mentalmente anormales—Pág. 355).

Esta clasificación es la siguiente:

ANORMALES  PSIQUICOS	{	De causas intrínsecas	{	Con predominio de la deficiencia mental cuantitativa	{	Idiotas Imbéciles Débiles mentales
		De causas primariamente nerviosas	{	Con predominio de perturbaciones mentales cualitativas	{	Histéricos Epilépticos Psicopáticos Dementos precoces etc.
		De causas no nerviosas, que afectan secundariamente al sistema nervioso.	{	Con predominio de las perturbaciones afectivas o del carácter	{	Amorales Perversos sexuales
		De causas extrínsecas	{	Falsos anormales.	{	Disglandulares Adenoides Depauperados

En este breve trabajo, solo voy a ocuparme de los anormales con predominio de la deficiencia mental cuantitativa (Idiotas, imbeciles y débiles mentales); hablando algo de los anormales por trastornos de las glándulas de secreción interna (disglandulares), y de los llamados falsos anormales.

Todos los autores han admitido tres grados principales de anormales con defecto intelectual, que son yendo de los más profundos a los casos más ligeros, idiotas, imbeciles y débiles mentales.

Cuando el defecto es completo o casi completo, se tiene la **idiotia**. El desarrollo mental de los idiotas no excede al de los niños normales de tres años de edad.

Cuando el defecto sin ser completo o casi completo si es importante, se tiene la **imbecilidad**. Su desarrollo mental nunca es mayor al que corresponde a los anormales de siete años de edad, ni menor que el de los de tres.

Por último, cuando el defecto es ligero, se trata de la **debilidad mental**. Un débil mental nunca llega a tener un desarrollo mental superior al que alcanza un niño normal de doce años de edad.

Basados en los defectos que en el lenguaje y escritura presentan estos tres tipos de anormales, Binet y Simón los han definido así:

“Es **idiotia** todo niño que no llega a comunicarse con sus semejantes por medio de la palabra; es decir, que no puede ni expresar verbalmente su pensamiento ni comprender el pensamiento verbalmente expresado por los otros, cuando ninguna lesión del oído ni perturbación de los organos fonéticos explica esta pseudo-afasia que es debida enteramente a una deficiencia mental”.

“Es **imbecil** todo niño que no llega a comunicarse por escrito con sus semejantes, es decir que no puede expresar su pensamiento por la escritura, ni leer lo escrito o impreso por otro; o más exactamente, que no puede comprender lo que lee, siendo así que ningún trastorno de la visión o parálisis motora de los brazos explican la falta de adquisición de esta forma de lenguaje, la cual es sólo debida a una deficiencia intelectual”.

“Es **débil mental** todo niño que sabe comunicarse con sus semejantes por la palabra y el escrito, pero que muestra un retardo de dos años, si es menor de nueve años, o de tres si es mayor de nueve (en el curso de sus estudios), sin que ese retardo sea debido a una insuficiencia de escolaridad”.

Estos tres tipos deben ser distinguidos de acuerdo con el grado de **desarrollo mental definitivo** (desarrollo o nivel men-

tal definitivo es el grado máximo de desarrollo intelectual que puede alcanzar un anormal, y en el cual se estaciona).

#### ALGO DE HISTORIA

El país en el que primero se implantó la asistencia de los niños anormales psíquicos, fué en Francia. Bourneville (Compte rendu du service des epileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicetre pendant l'année 1887) refiere que desde los primeros tiempos del Hospital General del cual Bicetre y la Salpêtrière componían los dos principales establecimientos, se había hospitalizado un cierto número de ellos, sobre todo idiotas e imbeciles.

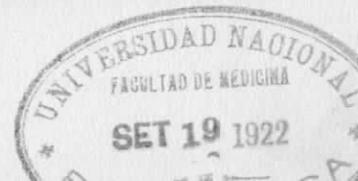
En el año de 1801, Itard hacía con poco resultado, ensayos para la clasificación de los idiotas.—En 1824 Belhomme (Citado por L. V. Marcé *Traité pratique des maladies mentales*—1862) decía e insistía en que no se podía esperar dar a los idiotas la inteligencia que nunca han tenido; pero que no obstante se debían intentar esfuerzos que sirvieran ya que no para curarlos, sí cuando menos para mejorar un poco sus condiciones físicas e intelectuales. En la misma época, Belhome reconocía entre los idiotas infinitos matices, y de allí deducía la necesidad de “diversificar individualmente” los procedimientos educativos, con el fin de sacar de ellos el mayor provecho posible. (L. V. Marcé—Op. cit.)

En 1830 Félix Voisin admitía que entre las facultades morales y las intelectuales había cierta independencia; hacía ver que la pérdida de unas no traía forzosamente la destrucción de las otras, y demostraba la necesidad de apoyarse en las facultades que existieran desarrollándolas, “escojiendo en el medio exterior las palancas capaces de obrar sobre ellas”. (Aug. Voisin—*Maladies mentales*. París 1883).

En 1838 el Dr. Esquirol, en un célebre estudio, diferenció netamente la idiotia de la demencia y puso las bases para un estudio completo sobre este asunto. (Esquirol. *Des maladies mentales*. 1838).

Fué en ese mismo año, 1838, en el que Eduardo Seguin, al que la humanidad debe el método de educación de los niños desheredados de la inteligencia, publicó su primer memoria en la que resumía los resultados obtenidos con su método, aplicado al principio por él e Itard, y después por él y Esquirol (*Résumé de ce que nous avons fait pendant 14 mois*—Seguin et Esquirol—1838).

Poco después, Seguin siguió sólo aplicando su método, primero en su escuela de la calle Pigalle, y después en el Hospicio de Incurables (1841). Como consecuencia de una comunica-



ción de Orfila al Consejo General de los Hospicios, Seguin fué nombrado institutor de los niños de Bicetre a los cuales fueron agregados una veintena de niños del Hospicio de Incurables. Un año aproximadamente duró allí aplicando su método, combatido por todos aquellos a los que extrañaba la novedad de sus procedimientos (Seguin—Trait., Hyg. et Educat. des idiots. París 1846).

Ya Seguin había publicado tres memorias (1838, 1839, 1841) que habían llamado la atención. En 1842 el Dr. Guggenbühl, siguiendo las ideas de Seguin fundó para los cretinos un Establecimiento-escuela sobre el Abendberg en Suiza; y por la misma época M. Saegert de Berlín que se había ocupado ya de la educación de los sordo-mudos, extendía sus esfuerzos a la educación de los idiotas—Cuatro años más tarde Seguin publicó un libro titulado “Tratamiento moral, higiene y educación de los idiotas”—Entonces se produjo, no sólo en Francia, sino también en Alemania, Suiza, e Inglaterra un movimiento general para la mejoría de estos desheredados (Langdon—Down—On some of the mental affections of childhood and youth—London 1887).—Fué creada una escuela en Leipzig; Plombe Conolly, Andrew y Reed en Inglaterra, testigos de lo que en Francia hacía Seguin y conociendo sus escritos, provocaron por su propaganda la creación de una pequeña escuela en Bath, después otra en Highgate y enseguida otra en Colchester.—Al mismo tiempo Wilbur inspirado y guiado, como siempre lo reconoció, (Wilbur—In memory of Edouard Seguin.—Pág. 28) por los trabajos del eminente francés, fundaba en América el primer asilo para los débiles de espíritu.

En el año de 1863 se abrió en la ciudad de Halle (Prusia) la primera escuela especial para niños retrasados (Cruchet-Arrieres scolaires—Pág. 3). Desde esa época se han abierto escuelas del mismo género en la mayor parte de los países civilizados. Y por una curiosa ironía de las cosas, como dice E. Claparede (Psicología del Niño. Pág. 86), habiendo sido franceses los que primero se preocuparon por mejorar la suerte de los anormales, y los que trazaron el camino que para ese mejoramiento se había de recorrer; los idiotas e imbéciles seguin relegados en los Hospicios de Bicetre y la Salpetriere a pesar de las comunicaciones de Bourneville que desde 1879 defendía ardientemente el método propuesto por Seguin, defendiendo así lo que él llamaba la tradición francesa.

Fué hasta el año de 1904 en el que el Gobierno francés se decidió a reconocer la necesidad de escuelas especiales para los anormales psíquicos, y principalmente de escuelas de las llamadas de perfeccionamiento para los retardados escolares. Y fué nombrada una comisión para examinar este problema. Alfredo

Binet formó parte de ella, y en colaboración con el Dr. Simón formó su famosa “escala métrica de la inteligencia” para facilitar el trabajo a dicha comisión (Anné Psychologique.—1905).

Actualmente existen en Francia así como en Inglaterra, Alemania, Italia, Holanda, Bélgica, Estados Unidos de América, Japón, Argentina, Brasil, Uruguay; y en general en casi todas las naciones civilizadas, escuelas especiales para los niños anormales.

Entre los trabajos recientes que han contribuido a hacer conocer esta cuestión, se pueden citar en Francia los de Bourneville, Jacquin, Binet, Simon, Philippe y Paul Boncour, Cruchet, Apert, Roubinovitch, Regis, Abadie, Heuyer, Haury, Vane y otros muchos más. En Inglaterra Ireland, Shuttleworth, Tredgold y otros, se han ocupado con gran acierto de esta cuestión. En Bélgica Demoor, Decroly, Ley. Jonckheere, la Srita. Degand. En Alemania Koch, Ziehen, Emminghaus, Weygandt, Liebmann y muchos más. En Estados Unidos hay que citar los trabajos de Goddard, Stanford, Fernald, Sylvester, Wallin, Sedwick y muchos más. En Italia Marro, de Sanctis, Ferrari y Ferreri, etc.

En nuestro país, justo es confesar que es muy poco lo que se ha hecho por mejorar la suerte de los niños deficientes mentales. Han sido varias comisiones enviadas al extranjero para estudiar este asunto, y muchos los informes que se han rendido; pero hasta la fecha la única Escuela para Anormales que existe en la República, es la anexa al Manicomio General de la Castañeda, fundada a iniciativa de su actual Directora, la Srita. Profesora María Martínez, a fines del año de 1919 y que hasta la fecha funciona con toda regularidad.

El reglamento para la inspección de escuelas primarias y jardines de niños del Distrito Federal, promulgado el año de 1908 por el Ministerio de Instrucción Pública, en el artículo número 51 dice lo siguiente: “Para la determinación de los niños intelectualmente anormales y retardados, se tendrán en cuenta las observaciones del maestro acerca de sus aptitudes mentales. Comprobado el diagnóstico desfavorable, el médico inspector, previa consulta con el jefe del servicio higiénico escolar, autorizará el pase del alumno de que se trata a una escuela especial para retardados. Los niños imbéciles o idiotas serán separados de las escuelas, y se les internará, si ha lugar a ello, en establecimientos especiales, siempre que lo considere posible la Dirección General de Instrucción Primaria.”

Como se ve, en ese artículo está perfectamente trazado el camino que debería seguirse. Ignoro el por qué no se ha llevado a cabo

El primer informe en el que se trata algo acerca de la cues-

tión de los niños anormales, es el presentado por el Profesor Leopoldo Kiel y remitido de Berlín con fecha 25 de octubre de 1905.

Siguen después los tres informes remitidos por el Dr. Uribe y Troncoso, fechado el primero en Nueva York el 4 de agosto de 1907, y que está relacionado con el examen de alumnos de instrucción primaria y con las condiciones higiénicas de los edificios de enseñanza en los Estados Unidos de América; y en el que se menciona algo acerca de los niños anormales psíquicos. El segundo está fechado en París en febrero de 1908 y trata de los progresos de la Higiene escolar en París. Igualmente menciona algo acerca de los anormales psíquicos. El tercero, fechado en Nueva York el 4 de mayo de 1910, trata de la manera cómo se practica la inspección médica en las escuelas elementales y superiores de Nueva York, y toca ligeramente el asunto de que me ocupo.

En el mes de agosto del mismo año de 1910, el Dr. Manuel Barreiro remitió de Berlín un informe relativo al III Congreso de Higiene Escolar, al que asistió llevando la representación de nuestro país, y en el que trata algo del asunto de los anormales psíquicos.

Fué hasta el mes de enero de 1913 cuando se presentó el primer informe hecho exclusivamente sobre este asunto. Fué el rendido por el Dr. Joaquín Cosío, comisionado especial de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, acerca de la organización de las escuelas para niños retardados en las principales capitales Europeas y de los Estados Unidos del Norte. Es, a mi ver, uno de los mejores trabajos que hay escritos sobre este asunto y apareció publicado en los números 3 y 4 del Toma II de los Anales de Higiene Escolar, correspondientes a los meses de enero y abril de 1913.

Ya antes el mismo Dr. Cosío, había rendido un informe acerca del Primer Congreso Internacional de Pedagogía que se efectuó en Bruselas del 2 al 18 de agosto de 1911; y en el que traé algo acerca de los niños anormales psíquicos.

En el año de 1915, salió para los Estados Unidos de América una comisión formada por los Profesores A. R. Belmont, R. Rodríguez, S. Salinas y Guevara, con instrucciones precisas de la Secretaría de Instrucción Pública para estudiar la educación de niños anormales y retardados. Al final de las instrucciones estaba el párrafo que transcribo: "A su regreso al país propondrá a esta Secretaría un proyecto para el establecimiento de escuelas para niños anormales o retardados y suministrará a la propia Secretaría un informe general de todos los trabajos de esta especialidad para su publicación, y además, dará una serie de conferencias a los profesores de educación primaria,

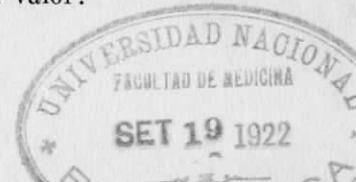
respecto al estudio que lo lleva a la culta ciudad de Boston". El informe general a que antes se alude, lo he buscado inútilmente por todas partes; y he llegado a creer que no se rindió. En cuanto a las conferencias, no sé que hayan sido sustentadas alguna vez por los profesores comisionados.

El día 15 de junio de 1920, el Dr. Alberto Lozano Garza, Jefe de la comisión nombrada por el Gobierno del Distrito Federal para estudiar en los Estados Unidos de América la organización de las Escuelas para niños anormales, presentó un interesante, completo y documentado informe acerca de su cometido. Ceo que tanto este informe como el del Dr. Don Joaquín Cosío, al que ya me referí, son un modelo en su género; y deben de ser consultados por todo aquél al que este asunto interese.

En el primer Congreso Mexicano del Niño, que se efectuó en los primeros días del mes de enero de 1922, fueron presentados tres trabajos relacionados con el asunto de que me ocupo. Uno fué presentado por el Dr. Alberto Lozano Garza, y se titula "Algunas palabras en favor de los niños anormales". Los otros dos fueron presentados por el Dr. Rafael Santamarina, y se titulan "Conocimiento actual del niño mexicano desde el punto de vista médico-pedagógico", y "Ensayo de clasificación médico-pedagógica de los niños en edad escolar".

El Dr. J de Jesús González, conocido médico que ejerce en la ciudad de León (Gto.) ha presentado trabajos muy interesantes acerca del mismo asunto. En su "Higiene Escolar" lo trata con cierta extensión. Y en su libro titulado "Los niños anormales psíquicos" hace un completo estudio del punto, considerándolo tanto médica como psicológica y pedagógicamente; y tratándolo de una manera magistral desde cada uno de esos puntos de vista. Además presentó al 1er. Congreso Pedagógico Guanajuatense, que tuvo lugar en la ciudad de Guanajuato en el mes de Diciembre de 1915, un trabajo titulado "Tratamiento higiénico-pedagógico de niños anormales".

El día 15 de diciembre de 1921, el Dr. Rafael Santamarina, Secretario de la Delegación Mexicana al Segundo Congreso para la Protección de la Infancia que se efectuó en Bruselas, presentó al C. Jefe del Departamento de Salubridad un informe en el que relataba la labor de dicha comisión; y otro en el que daba cuenta del encargo que se le confirió para que visitara las principales capitales europeas estudiando, entre otras cosas, la organización de las escuelas para niños anormales. Ambos informes contienen datos de gran valor.



## ETIOLOGIA

Múltiples son las causas capaces de traer anormalidad mental. Para la facilidad en su estudio, las he dividido de la siguiente manera:

Causas que obran antes del nacimiento. } (Obrando sobre el germen.  
 } (Obrando sobre el producto.  
 } Causas que obran después del nacimiento.  
 } Causas que obran durante el nacimiento.

## CAUSAS QUE OBRAN ANTES DEL NACIMIENTO

## HERENCIA NEUROPATICA Y PSICOPATICA

Todos los autores y todas las estadísticas, están de acuerdo en afirmar el papel tan importante que goza como factor etiológico en las anormalidades psíquicas la herencia nerviosa.

Según Fontini, puede demostrarse en el 58,5 % de los casos. Beach y Shuttleworth (Clifford Albutts. "System of medicine. Vol. VII) encuentran la herencia nerviosa bien marcada en el 42 % de los pacientes examinados por ellos; el Dr. Caldicott por su parte, considera que el 74% tienen antecedentes neuropáticos. En Estados Unidos, una comisión en Connecticut consideró, después de una laboriosa encuesta, que el 70 o 75 % de los deficientes mentales examinados tenían antecedentes neuropáticos. En Alemania Koch (Citado por Tredgold en "Amentia") llegó a la conclusión de que este factor se encuentra en el 60 % de los casos. En Suiza el censo de 1893 mostró que la herencia neuropática era clara en el 55 % de los idiotas y en Noruega Ladwig Dahl (Citado por Tredgold) la encontró en el 50 % de los casos. En la estadística presentada por el Dr. J. J. González (Niños anormales psíquicos—Pág. 50) se encuentra la herencia neuropática o psicopática en el 15,68 % de los casos.

Sin embargo, la estadística presentada por Tredgold (Op. cit.) y basada en una minuciosa investigación de los antecedentes hereditarios hace subir la proporción al 80 %. Y dice, para explicar la disparidad de su estadística con las presentadas antes, que la investigación minuciosa de los antecedentes neuropáticos es una labor que requiere mucho tiempo y minuciosidad; y que quizá por esto las otras estadísticas tomadas más a la ligera, no presentan una proporción tan elevada como la suya.

La transmisión hereditaria de las enfermedades nerviosas

y mentales, puede hacerse de dos maneras: por herencia similar u homóloga, en la que el hijo hereda la misma enfermedad que padecían sus ascendientes; o por herencia disemejante o heteróloga, cuando la herencia se manifiesta en el descendiente produciendo otra enfermedad que la padecida por los progenitores. Algunos estados morbosos se transmiten a la descendencia de acuerdo con la ley de la herencia de Mendel. Los trabajos de Goddard lo han demostrado.

En una pequeña proporción de los casos, los antecedentes nerviosos consisten en hemorragias cerebrales, parálisis o neurosis varias padecidas por los progenitores; pero en la mayoría de los casos los antecedentes patológicos son las enfermedades mentales sufridas por los padres.

### SIFILIS

Los autores no están acordes en la importancia que le asignan a este factor. La mayor parte de ellos creen que no se encuentran frecuentemente casos de déficit psíquico que sean atribuibles únicamente a la sífilis padecida por los progenitores. Bourneville entre más de 2500 idiotas, imbeciles y débiles mentales examinados por él, no encontró más que en 20 ocasiones la sífilis en los antecedentes de los padres. Fletcher—Beach no la encontró más que en la proporción de 1.17 % entre 2400 anormales psíquicos examinados por él en Londres. Langdon Down y Shuttleworth la encuentran en el 2 % de los casos. Tredgold en el 2.5 %. En la estadística del Dr. Henrolin (Citada por el Dr. González), la proporción asciende a 6.17 %, y en la del Dr. González la cifra es más alta: 11.25 %. Pero todos estos porcentajes quedan muy por abajo de la realidad según lo demuestran estadísticas más recientes, la de Heuyer y la de Faviart y Canmac. El primero encuentra una proporción de 25 % de casos imputables a la heredo-sífilis; y los segundos, en una serie de 23 idiotas en los que efectuaron la reacción de Wassermann con líquido céfalo-raquídeo, encontraron un 47 % de casos en los que la reacción fué positiva.

Edmond Fournier (Colección Sergent. Sífilis. Tomo II), dice que dejando a un lado la imbecilidad y la idiocia notadas con tanta frecuencia en los hijos de padres sífilíticos hay que señalar un síntoma "singularmente frecuente en la descendencia de familias sífilíticas: la debilidad intelectual". Esta debilidad se traduce por el hecho de que el niño tiene sus facultades intelectuales siempre en retraso con su edad cronológica. Se trata de niños "desprovistos de memoria, que no comprenden más que difícilmente, que no retienen y en los cuales la facultad de atención parece aminorada o casi nula. Los niños

de este tipo, no aprenden, sino con muchas dificultades, a escribir y más difícilmente aún a leer".

El Dr. Joseph Roly de Manchester (Annales des maladies veneriens. Agosto de 1915. Pág. 500), ha demostrado la necesidad de investigar la herencia sífilítica en todos los casos de debilidad intelectual; y ha citado muchos casos en los cuales, el Wassermann practicado sobre los padres, dilucidó el diagnóstico en lo relativo al estado hereditario del niño. Y un tratamiento apropiado trajo una gran mejoría en las condiciones físicas y mentales de esos enfermitos.

Edmond Fournier (op. cit.) dice que una manera de obrar análoga ha sido puesta en uso en algunos servicios especiales reservados a esos niños retardados; y afirma que no solo ese síntoma es a menudo considerado como una sospecha de heredo-sífilis, sino que a favor de un tratamiento específico, se obtiene una considerable mejoría; y muchas veces hasta una curación.

### TUBERCULOSIS

La tuberculosis es otro factor que también ejerce influencia sobre la herencia. Desde 1871, se han descrito casos de descendientes de tuberculosos con "hábito infantil persistente y debilidad mental". Y en las familias de tuberculosos no son raros los casos de deficiencia mental.

En la estadística de Tredgold, se encuentra el 7.5 % de los casos que no pueden ser atribuidos a otra causa. En la estadística del Dr. Henrolin (Citado por el Dr. González) se encuentra la tuberculosis de los padres como factor etiológico en 7 casos de los 81 que comprende. En la del Dr. González, por el contrario, entre 51 casos no se encuentra uno solo en el cual, según él, pueda imputarse a la tuberculosis de los padres la producción de descendientes afectados de deficiencia mental.

### ALCOHOLISMO

Desde los memorables trabajos de Magnus Huss (1852), mucho se ha escrito sobre la influencia ejercida por este tóxico sobre la descendencia de los alcohólicos. Todos los autores están de acuerdo en afirmar que los descendientes de alcohólicos son muy frecuentemente afectados de déficit tanto físico como psíquico. En ellos se pueden presentar "todas las malformaciones y todas las degeneraciones".

Y esto no tiene nada de extraño, puesto que Lancereaux ha demostrado que en un alcohólico el tóxico impregna todo el organismo, hasta las células que encierran el plasma germinati-

vo. Experimentalmente Feré (Comptes rendues, Societe de Biologie. París) ha hecho ver que el efecto de los vapores de alcohol sobre huevos en incubación, ha producido 63 % de productos normales, 16 % de productos incompletamente desarrollados y 21 % de monstruosidades. Estas experiencias repetidas con soluciones alcohólicas de ajeno, dieron resultados más marcados aún; pues solo hubo un 25 % de productos normales, 31 % de productos no completamente desarrollados y 44 % de pollitos "anormales y defectuosos".

Las estadísticas hechas en diferentes países demuestran de manera clara el importantísimo lugar que el alcoholismo tiene en la etiología de las deficiencias psíquicas. Bourneville en París, en una estadística hecha sobre más de 2500 anormales, encontró el alcoholismo de los padres en el 41,1 % de los casos; correspondiendo el 3,1 % al de la madre sola. Ley en Bruselas, encontró una proporción de 47,7% de los cuales corresponden al 5,2 % a la madre—Tredgold y Shuttleworth en Inglaterra encontraron el primero el 46,5 % y el segundo, el 16,5 % de anormalidades psíquicas imputables al alcoholismo de los progenitores.—Vreslin de Filadelfia en su estadística da el 38 % de casos debidos al uso del alcohol por los padres; Kind de Hanover da el 11 % y Looft de Noruega, el 37 %. Aquí, en una estadística tomada por el Dr. González (Op. cit) en la ciudad de León (Gto.) y que abarca 51 casos, se encuentra en 14 de ellos el alcoholismo de los padres, lo que da una proporción de 27,45 %.

Lo dicho antes, se refiere al alcoholismo crónico. Se ha hablado también de la influencia que pueda tener el alcoholismo agudo en el momento de la concepción; y Langdon Down, Sabatier, Morel, Bourneville y otros autores, opinan que la debilidad mental es frecuente entre los niños que han sido concebidos estando uno de los progenitores o los dos intoxicados por el alcohol en forma aguda.

Ireland (W. W. Ireland--Mental affections of children 1898) fluencia sobre el porvenir de los niños el hecho de haber sido es de una opinión contraria. No cree que tenga una gran influencia concebidos estando sus progenitores en estado de alcoholismo agudo, y como apoyo a su opinión, cita el hecho observado por él en algunas regiones de Escocia, en las que todo el pueblo se embriaga el día del Año Nuevo y algunos otros días fijos en los cuales los pescadores vuelven de su labores a descansar pocos días en sus casas. Dice, que nunca ha tenido noticias de que hayan resultado de esas cópulas niños idiotas, imbeciles, o débiles mentales.

Tredgold creó que el estado de alcoholismo agudo durante

la concepción, puede acarrear deficiencias psíquicas en los niños, pero que seguramente en una muy pequeña proporción.

#### OTRAS INTOXICACIONES

Existen otras intoxicaciones que pueden determinar trastornos morbosos que traigan la deficiencia psíquica en los descendientes.

En primer lugar es preciso citar el saturnismo; sobre todo el del padre, pues cuando la madre también está intoxicada lo más frecuente es el aborto. Cuando el intoxicado es el padre, los accidentes son muy frecuentes y la estadística de Constantin Paul lo muestra de manera muy clara. En 141 casos hubo 82 abortos, 4 nacimientos prematuros, 5 que murieron al muy poco tiempo de nacidos. De los 50 niños restantes, 20 habían muerto antes de un año, 15 entre uno y tres años; De los 15 supervivientes solamente cuatro llegaron a la edad de 4 años, y eran imbeciles o idiotas.—Bourneville cita 59 casos en los que el factor etiológico fué el saturnismo, entre los 2872 casos que comprende su estadística.

Otras intoxicaciones como las producidas por el fósforo, mercurio o cobre, han sido algunas veces citadas, pero son casos muy raros.

En un caso citado por Heuyer (Enfants anormaux et delinquants juveniles), el factor etiológico principal fué la eteromanía de la madre.

#### EDAD DE LOS PADRES

Se ha dicho que la edad demasiado avanzada o muy tierna de los progenitores podía ser una causa de déficit psíquico en los descendientes.—De la estadística de Korosi hecha sobre 24.000 individuos, se desprende que los hijos de padres cuya edad es menor de 20 o mayor de 40 años, suministran un contingente morbosos mayor que los comprendidos entre esas dos edades.—Matthews Duncan era de opinión que en los matrimonios en los que los cónyuges eran muy jóvenes o ya de edad avanzada, era relativamente frecuente el ver idiotas entre los descendientes; y Langdon-Down encontró que en el 23 % de los idiotas examinados por él, un millar, había una diferencia de más de 10 años entre las edades de los padres.

Tredgold no niega de una manera absoluta el que ésta pueda ser una causa de deficiencia mental; pero creó que lo que hay en la mayor parte de las veces es un caso de herencia nerviosa, y dice que la edad de los padres pudiera tener alguna influencia, pero que esta influencia seguramente sería muy



débil. En la estadística de Ley hecha sobre 172 casos no hay uno solo imputable a este factor, así como en la que presenta el Dr. González.

### CONSANGUINIDAD

Ha sido objeto de muchas discusiones el saber si los matrimonios entre parientes muy cercanos podrían ser causa de descendientes afectados de déficit psíquico.

Moreau y Trousseau han citado ejemplos en pro. Legrand de Saulle refería que entre cuatro niños productos de un incesto había encontrado tres idiotas y un epiléptico. Pero es permitido creer que, dado el estado actual de la civilización, los procreadores incestuosos estén atacados de taras psíquicas profundas; y el hecho de producir hijos completamente anormales no prueba en favor del papel de la consanguinidad como factor etiológico, sino en favor de la herencia nerviosa.— Cuando los padres son sanos, es muy probable que a pesar de ser parientes muy cercanos, el producto sea normal. Cuando los progenitores son parientes muy cercanos y además están afectados de taras semejantes o muy parecidas, los productos serán anormales por la herencia convergente acumulada. Las estadísticas dadas a este respecto y tomadas en los asilos de idiotas e imbeciles, son muy diferentes unas de otras. Benuis reconoce la consanguinidad como factor etiológico en una proporción que varía entre el 7 y el 15% de los casos. Mitchell entre el 18,8 y el 23,2%. Down entre 852 idiotas encuentra un 7% atribuible a la consanguinidad. Howe entre 359 idiotas halla el 4,1%. (El mismo autor, muestra en una estadística posterior tomada en Massachusetts, que 17 matrimonios entre consanguíneos habían tenido 95 hijos, de los cuales 44 eran idiotas). Y por último, Voisin en Bicetre y la Salpêtrière, entre 1557 idiotas e imbeciles examinados por él, no ha encontrado uno solo en el cual la consanguinidad de los padres pueda ser tomada en consideración como factor etiológico principal.

Parece ser que la consanguinidad exalta las taras hereditarias pero no las crea.

### CAUSAS QUE OBRAN SOBRE EL PRODUCTO

Podemos dividir las en traumáticas, infecciosas, tóxicas y psíquicas.

#### TRAUMATICAS

Los traumatismos, ya sea causados sin intención de dañar al producto o llevandola, en sus multiples formas: caídas sobre

el abdomen, golpes llevados sobre el abdomen con algún instrumento contundente, puntapiés, etc. han sido a veces considerados como la causa de la insuficiencia psíquica del producto. La estadística del Dr. Henrolin que abarca 81 casos, presenta 3 en los cuales el factor etiológico fué un traumatismo en el vientre de la madre. En la estadística del Dr. González hecha sobre 51 casos, se encuentra uno en el cual el factor etiológico es el "traumatismo o golpe en el vientre de la madre".

Se cree que los traumatismos obran produciendo bruscos sacudimientos en la masa encefálica del feto, los que pueden traer destrucción de algunas porciones del encéfalo.

### INFECCIOSAS

Las infecciones que atacan a la madre durante el embarazo pueden traer trastornos psíquicos graves en el producto. La neumonía, la fiebre tifoidea, el tifo, etc., padecidos por la madre, son en ocasiones, la causa del déficit psíquico en el hijo. Henrolin en su estadística, en tres casos reconoce a las infecciones de la madre como la causa principal de los trastornos psíquicos padecidos por los hijos. El Dr. González en la suya trae un caso de idiocia atribuible al tifo padecido por la madre durante el embarazo.

Estas causas se cree que obran trayendo trastornos circulatorios en el producto, o produciendo en él una verdadera intoxicación.

### TOXICAS

Entre las substancias tóxicas que obran sobre la madre durante el embarazo, podemos hacer una división en endógenas y exógenas.

Entre las exógenas encontramos en primer lugar al saturnismo. Rodríguez Lafora (Niños mentalmente anormales) menciona el caso de una niña imbecil en la que no hubo otro factor etiológico que el haber abusado la madre de la morfina durante el embarazo. En la estadística del Dr. Henrolin se encuentran citados dos casos debidos a la intoxicación de la madre durante el embarazo.

Entre las intoxicaciones endógenas, todos los autores citan la albuminuria, la eclampsia y otras. Creo que se puede colocar entre ellas a la desnutrición, tan frecuente entre las clases pobres y que según algunos autores obra como una verdadera autointoxicación.

## PSIQUICAS

Ha sido una cuestión muy debatida la del papel que como factor etiológico desempeñan las emociones intensas sufridas por la madre durante el embarazo. Legrand de Saulle cita el ejemplo de los niños nacidos en París durante el sitio y dice: "De 92 niños de los nacidos durante el sitio de París (1870-71), 64 tenían anomalías mentales o físicas y los 28 restantes eran débiles. 21 de los primeros eran imbeciles o idiotas, y 8 estaban atacados de insanidad moral...". Sin embargo, Tredgold creó que los resultados citados por Legrand de Saulle no fueron debidos únicamente a las intensas emociones experimentadas por las madres, sino que también deben de haber influido en una fuerte proporción las condiciones físicas por las que atravesaron en tan críticos días. Henrolin en su estadística señala dos casos de idiocia e imbecilidad atribuibles a fuertes emociones sufridas por la madre durante el embarazo; el Dr. González en la suya señala otros dos casos; y entre las observaciones que presento en la parte final de este trabajo, hay una de un niño en el cual parece ser que el factor etiológico principal fué una intensa emoción sufrida por la madre cuando estaba embarazada.

### CAUSAS QUE OBRAN DURANTE EL NACIMIENTO

#### PARTO PREMATURO

Tredgold creó que, en ausencia de factores hereditarios, el nacimiento prematuro no tiene la menor influencia en la producción de niños deficientes psíquicos.

Paul Bar en la Práctica del arte de los partos, hace la pregunta de qué es lo que llegan a ser los niños nacidos antes de término. Y dice que la respuesta está en estudio en el momento actual; pero que las dificultades para hacer una encuesta seria sobre este asunto, son tales que no se ha llegado todavía a ninguna solución. Dice también que lo más que se puede afirmar es que la mayor parte de los niños prematuros llegan después a ser completamente anormales.

En la estadística del Dr. González está citado un caso en el cual el factor etiológico predominante fué el nacimiento prematuro del niño.

#### PRIMOGENITURA

Se ha dicho que los primogénitos están más expuestos a padecer defectos psíquicos que los que nacen después. Esto

ha sido atribuido a varias causas, y entre ellas que el primer parto es por regla general más laborioso y prolongado y esto expone al feto a sufrir mayores compresiones al pasar por el canal pelvi-genital. También se ha dicho que casi siempre los trastornos mentales padecidos en ocasiones por las embarazadas, lo son más frecuentemente por las que están en cinta por primera vez.

Tredgold afirma que según su estadística, son menos frecuentes los déficits psíquicos en los primogénitos que en los hijos que nacen después; y dice que en las familias en las que hay una tendencia marcada a la degeneración física o mental, por regla general, los efectos son más marcados en los niños que han nacido en los últimos lugares.

### APLICACION DE FORCEPS

Cuando el forceps es aplicado en la cabeza un poco alta y con el fin de franquear una pelvis estrecha, no es raro observar fracturas del cráneo, que pueden ser desde una simple fisura hasta positivos aplastamientos de la base. Estas fracturas son graves por sus consecuencias inmediatas, secundarias y tardías, pues son causa de hemorragias intracraneanas a veces muy abundantes; y de destrucción de porciones considerables de substancia cerebral.

Hauch ha demostrado que en aplicaciones de forceps en las que se ha exajerado algo la presión sobre la cabeza, pueden producirse desgarraduras meníngicas que traen hemorragias, sin que haya habido no solo fractura sino ni la más insignificante fisura. Estas hemorragias son según este autor el factor más frecuente de la muerte aparente del recién nacido después de las aplicaciones de forceps. Si los niños no mueren inmediatamente, estas hemorragias son una de las causas más activas del desarrollo incompleto y anormal del cerebro, trayendo idiocia, debilidad mental, trastornos convulsivos, etc. Little en una estadística hecha sobre 63 niños que sufrieron severas aplicaciones de forceps, encontró 2 idiotas y 9 imbeciles.

Henrolin en su estadística señala dos casos atribuibles a este factor, y el Dr. González en la suya presenta otros dos.

### TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Puede ser una causa por la compresión tan considerable y de tan larga duración que sufre la cabeza del producto en estos casos.—Tredgold hace notar que las presentaciones anormales y las anomalías del trabajo de parto son más frecuentes en las mujeres con tara neuropática que en las normales. Y

en su estadística asigna una proporción que varía entre el 1 y el 2% a este factor. Se encuentran en la estadística del Dr. Henrolin 3 casos y en la del Dr. González uno.

#### ADMINISTRACION DE CLOROFORMO

La administración de cloroformo a la madre durante el parto, se creyó durante algún tiempo que podría ser un importante factor etiológico. Según algunos autores, es una causa que ya no se debe admitir. Otros sin embargo la sostienen, y Henrolin en su estadística le asigna un caso.

#### MUERTE APARENTE

He colocado al final este factor, por que él a su vez, es producido por todas las causas enumeradas antes. Algunos de los niños nacidos en este estado llegan a ser idiotas imbéciles o débiles mentales. Las causas son las hemorragias meníngeas (Bar), la compresión del cerebro (Jacquemier) que trae la destrucción de algunas porciones de él; la conmoción cerebral (Gugnfelt), etc.

#### CAUSAS QUE OBRAN DESPUES DEL NACIMIENTO

Las causas que obran después del nacimiento y que pueden traer una detención en el desarrollo psíquico del niño, son de diversa naturaleza; y para la claridad y facilidad de su descripción las dividiré en traumáticas, infecciosas y tóxicas. Por su importancia, hablaré de las anomalías psíquicas consecutivas a trastornos de secreción de las glándulas endocrinas.

Los traumatismos llevados sobre el cráneo durante la primera infancia, han sido frecuentemente acusados de haber causado defectos mentales. Sin embargo Tredgold afirma que una cuidadosa inquisición en estos casos muestra que en la mayor parte de las veces se trata de un traumatismo incapaz de haber traído las lesiones necesarias para la producción de una deficiencia mental digna de tenerse en cuenta. Sin embargo en otros casos no queda lugar a dudar que el traumatismo trayendo una fractura del cráneo, una hemorragia meníngea, una destrucción de una porción del cerebro, una hemorragia cerebral, una encefalitis o una meningitis haya sido la causa principal en la producción de los trastornos psíquicos presentados más tarde por el niño.

El Dr. Henrolin en su estadística cita un caso en el cual el factor etiológico fué un traumatismo en el cráneo; y el Dr. González R. Lafora en su obra "Niños mentalmente anorma-

les", cita el caso de un niño observado por él, que habiendo al principio sido completamente normal; a consecuencia de una cox recibida en la región frontal comenzó a presentar síntomas de inestabilidad mental con tendencia a la mentira, al robo y a las fugas que "ejecutaba de una manera consciente haciendo viajes por toda España, viajes que hacía saliendo de su casa sin dinero".

Los traumatismos sobre el cráneo obran produciendo fracturas que traen como consecuencia una hemorragia meníngea o la destrucción de una porción de masa encefálica. Lo más frecuente es que cuando la fractura es expuesta vengan fenómenos de infección que se traducen por meningitis, encefalitis o meningio-encefalitis con todas sus consecuencias.

Cualquiera que sea la variedad de hemorragia meníngea, según Comby (Maladies des enfants), el pronóstico es muy grave; aconteciendo lo mismo en los casos de hemorragia cerebral. La mayor parte de las veces el niño muere, y entre los que logran vivir se presentan con gran frecuencia detenciones de desarrollo, trastornos en la sensibilidad, motilidad y troficidad y trastornos psíquicos que pueden llegar hasta la idiocia. (Comby—Op. cit).

Entre las infecciones sufridas por el niño, las que con más frecuencia producen deficiencias mentales son las meningitis. Pueden como antes he dicho, suceder a un traumatismo. Tredgold cita tres casos de meningitis que trajeron posteriormente insuficiencia mental y que fueron causados por una insolación. Esos tres casos fueron observados por él, uno en Inglaterra y dos en la India. Pueden también suceder a una infección de la roca producida por una otitis media y en la que la propagación se hace por las vainas de los nervios auditivo o facial; pueden también presentarse en el curso de la ozena, de los abscesos de la órbita, de la erisipela de la extremidad cefálica, etc. Puede también la meningitis presentarse en el curso de la neumonía (meningitis de neumococos), de la fiebre tifoidea, de la osteomielitis aguda (meningitis de estafilococos), de la escarlatina, de los orejones y por último no son raras las meningitis que se presentan en los niños tuberculosos.

La meningitis a la que comúnmente se asocia la encefalitis, puede traer aparte de otros muchos trastornos, debilidad mental que puede ser desde el simple retardo intelectual hasta la idiocia profunda.

El Dr. González en su estadística menciona tres casos de imbecilidad e idiocia debidos a meningitis.

Muy a menudo asociada a la meningitis y siendo una causa frecuente de debilidad mental en los niños, se presenta la encefalitis. Y no se concibe, dice Comby, que siendo el cerebro



tan vulnerable por su volumen y vascularización pueda escapar a las toxi-infecciones agudas de la infancia, cuando las meningitis son atacadas con tanta frecuencia.

La encefalitis aguda es frecuente. Sus causas son numerosas: tifoidea, escarlatina, sarampión, orejones, enteritis, coqueluche, etc. Todas estas enfermedades pueden traer una congestión y una inflamación más o menos extensa y profunda de la corteza cerebral. Estas encefalitis agudas, dice Comby: "se traducen por convulsiones, contracturas, espasmos, parálisis y trastornos psíquicos pasajeros o durables y que son muy frecuentes".

El mismo autor dice haber visto suceder la encefalitis aguda a un empacho gástrico en un caso, y en otro a consecuencia de una induración flegmonosa provocada por una vacunación antivariolosa, "encefalitis seguida de idiocia profunda".

La sífilis hereditaria parece, en algunos casos, gozar de un papel importante en la producción de encefalitis agudas. Y la presencia de treponemas en las lesiones cerebrales ha sido puesta en evidencia por Péhu y Gárdere en un niño de dos años muerto de encefalitis aguda. (Arch. de Med. des Enfants. Junio 1915).

Las intoxicaciones, y en particular la intoxicación oxicarbonada, pueden muchas veces determinar encefalitis agudas o sub-agudas con todas sus consecuencias. (Comby. *Maladies des enfants*. Pág. 750).

La encefalitis aguda intra-uterina debe ser admitida en algunos casos, y dá la explicación de algunas idiocias y anomalías cerebrales congénitas.

En la estadística del Dr. González se encuentran tres casos de deficiencia mental debidos a encefalitis.

#### ANORMALES PSÍQUICOS POR TRASTORNOS ENDOCRINOS

Los estudios modernos sobre las funciones de las glándulas de secreción interna y sobre los síndromes que producen sus lesiones y perturbaciones funcionales, han hecho ver el importante papel que en la producción de muchas deficiencias psíquicas gozan esas lesiones y esas perturbaciones funcionales.

Las perturbaciones funcionales de las glándulas endocrinas, se reducen a tres tipos principales: la hiperfunción, la hipofunción y lo que pudiéramos llamar la disfunción.

Cuando una glándula se altera, su trastorno repercute pronto sobre las demás, que por la correlación interglandular se alteran a su vez. Se origina entonces un síndrome pluri-glandular. La mayor parte de las afecciones endocrinas son de esta

naturaleza; pero siempre hay una glándula que está más alterada que las demás y que es la que dá la característica principal al cuadro clínico.

#### GLANDULA TIROIDES

En 1873 Gull describió un estado morboso encontrado por él en una mujer de edad madura y caracterizado por una infiltración especial de la piel y un estado cretinoide.—Poco tiempo después Charcot y Ballet hicieron un profundo estudio de este estado morboso y le dieron el nombre de **Caquexia Paquidérmica**.—Ord hizo ver que la infiltración cutánea es debida a la presencia de mucina en las mallas del tejido celular, de donde el nombre de **mixedema**.—En 1880 Bourneville describió igual alteración de la piel en una variedad especial de idiocia congénita, caracterizada además del mixedema y de la deficiencia psíquica por una detención del desarrollo físico. Dió a este tipo el nombre de **idocia mixedematosa**.

Los hermanos Reverdin en 1882 y Kocher en 1883 mostraron que el mixedema aparecía a consecuencia de la ablación del cuerpo tiroides (**mixedema operatorio**). Ord y Bourneville hicieron ver entonces que los estados morbosos descritos por ellos coincidían siempre con alteraciones de la glándula tiroidea, alteraciones que consistían en esclerosis atrófica en la caquexia paquidérmica de los adultos, y atrofia congénita en los idiotas mixedematosos.

El nombre de mixedema sirvió desde entonces para designar el conjunto de estados morbosos debidos a alteraciones atróficas de la glándula tiroidea. Es bajo esta manera de ver como el nombre de **mixedema frustrado** dado por Thibierge en 1897 ha podido ser aplicado a estados morbosos dependientes de lesiones atróficas del cuerpo tiroides y en los que faltaba la infiltración del tejido celular por la mucina.

Ya Brissaud en 1894 y Hertoghe en 1895 habían hablado de los trastornos en el desarrollo físico e intelectual debidos a insuficiencia tiroidea. En 1894 Regis y en 1897 Thibierge establecieron que el cretinismo, con o sin bocio, observado sobre todo en ciertas regiones de los Alpes, y ya en estudio desde los primeros años del siglo XIX, era un mixedema endémico. En algunas regiones del Sur de nuestro país, el bocio es endémico, y se le llama buche o papera. El Dr. González (Niños anormales psíquicos—Pág. 180) dice a este respecto: "...El bocio endémico, llamado **papera** en los Estados del Sur de nuestra República, ejerce su fatal influencia en la descendencia del que lo padece, originando la forma de idiocia conocida con el nom-

bre de cretinismo." No sé hasta qué punto será verdadera esta afirmación, pues yo en un viaje que hice al Estado de Guerrero, tuve oportunidad de conocer varios "buchones", y ni en ellos ni en sus hijos pude notar una deficiencia mental que me llamara la atención.

La idiocia mixedematosa, es esporádica en muchos países. Puede ser congénita o adquirida.

Entre los antecedentes hereditarios de los niños atacados de mixedema congénito se encuentran el alcoholismo crónico, y según algunos autores al estado de ebriedad en el momento de la copula; las enfermedades infecciosas de los progenitores (sífilis, tuberculosis, paludismo, reuma articular agudo) y el bocio.

El mixedema adquirido se desarrolla a veces sin causa aparente, y en otras ocasiones después de una enfermedad infecciosa (sarampión, coqueluche, neumonía, etc). La existencia de lesiones inflamatorias en la glándula tiroidea, en el curso de las infecciones, permite comprender por qué puede presentarse este síndrome.

Puede el mixedema desarrollarse después de una tiroiditis aguda o después de una intervención quirúrgica mutilante sobre la glándula tiroidea.

Según Spolverini, algunas veces, es debido a la lactancia en una nodriza atacada de bocio.

Todas estas causas obran produciendo la supresión o el aménoramiento de las funciones tiroideas. En un perro joven Roger y Garnier han reproducido la afección de que hablo, provocando la esclerosis del cuerpo tiroide por medio de inyecciones de naftol en una arteria tiroidea.

En el año de 1866 Langdon Down dió el nombre de **mongolismo o idiocia mongólica** a una variedad de idiocia congénita en la cual el niño desde su nacimiento presenta una fisonomía que recuerda la de la raza amarilla: cara redonda, braquicefalía, abertura parpebral oblicua, nariz aplastada y ancha, lengua saliente, cara algo abotargada y palidez amarillenta de la piel. "Esta afección es distinta del mixedema a pesar de las analogías que aproximan esos dos estados morbosos". (M. Garnier y V. Delmare. Dictionnaire des termes techniques de médecine. Pág. 339).

No está aún perfectamente definida la patogenia de esta forma de idiocia, pero la mayor parte de los autores creen que es causada principalmente por la insuficiencia tiroidea.

Entre los antecedentes patológicos hereditarios de los niños atacados de idiocia mongoloide se encuentran el alcoholismo de los padres, la sífilis de los mismos, las emociones intensas sufridas por la madre durante el embarazo, los traumatismos

consanguinidad de los padres.

Estas afecciones: idiocia mixedematosa, cretinismo e idiocia mongoloide, son los términos más bajos de una serie de gradaciones de debilidad mental producidas por la ausencia o insuficiencia de función tifoidea.

El mixedema no es uno de los síntomas que con más constancia se presentan en los individuos afectos de hipo-tiroidismo; hay muchos tipos de insuficiencia tiroidea en los que no se presenta o lo hace muy ligeramente. Hay por el contrario, un estigma de distiroidismo que se encuentra en la mayor parte de los casos de una manera más o menos marcada cuando la insuficiencia tiroidea se ha presentado en la infancia; y es el retardo, en el desarrollo. Los niños atacados de distiroidismo por hipo-función son, como dice Apert (La Pratique des maladies des enfants. Tomo V.—Pág. 40), niños más o menos retardados física y psíquicamente, o retardados únicamente en la parte física o en la psíquica.

Un tipo de distiroidismo benigno de la infancia es el simple retardo como lo llama Apert; es decir cuando, por ejemplo, un niño de 10 años tiene el aspecto físico y la mentalidad de uno de 6, pero de un niño normal de esa edad. Es un retardo simple y total. Simple, por que ninguna desviación o trastorno particular de desarrollo, ninguna anomalía de conformación viene a agregarse. Total, por que el desarrollo es uniformemente retardado en todas sus modalidades; el desarrollo físico tanto como el psíquico.

Cuando la insuficiencia tiroidea obra desde muy temprana edad, los niños conservan el aspecto físico, muchas veces deformado por el edema, y la mentalidad de los niños pequeños. Son los infantiles del tipo descrito por Brissaud. Cuando han sido atacados más ligera y más tardíamente, tienen la morfología y la mentalidad de los adolescentes. Este tipo de infantilismo al que quizá conviniera más el nombre de puerilismo, fué estudiado por Laségue, Lorain y Brouardel.

Sin embargo, no en todos los casos se presentan tipos en los cuales la detención de desarrollo físico y psíquico hayan evolucionado de manera paralela. En estos casos hay una especie de disociación y el retardo de desarrollo se lleva de preferencia o completamente sobre ciertos órganos o funciones, dejando indemnes o casi a las demás. Así, en ciertos sujetos el retardo en el desarrollo se lleva únicamente sobre la parte física del individuo, sin retardo apreciable en su desarrollo psíquico. En otros, por el contrario, el crecimiento físico se hace normal o casi normalmente, y es el desarrollo psíquico el que está retardado. En estos casos puede verse desde una debili-

dad intelectual bien clara, hasta una debilidad ligerísima. Sin embargo, a pesar de haber una gran debilidad mental, puede haber persistencia y hasta desarrollo exajerado de ciertas facultades especiales, por ejemplo de la memoria. Apert ha señalado muchos niños calculadores que eran verdaderos prodigios, y que pertenecían a esta categoría de disglánduladores.

El retardo psíquico se muestra generalmente desde la segunda infancia. Los niños así atacados dan un considerable contingente a los retardados escolares, y a los escolares anormales, como lo han demostrado Paul-Boncour, Binet y Cruchet.

#### TRASTORNOS EN LA FUNCION HIPOFISIARIA

En el hipopituitarismo se produce un síndrome llamado síndrome adiposo-genital de Frohlich, en el que unida a la atrofia de los órganos sexuales, a la adiposidad y a otros trastornos se presenta marcada debilidad mental. El Dr. Gonzalo R. Lafora (Niños mentalmente anormales.—Pág. 446) menciona un caso observado por el Dr. Marañón en el que el examen psicológico por el método de Binet-Simon demostró un retardo de más de 4 años.—Liner (Endocrinology—Vol. VI. Núm. 1.—January 1922. Pág. 20) hace ver que en los adolescentes hipopituitarios, se presenta un marcado retardo mental; retardo que medido por el método de Binet-Simon, revela una edad mental de tres a ocho años más baja que su edad cronológica. Y dice que en algunos de estos casos la administración de glándula pituitaria por largo tiempo, ha hecho avanzar marcadamente su edad mental. Hay casos de infantilismo debidos a la hipofunción de la hipófisis. Se produce una detención del desarrollo longitudinal del esqueleto (enanismo) y un acentuado retraso mental (psíquis infantil).

#### TIMO

En el hipertimismo pueden presentarse algunos trastornos mentales en los niños que lo padecen; como por ejemplo en la cianosis paroxística de la cara, que a veces va acompañada de pérdida momentánea del conocimiento; trastornos que según G. R. Lafora pueden a la larga influenciar el desarrollo físico y mental del niño.

Gougerot (Elementos de anatomía y fisiología médicas-Landouzy y L. Bernard—1922.—Pág. II y siguientes) dice que cabe preguntar si las lesiones del timo no intervienen en la producción de la idiocia; basado en que Bourneville había notado que el timo faltaba en el 73 % de los niños anormales mentales

autopsiados por él; y en los experimentos de Klore que practicando la ablación del timo en perros de diez días observó trastornos nutritivos que evolucionaron en dos períodos. En el primero que dura de dos a tres meses el peso y la talla son normales, el animal come vorazmente y está apático; y sus tejidos se infiltran y edematizan (estadio adiposo). En el segundo que se extiende del cuarto al décimo cuarto mes (estadio de caquexia tímipriva), la curva del peso cae y el animal se vuelve completamente idiota.

Sin embargo, aún no se ha dicho la última palabra en este asunto, y estudios posteriores vendrán quizá a rectificar los conceptos de estos autores.

#### CAPSULAS SUPRARENALES

Se ha descrito una forma de infantilismo que según ciertos autores es debida a una insuficiencia de las cápsulas suprarrenales (Castellino). Pero según Marañón parece tratarse de un síndrome pluriglandular. En la hiperfunción suprarrenal se presenta a veces, más frecuentemente en las niñas que en los niños, un síndrome caracterizado por un excesivo y prematuro desarrollo sexual (entre los cuatro y once años) con crecimiento rápido y aparición de abundante vello en la cara, y trastornos intelectuales (precozidad, inestabilidad o a veces imbecilidad). Este síndrome es conocido con el nombre de **macrogenitosomía precoz suprarrenal**.

#### GLANDULAS GENITALES

La deficiencia funcional de las glándulas sexuales (hipogonitalismo) cuando principia desde la infancia, trae aparte de otras manifestaciones retardo mental.

En la adolescencia aparece el verdadero eunucoidismo, acompañado con frecuencia de debilidad mental. Una forma especial de eunucoidismo con senilismo de las facies es la que Rummo y Ferrarini llamaron **gerodermia genito-distrófica**, la cual principia desde la infancia y va acompañada de un marcado retardo intelectual. Son los que Apert (Les enfants retardataires) describió como retardos con senilismo.

En la hipertrofia genital prematura de los niños con pubertad precoz, se ha observado desde un marcado puerilismo psíquico (Lenz) hasta imbecilidad o idiocia (Moreau, Wood).

Como antes dije, casi siempre cuando una glándula se altera, su trastorno repercute sobre las demás que se alteran también. Pueden citarse las asociaciones de mixedema y acromegalia descritas por Pope y Clarke, de acromegalia y obesidad (Hutchinson), de mixedema y distrofia genital señaladas por Dalché, etc.



## ANATOMIA PATOLOGICA

No puede decirse que exista un tipo anatómo-patológico característico de la idiocia. Por el contrario se ve que esta afección puede ser determinada por toda clase de vicios de conformación o lesiones de los centros nerviosos, y más especialmente del encefalo, que se acompañan de anomalías morfológicas de los huesos del cráneo y de la cara y de otras alteraciones que se observan habitualmente en los degenerados. Chaslin y Rousseau (*Maladies de l'enfance-Grancher et Comby—Tom. IV. Pág. 235*) dicen que es muy difícil el hacer un estudio completo de esas lesiones y malformaciones, diferentes en cada cerebro que se examina.

Trataré de describir los tipos más frecuentemente mencionados por los autores que de este asunto se han ocupado, y después daré la clasificación que propuso Bourneville para la idiocia, fundándose en los diferentes tipos anatómo-patológicos encontrados por él.

Casi siempre el cerebro de los idiotas es más pequeño, menos pesado y más sencillo en sus circunvoluciones que el cerebro de los individuos normales. J. Roubinovitch (Citado en el *Tratado de Patología Mental de Gilbert-Ballet*), asegura que el peso de los cerebros de idiotas es con mucha frecuencia menor a 1200 gramos; habiendo por el contrario casos en los que tiene un peso normal o superior al normal. Presentan una sensible desigualdad en el peso comparado de los dos hemisferios, desigualdad que es muy superior a la que normalmente se encuentra. En estos cerebros las circunvoluciones parecen aplastadas, faltas de relieve, marcándose esto más en las circunvoluciones frontales.

Los tipos más frecuentemente descritos son los siguientes:

### HIPERTROFIA DEL CEREBRO

Es una lesión rara.—No obstante se han citado algunos casos (Calmeil, Delasiauve, Cullerré, etc.) Baillarger observó un idiota de 4 años de edad y cuyo cerebro pesaba 1305 gramos. Cullerré menciona un caso en el que el cerebro de un idiota pesaba 1530 gramos y cuya morfología estaba como simplificada.

### DETENCION DEL DESARROLLO

Las circunvoluciones son muy simplificadas y los surcos

muy poco profundos. La detención de desarrollo puede localizarse a una pequeña porción del cerebro o atacar todo un lóbulo, de preferencia el occipital o el frontal (Bourneville) Se han notado también la ausencia del cuerpo calloso (Tiedemann y otros), del septum lucidum (Virchow), y de algunas otras partes del encéfalo.

#### ESCLEROSIS ATROFICA

Willmarth consideraba a la esclerosis atrófica como la principal lesión en la idiocia. Se presenta con mucha frecuencia. Puede interesar zonas simétricas en los dos hemisferios, pero lo más a menudo se localiza a uno en el cual todos los diámetros están disminuidos. Las partes del encefalo atacadas de esclerosis atrófica están induradas y son de color blanquizco. Algunas veces se nota la dilatación de los ventrículos laterales del mismo lado.

#### ESCLEROSIS HIPERTROFICA O TUBEROSA

Descrita por Bourneville y Brissaud. Se presenta bajo la forma de pequeñas salientes induradas de color blanquizco, de forma variable y cuyo número puede ser de 20 o más. Estas induraciones se presentan con más frecuencia al nivel de los surcos. Bourneville señaló como lesiones concomitantes y constantes unos pequeños tumores de consistencia semiblanda, de color blanco amarillento, cuyo grosor varía del de un chícharo al de un huevo de paloma, y que se encuentran en el riñón.

#### PORENCEFALIA. PSEUDO-PORENCEFALIA

Está caracterizada la porencefalia por la presencia de una excavación en la substancia cerebral y que va desde la superficie hasta el ventrículo lateral correspondiente. Esta excavación tiene la forma de un embudo, correspondiendo la parte más amplia a la corteza y la más estrecha al ventrículo. Está recubierta la parte correspondiente a la corteza, por la pia madre y llena la cavidad por el líquido céfalo-raquídeo que baña el ventrículo con el cual está en comunicación. Las circunvoluciones cercanas convergen hacia los bordes de esta especie de embudo.

Esta malformación puede provenir de una anencefalia parcial que puede abarcar hasta toda una circunvolución. Puede estar limitada a un hemisferio o ser bilateral (En las 2/3 partes de los casos según Von-Kahlden). La porencefalia verda-

dera es para Bourneville siempre congénita, y debida a una detención de desarrollo de origen vascular, por que se situa siempre sobre el trayecto de la arteria silviana.

En otras ocasiones la excavación ha sido producida por una hemorragia cerebral, por una meningo-encefalitis, etc., y en estos casos la excavación está casi siempre separada de la cavidad ventricular por una banda de tejido cicatricial; y las circunvoluciones vecinas se encuentran como cortadas al nivel de la excavación sin converger como en la porencefalia verdadera.

Falsa o verdadera, la porencefalia se acompaña muy frecuentemente según Bourneville, de alteraciones histológicas en los diferentes territorios del sistema nervioso; y en los sujetos afectados de ella se encuentran deformaciones de los huesos, del corazón y de los vasos, del hígado, riñones, etc.

#### MENINGITIS. MENINGO-ENCEFALITIS

La meningitis acompaña a menudo a las lesiones cerebrales antes descritas. Algunas veces las lesiones se localizan sobre las meninges que son gruesas y adherentes a la corteza. Son los casos descritos por Bourneville bajo el nombre de idiocia meningítica. Otras ocasiones se presentan lesiones de meningo-encefalitis.

#### HIDROCEFALIA

El líquido encerrado en las cavidades ventriculares cuando es en cantidad mayor a la normal, hace que estas cavidades se dilaten, y esta dilatación es proporcional a su abundancia. El líquido tiene generalmente los caracteres del líquido céfalo-raquídeo. Es incoloro, cristalino como agua de manantial, de reacción alcalina, de densidad que varía entre 1005 y 1010, pobre en albumina (menos de 1 gramo por litro) rico en cloruros (entre 8 y 10 gramos por litro). Su abundancia es variable, pudiendo ir de poco más de 100 gramos hasta 3 o 4 litros y a veces más.

La acumulación de líquido en las cavidades ventriculares trae como efecto mecánico su distención. La substancia cerebral rechazada excéntricamente se adelgaza, los surcos se reducen a una línea, las circunvoluciones se aplastan.

La dilatación según dice G. Carriere (La pratique des maladies des enfants. Tomo V. Pág. 781) puede ser bilateral, predominar en un ventrículo o en determinada parte de éste como sucede en la hidrocefalia escafocefálica de Bourneville, en la cual la dilatación ventricular ocupa sobre todo las porciones occipitales de los ventrículos.

En algunos casos los hemisferios pueden casi faltar (*Anencefalia hidrocefálica* de Cruveilhier). Puede encontrarse el cerebro atrofiado en su totalidad (*micro-hidrencefalia*), la atrofia del cerebelo y en casos raros la hipertrofia de ciertas partes de él.

Frecuentemente el cuerpo calloso y el piso de los ventrículos están reducidos al estado de membranas. Los cuerpos opto-estriados y los pedúnculos están atrofiados. La protuberancia y el bulbo se encuentran casi siempre normales.

Los orificios y los canales de comunicación están distendidos. La *hidromielia* y la *espinia bífida* se presentan algunas veces.

Cuando la hidrocefalia se desarrolla en una época anterior a la soldadura de los huesos y del cráneo y a la desaparición de las fontanelas; la anterior queda abierta, la separación de los huesos frontales persiste y la sutura inter-parietal no se cierra. Los huesos frontales están abombados e inclinados hacia adelante, los parietales hacia afuera, el occipital hacia atrás y abajo y el conducto auditivo está dirigido hacia abajo también.

Los huesos son delgados, casi transparentes, flexibles; y las suturas están substituidas por láminas membranosas semi-transparentes y de color blanquizco.

Cuando la hidrocefalia se ha desarrollado en un época posterior a la soldadura de los huesos del cráneo, éste conserva sus dimensiones normales, pero el cerebro se atrofia.

La mayor parte de las veces el esqueleto de la cara es normal.

Con cierta frecuencia se encuentran malformaciones concomitantes: atrofas y anomalías dentarias, labio leporino, ectopia testicular, piebot, ectromelia, riñón poliquístico, etc.; malformaciones que según Carriere (op. cit.) constituyen otros tantos estigmas de la distrofia de la que la hidrocefalia no es más que una manifestación.

En la mayor parte de los casos el cerebelo no presenta modificaciones en su forma y peso; sin embargo Hitzig, citado por Krafft-Ebing (*Traite de Psychiatrie-Edición 1897—Pág. 721*) asegura que en algunos casos observados por él había notado la ausencia del cerebelo.

El bulbo y la médula, en ocasiones, están atrofiados (Gilbert Ballet—*Pathologie Mentale—Pág. 1237*).

#### IDIOCIA MIXEDEMATOSA

El cerebro presenta sus circunvoluciones con un aspecto lustroso y como gelatiniforme. Son o muy pequeñas o muy gran-

des. La glándula pituitaria es un poco más voluminosa que normalmente.

En algunos casos hay ausencia del cuerpo tiroides y su lugar está ocupado por una lámina de tejido adiposo. En otros la glándula está atacada de atrofia esclerosa. En el *mixedema* endémico puede haber ausencia del cuerpo tiroides o un bocio coloide (75 % de los casos). En estos casos el timo persiste y está, con frecuencia hipertrofiado. Se encuentra infiltración mucosa del tejido celular, retardo en los puntos de osificación y persistencia del estado cartilaginoso de los cartilagos de conjugación. (Bourneville. *Maladies de l'enfance—Grancher et Comby—Tomo IV*).

#### LESIONES HISTOLOGICAS

En la esclerosis cerebral atrófica estudiada por Philippe y Oberthür, la esclerosis se desarrolla primero en las capas profundas de la corteza bajo la forma de islotes casi siempre perivasculares; después se extiende en forma de redes paralelas a las fibras nerviosas, invadiendo la substancia blanca del centro oval. En las zonas esclerosas situadas en la zona cortical y sub-cortical se ahuecan pequeñas cavidades llenas de una serosidad clara en la que flotan fragmentos conjuntivo vasculares desagregados a consecuencia de una verdadera necrosis. Esta especie de desagregación lenta principia en las cercanías de los vasos y gana poco a poco las zonas vecinas. Además hay lesiones en las células nerviosas que están más o menos atrofiadas y tanto menos numerosas cuanto que la esclerosis es más pronunciada. Hammarberger había encontrado también disminución en el número de células y le daba a esto una gran importancia. En su memoria llega a la conclusión de que se encuentra una detención del desarrollo y una disminución del número de las células nerviosas de la corteza. Según él los trastornos psíquicos, motores, sensitivos y sensoriales se deben a la extensión de la corteza cerebral atacada, a la localización de la lesión y al momento en el que ha tenido lugar el retardo de desarrollo.

Otto Kinkle en 7 cerebros de idiotas examinados por él, encontró un número de fibras de mielina, sobre todo tangenciales, muy inferior al normal.

En los cerebros que presentan las lesiones de esclerosis tuberosa, se encuentran las nodosidades características constituidas por masas neuróglícas, ricas en fibrillas poco vascularizadas; estos vasos tienen sus paredes engrosadas concéntricamente y atacadas de degeneración hialina (Bourneville). Al principio las nodosidades contienen un gran número de célu-

las nerviosas, pero van haciéndose más y más escasas a medida que el proceso escleroso se extiende. Se encuentran además focos de esclerosis diseminados en el centro oval y conteniendo células voluminosas, de protoplasma homogéneo muy coloreable por el picro-carmin, un núcleo grueso y claro, y que hicieron sostener a Hartdegen, a Neuroth a Fürstne y a Stütlinger el origen neoplásico de esta afección (glioma congénito).

En los cerebros de idiotas hidrocefálos se encuentran forma embrionaria de las gruesas células ganglionares de la corteza, retardo en la mielinización de las fibras nerviosas intra corticales y dilatación de las vainas peri-vasculares. (Anton).

En todos los exámenes histológicos hechos sobre cerebros de idiotas se encuentran las neuronas de la corteza insuficientemente desarrolladas en su cuerpo celular y en sus prolongamientos. La forma de las células está modificada. Sus bordes están como desgarrados; algunas presentan infiltraciones pigmentarias o calcáreas y otras están en completa degeneración.

La substancia conjuntiva está muy desarrollada y como ahogando a los elementos nobles.

En los casos de idiocia familiar amaurotica o enfermedad de Tay Sachs, macroscópicamente no se encuentran lesiones apreciables en el encéfalo. Microscópicamente se notan alteraciones de la celdilla nerviosa, no solo en las circunvoluciones sino en los núcleos motores del bulbo y de los cuernos de la médula. Las celdillas cerebelosas y las de la columna de Clarke de la médula están anormales. Las celdillas atacadas se vuelven globulosas, la trama neuro-reticular así como las prolongaciones dendríticas parecen hinchadas por un líquido. Según Shaffer (citado por el Dr. González) las neurofibrillas están pálidas y disociadas y las dendritas rotas. En ocasiones el núcleo y el nucleolo están rechazados a la periferia o completamente destruídos. Hay cromatolisis. Los cilindraxis presentan como hinchamientos debidos a la disociación y separación de las fibrillas. La neuroglia presenta muy pocas alteraciones.

En la retina las celdillas ganglionares presentan las mismas alteraciones que en el encéfalo. Al nivel de la mácula, la retina está como edematosa y al nivel de la fovea la capa de los conos parece separada de la coroides por un exudado. Hay atrofia del nervio óptico y los haces piramidales presentan degeneración descendente. Las meninges y los vasos están normales.

En la forma de idiocia descrita por Morax y sus alumnos, unidas a las lesiones mencionadas se encuentran malformaciones craneanas sobre todo oxicefalia.

Desde el punto de vista anatómo-patológico, Bourneville ha clasificado las diferentes variedades de idiocia en el siguiente cuadro, que tomo de su artículo sobre la idiocia escrito en el Tratado de enfermedades de la infancia de Grancher y Comby.

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| Idiocia: | <ol style="list-style-type: none"> <li>1º. Idiocia microcefálica.</li> <li>2º. Idiocia hidrocefálica.</li> <li>3º. Idiocia en relación con la detención de desarrollo de los surcos cerebrales.</li> <li>4º. Idiocia por ausencia congénita de los diferentes territorios del cerebro, sobre todo por ausencia de una circunvolución como en la porencefalia o del trigono cerebral o del cuerpo calloso.</li> <li>5º. Idiocia en relación con una esclerosis hipertrófica del cerebro.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>a.—Idiocia con esclerosis de uno o de los dos hemisferios.</li> <li>b.—Idiocia con esclerosis de un lóbulo.</li> <li>c.—Idiocia con esclerosis de algunos surcos.</li> <li>d.—Idiocia con esclerosis meningítica determinada por una meningitis o meningo-encefalitis.</li> </ol> |
|          | <ol style="list-style-type: none"> <li>6º Idiocia con esclerosis atrófica:</li> </ol>  |  |
|          | <ol style="list-style-type: none"> <li>7º. Idiocia mixedematosa ligada a la caquexia paquidérmica.</li> </ol>  |  |

Desde los memorables trabajos de Bourneville reunidos en su artículo "Idiocia" aparecido en "Maladies de l'enfance de Comby et Grancher" se está bien documentado acerca de la anatomía patológica de la idiocia. No sucede lo mismo en lo concerniente a los estados menos pronunciados de la insuficiencia mental; desde ciertas formas medias y atenuadas de imbecilidad hasta la debilidad mental. Únicamente un autor, Hammarberg (citado por Ley) ha publicado en 1895 observaciones muy interesantes a este respecto. Con objeto de tener medios de control y comparación serios, Hammarberg examinó primero bajo el punto de vista histológico un gran número de cerebros de fetos y de niños normales de diferentes edades, contando las células de las diferentes regiones de la corteza. Comparó después estos cerebros con cerebros de niños que presentaban ligero retardo mental, es decir no siendo ni idiotas ni imbeciles; y llegó a la conclusión de que en los retardados ligeros o en los atacados de grados un poco más avanzados de debilidad mental se encontraba una detención en la evolución de parte del cerebro, con disminución del número de células en todas las otras partes de la corteza; correspondiendo esta detención de evolución, según los casos y en niños retardados de 12 a 15 años de edad cronológica, al estado del cerebro de un niño normal de uno, dos o más años. R. Cruchet (Les arriérés scolaires. Pág. 33) creó que estas importantes investigaciones de Hammarberg deberían ser controladas y completadas por el examen de la neuroglia, la cual él y Anglade creen que debe encontrarse en estado de proliferación exagerada en todos los casos de retardo mental.



## ANOMALIAS FISICAS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS NIÑOS ANORMALES PSIQUICOS

No todos los anormales psíquicos presentan ineludiblemente deformaciones corporales; ni todo el que presenta una deformidad corporal es forzosamente un anormal psíquico. Pero lo que sí puede asegurarse es que cuanto más profunda es la deficiencia psíquica, tanto más se acompaña de anormalidades físicas.

Los vicios de conformación y de desarrollo se presentan en los niños en los cuales el factor etiológico ha obrado antes del nacimiento, por que después podrán presentar perturbaciones patológicas, pero no malformaciones.

Morselli presenta una clasificación de las deformidades y los vicios de conformación y los divide en **verdaderamente degenerativos** que son los que reproducen formas anatómicas o funcionales de razas inferiores o de animales; y en **patológicos** que son los originados por las enfermedades sufridas por el organismo durante su desarrollo. A los primeros se les dá también el nombre de **estigmas de degeneración**, que pueden ser físicos o mentales y por los cuales, como dice el Dr. J. de J. González, el individuo que los lleva difiere de los individuos de su raza y de su nivel social.

Trataré primero de lo que se ha convenido en llamar "estigmas físicos de degeneración", y los que según Seglas pueden ser clasificados de la siguiente manera:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| { | 1. <sup>o</sup> —Alteraciones morbosas del organismo comprendiendo:                          | { <ul style="list-style-type: none"> <li>a.—Anomalías de desarrollo (asimetrías, plagiocefalia).</li> <li>b.—Estigmas de una enfermedad constitucional (Sifilis).</li> <li>c.—Caracteres patológicos de causa ocasional.</li> </ul>  |
|   | 2. <sup>o</sup> —Anomalías que traducen una desviación del tipo antropológico comprendiendo: | { <ul style="list-style-type: none"> <li>a'.—Caracteres de degeneración propiamente dicha.</li> <li>b'.—Anomalías trayendo una desviación del tipo normal, que colocan al individuo en un estado de relativa inferioridad, (labio leporino, criptorquidia).</li> <li>a'.—Anomalías reversivas aproximando al individuo a razas o especies inferiores.</li> </ul> |

He de advertir antes de proceder a su descripción detallada que los estigmas físicos de degeneración han sido objeto de numerosos trabajos por parte, sobre todo, de los discípulos de Lombroso, los que exageraron su significación. Ahora, ha venido una reacción contra esa super-valoración de los estigmas degenerativos; los que, según los autores más modernos, no tienen significación más que cuando existen en gran número en

un individuo y van acompañados de caracteres psíquicos anormales.

Solamente las atipias congénitas son las que tienen importancia como signos degenerativos, y son las que con más frecuencia se observan en los anormales a los que Sancti de Sanctis llamó "biopáticos", es decir... "aquellos que no presentan signos marcados de una enfermedad orgánica del sistema nervioso (parálisis, etc) sino que deben su insuficiencia a perturbaciones en la evolución prenatal del cerebro que dependieron de causas hereditarias o congénitas..." (G. R. Lafora—Niños mentalmente anormales. Pág. 90).

Para mayor orden en la descripción, la haré separadamente de las anomalías que pueden presentarse en cada una de las regiones del organismo.

### CABEZA

En el cráneo hay que considerar el tamaño y la forma. El tamaño puede estar disminuido o aumentado. Multiplicando el diámetro antero posterior, el transversal y la altura medios por medio de un compás se puede obtener la capacidad craneana; y esto fué lo que hizo el Dr. Paget Lapage de Manchester en un número igual de niños de inteligencia normal, de débiles mentales y de anormales psíquicos profundos, encontrando para los anormales un promedio de 3105 c. c., para los débiles 2969 c. c. y 2723 c. c. para los que estaban atacados de profundas anomalías psíquicas. (Citado por el Dr. González—Pág. 69).

La circunferencia craneal máxima medida al nivel de las cejas y de la protuberancia occipital externa, es por lo general mayor en los normales que en los anormales. Y digo por lo general, porque en los casos de idiocia hidrocefálica se encuentran circunferencias craneanas máximas muy superiores a la de los normales. La profesora Montessori que ha hecho muchas investigaciones craneométricas en niños normales y anormales de 9 a 11 años de edad, dice... "de acuerdo con otros autores, he encontrado en los niños más inteligentes no sólo el mayor desarrollo de la cabeza..." Las cifras medias dadas por Binet y obtenidas en niños normales y anormales de 11 a 13 años, concuerdan con las cifras medias dadas por la Sra. Montessori.

La disminución de tamaño del cráneo puede hacerse a expensas de la parte anterior (frente inclinada hacia atrás, muy oblicua y llamada "frente huida") o a expensas de la parte posterior o de uno de los lados, notándose un aplastamiento en ese lugar.

En ocasiones el cráneo está aumentado de volumen. Rara vez este aumento es debido a una hipertrofia del cerebro; con más frecuencia lo es a la hidrocefalia y puede llegar a tener un volumen enorme. El Dr. Millar Knoelton citado por el Dr. González, ha publicado en el "Journal of the Medical Association" la observación de un niño hidrocefalo de 6 años de edad y cuya cabeza medía 80 pulgadas de circunferencia. (Dr. González. Niños anormales psíquicos. Pág. 70).

Basándonos en la forma del cráneo, se distinguen dos tipos extremos: los individuos de cabeza larga en forma de elipse con diámetro mayor dirigido de la frente a la nuca, y comprimido lateralmente, llamados **dolicocéfalos**; y los que tienen el cráneo casi esférico y cuyos diámetros antero posteriores y laterales tienen menor diferencia que en los dolicocéfalos y que son llamados **braquicéfalos**. Entre estos dos tipos extremos hay formas intermedias que se designan con el nombre de **mesocéfalos**.

En el cráneo de los anormales psíquicos pueden encontrarse muchas variedades en la forma, y también asimétricas. Trataré las que con mayor frecuencia se presentan, haciendo primero la descripción de las deformidades con relación a la circunferencia y después las que tienen relación con la altura.

**Plagiocefalia.**—Es una deformación observada con frecuencia. El cráneo presenta el tipo oblicuo-ovalar muy asimétrico.

**Trigonocefalia.**—Cráneo en forma triangular con mayor anchura posterior. Su forma recuerda vagamente a la de una cuña.

Con relación a la altura, tenemos:

La **oxicefalia** o **acrocefalia** o cráneo en forma de torre de los autores alemanes. Es el llamado aquí cráneo en forma de pilón de azúcar. Su vértice es elevado y puntiagudo.

**Escafocefalia.**—O cráneo en forma de quilla; de vértice elevado y gibas parietales muy planas y oblicuas hacia abajo y afuera.

Todos los anteriormente descritos son de altura superior a la normal. Entre los de altura inferior a la normal, tenemos:

La **platicefalia** o cráneo de vértice plano.

La **clinocefalia** en la que el cráneo está transversalmente deprimido en forma de silla de montar.

La **naticefalia** en la que el cráneo presenta dos salientes óseas desarrolladas a derecha e izquierda de la línea media y separadas una de otra por un surco profundo, correspondiente a

la sutura sagital. Algunos autores lo consideran como signo patognómico de heredo-sífilis.

El cráneo no solamente puede presentar alteraciones en su forma, sino que también en su estructura. Los huesos del cráneo pueden tener su espesor aumentado o disminuido, de acuerdo con lo que dice Bourneville "... Donde la presión se encuentra aumentada, al hueso tiende a adelgazarse; y donde está disminuida tiende a engrosar...."

#### CARA

El volumen de la cara dice Barbé, es inverso al del cráneo. Es grande en los microcéfalos y pequeño en los macrocéfalos, sobre todo en los hidrocéfalos. Algunos autores aseguran que el volumen de la cara no se aparta de las dimensiones normales en los hidrocéfalos.

La cara puede ser más grande en el diámetro vertical (**dolicoproscopia**), o en el transversal (**braquiproscopia**) y en fin puede no ser ni larga ni ancha (**mesoproscopia**).

Como el cráneo, la cara puede ser asimétrica. La asimetría más frecuente es la que denomina **plagicoproscopia**, y es la cara oblicuo-ovalar.

La frente en algunos casos es muy abultada (en la hidrocefalia por ejemplo), pero con más frecuencia es deprimida, estrecha y oblicua hacia atrás (frente huida). Muchas ocasiones se encuentra cubierta de vello y la implantación del cabello se hace muy abajo, casi sobre las cejas.

Los ojos pueden ser muy aproximados uno al otro o muy separados. Los arcos orbitarios pueden hacer una saliente exagerada. La hendidura perpebral en ocasiones es estrecha y ligeramente oblicua hacia afuera y arriba (**ojo mongólico**); y con frecuencia se presenta el epicanto o tercer párpado. En los idiotas llamados mongólicos se presentan juntas ambas anomalías.

Los ojos pueden ser estrábicos y presentar nistagmo. En ocasiones hay bicromatismo iriano; y en otras puede verse el coloboma iriano. En la idiocia familiar amaurotica o de Tay-Sachs, se encuentra por el examen oftalmoscópico una profunda alteración de la mácula, la que está ocupada por un disco rojo o café rojizo rodeado por una zona blanquizca.

La nariz puede tener muy deprimida la raíz, las ventanas, muy amplias y levantadas, o ser asimétrica debiéndose esta asimetría a una desviación lateral congénita.

Los maxilares pueden presentar prognatismo, que es doble y completo cuando los dos maxilares y los dientes se llevan hacia adelante y el mentón se encuentra hacia atrás; y que es

simple o parcial según que sea maxilar o alveolo-dentario, sobre los dos o sobre un solo maxilar (Séglas). El prognatismo, sobre todo cuando es acentuado, dá a la cara un aspecto simiesco.

Los labios, aparte del labio leporino, pueden estar atacados de hipertrofia o atrofia, siendo con mucha frecuencia el labio inferior muy grueso, invertido y como colgante. Puede haber atresia parcial, falta de oclusión de la boca, desviación de las comisuras, etc.

Los dientes pueden presentar numerosas anomalías en cuanto a la forma, el tamaño, la implantación y el número.

Entre las anomalías de forma, se pueden citar el amorfismo u homodontismo en el cual los incisivos son muy poco diferentes de los caninos y los molares; y los dientes llamados de Hutchinson que presentan el borde dentado como sierra y estrías en el esmalte.

Entre las anomalías de tamaño podemos citar el microdontismo en el que los dientes son muy pequeños, el macrodontismo en el que son muy grandes.

La implantación puede ser viciosa por demasiada separación, por oblicuidad excesiva, o por cabalgamiento de unos sobre otros.

El número en ocasiones está aumentado, y Roubinovitch (en el Tratado de Patología Mental de Gilbert-Ballet) dice que se pueden encontrar dos o tres series de dientes, implantados unos delante de los otros.

A veces la dentición es retardada y caracterizada por la presencia exclusiva de los dientes de leche.

Los dientes con mucha frecuencia están cariados.

La bóveda palatina frecuentemente es ojival, en ocasiones asimétrica, y puede presentar fisuras o exostosis en la línea media. El velo del paladar, puede estar dividido o desviado. (Bourneville).

La lengua es a veces muy pequeña (microglosia) o muy grande (macroglosia), en este último caso se encuentra casi siempre saliente. Se presenta muchas veces la lengua escrotal, llamada así porque tiene muchos pliegues.

Las orejas son las partes de la cara en las que con más frecuencia pueden presentarse anomalías en los niños anormales psíquicos (32 % de los casos); muchas de las cuales entran en el grupo de los caracteres degenerativos de Morselli, porque reproducen formas que se encuentran en las orejas de los animales.

Se pueden observar modificaciones en las dimensiones, situación y forma de la oreja.

Las anomalías morfológicas más notables, se conocen con el

nombre de los autores que primero las han descrito, y son las siguientes:

Oreja de Morel.—Ancha, plana y de bordes delgados. Muy parecida a la del macaco.

Oreja de Darwin.—Caracterizada por la exajeración del tubérculo de su nombre, y que es una pequeña eminencia situada en el helix.

Oreja de fauno.—Tiene el lóbulo grande y colgante y el helix anguloso en la parte superior en vez de ser curvo.

Oreja de Stahl núm. 1.—Presenta el helix muy ancho y recubriendo la fosa intercrural. Se parece a la oreja del elefante.

Oreja de Stahl núm. 2.—Es ancha y con las ramas de la crura furcata horizontales y prominentes.

La oreja de Stahl núm. 3.—Es una oreja plana.

La oreja de Wildermuth tiene el antihelix muy desarrollado.

La oreja de Blainville es asimétrica con la del lado opuesto.

Aparte de estas deformaciones las orejas pueden ser muy pequeñas o muy grandes; y estar implantadas en la cabeza en un ángulo muy variado, pudiendo llegar a ser casi perpendiculares a la cabeza.

Con mucha frecuencia se encuentra el lóbulo adherente.

Entre las diversas malformaciones que puede presentar el tronco se encuentran la asimetría del tórax, las desviaciones del raquis, la spina-bífida; el volumen desproporcionado del abdomen con relación al del tórax, la ausencia de algunos músculos (Fére), hernias congénitas, vicios de conformación de la pelvis (Seglas), etc.

En los miembros pueden encontrarse la macromelia, la micromelia, la hemimelia, la focomelia, la polidactilia, la sindactilia, la megalodactilia, la microdactilia, etc. Los idiotas mongoloides presentan una forma especial de mano, la que es ancha, gruesa, con abundante tejido adiposo y dedos cortos, sobre todo el anular y el auricular. En los miembros inferiores puede encontrarse el pie bot y el pie prehensil que recuerda al de los simios. El Dr. Auderino de Turin (citado por el Dr. González) creó que los pulgares más cortos se encuentran en los eretinos y los más largos en las otras variedades de idiotas y en los imbéciles.

En la piel y faneros, pueden presentarse numerosas anomalías. Se encuentran nevi, vitiligo, flacidez y arrugas de la piel, etc.

El pelo puede presentar modificaciones en su abundancia, en su distribución y en su implantación. Es generalmente grueso, abundante, desarrollado en partes en las que normalmente no existe, como por ejemplo en la frente. Se presentan

con frecuencia dos o más remolinos en la cabeza. Una anomalía frecuente entre los idiotas e imbéciles es la carencia de barba.

Las uñas pueden faltar o estar atrofiadas, o por el contrario ser muy gruesas. Presentan numerosas estriaciones, y en los onicófagos se encuentran roidas.

En los órganos genitales las anomalías son frecuentes como lo demuestra la estadística de Bourneville. En el pene se encuentran fimosis, desarrollo exajerado de él o por el contrario atrofia. En ocasiones hay hipospadias o epispadias. Los testículos pueden estar atrofiados, o haber monorquidia o criptorquidia. En las mujeres pueden encontrarse estenosis de la vulva, ausencia de la vagina o el estado muy rudimentario de ella; la imperforación del himen, y anomalías de los grandes y pequeños labios y del clitoris.

## TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD

Pasaré primero revista a los trastornos que se presentan en la sensibilidad general.

La **sensibilidad térmica** ha sido poco estudiada en los anormales. Rodríguez Lafora (Niños mentalmente anormales.—Pág. 106) dice que en los imbéciles hay pocas alteraciones en la sensibilidad térmica, siendo su exploración muy difícil a causa de la insuficiente atención de los sujetos.

## SENSIBILIDAD AL CONTACTO

La sensibilidad de diferenciación de dos contactos simultáneos o índice estesiométrico, es una medida de la sensibilidad táctil que según los trabajos de Mac-Donald, Binet y Shuyten parece presentar cierta relación con el grado de la inteligencia de los sujetos. Este método presenta muchas dificultades en su aplicación a los niños anormales psíquicos por la atención sostenida que requiere de ellos. Para investigarla se emplea el compás de Weber, el estesiómetro táctil de Buerola, el estesiómetro metálico de Gulenbrug o el excitador de la piel de Vinstchgan. Es preferible usar, por su sencillez, el compás de Weber.

Binet creó, según sus experiencias, que los sujetos inteligentes muestran a la primera experiencia una superioridad marcada en la exactitud de las percepciones.

Simon (Anné Psychologique—Vols. VI, VII y VIII) y la Srita. Lipska-Librach (citada por Heuyer en “Enfants anormaux....” Pág. 68), experimentando sobre niños anormales psíquicos, han llegado casi a los mismos resultados; y creen

que los grupos compuestos de niños inteligentes muestran en las pruebas estesiométricas una marcada superioridad sobre los grupos compuestos de niños poco inteligentes; y creen que existe una relación estrecha entre la inteligencia y la interpretación de las sensaciones táctiles.

Investigaciones análogas hechas por Rambot en hombres criminales y por la Sra. Tarnowski en mujeres ladronas y criminales, han llevado a idénticas conclusiones.

En los anormales se presentan con frecuencia trastornos en el llamado **sentido estereognóstico**.

**La sensibilidad a la presión o barestesia**, es menos desarrollada en los sujetos anormales que en los normales de igual edad.

### SENSIBILIDAD AL DOLOR

Existe cierta correlación entre el desarrollo intelectual y moral y la sensibilidad al dolor. Rodríguez Lafora (Op. cit.) dice que es más frecuente en los anormales la hipoalgesia difusa, siendo tanto más marcado cuanto más profundo es el retraso intelectual. Así se ve a los idiotas reaccionar débilmente o no hacerlo ante los pinchazos que se les dan para investigar esta variedad de sensibilidad.

Sin embargo, no es raro encontrar imbéciles en los cuales la sensibilidad al dolor está casi normal, lo que hace que se quejen vivamente por el dolor producido y que traten de huir. Su defecto intelectual hace que pronto olviden el dolor y permite que éste sea nuevamente explorado. En los imbéciles de grado algo superior, se encuentra con frecuencia que al lado de una sensibilidad dolorosa casi normal, hay un recuerdo del daño que se les ha causado (refuerzo mental de la sensación dolorosa), lo que hace que el sujeto procure evitar una nueva exploración.

Swift y Miss Carman han encontrado que la sensibilidad al dolor es menor en los niños poco inteligentes que en los inteligentes; y Ley y la Sra. Lipska-Librach han llegado a igual conclusión.

En los criminales Lombroso y Marro operando con el algesímetro de Bois-Raymond, que indica el límite en el cual la percepción táctil llega a ser impresión dolorosa, han obtenido resultados análogos; y Ottolenghi en sus experiencias sobre delinquentes de 10 a 14 años ha encontrado hipoalgesia o, en ocasiones, una completa analgesia. Cruchet (Arrières scolaires. Pág. 21) no es de la misma opinión, y creé que el examen de la sensibilidad al dolor no muestra modificaciones apreciables en los anormales ligeros (débiles mentales).

## TRASTORNOS SENSORIALES

### VISTA

En los anormales se encuentran con frecuencia trastornos sensoriales visuales. Guibert (citado por R. Lafora), ha hecho notar la frecuencia con que la disminución del campo visual se presenta en los idiotas. Schleich dice que entre los idiotas domina la hipermetropía al contrario de lo que sucede en los individuos normales, entre los que es más frecuente la miopía. En las cefalopatías congénitas de origen sifilítico se encuentran a veces edema o atrofia de la papila y rigidez pupilar.

Ley (L'arriération mentale—Pág. 99) examinó a 76 retrasados escolares y encontró hipermetropía en el 38,1 %, estrabismo en el 10,5 %, lesiones de la cornea en el 9,2 por ciento, astigmatismo en el 11,8 % nistagmo en el 5,2 por ciento, y en menor proporción miopía, atrofia del nervio óptico, y pigmentación anormal del fondo del ojo. La agudeza visual era defectuosa en una proporción muy elevada de los casos.

Smedley (citado por R. Lafora) dice que los defectos de la visión son mucho más frecuentes entre los niños retrasados que entre los normales. Investigando esto en las Escuelas de niños normales de Chicago, encontró un 28 % de casos con agudeza visual defectuosa; y esta proporción subió al 48 % en una escuela de niños retrasados.

De las observaciones de Doll, hechas entre los niños retrasados de Carlrushe, resulta que solo el 33 % de ellos tiene una vista normal, mientras que entre los niños normales el 69 % no presenta ningún trastorno visual. A parecidas conclusiones llega la Srita. Lipska-Librach (citada por Heuyer) después de un gran número de investigaciones llevadas a cabo sobre niños normales y anormales de la ciudad de Bruselas.

En los niños delinquentes, Copper y Schuermans han encontrado numerosos trastornos visuales. Por el contrario Bono, Frigerio y Ottolenghi (citados por Heuyer), han encontrado en los delinquentes italianos examinados por ellos superioridad en la agudeza visual.

### SENTIDO CROMÁTICO

Por lo general, en los individuos atacados de marcado déficit psíquico, imbéciles e idiotas, es defectuosa. Los idiotas parece que solo distinguen los colores vivos. En los imbéciles este conocimiento es un poco más extenso, distinguen unos colores de otros y aún pueden llegar a darles su nombre; pero es

muy común que confundan algunos, sobre todo el azul y el verde. Demoor y Daniel (Citados por R. Lafora) dicen que los retrasados distinguen los colores fundamentales, pero que vacilan en los tonos algo diferentes. Entre 221 jóvenes delincuentes examinados por Bono ha encontrado 6 % de daltonianos; mientras que en 800 escolares normales y en 590 obreros normales también, encontró solo la proporción de 3,09 %.

Por lo que respecta a la memoria visual, Heuyer dice que en los niños anormales es más débil que en los normales.

Según los Doctores Clark y Cohen (citados por el Dr. González—Pág. 82) las alteraciones del aparato de la visión se encuentran en las dos terceras partes de los idiotas y en la mitad de los imbéciles.

En la idiocia familiar amaurotica, además de las lesiones descritas antes, hay completa ceguera.

#### SENSIBILIDAD AUDITIVA

Entre los idiotas es rara la sordera. Frecuentemente se presenta la sordera aparente, que depende de una falta de atención y que hace que el niño no reaccione a los estímulos sonoros. Es clásico el ejemplo del llamado Salvaje de Aveyron, que parecía no oír el ruido de un pistoletazo disparado muy cerca de su oreja, y que en cambio volteaba rápidamente al oír el ruido que producía una nuez al ser arrojada sobre el suelo. R. Lafora dice que la audición es normal, pero que con frecuencia se observan defectos en el reconocimiento de los sonidos. Ley pudo encontrar en el 10 % de los anormales examinados por él el defecto que menciono antes, lo mismo que Smedley entre los 5706 niños de las Escuelas de Chicago que estudió. Resultados análogos han sido obtenidos por Schmiegelow en Copenhague y Gellé en Francia.

La Srita. Lipska-Librach ha tratado de estudiar la relación que existe entre la acuidad auditiva y la inteligencia de los niños normales y anormales; y ha llegado a la conclusión de que en los grupos de niños de mediana inteligencia se encuentra una audición más fina que en los grupos de retardados, siendo esta diferencia tanto más marcada cuanto que los niños tienen menos edad.

Respecto a los niños delincuentes, las opiniones varían. Bi-liakow, Gradenigo y la Sra. Tarnowky creen que tienen una acuidad auditiva más débil que los niños normales de la misma edad. Frigeiro y Ottolenghi tienen una opinión completamente diversa, pues creen que: "...El sentido del oído es el que adquiere mayor perfección en los criminales...."

Los trastornos más frecuentemente observados son: dure-

za del oído, desigualdad auditiva en ambos oídos, sordera, y dificultad o imposibilidad en la apreciación de la altura, timbre, y dirección de los sonidos.

En la idiocia familiar amaurotica casi siempre se encuentra hiperacusia.

La memoria auditiva en los anormales es muy inferior a la de los normales de la misma edad.

#### SENSIBILIDADES OLFATIVA Y GUSTATIVA

El olfato y el gusto están muy poco desarrollados en los idiotas. Esto se ve por la indiferencia con la que comen manjares de diferente sabor y olor. Existen por el contrario algunos idiotas que tienen una notable agudeza olfativa o gustativa, pero solamente para determinados sabores u olores (Seguin). Las perversiones del gusto son frecuentes entre los anormales.

Entre los retrasados se nota que solo reconocen algunos olores, y que tienen la sensibilidad gustativa algo embotada. En algunos anormales se observa el fenómeno llamado de la "gustación coloreada" que consiste en designar el gusto de una substancia por medio de un color.

#### TRASTORNOS EN LA MOTILIDAD

Mead, ha observado que los niños norteamericanos normales, comienzan a andar entre los 13 y los 14 meses; y que los anormales lo hacen por término medio entre los 24 y los 25 meses.

En los idiotas completos, la motilidad puede estar reducida a su más pequeña expresión. Hay ausencia de marcha, imposibilidad de la estación de pie, imposibilidad de prehensión y en algunos hasta imposibilidad de mantener la cabeza erguida.

En los idiotas profundos, se presentan algunos movimientos en los cuales la voluntad parece no tener parte. Cuando falta la prehensión suele existir lo que se ha llamado prehensión bucal. Al aproximar alguna fruta, un manajo de llaves, etc., estos idiotas hacen un esfuerzo para tomarlo con la boca, mientras los brazos permanecen por completo inmóviles.

En los imbéciles, la mayor parte de las veces, hay lentitud y torpeza en los movimientos, dificultad para la prehensión y para la marcha. Cuando se trata de hacerlos escribir su torpeza se hace más patente; no pueden oponer el pulgar a los otros dedos, y cuando consiguen aproximar el pulgar al índice lo hacen en un plano horizontal, separando al mismo tiempo los otros

dedos. Y esto no se hace por falta de fuerza, pues medida ésta en cada dedo, se encuentra que es más que suficiente para la ejecución del acto pedido.

Los retardados por debilidad mental, presentan frecuentemente análogos trastornos, pero menos marcados. Hay imperfección en la marcha. En ocasiones andan con lentitud excesiva o arrastrando los pies; en otras su marcha es rápida, desordenada y como dice Cruchet (*Arrieres scolaires*—Pág. 19) inadaptada al fin perseguido. Estas imperfecciones son más acentuadas en la marcha lateral o para atrás, en la marcha sobre las puntas de los pies o sobre los talones. Según el mismo autor hay tendencia a las antero, latero y retropulsiones. Se nota en fin que el individuo acostado no se levanta con la facilidad con que lo hacen los normales.

Se presenta con frecuencia en los retardados el síndrome descrito por el Dr. Dupré con el nombre de debilidad motriz en el que hay “un ligero estado espasmódico con exajeración de los reflejos y higno de Babinski, sincinecia y paratonía.” El Dr. Armand-Delille ha señalado una disminución de los movimientos de extensión, por la que algunos retardados pueden con toda facilidad colocar sus manos en flexión y no pueden más que con dificultad ponerlas en extensión (Mery et Genevriér—*Hygiene Scolaire*.—Pág. 561).

La torpeza en los movimientos se nota también cuando se visten o cuando toman sus alimentos; empleando para esto más tiempo, en ocasiones el doble y aún el triple de lo que emplean los normales de igualdad. Pero donde se acentúa más la falta de habilidad es en el dibujo y en la escritura. Santi de Santis operando con la balanza gráfica de Kraepelin ha demostrado que en los anormales existe lentitud y torpeza en los movimientos gráficos. A estos trastornos en el dibujo y la escritura se ha unido el fenómeno llamado de la escritura en espejo, que según Piper se encuentra en el 10 % de los anormales algo profundos; y que consiste en que “el texto y la dirección de las letras va hacia la izquierda, como si estuviera reflejada en un espejo o hubiera sido escrita con la mano izquierda....” (R. Lafora. Niños mentalmente anormales.—Pág. 116).

Personalmente he tenido ocasión de convencerme que todo lo que he dicho antes a propósito de la lentitud y falta de habilidad de los anormales es perfectamente exacto. He sido testigo de los largos, pacientes e inteligentes esfuerzos que se necesitan desplegar para enseñar a escribir a un débil mental. He podido darme perfecta cuenta de la torpeza en el dibujo y en todo lo que requiere habilidad manual; y he visto débiles mentales de 12 y más años de edad cronológica que dibujaban más lenta y torpemente que un niño normal de 8 años. He

visto a imbéciles de 15 y más años de edad cronológica, no poder arreglar convenientemente dentro de su caja el material de un quinto o sexto “don” de Froebel, lo que es hecho rápida y seguramente por un niño normal de 6 años. Y por último la confirmación más clara la he tenido al aplicar la serie de pruebas o “tests” de Pitner y Patterson que describiré al tratar del diagnóstico. Ningún débil mental ha logrado en esas pruebas el mismo resultado que un niño normal de igual edad cronológica; y el resultado más malo obtenido por mí en más de 70 aplicaciones de dichas pruebas lo fué dado por un imbécil de 17 o 18 años de edad cronológica. Al leer los resultados obtenidos en cada prueba, puede uno convencerse perfectamente de que es mucho mayor el tiempo empleado para ejecutarla y de que es mucho mayor también el número de errores que se cometieron.

Binet y Simón estudiando los intentos de escritura de varios idiotas, imbéciles y débiles mentales, han observado que existe una gradación en el perfeccionamiento de los movimientos gráficos, en directa relación con el grado de insuficiencia mental. Según dichos autores, estas gradaciones son las siguientes: en los idiotas profundos rayas de dirección indeterminada y cruzándose en todos sentidos, pero sin salirse del papel; en los idiotas menos profundos rayas cortas que no se entrecruzan; en los imbéciles profundos rayas continuas en zig-zag y en direcciones algo paralelas, como si fueran renglones; en los imbéciles superficiales hay círculos y figuras que quieren parecerse a letras y que están colocados en renglones paralelos. Y por último en los casos fronterizos entre la imbecilidad y la debilidad mental hay renglones en los que pueden observarse algunas letras correctas y figuras parecidas a letras.

Los mismos autores han encontrado una mayor proporción de ambidextros entre los débiles mentales que entre los niños normales.

En los niños anormales se presentan en algunos casos movimientos atetósicos, coreicos y ciertas formas de transición que el Profesor Brissaud ha designado con el nombre de atetoso-coreicos.

**Anomalías en la expresión de la cara.** Se encuentran en el 60 % de los deficientes psíquicos. La fisonomía puede ser apática e inexpresiva o movable.

En los apáticos la cara está desprovista de expresión, la mirada es fija, la boca está entreabierta y deja escurrir la saliva. Algunos idiotas mantienen casi constantemente la lengua fuera de la boca.

Otros tienen la fisonomía movable, la mirada cambia a cada momento de dirección, hay continuo parpadeo, los músculos

superciliares y frontales se contraen constantemente. La nariz se mueve como para olfatear y los labios se abren y cierran o imitan los movimientos que al comer ejecutan con la boca ciertos animales, especialmente los roedores.

En ocasiones se encuentra en los imbéciles una fisonomía que no es ni apática ni movable, sino que presenta una constante sonrisa.

A veces la incoordinación de los movimientos fisonómicos llega a tal grado, dice el Dr. González, que un imbécil al reír hacía siempre la mueca del llanto.

**Trastornos en las funciones esfinterianas.** Con frecuencia en los anormales existe la enuresis nocturna hasta la edad de 6 o 7 años, siendo que en los niños normales desaparece generalmente a la edad de 2 años poco más o menos.

En los idiotas completos es frecuente la incontinencia absoluta de orina y de materias fecales.

Las funciones digestivas pueden estar perturbadas. Frecuentemente a causa de una malformación de la boca o a una simple glotonería, los alimentos son deglutidos casi sin masticación, trayendo esto los trastornos consiguientes. A veces los alimentos o los cuerpos extraños penetran en las vías respiratorias y producen accesos de sofocación. Algunos idiotas presentan mericismo. Como antes dije es frecuente la incontinencia de materias fecales.

La respiración se efectúa en ocasiones con dificultad por la presencia de vegetaciones adenoides o por la hipertrofia de las amígdalas.

La circulación a menudo es defectuosa. Bourneville en 104 autopsias de idiotas, imbéciles y débiles mentales, encontró 7 veces la persistencia del agujero Botal. Un gran número de anormales tienen constantemente frías y cianosadas las extremidades. Gilbert y Rathery y Luigi Ferrannini en 1900, y antes que ellos Huchard y Cailleux en 1898 y Delpuech en 1899, han mostrado la importancia que tiene la estenosis mitral sobre el desarrollo de los sujetos muy jóvenes. Esta falta de desarrollo llamada "Enanismo mitral" por Gilbert y Rathery e "Infantilismo mitral" por Ferrannini, proviene según Cruchet (Arrières Scolaires.—Pág. 23) de que... "todo el organismo parece adaptarse a la estenosis mitral y al pequeño corazón de estos sujetos, los que con mucha frecuencia presentan debilidad mental más o menos acentuada".

Ley (citado por Cruchet—Op. cit. Pág. 23) practicando en el exámen de la sangre en los retardos escolares de la ciudad de Amberes, encontró que "... la cifra de la densidad de la sangre, del número de glóbulos rojos y de la cantidad de hemoglobina indicaba una manifiesta inferioridad de los niños anor-

males..." La temperatura tomada en idénticas condiciones de comparación, ha demostrado al mismo autor que hay una disminución de ella en los retardados comparada con la de los normales; y que esto coincide, como ya lo había hecho notar Shuttleworth, con enfriamiento y aún cianosis de las extremidades.

Las funciones genitales con frecuencia están trastornadas o aún pervertidas. Entre los idiotas e imbéciles es muy frecuente el onanismo. Y hay idiotas que no tienen ni aún el deseo de comer, y que se entregan al onanismo, lo que según André Barbé (Psychiatrie—Colección Sergent—Pág. 117) tendería a demostrar que el instinto de reproducción sería más tenaz que el instinto de conservación.

Pueden observarse el onanismo recíproco, la pederastía, la bestialidad. Los imbéciles y los débiles mentales son los que mayor contingente suministran entre los individuos que cometen ultrajes públicos al pudor. No son raras las violaciones cometidas por ellos. Por el contrario se encuentran débiles mentales que tienen el instinto genital muy poco desarrollado; y otros que presentan un pudor tan exagerado que les impide desvestirse o bañarse en presencia de otras personas de su sexo.

La baba escurre constantemente de la boca de muchos idiotas. Las mucosidades nasales, en los mismos sujetos, escurren al exterior y se solidifican al derredor de las narinas y en el labio superior. Como antes dije, hay con frecuencia incontinencia de orina y materias fecales, lo que según Bourneville les ocasiona erupciones papulosas o pustulosas en la región glútea y cara interna de los muslos. Según Barbé (Psiquiatria de la colección Sergent) los análisis de orina no muestran nada anormal.

## PERTURBACIONES DEL LENGUAJE

Es muy estrecha la relación que existe entre el lenguaje y el desarrollo intelectual del niño. Desde hace mucho tiempo es conocida la frecuencia con que las perturbaciones del lenguaje existen entre los niños que padecen de déficit psíquico. Ya Esquirol dividía a los imbéciles e idiotas en cinco categorías teniendo en cuenta la mayor o menor extensión de su lenguaje; y esta opinión ha sido muy combatida; pero recientemente Binet ha vuelto a servirse del dato del lenguaje hablado y del escrito para tratar de establecer los límites precisos entre el idiota, el imbécil y el débil mental.

Ya hablé antes algo acerca de las perturbaciones del lenguaje escrito en los anormales. Voy ahora a pasar revista somera-

mente a las perturbaciones que en el lenguaje hablado se presentan en estos mismos niños.

Las perturbaciones de la palabra, se presentan con frecuencia en los deficientes psíquicos; oscilando, según las estadísticas, entre el 25 y el 35 %. Nadoleczny (citado por R. Lafora), creé que esta frecuencia se explica por "las numerosas lesiones orgánicas, con alteración del lenguaje, que se observan entre los idiotas e imbeciles".

Estas perturbaciones han sido objeto de numerosas clasificaciones. Parece ser que una de las mejores es la presentada por Herlin (*Le langage des anormaux.—L'Ecole Moderne*).

Según este autor, los defectos de la palabra pueden agruparse de la siguiente manera: I.—defectos de articulación; II—defectos de la voz; III—perturbaciones en la elocución; IV—defectos gramaticales y sintáxicos y V—audimutismo o sea mudez sin sordera.

I.—Los defectos de articulación, constituyen las **dislalias**, y consisten en la "incapacidad de pronunciar bien una o varias letras. Son debidas a imperfección en las posiciones empleadas por los órganos de la palabra para pronunciar las letras". Este defecto se presenta en los niños normales hasta la edad de cuatro o cinco años, y desaparece por completo después. Las dislalias se han dividido en dos grupos principales: las funcionales y las orgánicas o mecánicas. Estas dependen de defectos del paladar, dientes, lengua o faringe. Las dislalias funcionales pueden estar limitadas a las consonantes, que es lo más común, o a las vocales. En esta última se nota que el sujeto las pronuncia como otra vocal (o en vez de u) o las pronuncia con voz nasal. Las dislalias de las consonantes, se han dividido en innumerables tipos que no transcribo aquí por temor de alargar mucho este trabajo.

II.—Defectos de la voz. Se manifiestan sobre todo al pronunciar las vocales, y son debidos a defectos anatómicos del paladar (perforaciones), de los labios (labio leporino), etc.

III.—Perturbaciones en la elocución. Se llaman así o ciertos defectos del lenguaje que se caracterizan por la imposibilidad momentánea y más o menos prolongada y acompañada de ansiedad, que se observan al unir vocales y consonantes (tartamudez); o a la inversión en el orden de las letras o sílabas (inversión o cambios silábicos).

IV.—Defectos gramaticales y sintáxicos.—En estos casos el lenguaje sufre una detención en su evolución, y queda en una fase primitiva. Es lo que Liebmann llamaba agramatismo infantil.

V.—Audimutismo.—Es el mutismo sin sordera. Puede presentarse o porque el niño es un idiota que no tiene nada que

decir (mutismo idiótico); o por tener "una afasia sensorial (consecutiva a una encefalitis) que aunque las oiga, no le permite comprender el significado de las palabras"; o porque a pesar de comprenderlas no pueda articularlas por perturbaciones en los órganos periféricos de la palabra, y "quizá también en los centros motores del lenguaje"; o por último, en el caso en el que se trate de inestables, "sin ninguna atención para aprender a hablar".

El déficit psíquico, puede presentarse también en un gran número de enfermedades y afecciones, uniéndose entonces a los síntomas perfectamente conocidos, esta deficiencia. Se puede presentar en el síndrome de Little, en la hemiplejia, en la epilepsia, en la histeria infantil, etc. En los niños que padecen de vegetaciones adenoideas, es muy frecuente el encontrar deficiencia mental.

## PSICOLOGIA DEL NIÑO ANORMAL

Son los estudios de Binet y Simon ("L'intelligence des imbeciles" L'annee psychologique 1909) sobre la psicología de los imbeciles los que han dado más lu. en este punto.

### ATENCION

En los anormales psíquicos profundos (idiotas e imbeciles), la perturbación de la atención llega casi hasta la pérdida de esta función. En los débiles mentales, la atención espontánea existe en mayor o menor grado, pero la voluntaria es débil, poco sostenida, movable.

Fueron las perturbaciones de la atención las que le sirvieron de base a Sollier para clasificar los diversos grados de la insuficiencia mental.

### MEMORIA

La memoria tanto actual o inmediata como la de fijación (refiriéndose la primera a los hechos recientes y la segunda a los pasados hace tiempo), está por lo general debilitada. No obstante, no son raros los casos de memorias parciales (visual, auditiva, etc.)

En general, puede decirse que en los anormales el poder retentivo es, salvo excepciones, menor que el de los normales; pero que en gran número de ellos hay un tipo de memoria (visual, auditiva) más desarrollado.

### INTELIGENCIA DE PERCEPCION

La facultad de percepción está relativamente desarrollada en los anormales (R. Lafora. Niños mentalmente anormales—Pág. 125). Esto según este autor está demostrado por varios hechos, entre los cuales cita el de que los idiotas que pueden andar, rara vez tropiezan con los obstáculos puestos a su paso (muebles etc.)

El mismo autor, dice que cuando se investiga la inteligencia de percepción en los imbeciles y deficientes, se nota que, "contrastando con una capacidad perceptiva muy próxima a la normal, hay una gran incapacidad intelectual de atención y comprensión de la manera de efectuar la prueba. Por ejemplo, al comparar dos pesos el sujeto coge uno solo o coge dos con una misma mano, y al comparar varias parejas de líneas señala imperturbablemente la línea de un mismo lado (auto-

matismo). Una vez comprendida la prueba y conseguido algo de interés y atención, la percepción se revela, sin embargo, como casi normal (pequeñas diferencias cuantitativas)".

### ASOCIACION DE IDEAS

La asociación de ideas está muy poco desarrollada en la mayor parte de los anormales. Las asociaciones en los idiotas son según Sollier principalmente asociaciones de sensaciones; aunque pueden observarse algunas asociaciones de las escasas ideas que poseen (asociaciones por semejanza, rara vez por contigüidad, nunca por contraste). En los imbeciles las asociaciones son un poco más complicadas. Las asociaciones en los débiles mentales son "lentas y de resultado mezquino".

### IMAGINACION

La imaginación depende de combinaciones nuevas que se hacen con imágenes o representaciones antiguas. Faltándoles a los anormales profundos representaciones abundantes y la capacidad de combinarlas, se comprende que poseen una imaginación muy deficiente. En los idiotas e imbeciles profundos no existe la imaginación creadora: pero en los imbeciles ligeros y débiles mentales, existe una tendencia a las "narraciones fantásticas y maravillosas (mentira patológica), pero de contenido que revela su debilidad asociativa y de juicio". (R. Lafora. Op. cit. Pág. 136). El Dr. Dupré ha descrito con el nombre de **mitomanía** "una forma patológica de la mentira, una aptitud constitucional a la fabulación más o menos imaginativa, y a la simulación" (Dupré. citado por Heuyer. Enfants anormaux etc. pág. 120). Paul-Boncour y Boyer (L' imagination ches l'enfant anormal. pág. 18), después de una serie de experiencias encaminadas a estudiar la imaginación en los anormales, llegan a las siguientes conclusiones: I.—La imagen auditiva tiene tendencia a ser más fácilmente evocada en el anormal que la imagen visual. II.—Que la imagen visual es rápida y neta en el normal con detrimento, quizá, de la imagen auditiva, y que la imagen táctil es fácil y netamente visualizada. III.—Que se puede sugerir fácilmente al normal una semejanza que no existe, mientras que el normal la rechaza inmediatamente. IV.—Que las imágenes donde el instinto suministra los elementos principales, son tan netas en el anormal como en el normal. V.—Que el imbecil no duda en sus respuestas y se equivoca; que el retardado duda de sí mismo y vacila en dar una apreciación; que el normal responde rápidamente y sin equivocarse.

Puede estudiarse el razonamiento en los deficientes mentales por la observación de sus actos intelectuales. Los métodos más sencillos para este estudio son, según Binet, la presentación de grabados, la definición de palabras y los rompecabezas.

Cuando a un niño normal se le presenta un grabado (por ejemplo los usados en el método Binet-Simon), se puede observar que a medida que es de edad más avanzada el resultado que da es más perfecto. Los niños de corta edad, sólo enumeran las personas u objetos representados en el grabado, sin darles ninguna significación (de 3 a 5 años). De los cinco a los siete años el niño describe lo que ve en el grabado y nota "la posición y acción de las personas". El grado superior, de ocho años en adelante según Binet, el niño interpreta el sentido "general y fundamental" del grabado. Esto mismo se observa en los anormales mentales. En los imbéciles se observa principalmente el tipo enumerador, siendo más o menos completa y ordenada según sea el déficit mental del sujeto. En los débiles mentales se encuentra con más frecuencia la descripción del grabado, rara vez la interpretación. Empleando los rompecabezas se llega a resultados semejantes, teniendo la ventaja de no necesitar el uso del lenguaje.

La actividad intelectual es generalmente perezosa en los imbéciles y débiles mentales. Hay una gran tendencia a la pronta fatiga. Son por lo general más fácilmente sugestionables que los normales.

## EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

En los idiotas más profundos hay un embotamiento casi completo en la emotibilidad. Son indiferentes a todo. En los idiotas menos profundos pueden observarse el miedo y la cólera. En los imbéciles se presenta un miedo exagerado en algunos sujetos, pero es más común encontrar cierta impasibilidad ante los castigos, amenazas, etc. Se observan en ellos accesos de cólera en los que atacan a los demás o se golpean a sí mismos. El amor a los padres y hermanos es por lo general muy poco desarrollado. Son frecuentemente crueles con los animales y con los niños pequeños. Cualquiera que sea el grado de mentalidad de los deficientes, presentan uno de estos dos tipos de carácter: o son dóciles o son rebeldes. En ocasiones se observan tipos intermedios. No tienen relación con el grado de la deficiencia intelectual, pues se encuentran lo mismo entre los idiotas que entre los imbéciles o deficien-

tes. Teniendo en cuenta todo esto es como se han clasificado a los retardados escolares en apáticos, inestables e intermedios.

## VOLUNTAD

Por lo general está debilitada y los deficientes son dominados fácilmente por la voluntad de otros. Sin embargo, pueden tener verdadera obstinación para tal o cual propósito, obstinación que contrasta con la poca voluntad que muestran para todos los demás actos.

## DIAGNOSTICO

Consiste en saber primero si el sujeto de que se trata es un verdadero anormal, o uno de los llamados falsos anormales. Una vez comprobada la anormalidad, se debe saber el grado de ésta; es decir si el niño es idiota, imbecil o débil mental; y en tratar de investigar la causa productora de esta anormalidad.

Y hay razón para proceder en esta forma, porque cuando se estudia un niño que se supone sea mentalmente anormal, no se debe ver únicamente su estado actual y medir sus facultades intelectuales para saber si es retardado o no lo es. Debe hacerse una investigación de su pasado, porque sus antecedentes hereditarios y personales darán muchas luces en la etiología, y servirán para el tratamiento; y debe de preocuparse por el porvenir, buscando la adaptación del niño al medio social.

Para llegar a tal fin, se recurre a tres exámenes que según Binet son: el examen médico, el examen pedagógico y el examen psicológico.

Trataré someramente de cada uno de los tres.

### EXAMEN MEDICO

Tiene por fin según Binet: "Apreciar los signos anatómicos fisiológicos y patológicos de la inferioridad intelectual". (A. Binet, citado por Heuyer en *Enfants anormaux*.—Pág. 35).

Según Heuyer (Op. cit. pág. 36) comprendido en su sentido más estrecho, tiene por fin permitir al médico encontrar los signos de anomalía física o de enfermedad; y de dar si es posible un diagnóstico etiológico, con el fin de poder instituir el tratamiento más adecuado.

El examen médico comprende según el mismo autor, un estudio de los antecedentes patológicos, tanto hereditarios como personales; un examen anatómico; una investigación de las taras patológicas; y por último un estudio de los diversos sistemas y aparatos.

En el estudio de los antecedentes patológicos hereditarios, se deben investigar cuidadosamente todas las causas capaces de obrar ya sea sobre el germen o sobre el producto; y de las que hice una descripción lo más detallada que me fué posible, en el capítulo de Etiología.

Entre los antecedentes patológicos personales deben de tenerse en cuenta los traumatismos sufridos en el momento

del nacimiento; y todos los factores capaces de producir deficiencia mental después del nacimiento.

En el examen anatómico se toman todas las medidas acostumbradas en Antropometría; como son la talla, el peso, las dimensiones de la cabeza, los perímetros torácicos, la fuerza dinamométrica, etc.

Es importante buscar en los niños anormales las taras morfológicas que desde Morel se conocen con el nombre de "estigmas de degeneración"; los que pueden colocarse, según Heuyer, en una escala o jerarquía. La tara fundamental, la constituyen los estigmas físicos, que son los que en esta parte del examen se investigan. En un grado más elevado se colocan los estigmas psíquicos; y en un último se encuentran los llamados estigmas sociológicos que "...traducen la falta de adaptación del individuo al medio social..." (Heuyer. Op. cit. pág. 39).

Binet y Simon han buscado estos estigmas en gran número de anormales de escuela primaria; y a pesar del gran número de sus observaciones, declaran no poder llegar a ninguna conclusión.—Maupat cree que "...se encuentran en los niños de malos instintos cierto número de las deformaciones descritas por Lombroso y sus alumnos, pero que no son lo suficientemente constantes para que se les considere como características".

Nacke demostró que los estigmas existen frecuentemente en personas normales, y sostuvo que el hallazgo de un solo estigma era completamente insuficiente; y Camuset llegó a preguntar: "si existían individuos lo bastante privilegiados para encontrarse exentos de estigmas".

Binet y Demoor han dado una gran importancia a la expresión de la fisonomía; no obstante que Voisin, Bourneville y Shuttleworth no han dudado en afirmar que la expresión de la fisonomía es muy engañosa.

A pesar de todas estas contradicciones, creo que es permitido creer con Lagriffe y Genil-Perrin "...que no es ilógico buscar en las malformaciones corporales algunos indicios de anomalías de organización o de funcionamiento de un sistema cerebro-espinal tarado".

El examen de los aparatos y sistemas, no difiere en estos casos del que se practica en un enfermo común; teniendo solo especial cuidado en la parte de la exploración del sistema nervioso y en la de los órganos de los sentidos.

En resumen; el examen médico de los anormales, tiene por fin el estudio y diagnóstico de las enfermedades hereditarias (sífilis, alcoholismo, etc.) que puedan haber influido de manera desfavorable sobre la mentalidad del niño; el diagnóstico de estados patológicos o defectos sensoriales que compliquen su

deficiencia mental; y la institución de un tratamiento adecuado.

## EXAMEN PEDAGOGICO

El examen pedagógico o escolar de los niños anormales tiene mucha importancia para el diagnóstico. Según Simoni, (citado por Heuyer. Op. cit.—Pág. 100) la medida de la instrucción adquirida es un excelente procedimiento de control de la debilidad mental. Por este medio se averigua el grado de avance escolar de un niño, comparándolo con los promedios suministrados por los niños normales. Es en resumen lo que se hace en los exámenes ordinarios.

Los exámenes pedagógicos de los retardados escolares, han confirmado los resultados obtenidos por el examen psicológico practicado en ellos.

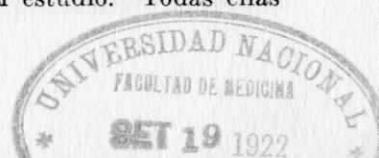
Por lo general casi nunca es hecho por el médico. Los maestros de grupo tienen los conocimientos y la experiencia necesaria para estos exámenes; experiencia y conocimientos que, por lo general, el médico no posee.

Sin embargo, Weygandt en Alemania y Binet y Vaney en Francia han hecho una "pauta" graduada para el examen pedagógico de los niños en edad escolar; y cuya aplicación no es muy difícil aún para un médico que desconozca casi completamente los asuntos pedagógicos. La pauta de Binet y Vaney establece las normas correspondientes a las edades escolares entre seis y doce años. Se compone de un sistema de preguntas cuyo contenido es invariable y cuya dificultad está dosificada; y el resultado suministrado por un niño examinado con dicha pauta es comparado con el promedio dado por un gran número de niños normales, "de la misma edad y de igual condición social".

Este examen es metódico, preciso, evita el azar y permite conocer el grado de instrucción real de un escolar.

Por desgracia para nosotros, muchas de las pruebas, sobre todo las referentes a la ortografía no son aplicables en nuestro medio, pues al variar el idioma cambian completamente las dificultades ortográficas. Creo que se deben hacer modelos especiales para nuestro idioma, y no aplicar solamente la traducción de la tantas veces mencionada pauta, pues variando los medios empleados, es muy probable que el resultado varíe también.

En las observaciones que presento al fin de este trabajo; se podrá ver que los exámenes escolares han sido efectuados por las maestras encargadas de los grupos de entre los cuales tomé los niños que me sirvieron para mi estudio. Todas ellas



son de una reconocida competencia y conocen perfectamente a los niños con los cuales pasan casi todo el día durante largos meses. Tienen también gran oportunidad de hacer observaciones sobre la conducta, inclinaciones, hábitos, etc.; observaciones que el médico está imposibilitado de hacer; pues por más prolongado que sea un examen, no va más allá de dos horas y en ese tiempo no es factible que un médico haga, a ese respecto, una observación tan completa como la del maestro que, como dije, pasa gran parte del día y por muchos meses al lado de sus educandos.

Es por todo esto por lo que creo que mientras no exista entre nosotros un modelo de pauta, ya sea la de Binet, y Vaney u otra, aplicable rápida y seguramente por los médicos, se debe dejar este examen a los maestros de grupo, pues sin duda los resultados serán más exactos.

### EXAMEN PSICOLOGICO

Se han ideado para el examen de la inteligencia una serie de reactivos psicológicos o pruebas que son universalmente conocidos con la designación inglesa de "tests".

Rodríguez Lafora (Niños mentalmente anormales.—Pág. 176), dice que la prueba mental difiere algo del experimento psicológico: "... la primera tiene un valor diagnóstico que se refiere al individuo examinado, mientras que el experimento psicológico se propone descubrir hechos nuevos, principios o leyes generales para la ciencia psicológica. Además la prueba mental no concede importancia a la observación introspectiva (auto-observación), mientras que el experimento psicológico sí. En pocas palabras, la prueba mental estudia más bien la ejecución o capacidad mental, mientras que el experimento investiga el contenido mental. (Whipple)."

Para el médico y el maestro son más importantes las pruebas mentales o "tests" que los experimentos psicológicos. Son más fáciles en su manejo y no requieren un complicado instrumental.

El método de los "tets" ha tenido innumerables defensores y muchos detractores. Myers (citado por Claparade. Psicología del niño—pág 306) le ha reprochado el que no proporciona informes más que sobre el grado de una aptitud, y no dice verdaderamente cómo trabaja el espíritu. El mismo autor protesta también contra el hecho de que los "tets" son con frecuencia tomados por personas no iniciadas en la Psicología y que el material así obtenido está lleno de errores y no posee ningún valor real. A este respecto dice Claparade (Op. cit.) "¿Es necesario verdaderamente ser un psicólogo de carrera para to-

mar correctamente los tests sobre los niños? No lo creemos así; basta con conocer estos tests y haberlos practicado, con tener presentes las posibles causas de error. Como lo ha probado Koch en sus experimentos de control, es suficiente un curso de seis semanas para familiarizarse con los tests Binet y Simon y para emplearlos de manera correcta".

Según Toulouse y Pieron está ya perfectamente probado que el método de los "tests" es verdaderamente científico y aplicable a los anormales y normales. "Orienta sobre las cualidades intelectuales reales del individuo, sin que este sea conocido previamente; aísla y precisa las facultades especiales y ofrece una medida objetiva y generalmente aplicable" Heuyer. (Op. cit. pág. 49).

Decroly (Examen mental des anormaux—III Congrès international de neurologie et psychiatrie—Gand. 1913) ha clasificado en tres categorías los tests actualmente empleados:

Binet y sus colaboradores han establecido series de pruebas que permiten fijar la edad intelectual del individuo examinado, y determinar cuántos años está en retardo con relación a su edad cronológica.

Otros autores, Rieger, Sommer, Weygand, Rossolimo, Monkemoller, Ferrari, otros estudian sistemáticamente cada una de las formas de la actividad intelectual, y comparan su rendimiento con relación a una media.

El tercer método consiste en determinar la inteligencia de un individuo por una sola de sus manifestaciones. Ebbinghaus, Riess, Masselon, Meumann, Binet, Rossolimo y otros han propuesto tests para esta exploración.

Entre la primera categoría se pueden colocar, como ya dije, la serie de pruebas de Binet-Simon, la serie de Pintner y Patterson que es la que yo he empleado y que después describiré; y las varias "revisiones" que en Estados Unidos se han hecho a la escala Binet-Simon (Goddard Jerkes, Termann). Esta escala ha demostrado poseer un valor real y tener una gran utilidad. Sin embargo como dice Claparade tiene el inconveniente de ser un poco larga, lo que proviene de que para cada edad hay tests diferentes (Escala métrica de la inteligencia, 54 pruebas en 1911). Claparade cree que sería mejor hacer que las pruebas sirvieran para todas las edades; y que solamente fueran establecidos los niveles de edad según el tiempo que se emplea en cada prueba o según el número de errores o éxitos. La serie de pruebas aplicada por mí lo ha sido en esa forma.

Entre la segunda categoría, la serie de Rossolimo de Moscou, es la más completa. Se lleva sobre la atención, la voluntad, la percepción, la memoria, los procesos asociativos, la ca-

pacidad combinatoria, el sentido mecánico, la facultad imaginativa o capacidad de completar, y la facultad de observación. Hace una decena de experiencias para cada facultad intelectual, calcula el resultado según el número de resultados buenos obtenidos y obtiene así cierto número de cifras que traduce por una gráfica que él llama "perfil psicológico". Se ha hecho a esta serie y a las análogas muchas objeciones. Se ha dicho que la clasificación de las funciones intelectuales es "un poco artificial y que no corresponde a la realidad". Prácticamente estas series de pruebas necesitan un tiempo muy largo para ser aplicadas de manera completa. Rossolimo emplea tres sesiones para aplicar su serie. Y Decroly ha dicho, y con razón, que la aplicación de este método al medio escolar debe de ser considerada como impracticable.

En la tercera categoría está el método, que como dije antes, pretende determinar la inteligencia de un individuo por una sola de sus manifestaciones. Spermann que es uno de los que más han defendido este método cree que toda manifestación mental recibe la impresión de una aptitud más o menos elevada, variable con cada sujeto y que constituye su "inteligencia general". Así, según él, el tests único empleado permitiría juzgar de conjunto a la inteligencia.

Sin embargo, parece que este método da resultados insuficientes; y Stern en el Congreso de Leipzig de 1912 ha expresado su opinión en este sentido.

Para el examen psicológico empleé la serie de Pruebas o "tests" propuestas por Pintner y Patterson—New York, 1917), y experimentadas por varios psicólogos en Estados Unidos. Hice uso de esa serie de pruebas porque me pareció la más corta sin ser incompleta; y porque no necesita que el niño tenga el uso del lenguaje. Creí conveniente esto, porque hay anormales que sin presentar un déficit mental muy grande, si lo tienen aparentemente por carecer total o parcialmente del lenguaje.

La serie original de Pintner y Patterson tal como apareció en 1917, se componía de 15 pruebas, de las cuales dos eran ideadas por Pintner, una por Patterson y otra modificada por Pintner. Las demás eran de diferentes autores.

La que yo he aplicado consta de 11 pruebas, que son las siguientes::

1.—La tabla con el grabado de la yegua y el potro. Es una modificación del original ideado por Healy.

2.—El tablero de Seguin. Adaptación del tablero de Goddard por Twitmeyer.

3.—El tablero de las cinco figuras. Ideado por Patterson.

4.—El tablero de las dos figuras. Ideado por Pintner.

5.—El "Casuist form Board". Copiado del tablero original ideado por Knox.

6.—La prueba del manequí. Ideada por Pintner.

7.—La prueba del perfil, o prueba de la cabeza. Ideada por Knox y Kempf.

8.—La prueba del navio. Ideada por Glueck.

9.—El rompecabezas de complementación. Ideado por Healy.

10.—La prueba de los cubos. Ideada por Knox y modificada por Pintner, y

11.—El rompecabezas de Healy, ideado por este autor.

Como era la primera vez que en México se iban a aplicar estas pruebas, no tenía yo ninguna serie de estudios sobre niños normales que me sirviera de comparación en mis observaciones sobre anormales. No quise hacer uso de los promedios dados por Pintner y Patterson y obtenidos en niños norteamericanos, porque he pensado que hay una gran diferencia entre esos niños y los pertenecientes a nuestra raza. Me fué preciso, por lo tanto, hacer, aunque comprendo que en muy pequeña escala, una serie de observaciones sobre niños normales. Estas observaciones las llevé a cabo sobre cinco niños y cinco niñas de cada uno de los años comprendidos entre el primero elemental y el cuarto elemental; tomando para dichas observaciones los casos que más se aproximaban a lo normal. Los niños fueron escogidos entre los que tenían la edad en la que debían estar según el año de estudios que cursaban. Así, los niños de primer año son de 7 años, los de segundo de 8, los de tercero de 9 y los de cuarto de 10 años. Repito que es muy corto el número de casos, y yo soy el primero en comprenderlo; pero no me fué posible efectuar una serie mayor de observaciones porque el material me fué facilitado hasta el mes de mayo de este año.

De esa serie de observaciones, saqué algunos promedios, que transcribo después; y que me han servido como término de comparación en mis observaciones sobre niños anormales. No pretendo que esos promedios sean completamente justos. Los que experimenten después este método en un número mayor de casos que el presentado por mí, quizá lleguen a conclusiones que no sean exactamente iguales a las mías. Pero creo que los promedios que obtuve se aproximan a la realidad, y que pueden servir para llegar a un resultado bastante aproximado.

Describiré primero cada uno de los "tests" o pruebas y diré el método que seguí para aplicarlas, método que difiere en algunos detalles del aconsejado por Pintner y Patterson. Después, expresaré los resultados obtenidos por mí sobre los niños nor-

males; y en cada observación de las que al fin de este trabajo presento, diré los resultados obtenidos con estas pruebas en los anormales vistos por mí.

#### **Prueba núm. 1.—La Yegua y el Potro.**

Esta prueba es una ligera modificación de la ideada por Healy (Healy and Fernald—Tests for Practical Mental Classification—Psychological Monographs, Vol. XIII. No. 2). Se compone de una tabla sobre la que está pegada una figura a colores. La figura representa una yegua y un potro en un campo, con dos borregos echados, un gallo y dos gallinas. En el fondo se miran dos casas. Están cortadas 7 piezas de diferentes formas, representando determinadas partes de los animales o del paisaje.

**Método.**—El método para poner en práctica esta prueba es muy sencillo. La tabla se coloca frente al niño con las 7 piezas esparcidas arriba, pero no al azar sino en una colocación siempre fija, para hacer lo posible porque esta prueba presente siempre la misma dificultad en los diversos niños en que se aplique. Se le ordena al niño que coloque las piezas en el lugar que a cada una corresponda. Se toma con el cronógrafo el tiempo empleado por el niño en la colocación de las piezas. El examinador cuenta el número de errores cometidos por el niño. Se considera como error cada tentativa del niño para colocar una pieza en un espacio que no le corresponde. Si el niño mantiene una pieza sobre alguno de los espacios, pero sin llegar a tocar el tablero, no se le cuenta como error. Los autores recomiendan que se deje continuar la prueba durante 5 minutos; y si no la termina en ese tiempo, debe de pasarse a la siguiente prueba. Yo no la he aplicado así. He dejado al niño trabajar hasta que todas las piezas están colocadas, o hasta que el niño se declara impotente para hacerlo, pero sin limitación de tiempo. Los autores dan como razón para esta limitación de tiempo que si se dejara en estas pruebas, como en las que siguen, tiempo ilimitado al niño, el examen se prolongaría demasiado.

#### **Prueba núm. 2.—El Tablero de Seguin**

Descrita primero por Seguin. Ligeramente modificado por Goddard. Consiste en un tablero de madera en el que hay varios huecos de forma geométrica, en los que se colocan figuras de madera de la misma forma. Según Rodríguez Lafora (niños anormales. Pág. 188) la complejidad de procesos mentales que entran en juego en esta prueba, hace difícil colocarla en un grupo determinado. Cada autor le dá más importancia a alguno de esos procesos mentales y la clasifica según es-

ta idea. “En realidad puede considerársela como una prueba de la inteligencia general, sobre todo en niños pequeños. Goddard, y algunos otros dicen que en muy breves instantes da una idea precisa sobre la capacidad mental de un niño”.

El método para utilizar esta prueba es muy sencillo. Se coloca el tablero horizontalmente, a una altura suficiente para que el niño pueda verla perfectamente. Los trozos de madera se colocan esparcidos al rededor del tablero, teniendo cuidado como en la prueba anterior de colocarlos en una disposición siempre igual, o por lo menos lo más igual posible. Se le dice al niño que coloque los trozos en el lugar en el que deben de estar, lo más rápidamente que pueda y procurando no equivocarse. Se repite la prueba una segunda y una tercera vez. Los autores recomiendan que la segunda y tercera operación se midan con un cronógrafo, y que se anote la más corta de las dos. Yo he procedido de la siguiente manera. En cada uno de los ensayos, tomo el tiempo y el número de errores y saco un promedio del tiempo y errores de los tres ensayos.

#### **Prueba núm. 3.—El Tablero de las cinco figuras**

El tablero de las cinco figuras, ideado por Patterson, consiste como su nombre lo indica en un tablero de madera que tiene cinco huecos en forma de cuadrado, exágono, cruz, círculo y óvalo. Al hacerlo Patterson deseó construir un tablero que fuera un poco más complejo que el de Seguin. Por esta razón cada una de las piezas está dividida en dos pedazos, a excepción de la cruz que está dividida en tres.

Para utilizar esta prueba, se coloca el tablero frente al sujeto; las piezas se colocan siempre en la misma forma, repartidas en la parte superior del tablero; y se invita al niño a colocarlas en su sitio. Se toman el tiempo y el número de errores. Yo no seguí la indicación de los autores de tener un tiempo límite de 5 minutos, sino que dejé a los niños por todo el tiempo que fué necesario para que colocaran correctamente las piezas. Tanto en esta prueba como en la anterior, los errores los conté como en la primera.

#### **Prueba núm. 4.—El tablero de las dos figuras**

Ideado por Pitner con el fin de conseguir una mayor dificultad que la que presentan el de Seguin y el de las cinco figuras. Consiste en un tablero de madera en el que están recortadas dos figuras: una cruz y un cuadrado. La cruz está dividida en cuatro piezas, de las cuales dos son mayores. El cuadrado está dividido en un cuadrado menor y cuatro triángulos con los que se llenan los espacios libres dejados por el cuadrado.

Para aplicar esta prueba, se colocan las piezas en la parte superior del tablero, dispuestas en un orden siempre igual. Se invita al niño a colocar las piezas en los lugares en que deben de estar, recomendándole como en las pruebas anteriores que lo haga con la mayor rapidez posible y procurando no equivocarse. Se cuenta el tiempo y el número de movimientos empleado por el niño para colocar las piezas en su sitio. Como en las pruebas anteriores he dejado al niño todo el tiempo que ha sido necesario para la ejecución de la prueba, al contrario de lo que los autores aconsejan, es decir un tiempo límite de 5 minutos.

#### Prueba núm. 5—El "Casuist form board".

Ideado por Knox. Es un tablero en el que están recortadas cuatro piezas. Tres son círculos de diferente diámetro, y la cuarta es un ovalo alargado. Los dos círculos mayores están divididos en tres segmentos iguales cada uno. El círculo menor está dividido en dos semicírculos. El ovalo alargado lo está en cuatro fragmentos.

Para aplicar esta prueba, se colocan las piezas en la parte superior del tablero, tal como si estuvieran revueltas, pero conservando un cierto orden. Se invita al niño a colocarlas en su sitio correcto. Se anotan el tiempo y el número de errores. Como en todas las demás pruebas, me he apartado del método recomendado, dejando al niño un tiempo ilimitado para ejecutar la prueba, y no limitándolo a 5 minutos, que es el tiempo máximo fijado por los autores.

A continuación de esta prueba, y aunque no está colocada en el esqueleto o boleta para recoger los datos y que es vendida con el material, yo aplico la prueba del Rompecabezas de Healy. Por eso la describo en este lugar.

#### Rompecabezas de Healy

Descrito por primera vez por Healy y Fernald (1911). Consiste en un pequeño tablero rectangular que tiene recortado un rectángulo paralelo a los bordes del tablero. Este hueco rectangular, se llena con cinco pequeños rectángulos de desigual tamaño.

Para aplicarlo se colocan las piezas en la parte superior, colocadas de una manera tal que en cada experimento pueda ser la misma. Se dice al niño que coloque las piezas en el lugar en el que deben de estar y se anotan el tiempo y el número de movimientos hechos para conseguir colocar los trozos en su debida posición. Como en los casos anteriores no he limitado el tiempo a 5 minutos, sino que he dejado al niño todo el tiempo que ha necesitado para colocar los trozos.

#### Prueba núm. 6.—Prueba del Manequí.

Ideada por Pintner. Consiste en un manequí recortado en madera, que tiene cuerpo, cabeza, dos brazos y dos piernas. Recuerda a las figuras dibujadas por los niños. Los brazos, piernas y cabeza están recortados y se colocan embonándolos el cuerpo. La manera como se hace la articulación de los brazos y piernas es distinta de cada lado, de manera que solamente embona bien la del lado correspondiente. En la cara superior están dibujadas por medio del fuego unas cuantas líneas que representan los ojos, nariz y boca en la cara; los botones de lo que se supone sea el saco; y algunos otros detalles, tales como los botones de los zapatos.

Para aplicar esta prueba, se colocan los brazos, piernas y cabeza arriba del cuerpo, en un cierto orden y se invita al niño a que los ponga en su lugar, cuidando de no decirle que lo que se trata de hacer es una figura de hombre. Yo contaba el tiempo, los errores cometidos y tomaba anotación según el resultado obtenido por el niño. La anotación usada por mí es la siguiente: Por la figura perfectamente formada 5 puntos: Una o ambas piernas o brazos no embonadas perfectamente, pero colocadas en el lado correspondiente, 4 puntos; Una pierna o un brazo colocados en el lado contrario al que le correspondía, 3 puntos; las dos piernas y los dos brazos colocados en la situación que no les correspondía, 2 puntos; las piernas y los brazos cambiados de sitio, pero haciendo una figura parecida a la de un hombre, 1 punto; y por último, el fallar por completo la prueba, 0 puntos.

#### Prueba núm. 7.—Prueba del perfil o de la cabeza

Ideada por Kempf y Knox. Consiste en una cabeza vista de perfil, y recortada en madera. Con líneas hechas con pirograbado tiene pintadas la boca, narina, ojo, ceja y la oreja. El perfil está dividido en tres partes, que contienen una la boca y parte de la barba, la otra la nariz y la otra el ojo y la ceja. La oreja está dividida en cuatro fragmentos cuadrangulares pero desiguales.

Para aplicar esta prueba, se colocan delante del sujeto las piezas que la forman. Abajo la mayor, y en la parte superior de ésta las pequeñas en la siguiente disposición: Las tres piezas del perfil están separadas por las pequeñas que forman la oreja. Se toma el tiempo, el número de errores y la anotación en la que se valúa el resultado obtenido. Los autores hacen la importante recomendación de que no debe decirse al sujeto lo que la prueba representa. Como en las anteriores no seguí el consejo de la limitación de tiempo 5 minutos.

### Prueba núm. 8.—La prueba del Navío

Ideada por Gluck. Consiste en una tabla rectangular sobre la que está pegado un grabado iluminado representando un navío caminando en el mar. El grabado está dividido en 10 trozos rectangulares e iguales.

Para aplicarla, se colocan las piezas en un orden determinado en la parte superior del marco, y se invita al niño a colocarlas en su lugar. A los niños que no entendían lo que se trataba de hacer, como única explicación les decía que no se trataba de colocar nada más los trozos, sino de formar algo con ellos. Yo tomé el tiempo empleado en ejecutar la prueba y la anotación que expresa el resultado, siendo de 0 cuando ninguno de los trozos fué colocado dentro del marco y 5 cuando el resultado era completamente satisfactorio.

### Prueba núm. 9—Rompecabezas de complementación

Ideada por Healy. Consiste en una tabla sobre la que está pegado un grabado que representa varios niños ejecutando diversos juegos o trabajos. En él hay 10 cuadrados recortados, los cuales tienen dibujados objetos que completan lógicamente las actividades representadas por las figuras. Hay además otros 40 cuadraditos de iguales dimensiones, de los cuales la mayor parte tienen dibujos de cosas no relacionadas con las figuras del rompecabezas, y las otras sin dibujos.

Para aplicarlo, colocaba las piezas en la parte superior del grabado, sin ningún orden y cuidando que las figuras que completaban el grabado estuvieran mezcladas a las demás, y rogaba al niño que completara el cuadro, fijándose bien y escogiendo entre todos los trozos, los que debía poner. En cada prueba tomé el tiempo. La anotación no la hice por el procedimiento recomendado por Pintner y Patterson, porque no me fué posible encontrar la monografía en que la explica, y por que su libro no la trae. Por cada figura correctamente colocada, anoté un punto bueno.

### Prueba núm. 10.—Prueba de los cubos

Ideada por Knox. Se hace uso de 5 cubos del mismo tamaño y color. Yo hice uso de cinco cubos de los usados en el quinto don de Froebel. Se colocan cuatro en la mesa frente al niño, equidistantes y separados por un pequeño espacio. El examinador sostiene el quinto cubo en su mano y con él golpea a los otros cubos en un orden definido y siguiendo cierto ritmo. Si numeramos los cubos, tal como están en el diagrama siguiente, será fácil comprender las diversas combinaciones que después enumeraré.

### SUJETO

4 3 2 1

### EXAMINADOR

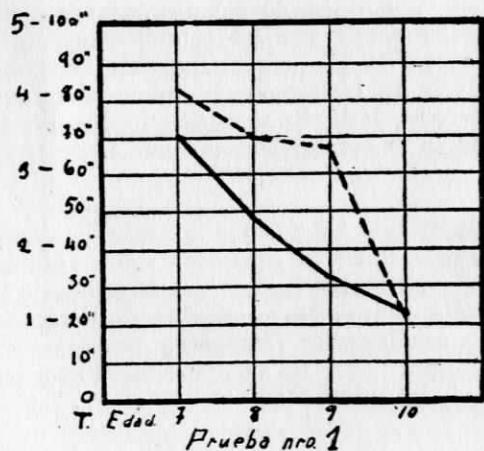
Las combinaciones propuestas por Pintner, son las siguientes:

A	1 2 3 4	C	1 4 3 2	G	1 3 1 2 4
X	1 2 3 4 3	D	1 4 2 3	H	1 4 3 1 2 4
Y	1 2 3 4 2	E	1 3 2 4 3	I	1 3 2 4 1 3
B	1 3 2 4	F	1 4 3 2 4	J	1 4 2 3 4 1

Para aplicar esta prueba se colocan, como antes dije, cuatro cubos en la mesa, distantes uno de otro dos pulgadas poco más o menos. Se invita al niño a prestar atención y se golpea con el quinto cubo, que se tiene en la mano, a los otros cuatro en el orden mostrado por las combinaciones, y cuidando que sea con cierto ritmo, aproximadamente un golpe por segundo. Cuando se ha terminado, se coloca el quinto cubo al alcance del niño y se le invita a repetir lo que uno ha hecho. Se anota el número de combinaciones correctamente ejecutadas por el niño.

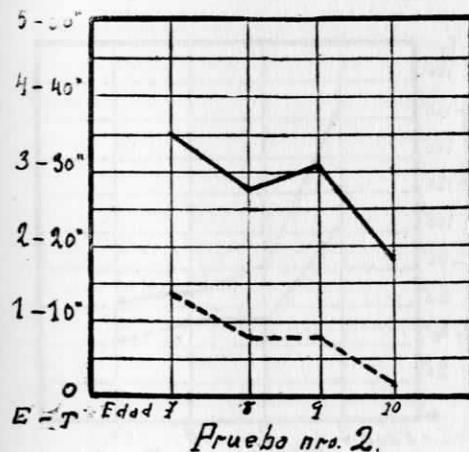
Esta serie, la apliqué tal y como la acabo de describir en 5 niños y 5 niñas de 7, 8, 9 y 10 años; que son las edades que corresponden a los cuatro años de instrucción primaria elemental. De esos resultados, obtuve los promedios de tiempo, errores y anotación que a continuación expreso; y que han sido los que me han servido para hacer las comparaciones con los resultados obtenidos con los anormales.

Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 1.				
Tiempo	1'—10"	47",1	33",2	24",3
Errores	4,2	3,5	3,4	1,2



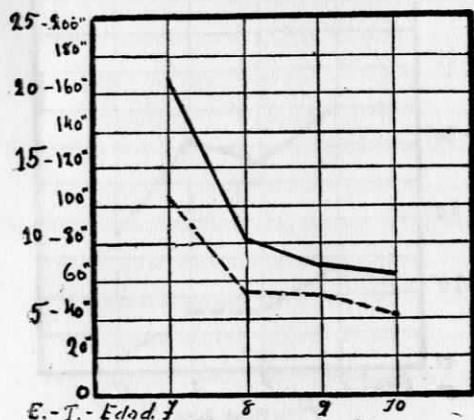
Tiempo —————  
 Errores - - - - -

Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 2.				
Tiempo	35",3	27",4	30",1	18",3
Errores	1,42	0,75	0,75	0,18



Tiempo —————  
 Errores - - - - -

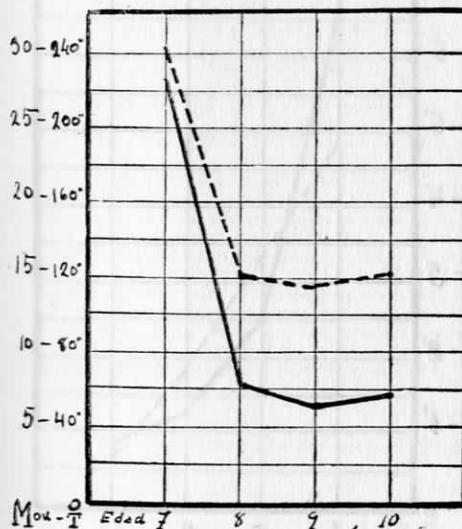
Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 3.				
Tiempo	2'-47"	1'-24",3	1'-10",3	1'-6",1
Errores	13,3	7	6,8	5,8



Prueba nro 3.

Tiempo \_\_\_\_\_  
 Errores - - - - -

Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 4.				
Tiempo	3'50"	1'-1"	46",2	57",3
Movimientos	30,2	15,1	14,4	15,1

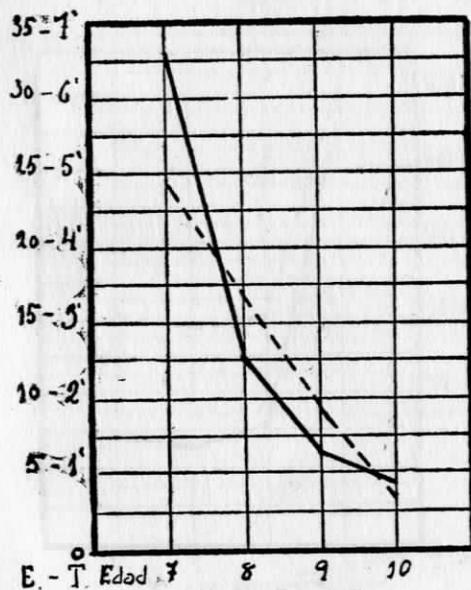


Prueba nro. 4

Tiempo \_\_\_\_\_  
 Movimientos - - - - -



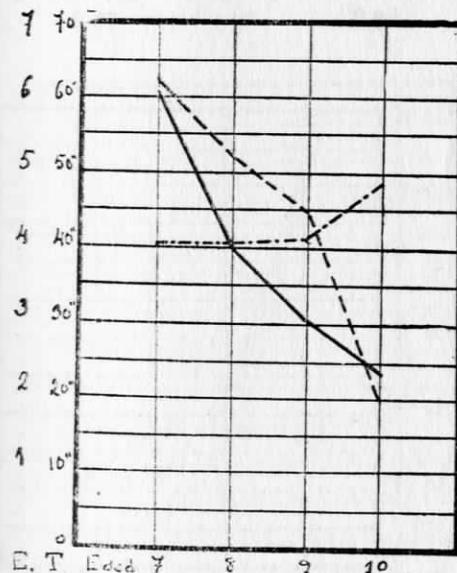
Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 5.				
Tiempo	6'-39''	2'-32'',3	1'-16''	49'',4
Errores	24,4	17,1	9,2	3,7



Prueba nro 5.

Tiempo \_\_\_\_\_  
 Errores - - - - -

Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 6.				
Tiempo	1'-2'',3	41'',2	32''	24''
Errores	6,4	5,3	5	2
Anotación	4	4	4,1	4,7

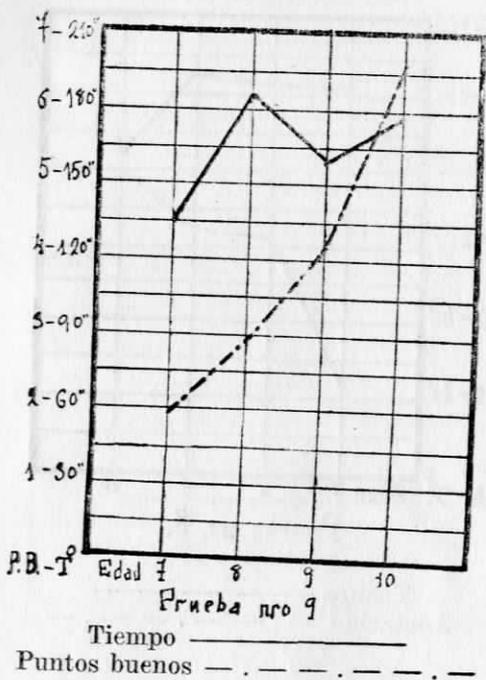


Prueba nro 6.

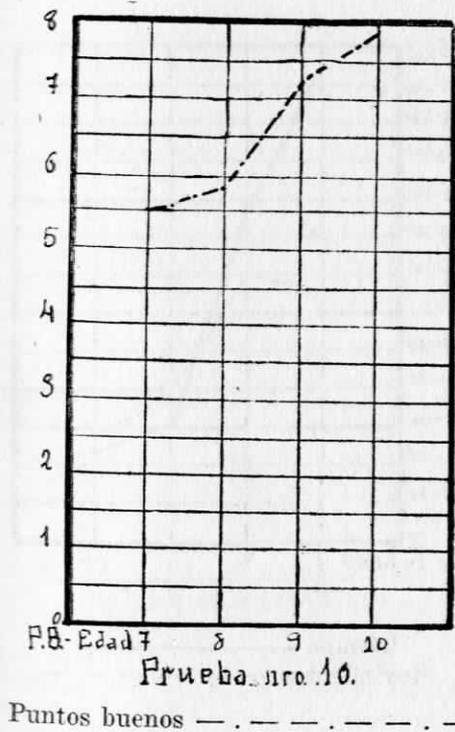
Tiempo \_\_\_\_\_  
 Errores - - - - -  
 Anotación . . . . .



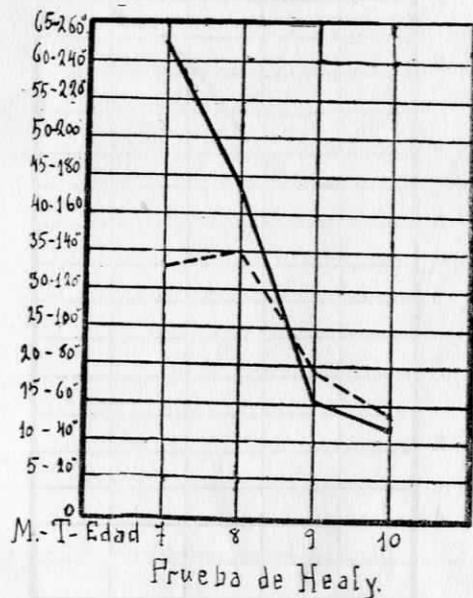
Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 9.				
Tiempo	2'-15''	3'-12''	2'-40,3''	2'-59'',4
Puntos buenos	1,9	2,9	4,2	6,6



Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba núm. 10.				
Puntos buenos	5,5	5,8	7,2	7,9



Edades	7 años	8 años	9 años	10 años
Prueba de Healy.				
Tiempo	4'-9''	2'-52'',3	1'-2'',3	47'',3
Movimientos	33,4	35,5	19,1	13,7



M.-T. Edad 7 8 9 10  
 Prueba de Healy.  
 Tiempo —————  
 Movimientos - - - - -

Con todos los datos obtenidos por los tres exámenes, Médico, Pedagógico y Psicológico; puede obtenerse un diagnóstico bastante aproximado para permitir el tratamiento adecuado. Permite colocar al niño en un medio en el que pueda aprovechar por completo sus facultades intelectuales.

Con los datos obtenidos en estos tres exámenes, se llena la cédula, ficha o expediente médico-pedagógico, lo que debe hacerse al ingreso de cada niño a la escuela especial.

Esta ficha o cédula, debe comprender tres partes: la primera es el examen del niño a la entrada a la escuela especial, y es de la que he tratado; la segunda el examen durante su permanencia en la escuela y la tercera el examen a la salida de la escuela. Esta ficha, permite tener una historia clínica y pedagógica lo más completa posible; y permite también el darse cuenta de los progresos hechos por el niño sometido a un tratamiento médico-pedagógico apropiado.

Las fichas propuestas son innumerables. Yo conozco no menos de seis. Todas ellas difieren bastante, aunque coinciden en lo esencial. A continuación está la que yo propongo, y que ha sido hecha tomando en consideración las que conozco. Soy el primero en reconocer su poco o ningún valor; y confieso que si tiene alguno no me lo debe a mí, pues lo único que he hecho es arreglarla de la manera que me ha parecido más conveniente teniendo siempre en cuenta los datos pedidos por las fichas que yo conozco, que son la propuesta por Heuyer (*Enfants anormaux etc.*—Pág. 303), por Haury (*Le anormaux et les maladies mentales au régiment.* Pág. 346), por Rodríguez Lafora (*Los niños mentalmente anormales.*—Pág. 171), por el Dr. J. de J. González (*Niños anormales psíquicos.*—Pág. 234), la usada en la ciudad de Cleveland (Mencionada en el informe del Dr. Lozano Garza), la usada en la ciudad de Bruselas (Mencionada por T. Jonckheere. (*L'Enseignement, special a Bruxelles.*—Pág. 57), la usada en algunas escuelas de Alemania (mencionada en el informe rendido por el Prof. Leopoldo Kiel); y por último la mencionada por Mery et Genevriér en su *Higiene escolar.*

Pero antes de transcribir el ensayo de ficha, quiero decir algunas palabras a propósito de dos puntos muy importantes. El primero es la descripción de las pruebas usadas en los anormales afectos de gran déficit psíquico (idiotas sobre todo) pues fácilmente se comprenderá que las pruebas que he descrito no son aplicables a ellos. El segundo punto es el referente a la manera de hacer la segregación o reclutamiento de los anormales en las escuelas.

Pruebas de Binet para los anormales profundos (idiotas).

En estos niños son inútiles, como ya dije, las pruebas descriptas. En estos casos Binet aconseja hacer uso de pruebas más sencillas en las que se averigua qué grado de atención tiene, investigando su movilización. El **primer grado** consiste en que la atención puede ser excitada. Esto se hace sonando un mazo de llaves o enseñando al niño un objeto brillante. Solo en los grados más profundos de idiotismo no se obtiene ningún resultado, permaneciendo el niño impasible. El **segundo grado de movilización** consiste en la duración de este pequeño indicio de atención. (R. Lafora. Op. cit.—Pág. 186). Cuanto más pequeña es la inteligencia, más pronto aparta el niño su atención del objeto estimulante. En los imbéciles poco profundos, se observa que transcurrido algún tiempo se distraen, pero al poco rato vuelven a mirar el objeto estimulante. Es el **tercer grado** de movilización. En el **cuarto grado** el niño no se distrae por influencias externas del interés que el estímulo le produce.

El segundo punto, ya dije que es del reclutamiento o segregación de los anormales en las escuelas; pues excepto en los casos de los anormales profundos en los cuales los padres son los primeros en darse cuenta de que el niño no es normal, porque no sabe tomar el pecho, porque aprende a andar y a hablar, cuando lo llega a hacer, a una edad muy avanzada, etc.; el primero en darse cuenta de los casos de anormalidad menos pronunciados es el maestro de escuela que nota que el niño, colocado en iguales condiciones que sus compañeros, no aprende lo que éstos, o que por su inestabilidad es inadaptable a la escuela. Para considerar a un niño como sospechoso de retardo intelectual, Binet (Les enfants anormaux.—Pág. 57), ha dado como norma el grado de su retraso escolar; y cree que debe de segregarse como sospechoso de anormal mental a “todo escolar que habiendo frecuentado de un modo regular la escuela, presente un retraso escolar de dos años si es menor de nueve, y de tres años si es mayor de nueve”.

En estos niños la exploración debe de ser cuidadosa para tratar de despistar a los que por otras condiciones que no son la insuficiencia intelectual (debilidad visual, auditiva, etc.), se encuentran en este grado de retraso; y en los cuales el tratamiento es por completo diferente.

Este ha sido el procedimiento seguido por mí. En las escuelas me he dirigido a las maestras de grupo, pidiéndoles las niñas en su concepto más retardadas, más “tontas”. Y debo decir que en muy pocas ocasiones se han equivocado, y que los datos dados por ellas han coincidido casi siempre con los resultados de mi exploración.

## I.—EXAMEN AL INGRESO A LA ESCUELA ESPECIAL

### GENERALES.—

Nombre y apellido... ..  
 Edad... ..  
 Natural de ... ..  
 Presentado por... ..  
 Datos recogidos por... ..

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y PERSONALES.—

¿Viven sus padres?... ..  
 Si ha muerto alguno de ellos o los dos. ¿De qué enfermedad... ..  
 En caso de muerte de los padres ¿A quién fué confiado?... ..  
 ¿Tiene hermanos?... .. ¿son sanos?... ..  
 ¿Qué lugar ocupa en la familia?... ..  
 ¿Existe algún parentesco entre los padres?... ..  
 ¿Qué enfermedades padecieron los padres antes del nacimiento del niño?... ..  
 ¿Eran alcohólicos o se intoxicaban en cualquiera otra forma?... ..  
 Edad de los padres al nacer el niño... ..

¿Tuvo la madre durante el embarazo padecimientos físicos, choques morales o hábitos viciosos?... ..  
 Parto. ¿Prematuro o a término?... ..  
 Incidentes de él (Investigar si fué espontáneo o requirió aplicación de forceps o cualesquiera otra intervención—Si la hubo, investigar su naturaleza y duración)

Estado del niño al nacer... ..  
 Alimentación... ..  
 ¿Se ha desarrollado como todos los niños?... ..  
 Epoca de la dentición... .. de la marcha  
 ... .. de la locución ... ..  
 Enfermedades padecidas por el niño (Investigar las comunes en los niños, las del sistema nervioso; y si ha sufrido traumatismos en el cráneo)  
 Eruresis... .. Sueño... ..  
 Edad de la pubertad,... .. ¿Se presentó en ella algún trastorno?... ..

ESTADO ACTUAL.—

Actitud en la que se presenta el niño...  
Fisonomía...  
Mímica...  
Tics...  
Coordinación de los movimientos...

Talla... Peso... Perímetros torácicos...  
Fuerza muscular (medida con el dinamómetro)...  
Forma del cráneo... Dimensiones...  
Estigmas de degeneración...  
Aparato respiratorio...  
Aparato circulatorio...  
Aparato digestivo...  
Aparato renal...  
Sistema nervioso...  
Agudeza visual... ¿Distingue los colores?...  
Agudeza auditiva...  
Agudeza olfativa...  
Lenguaje...  
¿Ha asistido a la escuela?...  
¿Con regularidad?...  
(Si ha habido irregularidad, ¿a qué ha sido debida?)...  
¿Ha cambiado varias veces de escuela?...  
¿Cuál fué su aprovechamiento?...

Examen pedagógico. Retardo global...  
¿Existen aptitudes especiales para los trabajos manuales...  
la música... etc?  
Carácter... ¿Es mentiroso (Carácter de las mentiras)...  
¿Es cruel con los animales o con sus semejantes?...  
Perversiones sexuales...  
Hábitos viciosos...

Edad mental media, medida ya sea con la serie de pruebas de Pintner y Patterson, o con otra

NOTAS.....

RESUMEN: Diagnóstico...  
Edad mental media...  
Departamento al que debe de ingresar en la escuela ...

II.—DESARROLLO EN LA ESCUELA

De año en año anotar el desarrollo físico e intelectual, los procedimientos terapéuticos y pedagógicos empleados, su resultado, etc.

## VI

### PRONOSTICO

El pronóstico es diferente según los casos; pero de una manera general puede decirse que ha variado favorablemente desde que el conocimiento más completo de este asunto ha permitido instituir en cada caso el tratamiento adecuado; ya sea médico, pedagógico o médico-pedagógico. Y así se ha podido ver que gracias al uso de antisifilíticos, de productos opoterápicos, de tratamientos quirúrgicos tales como la extirpación de las vegetaciones adenoideas, etc. se han obtenido grandes mejoras; y en no pocos casos verdaderas curaciones.

Por otra parte, gracias al establecimiento de escuelas especiales para anormales, en los que éstos se hallan en las mejores condiciones para aprovechar lo poco que de inteligencia poseen; se ha visto que pueden llegar a resultados que ya no difieren tanto de los proporcionados por los normales; y que debido también a la educación industrial que en la mayor parte de esos establecimientos se les imparte, adquieren un oficio que les permite subvenir a sus necesidades y no ser una carga para sus familias y para toda la sociedad.

Los imbéciles profundos y los idiotas, siguen condenados a pasar su vida en los asilos; pero gracias a un tratamiento adecuado se ha logrado mejorar en cierto grado su situación, enseñándolos a tener hábitos de limpieza, a bastarse a sí mismos en sus más sencillas necesidades y aprovechándolos en labores completamente mecánicas.



## VII

### PROFILAXIA Y TRATAMIENTO

No cabe duda que procurando hacer desaparecer las causas productoras de la deficiencia mental, el número de casos de ésta tendrán que disminuir. Se debe pues, por medidas higiénicas, evitar la producción de niños afectos de esa tara. La campaña contra la sífilis y el alcoholismo que son los dos factores más importantes, vendrá a disminuir su número. Chaslin y Rousseau dicen que si se pudiera suprimir el alcoholismo, se disminuiría enormemente el número de idiotas. Y creo que no dicen más que la verdad.

Actualmente, se trata de impedir por medio de procedimientos radicales (Esterilización), el que los degenerados puedan tener descendientes, los que tendrían gran número de probabilidades de ser a su vez tanto o más degenerados que el padre. Esta práctica se lleva a cabo en varios estados de la Unión Americana.

El tratamiento puede dividirse en dos grandes ramas: médico y pedagógico.

El tratamiento médico, instituye ciertas medidas higiénicas generales. Combate las afecciones o enfermedades causales (Sífilis, insuficiencia tiroidea, etc.) y las que pueden complicar a la deficiencia mental (Tuberculosis, etc)

El tratamiento quirúrgico se ha empleado en varios casos. Hace muchos años y bajo la influencia de teorías erróneas, se trató de curar por medio de la craneotomía las deficiencias intelectuales dependientes de la microcefalia. Se creía que la sinostosis prematura de los huesos del cráneo era la que la producía. Bourneville en 1894 y Shuttleworth en 1895 demostraron que esta sinostosis era una consecuencia de la detención en el desarrollo del cerebro, y no inversamente como Lannelongue lo suponía.

En la hidrocefalia se ha efectuado la punción raquídea

con resultados muy mediocres. La punción ventricular es peligrosa y da resultados que prácticamente se pueden considerar como nulos.

Por el contrario, la ablación de las vegetaciones adenoideas da resultados verdaderamente sorprendentes; resultados comprobados por la medición de la edad mental media por las pruebas de Binet-Simon.

El tratamiento pedagógico, emprendido por primera vez por Seguin, tiene por objeto desarrollar hasta donde sea posible las facultades intelectuales existentes en esos niños. Debe de impartirse en establecimientos especiales; ya anexos a los asilos, en los que se trata de educar a los idiotas e imbéciles; ya autónomos, para la educación de los débiles; o anexos a las escuelas ordinarias, las llamadas clases de perfeccionamiento, en las que se trata a los niños afectos de muy ligera debilidad mental con retardo escolar, y a los retardados pedagógicos.

En cualquiera de esos establecimientos, debe haber una estrecha colaboración entre los médicos y los maestros, con el fin de llegar a los mejores resultados.

## VIII OBSERVACIONES

## OBSERVACION NUM. 1.

Núm. de orden. 7508.

A... S..., del sexo masculino, de 13 años de edad, natural de Querétaro, que ingresó al Manicomio General de la Castañeda el día 13 de marzo de 1922 y que pasó al Pabellón de Imbéciles con el diagnóstico de Imbecilidad.

Entre los datos que tiene la boleta de este enfermo, dice que su madre era neurasténica. Tiene tres hermanos sanos.

Infección intestinal cuando niño. La misma boleta dice que ha sufrido "afecciones nerviosas" sin especificar cuáles.



Dice igualmente que "de chico no se desarrolló, creció y día a día se le notaba que no podía hablar y que se movía a menudo".

De regular estatura, muy delgado.

Cráneo aplastado en la parte posterior, siéndolo más del lado derecho. Con salientes, la mayor de las cuales corresponde al lado izquierdo del occipital. Circunferencia cefálica 49 centímetros. Pelo lacio y escaso. Remolino lateral. Frente con jibas muy marcadas. Globos oculares pequeños y muy hundidos. Iris azuloso, no se nota pupila. No ve absolutamente nada. Dientes pequeños y mal implantados. Bóveda palatina ojival. Orejas despegadas.

Torax delgado; ruidos cardiacos algo sordos. Pulso frecuente de 102 pulsaciones por minuto, rítmico e hipotenso. Organos genitales pequeños.

Reflejos tendinosos normales. Sensibilidad al dolor embotada. Como ya antes dije, no ve absolutamente nada. Parece no oír. No habla; únicamente cuando parece estar a disgusto emite una especie de gruñido.

Tiene incontinencia de orina y materias fecales.

Pasa el día sentado en el suelo, moviendo constantemente la cabeza de adelante a atrás. Se le tiene que dar la comida en la boca. Al andar lo hace con los brazos extendidos hacia adelante como para protegerse de algún golpe.

## Idiocia.

Número de orden 7175

R... R..., del sexo masculino, aproximadamente de 5 años de edad, natural de Tetecala (Morelos), que ingresó al Manicomio General de la Castañeda el día 18 de octubre de 1921, y que pasó al pabellón de imbéciles con el diagnóstico de Epilepsia (?).

Los padres son sanos. Refiere la madre que a los seis meses de estar embarazada de este niño, sufrió una fuerte impresión nerviosa.

El parto fué a término, completamente eutócico, no requiriendo ninguna intervención.

Comenzó a marchar al año de nacido. Por la misma época tuvo el primer diente.

A los 9 meses de edad, tuvo convulsiones.

Es de baja estatura (96 cms.), de miembros muy delgados y vientre abultado. Permanece todo el día sentado en el suelo y balanceando la cabeza de delante a atrás. Constantemente tiene la boca entreabierta, y por ella escurre la saliva.

Mesocéfalo. Circunferencia cefálica 47,5 cms. Las jibas parietales son muy marcadas. La frente es pequeña y con abundante vello. Dientes cariados y mal implantados; bóveda palatina ligeramente ojival. Prognatismo del maxilar superior. Orejas grandes; la derecha medio centímetro mayor en longitud que la izquierda; parecidas por su implantación a las llamadas en asa. Cuello muy delgado. Torax presentando abundante vello. Vientre abultado. Pulso frecuente de 112 pulsaciones por minuto, rítmico y de tensión inferior a la normal. Reflejos tendinosos debilitados. La sensibilidad al dolor parece algo embotada; sin embargo se defiende lanzando gritos inarticulados, pero al poco tiempo puede repetirse la exploración pues parece haber olvidado el dolor sentido antes.

Fija por muy corto tiempo la vista en los objetos luminosos que se le presentan, y voltea la cabeza al oír algún ruido, pero a los pocos segundos vuelve a su primitiva posición.

El alimento le tiene que ser dado en la boca, y lo mastica imperfectamente; y con frecuencia trata de deglutirlo tal como está.

Tiene incontinencia de orina y materias fecales.



## Idiocia.

Número de orden 4660.

F... M..., del sexo masculino, aproximadamente de 9 años de edad, natural de Etzatlan (Jalisco), que ingresó al Manicomio General de la Castañeda el día 7 de enero de 1920, y que pasó al Pabellón de Imbéciles con el diagnóstico de Idiostismo.

Padres sanos. Sin hábitos viciosos. Sin parentesco entre sí. Tiene 4 hermanos mayores que él y dos más pequeños. Todos sanos.

Cuando la madre estaba embarazada de este niño, recibió una fuerte impresión nerviosa.

El parto fué a término y completamente normal.

Desde que nació, sus padres notaron que no era normal. Hasta la edad de 5 años comenzó a andar.

Es de regular estatura, de mediana constitución y la piel tiene un color muy moreno y es fría.

Mesocéfalo. Circunferencia cefálica 50 cms.; con la sutura parieto-frontal marcada por un reborde. Frente pequeña, nariz aplastada, boca entreabierta dejando escurrir la saliva, dientes mal implantados y con incisivos de borde dentado como sierra. Orejas grandes y en asa. Pulso frecuente de 74 pulsaciones por minuto, rítmico e hipotenso.

Abdomen voluminoso. Fimosis. Escroto muy pequeño. Testículos muy pequeños. Reflejos tendinosos y cutáneos casi abolidos. Sensibilidad al contacto, embotada. Marcha con torpeza. Sigue con la vista los objetos luminosos que se le presentan. Vuelve la cabeza al oír algún ruido. Come con los dedos. Cuando está cerca de otros niños trata de pegarles, y cuando se lo impiden se golpea contra el suelo, y se tira de las orejas y cabellos. Despierta varias veces por la noche gritando con terror.

Tiene incontinencia de orina y materias fecales.



## Idiocia.

Número de orden 7622.

X... X..., aproximadamente de unos 19 años de edad, del sexo masculino, que ingresó al Manicomio General de la Castañeda el día 27 de abril de 1922, remitido por la Tercera Comisaría.

Se ignoran su nombre, edad y toda clase de antecedentes.

De regular estatura (1,31 cmts.) y mediana constitución. Piel de color moreno muy obscuro.

Mesocéfalo. El cuero cabelludo presenta numerosas cicatrices de heridas contusas. Circunferencia cefálica (49 cmts). Frente muy pequeña y con las jibas muy marcadas. Cejas escasas. Nariz aplastada. Ligero prognatismo. Dientes implantados de manera algo irregular. Abdomen abultado. Prepucio grande. Testículos pequeños. Pulso frecuente de 117 pulsaciones por minuto, rítmico e hipotenso.

Reflejos tendinosos algo exaltados. Algo de paratonia. Sensibilidad al dolor embotada. Marcha muy torpe.

No fija su vista en los objetos luminosos, al contrario, cierra fuertemente sus párpados. No voltea la cabeza al oír ruido.

Puede comer por sí solo. Su sueño es tranquilo.

Permanece todo el día sentado en el suelo sin cambiar de posición. Emite a ratos sonidos inarticulados. Con frecuencia ríe, grita y llora sin motivo.



## Imbecilidad.

E... Ch..., del sexo masculino, aproximadamente de 16 años de edad, que ingresó al Manicomio General de la Castañeda el 16 de diciembre de 1918, y que pasó al Pabellón de Imbéciles con el diagnóstico de Debilidad Mental. Asiste a la Escuela de Anormales anexa a ese Establecimiento.

No fué posible obtener los antecedentes patológicos tanto hereditarios como personales. La boleta correspondiente dice: "Fué enviado por la Escuela Correccional sin datos ningunos que nos aclaren su padecimiento, no podemos saber si su estado actual es adquirido después de algún padecimiento o es congénito".

De mediana constitución. Cráneo casi normal (su circunferencia mide 54,5 cmts.) Paladar ligeramente ojival. Lengua algo grande y con surcos. Orejas en asa. Reflejos rotulianos algo exagerados. Sensibilidad al dolor ligeramente embotada. Onicofagia. Locución vacilante.

Para determinar la edad mental, apliqué la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.	Tiempo 47" 7	No llegó a colocar una sola pieza en su sitio. No entendió lo que se trataba de hacer.	
" "	2. " 3' 14" 3	Errores 33	
" "	3. " 4' 21" 2	" 36	
" "	4. " 9' 49"	Movimientos 106	
" "	5. " 5' 28"	Errores 70	
" "	6. " 1' 47"	" 38	Anotación 0
" "	7. " 2' 48"	" 96	" 0
" "	8. " 33"		" 1
" "	9. " 58"	Puntos buenos 0,5	
" "	10. " "	" " 0	
" de Healy	" 7' 6" 1	Movimientos 118	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es mucho muy inferior a 7 años. Debo hacer notar que este joven es el que me ha dado el resultado más bajo entre más de 70 niños a los que esta escala ha sido aplicada.

Informe de la Maestra.—Ingresó a este Departamento escolar en el mes de junio de 1919. A pesar de los esfuerzos hechos, no se ha conseguido ningún resultado satisfactorio. En la actualidad es un alumno dócil que manifiesta gran interés por asistir a la Escuela. Después de haber trabajado largo tiempo con él; se ha visto que los resultados son nulos pues carece absolutamente de atención y memoria.



## OBSERVACION NUM. 6.

## Imbecilidad.

Número de orden 3792.

E... A..., del sexo masculino, aproximadamente de 19 años de edad; que ingresó al Manicomio General de la Castañeda, procedente del Hospicio, el día 10 de abril de 1915, y que pasó al Pabellón de Imbéciles con el diagnóstico de debilidad mental.

Se ignoran sus antecedentes patológicos hereditarios. De los personales sólo se sabe que sufrió convulsiones de pequeño.

De mediana constitución. Cráneo pequeño; la circunferencia cefálica mide 51 cmts. Braquicefalia. El cráneo aplastado en la región occipital. Ojos hundidos. Midriasis. Nariz grande. Ligeró prognatismo superior. Dientes muy cariados. Orejas grandes y despegadas. Reflejos tendinosos debilitados. Sensibilidad al contacto, temperatura y dolor ligeramente embotada. Habla con mucho lentitud y con una pronunciación enteramente infantil. Ayuda a hacer el aseo de su pabellón.

Para determinar la edad mental, apliqué la serie de Pruebas de Pintner y Patterson, con el resultado siguiente:

Prueba núm. 1.	Tiempo 2' 11" 2	Errores 11	
" " 2.	" 1' 5" 4	" 5,3	
" " 3.	" 8' 30"	" 26	
" " 4.	" 2'	Movimientos 25	
" " 5.	" 6' 18" 2	Errores 37	
" " 6.	" 19"	" 5	Anotación 2,5
" " 7.	" 5' 51" 1	" 37	" 8,5
" " 8.	" 5' 1" 1		" 1,5
" " 9.	" 2' 1" 2	Puntos buenos 2,5	
" " 10.	" "	" 1	
" de Healy "	" 1' 28" 2	Movimientos 24	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es ligeramente inferior a 7 años.

Informe de la maestra.—Ingresó a este Departamento Escolar en junio de 1919. Casi no hablaba pues solo emitía sonidos guturnales; sus movimientos eran muy torpes y presentaba gran dificultad para las percepciones visuales, auditivas y táctiles. Durante un periodo de nueve meses se le sujetó solo a ejercicios de pronunciación y a otros ejercicios que tenían por



objeto darle una serie de percepciones y aumentar el número de ideas. Hasta el segundo año de trabajo se le inició en el aprendizaje de la lectura y escritura, siendo sus progresos casi nulos. En la actualidad en el tercer año que asiste a la Escuela su pronunciación es buena, sus ejercicios orales son bastante aceptables, no así sus ejercicios escritos, pues solo logra copiar sencillas palabras y frases; pero es incapaz de distinguir las letras una de otras. Conoce hasta el número 15, pero es incapaz de representarlos. El dibujo es en este alumno una forma fácil de expresión, así como los "dones" son un medio para manifestar sus ideas y su buena memoria. Su atención es casi nula. Le gusta la música. Rehuye los trabajos manuales y muy especialmente aquellos en los que necesita fijar su atención. En ocasiones manifiesta muy mal carácter.

**Imbecilidad.**

Número de orden 7206.

L... G..., del sexo masculino, aproximadamente de 18 años de edad, que ingresó al Manicomio General de la Castañeda el día 8 de noviembre de 1921; y que pasó al Pabellón de Imbéciles con el diagnóstico de Idiocia ingénita. Asiste a la Escuela de Anormales anexa al Manicomio.

Hijo de padre alcohólico y que padecía una afección cardíaca; la madre durante el embarazo tuvo exceso de trabajo físico y fuertes choques morales. Tiene un hermano menor que él y que es sano.

El parto fué a término. Eutócico.

La dentición principió a los 8 meses; y la marcha al año y medio. Desde entonces se notó que no hablaba. Cuando niño tuvo convulsiones y sufrió varios traumatismos.

Según dice la boleta respectiva, "su madre notó que tenía el cráneo más grande que lo normal; y que ya de grande no hablaba ni entendía. Se intentó ponerlo en la escuela con resultado negativo y así ha seguido hasta ahora".

De mediana constitución. Cráneo pequeño (circunferencia cefálica mide 49,5cms.) Frente inclinada hacia atrás. Pterigiones en ambos ojos. Prognatismo inferior. Bóveda palatina ligeramente ogival. Orejas muy grandes y separadas. Lóbulo adherido. Fimosis. Reflejos tendinosos y cutáneos normales. Sensibilidad al dolor ligeramente embotada. Mutismo casi completo. (No presenta lesiones en los dientes, lengua, labios, etc.) Agudeza auditiva ligeramente disminuida.

Para determinar la edad mental, apliqué la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm.	1.	Tiempo	36'	2	Errores	
" "	2.	"	47"		"	9,3
" "	3.	"	3' 44"	1	"	24
" "	4.	"	2' 42"		Movimientos	21
" "	5.	"	4' 40"		Errores	38
" "	6.	"	15"		"	4
" "	7.	"	1' 59"		"	16
" "	8.	"	58"		"	2
" "	9.	"	1' 59"		Puntos buenos	1,5
" "	10.	"			"	5
" de Healy.	"	1' 5" 1			Movimientos	50

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es aproximadamente de 7 años.

Informe de la maestra.—"Ingresó hace seis meses a esta Escuela, es mudo: pero sus progresos son notables pues a la fecha escribe al dictado frases sencillas. En aritmética presenta alguna dificultad, pero hace verdadero esfuerzo por vencerla y manifiesta gran facilidad para todos los ejercicios que no son orales. La música y los ejercicios físicos le entusiasman. Su atención y su memoria son buenas. Es muy dócil y siempre está dispuesto a obedecer la más ligera indicación de la maestra".





**OBSERVACION NUM. 2**

**Debilidad mental. Retardo escolar.**

L... G... L..., de 10 años de edad, natural de México (Ciudad), escolar, internado en el Manicomio General de la Cstañeda a donde pasó procedente del Hospicio el día 24 de febrero de 1922. Ocupa la cama número 7 del Pabellón de Imbéciles, en el que tiene el diagnóstico de Imbecilidad.



El informe que sobre este niño rindió la Dirección del Hospicio dice: "Se ignora su origen. Es de caracter voluntarioso y tiene muy mal apetito.

Es de constitución regular y tiene 1.34 cmts. de estatura.

Braquicéfalo. Pelo lacio y escaso. Remolino normal. Presenta cicatrices de heridas contusas. La circunferencia cefálica mide 52 cmts. de la raíz de la nariz a la protuberancia occipital externa tiene 32,5 cmts. y la semicircunferencia transversal mide 30,5 cmts.

Frente normal, nariz ligeramente aplastada; algo de prognatismo. Dientes normales en forma e implantación. Paladar ligeramente ogival.

Circunferencia torácica en inspiración 70 cmts. en espiración 68 cmts. No se encontró nada anormal en la exploración del torax. Pulso frecuente de 82 pulsaciones por minuto, rítmico, de tensión normal.

En la exploración del abdomen no se encontró nada anormal.

Tiene fimosis.

Reflejos tendinosos y cutáneos normales.

La sensibilidad al dolor, presión y temperatura es normal.

Durante todo el tiempo que duró la exploración, no se pudo estar quieto un momento.

La edad mental fué determinada por medio de la serie de pruebas de Pintner y Patterson y dió el siguiente resultado:

Prueba núm 1.	Tiempo 1' 2"	Errores 5	
" "	" 37" 3	" 2,6	
" "	" 4' 47"	" 16	
" "	" 1' 47"	Movimientos 22	
" "	" 7' 1" 3	Errores 38	
" "	" 1' 26"	" 4,8	Anotación 3,75
" "	" 4' 53"	" 44	" 1,5
" "	" 1' 15"		" 2
" "	" 6' 52"	Puntos buenos 1	
" "	" 10.	" " 1	
" de Healy	" 1' 59"	Movimientos 27	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es algo inferior a 7 años, por lo que presenta un retardo un poco mayor de 3 años.

Examen pedagógico. Tiene un retraso pedagógico o escolar de 4 años. Su pronunciación es regular, pero su atención y memoria son casi nulas, así que tanto en lenguaje como en aritmética presenta grandes dificultades, siendo los progresos muy pocos". Por su inestabilidad era al principio un elemento de indisciplina en la Escuela de Anormales, pero una cuidadosa atención de parte de las maestras ha hecho que mucho se modifique. Ha logrado, aunque lentamente, progresos en el tiempo que tiene de asistir a la Escuela.

REFLEJOS TENDINOSOS Y CUTÁNEOS NORMALES.  
**OBSERVACION N.º 10**

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el resultado siguiente.

**Debilidad mental. Criptorquidia. Retardo escolar.**

Número de orden 7461.

J... D...., de 10 años de edad, natural de México, (Ciudad), escolar, internado en el Manicomio General de la Castañeda al que pasó procedente del Hospicio el día 24 de febrero de 1922. Ocupa la cama número 5 del Pabellón de Imbéciles con el diagnóstico de Imbecilidad y criptorquidia.



El informe que sobre este niño rindió la Dirección del Hospicio dice: "Natural de México—Ingresó al Hospicio de 6 años de edad. Huérfano—Observaciones: Caprichoso, dispuesto solamente a hacer su voluntad sin admitir la menor reprensión. En caso de contrariedad, llora, se golpea, se muerde y araña. Tiene tendencia al robo".

Es de regular constitución y tiene 1,25 cmts. de estatura. Mesocéfalo. Pelo lacio y algo escaso. Remolino central. Cicatrices de heridas contusas en el cuero cabelludo. La circunferencia cefálica es de 50 cmts.; de la raíz de la nariz a la protuberancia occipital externa mide 35 cmts., y la semicircunferencia transversal tiene 30 cmts.

Frente un poco pequeña, nariz aplastada; prognatismo superior. Dientes y bóveda palatina normales. Orejas desiguales en tamaño. La izquierda mide 3,5 por 5,4 cmts. y la derecha 3 por 6,1 cmts. Por su forma se aproximan al tipo descrito por Wildermuth, y por su implantación son de las orejas llamadas en asa.

Circunferencia torácica en inspiración 65 cmts. en espiración 63.

Por la inspección, palpación y percusión del torax no se encontró nada anormal. Por la auscultación: ruidos cardiacos un poco velados. Pulso frecuente de 100 pulsaciones por minuto, rítmico, hipotenso.

Abdomen ligeramente globuloso. Red venosa un poco marcada en el hipocondrio y flanco derechos. Area hepática algo crecida.

Criptorquidia bilateral. Más marcada en el lado izquierdo. Con alguna dificultad se logra palpar el testículo del lado derecho, se encuentra pequeño y menos doloroso a la presión de lo que es normalmente.

Reflejos tendinosos y cutáneos normales.  
 Sensibilidad al dolor, contacto y temperatura normales.  
 Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el resultado siguiente.

Prueba n.º	1.	Tiempo	44" 2	Errores	3
"	"	2.	"	"	3
"	"	3.	"	"	9
"	"	4.	"	"	30
"	"	5.	"	"	18
"	"	6.	"	"	5
"	"	7.	"	"	31
"	"	8.	"	"	4
"	"	9.	"	"	1
"	"	10.	"	"	1,5
"	"	de Healy.	"	"	3
					22

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es ligeramente superior a 7 y medio años. por lo que presenta un retraso de casi 2 y medio años.

Examen pedagógico.—"Retardo escolar de 2 y medio años. Presenta relativa facilidad para todos los ejercicios que requieren memoria y atención; en Lengua Nacional y Aritmética que son las materias que se juzgan como de prueba, es superior a la mayoría de sus compañeros." Era al principio un elemento de indisciplina por su inestabilidad, pero una atención especial por parte de las maestras ha hecho que esta disminuya. "Tanto en la parte educativa como en la instructiva se ha logrado marcado progreso en el corto tiempo que tiene de asistir a la Escuela de Anormales anexa al Manicomio General (del 21 de marzo a la fecha).

## Gran debilidad mental. Retardo escolar.

Arturo, de 12 años de edad, natural de México, escolar que cursa el primer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Hija de padre alcohólico. Madre al parecer sana.

Frecuentes trastornos gastrointestinales. No recuerda haber padecido ninguna de las enfermedades propias a los niños.

Por la exploración física no se encontró nada de anormal, exceptuando una ligera debilidad auditiva.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado.

Prueba núm. 1.—Tiempo 51''	Errores 6	49
" " 2.— " 32''	" 2	38
" " 3.— " 1'-22''	" 9	19
" " 4.— " 2'-48'',3	Movimientos 45	76
" " 5.— " 1'-57''	Errores 13	11
" " 6.— " 48''	" 5	Anotación 5
" " 7.— " 6'-37''	" 52	" 35
" " 8.— " 9'-43''	" "	" 1
" " 9.— " 4'-3'',2	Puntos buenos 2,5	" "
" " 10.— " " 4	" " 4	" "
de Healy.— " 2'-12'',2	Movimientos 37	" "

(En la prueba número 8, no se llegó a dar cuenta de lo que se trataba de hacer. Se conformó con colocar los trozos en desorden dentro del marco después de muchos ensayos infructuosos).

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es de 7 a 7 y medio años, por lo que presenta un retardo de 4 y medio a 5 años.

Informe de la maestra.—Asiste desde la edad de 5 años a la Escuela. A pesar de haber concurrido con toda puntualidad desde el primer día de clases en este año, y de tener gran empeño por aprender, sólo ha asimilado una pequeña parte de los conocimientos impartidos. Puede contar progresivamente hasta 30; pero no puede hacer ninguna clase de operaciones. En Lengua Nacional está sumamente atrasada; solo ha logrado aprender 10 palabras y de las más sencillas. Es torpe para el dibujo. Tiene inclinación por las labores manuales, pero las ejecuta lentamente. Es de buena conducta, y es cariñosa con su maestra y con sus compañeras. Es muy torpe en sus movimientos, y en el recreo con frecuencia sufre caídas.

## Hipotiroidismo. Debilidad mental. Retardo escolar.

C. G. del sexo femenino, de 9 años de edad, natural de México, escolar, que cursa el Primer año elemental en la Escuela Dr. Balmis.

No fué posible obtener los datos relativos a los antecedentes patológicos personales, ni hereditarios, por no haber podido encontrar a los padres o a alguna persona que pudiera suministrarlos.

De baja estatura (110 cmts.), gruesa y con gran torpeza en todos sus movimientos.

Mesocefalia. Circunferencia cefálica 50 cts; pelo lacio y algo escaso con doble remolino. Frente pequeña, cejas muy escasas sobre todo en su mitad externa, orejas grandes e implantadas en asa; cara muy ancha con carrillos muy abultados, nariz aplastada, incisivos presentando su borde dentado. En el cuello no se encontró la glándula tiroidea en la palpación. El abdomen es voluminoso; los miembros son cortos y algo gruesos. La piel de todo el cuerpo es seca y áspera.

No se encontró nada anormal en la exploración del torax; ni en la de las diversas formas de sensibilidad ni en los reflejos.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo 1'-57''	Errores 14	
" " 2.— " 1'-44''	" 12	
" " 3.— " 10'-28'',1	" 65	
" " 4.— " 2'-55''	Movimientos 28	
" " 5.— " 9'-48''	Errores 54	
" " 6.— " 1'-37''	" 9	Anotación 1,5
" " 7.— " 9'-38''	" 45	" 1
" " 8.— " 1'-18''	" "	" 1
" " 9.— " 2'-12''	Puntos buenos 1,5	" "
" " 10.— " " 2	" " 2	" "
de Healy.— " 2'-50''	Movimientos 29	" "

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es inferior a 7 años, por lo que cuando menos presenta un retardo de 2 años.

Informe de la maestra.—No conoce ni las vocales. Cuenta hasta el número 13 solamente. Es muy lenta y torpe para hablar. No le llaman la atención ni el dibujo, ni las labores manuales ni nada. No se mueve de su lugar ni se comunica con ninguna de sus compañeras.



## Debilidad mental y Retardo escolar de C.

5b 131188. Hija de la señora C. de 10 años de edad, escolar, que cursa el Primer Año Elemental en la Escuela Dr. Balmori. Hija de padres alcohólicos.

Padece, cuando muy niña, de sarampión y viruela.

De regular estatura (1.31 cmts.) Constitución regular.

Braquicefalia. La circunferencia cefálica mide 49,5. cmts. Pelo lacio con remolino lateral. Nariz algo aplastada. Dientes de Hutchinson.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	Errores	
2.— " 36''	1	
3.— " 4'—23''	30	
4.— " 1'—21''	Movimientos 23	
5.— " 5'—7'',1	Errores 35	
6.— " 40''	5	Anotación 3
7.— " 5'—15''	37	" 2
8.— " 1'—37''	"	" 1
9.— " 1'—51''	Puntos buenos 0,50	
10.— " 1'—8'',1	Movimientos 17	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es aproximadamente de 7 años, por lo que presenta un retardo de 3 años.

Informe de la maestra.—Concurre con toda puntualidad a sus clases y no obstante esto, no sabe ni las vocales. Puede contar hasta el número 30, pero no puede hacer ninguna operación de cálculo, ni siquiera una suma. Es muy torpe para el dibujo y trabajos manuales. Ordinariamente es de buen carácter, pero cuando se disgusta llega hasta golpear a sus compañeras. Es muy distraída.

## Debilidad mental y Ligero retardo escolar.

781029. Hija de la señora O. de 8 años de edad, natural de México, escolar, que cursa el Primer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Hija de padre alcohólico.

Sarampión de muy niña.

De baja estatura. Delgada. Palidez de piel y mucosas.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	Errores	
1.—34''	8	
2.— " 49'',3	2,6	
3.— " 5'—57''	40	
4.— " 5'—18'',2	Movimientos 58	
5.— " 9'—50''	Errores 75	
6.— " 48''	6	Anotación 3
7.— " 12'—19''	80	" 1
8.— " 43''	"	" 1
9.— " 1'—1''	Puntos buenos 1,25	
10.— " "	3	
de Healy.— " 8'—47'',2	Movimientos 107	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es muy inferior a 7 años.

Informe de la maestra.—Conoce bien las vocales y algunos consonantes. Escribe al dictado palabras sencillas siempre que se le haga fijarse en cada uno de los sonidos de la palabra. Conoce y escribe los números del 1 al 20. Por lo general es de carácter muy rebelde, pero hay días en los que tiene momentos de asombrosa docilidad dada la rebeldía de su carácter. Sus padres le aplican castigos corporales tan fuertes que en ocasiones la han golpeado hasta "hacerle brotar sangre" sin que haya proferido una queja. A la maestra le cuesta un gran trabajo afocar la atención de esta niña sobre determinado asunto, pues se distrae con suma facilidad.

## Debilidad mental. Retardo escolar.

Das Jaha, del sexo femenino, de 19 años de edad, natural de México, escolar que cursa el tercer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Sin antecedentes patológicos ni personales ni hereditarios.

Sarampión y escarlatina de muy niña.

Por la exploración no se encontró nada de anormal.

Para determinar la edad mental media apliqué la serie de pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	33''	Errores	6	
" " 2.—	25'',1	"	1,3	
" " 3.—	1'—56''	"	13	
" " 4.—	36'',3	Movimientos	11	
" " 5.—	1'—19''	Errores	4	
" " 6.—	17''	"	4	Anotación 3,1
" " 7.—	1'—17''	"	13	" 4
" " 8.—	1'—8''	"		" 2,5
" " 9.—	1'—47''	Puntos buenos	0,5	
" " 10.—		"	7	
de Healy.—	1'—45''	Movimientos	25	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental es, aproximadamente, 8 y medio a 9 años.

Informe de la maestra.—En la clase de Lengua Nacional manifiesta torpeza hasta para pronunciar las palabras. En las demás clases no presenta marcada anormalidad. Es poco dedicada a sus clases, exceptuando la de labores manuales. Su carácter es completamente pasivo. Nunca se altera.

## Debilidad mental. Retardo escolar.

Erute R. 5 de del sexo masculino, de 19 años de edad, escolar, que cursa el segundo año elemental en la Escuela Dr. Balmis. Sin antecedentes patológicos hereditarios.

Padeció escarlatina.

De regular estatura (1,31 cmts.). De regular Constitución. Mesocéfalo. Circunferencia cefálica (51,5 cmts.) Pelo largo.

Doble remolino. Frente pequeña. Paladar ligeramente ogival. Pulso de 62 por minuto, rítmico y de tensión algo disminuida. Vientre meteorizado. Fimosis. Testículos muy pequeños.

Para determinar la edad mental apliqué la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	57'',2	Errores	7	
" " 2.—	22'',3	"	6,6	
" " 3.—	58''	"	5	
" " 4.—	1'—51'',1	Movimientos	30	
" " 5.—	1'—15''	Errores	8	
" " 6.—	45''	"	4	Anotación 4,5
" " 7.—	3'—29''	"	32	" 4
" " 8.—	2'—23''	"		" 2,75
" " 9.—	2'—17''	Puntos buenos	2,5	
" " 10.—		"	6	
de Healy.—	3,—43''	Movimientos	50	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños de normales, encontré que la edad mental media es aproximadamente de 8 años, por lo que presenta un retardo de 2 años.

Informe de la maestra.—A pesar de asistir con toda puntualidad su adelanto es casi nulo. Leé con dificultad, no es capaz de escribir una sencilla composición. Nunca resuelve los problemas en la clase de aritmética, ni mentales ni escritos. No ha podido aprender ni siquiera la tabla del número 5 que es la más fácil. Pierde con mucha facilidad la atención durante las clases. No retiene ni aún los cuentos, que tanto agradan a los niños. En sus juegos es muy travieso y mal intencionado con sus compañeros.

## Ligera debilidad mental. Retardo escolar.

A... M..., del sexo femenino, de 14 años de edad, natural de México, escolar, que cursa el Tercer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Sin antecedentes patológicos ni hereditarios ni personales. Por la exploración no se encontró nada de anormal.

Para determinar la edad mental, se aplicó la serie de Pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado.

Prueba núm. 1.—Tiempo	54"	Errores	4	
" " 2.—	23",3	"	0	
" " 3.—	34"	"	2	
" " 4.—	28",3	Movimientos	11	
" " 5.—	44",3	Errores	1	
" " 6.—	29"	"	6	Anotación
" " 7.—	31",3	"	3	"
" " 8.—	56"	"		"
" " 9.—	3'-40"	Puntos buenos	4	
" " 10.—	" "	" "	3	
de Healy.—	18"	Movimientos	9.	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es de casi 10 años.

Informe de la maestra.—Es aplicada y hace esfuerzos por cumplir con sus deberes; pero la dificultad para comprender lo que se le explica y sus frecuentes distracciones, hacen que a pesar de su aplicación y mucha edad sólo esté mediana en sus conocimientos. Comenzó a asistir a la Escuela a la edad de 9 años.

## Debilidad mental. Retardo escolar.

A... R..., de 15 años de edad, natural de México, escolar, que cursa el Cuarto Año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Sin antecedentes patológicos hereditarios. Tiene 7 hermanos más pequeños que ella y todos sanos.

Padeció difteria cuando pequeña.

Estatura pequeña para su edad (1,37 emts.) Constitución regular. Cabeza pequeña oxicefalia. Frente muy pequeña y oblicua hacia atrás. Párpados superiores gruesos y ptóxicos. Prognatismo total. Anomalías de implantación dentaria. Bóveda palatina ojival y asimétrica. Orejas grandes que por su implantación se aproximan al tipo llamado de orejas en asa. Pulso igual, rítmico, de 69 pulsaciones por minuto y de tensión inferior a la normal.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	48",2	Errores	5	
" " 2.—	27",4	"	1	
" " 3.—	1'-29",2	"	12	
" " 4.—	28",3	Movimientos	11	
" " 5.—	1'-48",3	Errores	17	
" " 6.—	25"	"	8	Anotación 3
" " 7.—	2'-53",3	"	15	" 4
" " 8.—	1'-5"	"		" 4
" " 9.—	3'-48"	Puntos buenos	6,75	
" " 10.—	" "	" "	6	
de Healy.—	2'-54"	Movimientos	41	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales encontré que la edad mental media es de 8 años, quizá ligeramente más, por lo que presenta un gran retardo, de casi 7 años.

Informe de la maestra.—“Es de carácter sumamente pasivo, no gusta de tomar parte en los juegos ni es afectada a relacionarse con sus compañeras. En clase se muestra indiferente y parece como un mueble, tal es su actitud durante ella. En Lengua Nacional presenta una deficiencia propia de las niñas de 8 a 9 años y en mi concepto debería cursar actualmente el segundo año elemental. En los ejercicios de cálculo mental y escrito, su acción es casi nula, pues para ella es del todo imposible comprender el por qué de tales o cuales razonamientos. El mecanismo de las operaciones no se le dificulta notablemente. Es poco delicada y no tiene grandes aspiraciones, pues parece conformarse con lo poco que posee. Es poco cuidadosa de su aseo personal y gusta mucho de adornar sus labores manuales con colores vivos y de mal gusto.”

## Debilidad mental y Retardo Escolar.

(A) Ana Bolz de 11 años de edad, natural de México (Ciudad) escolar, que cursa el tercer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Sin antecedentes patológicos hereditarios.

De muy pequeñas (3 años) padeció meningitis.

Por la exploración lo único que se notó de anormal fue una ligera exaltación de los reflejos tendinosos.

Para determinar su edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	51''	Errores 8	
" " 2.— "	35''	" 1,3	
" " 3.— "	2'-10''	" 18	
" " 4.— "	4'-12''	Movimientos 50	
" " 5.— "	2'-57'',1	Errores 27	
" " 6.— "	32''	" 3	Anotación 4,5
" " 7.— "	3'-15''	" 31	" 4
" " 8.— "	2'-39''		" 8
" " 9.— "	2'-35''	Puntos buenos 6,75	
" " 10.— "		" " 5	
de Healy.— "	43'',3	Movimientos 11	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es aproximadamente de 8 y medio años por lo que presenta un retardo de 2 y medio años.

Informe de la maestra.—Leé y escribe bastante bien, pero en aritmética y en general en todos los asuntos que requieren juicio y atención fracasa. Es muy sugestionable, no teniendo, puede decirse, voluntad propia. Es de carácter reposado.

## Debilidad mental y habilidades

(B) Pablo Ortiz de 7 años de edad, natural de México, escolar que cursa el primer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

No tiene antecedentes patológicos ni personales ni hereditarios, exceptuando el sarampión que padeció cuando muy niño.

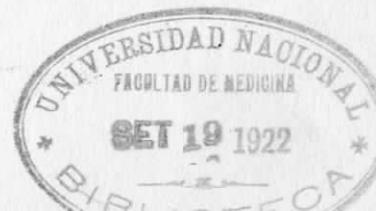
Por la exploración física no se encontró nada anormal.

Para determinar la edad mental, apliqué la serie de pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	1'-24'',1	Errores 14	
" " 2.— "	1'-6''	" 18	
" " 3.— "	10'-26''	" 125	
" " 4.— "	7'-38'',2	Movimientos 89	
" " 5.— "	5'-22'',2	Errores 58	
" " 6.— "	2'-7''	" 7	Anotación 0
" " 7.— "	12'-29''	" 135	" 1
" " 8.— "	1'-40''	" "	" 1
" " 9.— "	2'-20''	Puntos buenos 0,25	
" " 10.— "		" " 1	
de Healy.— "	5'-48''	Movimientos 62	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es muy inferior a 7 años.

Informe de la maestra.—No conoce todas las vocales. No tiene idea de número. Continuamente está escribiendo las letras que conoce. Es muy obediente, muy poco sociable y no se entusiasma con los juegos.



**Debilidad mental. Cleptomanía. Retardo escolar**

M... E..., del sexo femenino, de 13 años de edad, que cursa el tercer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

No fué posible investigar sus antecedentes patológicos hereditarios. De muy niña padeció convulsiones. Comenzó a hablar hasta los 6 años. Ha asistido a la escuela con relativa regularidad.

Por la exploración no se encontró nada anormal.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el resultado siguiente:

Prueba núm. 1.—Tiempo 20'',4	Errores 1	
" " 2.— " 26'',4	" 1,8	
" " 3.— " 1'	" 1,8	
" " 4.— " 17'',1	Movimientos 9	
" " 5.— " 41'',2	Errores 7	
" " 6.— " 20'',1	" 1	Anotación 4
" " 7.— " 1'—36'',1	" 12	" 4,5
" " 8.— " 55''		" 4
" " 9.— " 3'—8''	Puntos buenos 5,5	
" " 10.— " "	" " 8	
de Healy.— " 4'—7''	Movimientos 70	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es aproximadamente de 10 años; por lo que presenta un retraso de casi 3 años.

Es muy obstinada e impaciente. Respetuosa con sus maestras y cariñosa con sus compañeras. Muy caritativa. Tiene marcada tendencia a robar el dinero y objetos, sin hacerlo por necesidad, pues pertenece a la clase media acomodada.

Exámen pedagógico.—“Su desarrollo mental es muy deficiente, pues en Lengua Nacional apenas es capaz de llevar a cabo los ejercicios de primer año. Le gusta la aritmética y resuelve con facilidad los problemas del tercer año, pero con la misma facilidad con que los resuelve los olvida. Las otras materias no le interesan”.

**Ligera debilidad mental. Ligero retardo escolar.**

J... F..., del sexo femenino, de 9 años de edad, natural de México, escolar, que cursa el primer año elemental en la Escuela José María Iglesias.

Sin antecedentes patológicos ni personales ni hereditarios.

De estatura un poco baja, delgada y presentando palidez en la piel y mucosas.

Para determinar la edad mental apliqué la serie de pruebas de Pintner y Patterson, con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo 1'—7'',1	Errores 7	
" " 2.— " 46''	" 2	
" " 3.— " 2'—33'',1	" 14	
" " 4.— " 2'—13''	Movimientos 28	
" " 5.— " 9'—15''	Errores 56	
" " 6.— " 1'—35''	" 8	Anotación 3
" " 7.— " 2'—57''	" 28	" 3,5
" " 8.— " 41''		" 1
" " 9.— " 1'	Puntos buenos 0,50	
" " 10.— " "	" " 2	
de Healy.— " 42''	Movimientos 11	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental, es ligeramente inferior a 7 años, por lo que presenta un retardo de poco más o menos, dos años.

Informe de la maestra.—Conoce las vocales y algunas consonantes. Conoce ya bastantes números. Le agrada mucho escribir y la forma de su letra es bastante aceptable. Le agrada mucho el dibujo y las labores manuales. A la hora del recreo juega únicamente con su hermana. Es muy aplicada, obediente y cariñosa con su maestra y compañeras.

**Insuficiencia mitral. Gran retardo escolar**

S... V..., de 14 años de edad, natural de Guadalajara, escolar, que cursa el segundo año elemental en la Escuela Dr. Balmis.

Sin antecedentes patológicos hereditarios.

Tifo a los 6 meses de edad, reuma poliarticular agudo a los 3 años y sarampión a los 9.

A la edad de 6 años, se edematizó de las piernas, vientre y torax, el abdomen se puso globuloso y le aparecieron manchas equimóticas en la región precordial. No recuerda cuánto tiempo duró así.

A los 11 años volvió a hincharse de todo el cuerpo, tenía disnea muy pronunciada, expectoración sanguinolenta; y su orina disminuyó mucho en cantidad, tenía mucho sedimento y era espumosa. Dice que duró así algunos meses.

A los 12 años tuvo una fuerte epistaxis.

Actualmente tiene disnea de esfuerzo, palpitaciones, las piernas se le edematizan por la noche, y su orina está algo escasa, pero sin sedimento. Tiene algo de anorexia, dolor epigástrico al poco tiempo de tomar la comida del medio día, dolor que le desaparece por la ingestión de alcalinos; y pirosis.

Por la exploración física se encontró el area cardiaca crecida hacia abajo y afuera, y un soplo holosistolico suave en el foco de auscultación de la mitral. Hay dolor a la presión en el hipocondrio derecho y el area hepática está algo crecida.

Debido a su padecimiento, ha tenido muy poca asistencia a la Escuela.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo 33''	Errores 1	
" " 2.— " 23'',3	" 0	
" " 3.— " 33''	" 1	
" " 4.— " 25''	Movimientos 12	
" " 5.— " 37''	Errores 8	
" " 6.— " 39''	" 3	Anotación 5
" " 7.— " 39''	" 4	" 5
" " 8.— " 30''		" 4,5
" " 9.— " 52''	Puntos buenos 8	
" " 10.—	" " 8	
de Healy.— " 29''	Movimientos 10	

Comparando estos resultados con los promedios obtenidos en niños normales, encontré que la edad mental media es superior a 10 años.

Informe de la maestra.—“Es muy aplicada y como no carece de talento, resuelve todos los problemas y asuntos que en la clase se le presentan. El retraso que muestra tanto en Lengua Nacional como en aritmética, depende de la falta de asistencia a sus clases. La conducta que observa en la escuela es excelente, es muy retraída, no gusta de jugar. Es muy seria y atenta durante su trabajo y cariñosa con su maestra y compañeras”.

**Retardada pedagógica por insuficiente  
Asistencia a la Escuela**

E... R..., del sexo femenino, de 13 años de edad, que cursa el segundo año elemental en la Escuela "José María Iglesias".

Sin antecedentes patológicos hereditarios. Padebió sarampión a los 6 años y viruela a los 11.

Por la exploración no se encontró nada anormal.

Para determinar la edad mental se aplicó la serie de pruebas de Pintner y Patterson con el siguiente resultado:

Prueba núm. 1.—Tiempo	29''	Errores	2	
" " 2.— "	22'',3	"	0,66	
" " 3.— "	1'—30'',2	"	6	
" " 4.— "	1'—10''	Movimientos	20	
" " 5.— "	1'	Errores	10	
" " 6.— "	1'—15''	"	4	Anotación 5
" " 7.— "	2,—1''	"	10	" 5
" " 8.— "	2'—35''	"		" 3
" " 9.— "	2'—45''	Puntos buenos	8,5	
" " 10.— "		" "	8	
de Healy.— "	57''	Movimientos	18	

De esto resulta una edad mental superior a 10 años.

Examen pedagógico.—Debido a circunstancias especiales esta niña ha recorrido varias poblaciones permaneciendo muy poco tiempo en cada una de ellas y por esa causa hasta el año próximo pasado pudo concurrir a la escuela a cursar el primer año elemental habiéndolo franqueado en solo tres meses. "Lee relativamente mal, su escritura es mala, la aritmética se le facilita. No le agrada jugar con sus compañeras y en las horas de recreo pasea con una compañera de su edad. En la clase es dócil y de buen carácter".

## IX

## PROPOSICIONES



I.—Que se practique el examen psíquico en un número considerable de escolares normales de distintas edades, con el fin de obtener los promedios correspondientes. Creo que para practicar este examen, es muy de recomendarse la serie de pruebas propuesta por Pintner y Patterson.

II.—Que en los casos de escolares en los que se sospeche una insuficiencia mental, se lleven a cabo los exámenes médico, pedagógico y psicológico; y que los resultados de dichos exámenes se anoten en una "ficha" o cédula especial.

III.—Que se funden escuelas especiales para los niños mentalmente deficientes; en los que puedan recibir la educación a su medida"; y que en esos establecimientos se imparta de preferencia una educación manual que más tarde les permita subvenir a sus necesidades.

IV.—Que se preste una especial atención a la Escuela de Anormales anexa al Manicomio General de la Castañeda, que es el primer establecimiento de ese género fundado en nuestra República.

Ciudad de México, Julio de 1922.

**AGUSTIN MOLINA REYES.**

## OBRAS CONSULTADAS

Des Vesanies ou maladies mentales. Par J. R. Jacquelin. Dubuisson.—París 1816.

Applications de la physiologie du cerveau a l'étude des enfants qui necessitent une education speciale.—Felix Voisin.—París 1830.

Des maladies mentales.—Par E. Esquirol.—París 1838.

Traité des maladies mentales.—B. A. Morel.—París 1860

Traité des maladies mentales.—Pathologie et Therapeutique.—W. Griessinger. Traducida del alemán por el Dr. Doumic.—París 1865.

Lecons cliniques sur les maladies mentales.—Auguste Voisin—París 1883.

Lecons sur les maladies mentales.—B. Ball.—París 1885.

Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arrieres de Bicetre pendant l'année 1887.—Par Bourneville Medecin de Bicetre, Sollier, Pilliet et Raoult, internes du service et le Dr. Bricon conservateur du Musée.—París 1888.

Traité Clinique de Psychiatrie.—Dr. R. Von Kraft—Ebing.—Traducción de la V edición alemana por el Dr. E. Laurent. París 1897.

Traité de Pathologie Mentale.—Publie sous la direction de M. Gilbert Ballet.—Libro VII (Troubles mentaux dans les lesions cerebrales congenitales ou infantiles) J. Roubinovitch. París 1903.

Mental deficiency. Amentia.—Tredgold.—London 1908.

Tratado enciclopédico de Pediatria.—Publicado bajo la dirección de los Profesores D. M. Pfaundler de Munich y Dr. A. Schollossmann de Duddeldorf.—Barcelona. 1906.—Tomo III.

Grancher et Comby—Maladies de l'enfance. Tomo IV.—París 1904.

La Practique des maladies de enfants.—Tomo V.

Les maladies des enfants.—V. Hutinel.—Tomo V.—París 1909.

Contribución al estudio de los niños débiles y retardados en edad escolar.—Tesis presentada para optar el título de Doctor en Medicina por Hamilton Cassinelli.—Buenos Aires 1912.

Idiocia Mixedematosa.—Tesis de Buenos Aires.—José A. Casado.—1912.

Anomalías dentarias en los idiotas.—Tomás S. Varela.—Tesis de Buenos Aires 1911.

Estudio médico social del alcoholismo.—Carlos Segura W. Tesis de Buenos Aires 1912.

L'Enseignement special a Bruxelles.—Par Tobie Jonckheere.—Bruxeles 1910.

Informe acerca de la organización de las escuelas para niños retardados en las principales capitales Europeas y de los Estados Unidos del Norte, que rinde a la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, el Dr. Joaquín G. Cosío, comisionado especial. En los tomos 3 y 4 de los Anales de Higiene Escolar.—México Enero y abril de 1913.

L'héredite normale et pathologique.—Ch. Debierre.—París 1910.

Les arrières scolaires. R. Cruchet.—París 1908.

Dr. José de Jesús González.—Higiene escolar.—León 1910.

Dr. José de Jesús González.—Los niños anormales psíquicos.—México 1918.

Enfants anormaux et Délinquants juvéniles.—Dr. Georges Heuyer.—París 1914.

Les anormaux et les malades mentaux au régiment.—Dr. G. Haury.—París 1913.

Nathan et Durot.—Les arriérés scolaires.—París 1913.

Philippe (J) et Paul—Boncour—Les anomalies mentales chez les écoliers.—París 1907.

Philippe (J) et Paul—Boncour—L'éducation des anormaux. París 1907.

Binet et Simon—Les enfants anormaux.—París 1907.

Alfred Binet.—Les idées modernes sur les enfants.—París 1910.

Alfred Binet et Th. Simon.—La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. (Bulletin de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant)—París abril 1911.

Prof. Vaney—Les classes pour enfants arriérés. (Bulletin de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant)—París, Febrero 1911.

G. Paul—Boncour—L'imagination chez l'enfant anormal—(Travail de l'Institut médico-pédagogique).—París 1910.

London County Council—Educación Committee (Especial Schools sub-comitée).—Londres 1910.

Mery et Genevrier—Higiene Escolar.—París 1914.

Jules Courmont—Précis d'Higiene.—París 1921.

Medicine des enfants.—P. Nobecourt.—París 1921.

G. H. Roger.—Introduction a l'étude de la médecine.—París 1921.

Dr. E. Claparede. Psicología del niño y Pedagogía experi-

mental.—Trad. de la sexta edición por Domingo Barnes.—Madrid 1921.

Special Classes in the New York city schools. Miss Elizabeth E. Farrell.—New York. 1911.

Meeting the problem of mental defectiveness.—Hastings H. Hart.—New York 1913.

Feeble—Mindedness and Insanity. (A series of Addresses and Especial Studies reported at National Conference of Charities and correction)—Chicago 1916.

Notice sur l'Institut médicale-pédagogique pour le traitement et l'éducation des enfants nerveux et arriérés.—París 1908.

Rudolf Pintner. The Mental survey.—New York 1918.

The Training School Bulletin.—Vol. XVII. Nos. 1 and 2.—Vineland 1920.

Rudolf Pintner and Donald Patterson.—A scale of performance tests. New York 1917.

Dr. Alberto Lozano Garza. Informe rendido al Gobierno del Distrito Federal acerca de la organización de las escuelas para niños anormales 1920.

Margarita M. de Sanguinetti—¿Qué hemos hecho por la educación de los niños anormales?—Trabajo presentado en el Segundo Congreso Americano del Niño.—Mayo 1919.

Archives internationales de Neurologie.—Vol II 14°. Serie (1921) números de Julio y Agosto.

Dra. Eloisa R. Díaz.—La Higiene escolar en Chile.—Trabajo presentado al IV Congreso Científico.—Chile 1910.

Proceedings of the Second Pan American Scientific Congress. Section VIII.—Part I. Part II.

Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño.—México 1921.

Organisation Industrielle.—Medecine Sociale et Education Civique en Anglatere et aux Etats-Unis.—Dr. René Sand. Bruxelles 1920.

Higiene sociale de l'enfance—Nobecourt et G. Schreiber. París 1921.

M. Dide et Guiraud. Psychiatrie du medecin Practique.—París 1922.

Regis—Précis de Psychiatrie—Ultima edición.

Traité de Pathologie medicale et de therapeutique appliquée Sergent.—Vol VII—Tomo II (Degenerescences par André Barbé) Vol XX (Heredo-syphilis syphilis de l'enfance et syphilis hereditaire tardive par Edmond Fournier).

Dr. Gonzalo R. Lafora.—Los niños mentalmente anormales.—Madrid 1917.

André—Thomas—Psicoterapia (Biblioteca de Terapeútica). 1916.

P. Sécelle et A. Dekock—l'éducation des enfants anormaux et arriérés.—Paris 1920.

Deuxieme Congrès international de la Protection de l'enfance—Tomo I. (Rapports)—Tomo III (Compte rendu sténographié des séances) Bruselas 1921.

Mme. Rabinerson—Lévine (Beila)—Contribución clinica et statistique a l'étude des enfants anormaux des écoles primaires de Genève.—Tesis de la Facultad de Medicina de Genova. 1914.

Alice Descoudres—L'éducation des enfants anormaux—Neuchatel 1916.



Talleres Linotipográficos de la Escuela I. de Huérfanos.