

esquematación que conviene á una demostración didáctica, la verdad exige que estos cuadros, indispensables para el estudio, sean olvidados cuando los hechos concretos se separen. Esto no quita unidad á la *enfermedad de Little*, es decir, á la encefalopatía espasmódica, sobre todo congénita.

La contractura generalizada parece que resulta de hemorragias meníngeas superficiales, próximas á la fisura inter-hemisférica y que se extiende lateralmente hasta la cisura de Sylvio. Concíbese que la absorción progresiva del coágulo sea causa de mejoría, y que, por otra parte, el foco principal limitado á la región paracentral de la zona rolándica, sostiene durante un tiempo mucho más largo el espasmo de los miembros inferiores. Estas hemorragias son frecuentes en los partos anormales y difíciles; pero es preciso no considerar esta causa como exclusiva, en atención á que la contractura generalizada puede muy bien sobrevenir después del nacimiento, hacia el tercero ó cuarto año, como la hemiplegia espasmódica á consecuencia de enfermedades infecciosas (1).

Trastornos intelectuales. — Cuando las lesiones de esclerosis cerebral, de hemorragias, de reblandecimiento, de meningo-encefalitis, ocupan la región frontal, y sobre todo cuando se hallan circunscritas al lóbulo frontal exclusivamente, toda la sintomatología puede resumirse en trastornos psíquicos, cuya característica, hablando en tesis general, estriba en una detención del desarrollo intelectual. Concíbese fácilmente que las lesiones sólo de la región rolándica no determinan más que fenómenos motores espasmódicos. No hay, pues, regla absoluta relativamente á la existencia de trastornos intelectuales en las encefalopatías infantiles; y si, conforme á la opinión de Bourneville, hay una relación muy estrecha entre el grado de hemiplegia y el del estado intelectual, no cabe duda que un gran número de niños afectados de esclerosis cerebral, no son ni idiotas, ni imbeciles, ni aun atrasados. La insuficiencia de desarrollo intelectual es mucho más frecuente en los casos de lesión bilateral que en los de unilateral; y en este caso también es necesario recordar que la correlación de los fenómenos paralíticos y de los fenómenos psíquicos es contingente; hay atetósicos dobles en los que la inteligencia es susceptible de un perfeccionamiento normal.

A Bourneville y á sus discípulos es á quienes se debe el conocimiento de las relaciones de las encefalopatías infantiles con el idiotismo. Aun cuando el estudio del *idiotismo* lo haremos más adelante, diremos, sin embargo, en este capítulo, una palabra acerca de la alteración fundamental de las funciones de la vida de relación á la cual se hallan subordinados tantos desórdenes psíquicos secundarios.

Cotard ha hecho una observación de la más alta importancia: «es sumamente notable que, cualquiera que sea el lado de la lesión cerebral, los individuos hemipléjicos, después de la infancia, no presentan *jamás* afasia; es decir, abolición de la facultad del lenguaje, con conservación más ó menos completa de la inteligencia... y esto aun cuando todo el hemisferio izquierdo esté atrofiado». Bernhardt formula una proposición casi idéntica: «en los niños, sólo en un número relativamente muy pequeño de casos, la afasia persiste como síntoma permanente. Se puede en verdad admitir con Cotard, que en un cerebro escle-

(1) Sigm. Freund. *Revue neurologique*, 1893, p. 182.

rosado ó cuyo desarrollo se halla en embrión, la suplencia funcional se establece por medio de territorios que la lesión ha respetado; en otros términos, el cerebro utiliza todo lo que le queda para funciones á las cuales no estaban destinadas las partes que han permanecido sanas. Cuando hay una atrofia de la tercera frontal izquierda, la falta de afasia puede ser atribuída á la utilización de la tercera frontal derecha para la función del lenguaje. Cuando la lesión ocupa la tercera circunvolución en los dos lóbulos frontales, la compensación puede hacerse por otras regiones de la corteza. En fin, cuando en vez de ser congénita la esclerosis invade la circunvolución del lenguaje en una época en que el niño ha empezado ya á hablar, la misma suplencia puede ser realizada por circunvoluciones no predestinadas. Pero he aquí en donde la clínica y la anatomía patológica se hallan mejor de acuerdo para confirmar los resultados de la experiencia: el restablecimiento regular de la función se halla tanto menos comprometido, cuanto menos avanzada sea la edad en que sobrevenga la lesión; es decir, que la función del lenguaje se halla tanto mejor asegurada, cuanto menos hayan especializado su actividad las circunvoluciones.

Epilepsia. — La epilepsia de las encefalopatías infantiles es un síndrome que ocupa lugar tan importante en la nosografía de la epilepsia esencial que nos sería imposible consagrarle aquí una descripción completa. Muchas epilepsias llamadas esenciales no son más que la manifestación tardía de una encefalopatía infantil que ha llegado á su estado anatómico definitivo. Esta proposición basta para explicar cómo muchos niños con hemiplegia espasmódica *se vuelven* epilépticos hacia la adolescencia, es decir, en una época en que el fin del proceso de esclerosis coincide con la terminación del desarrollo cerebral.

DIAGNÓSTICO. — El problema se presenta bajo diferentes aspectos, aun cuando siempre es el mismo en el fondo. La clínica revela la encefalopatía, lesión esclerótica de primer orden, por fenómenos variados: hemiplegia espasmódica, hemiatetosis, contractura generalizada, paraplegia espasmódica, etc.; pero, en resumen, lo que se trata de diagnosticar siempre es la esclerosis encefálica ó, de una manera más general, la encefalopatía con tendencia atrófica, predominando dos condiciones primordiales: el síndrome, sea cual fuere, es congénito, ó posterior al nacimiento.

La duda no es posible cuando se trata de una afección congénita. La lesión es casi siempre cerebral; pero cuando los fenómenos paralíticos ó exclusivamente espasmódicos sobrevienen durante la primera infancia, es permitida la duda. Es preciso considerar las eventualidades en las cuales pueden sobrevenir los síntomas, cada uno por separado, independientemente de toda lesión encefálica.

Ante todo, se recordará que la forma clínica de la encefalopatía, descrita por Strümpell con el nombre de polio-encefalitis aguda, puede simular una meningitis tuberculosa: fiebre, vómitos, convulsiones, que es poco más ó menos el modo de empezar la meningitis en los niños. La dificultad es tanto más grande, cuanto que la meningitis es á veces seguida de hemiplegia, siendo suministrados los elementos del diagnóstico por la evolución misma de la enfermedad.

Los tumores cerebrales son raros en los niños; sólo habrá temor á equivocarse

en los casos de hemiplegia espasmódica, puesto que los tumores son casi siempre unilaterales; pero aun en este caso, las monoplegias son mucho más comunes que la hemiplegia total, y además van acompañadas del conjunto sintomático creado por la irritación y compresión del neoplasma.

El histerismo da origen á hemiplegias en las que la atrofia adquiere á veces una importancia considerable. No es, ni aun en los niños muy pequeños, tan rara como se la suponía antes de los estudios de Charcot. Basta señalar esta posibilidad para evitar el error de diagnóstico, porque el histerismo apenas se halla constituido exclusivamente por la hemiplegia espasmódica. El estudio ulterior de esta neurosis dará á conocer los caracteres por los cuales podrá diagnosticársela.

La *parálisis espinal atrófica* de la infancia empieza las más de las veces como la polio-encefalitis, por fiebres y convulsiones. Es excepcional que afecte el tipo hemipléjico de la encefalopatía; pero lo que la hará distinguirse siempre de ésta en breve tiempo, es que sus parálisis, cualesquiera que sean sus localizaciones, son parálisis flojas que llevan consigo la pérdida de los reflejos tendinosos.

Las *pseudo-parálisis sifilíticas*, que á veces también son hemipléjicas, consisten en trastornos motores ligados á artropatías específicas (Parrot, Troisier). La crepitación de las superficies articulares es un hecho constante que indica inmediatamente su naturaleza, y al cual se añade de una manera casi constante, como elementos de un diagnóstico formal, las erupciones cutáneas de la sífilis hereditaria.

Las *parálisis obstétricas*, tan perfectamente estudiadas por Danyau, Guéniot y Roullant, son consecuencias de la distocia general, en la patogenia de las cuales intervienen casi siempre las maniobras del parto artificial. Es necesario, pues, estar prevenido acerca de sus diversas variedades, á fin de no confundirla con las parálisis congénitas de Little. Para esto, baste con recordar que son invariablemente limitadas á grupos musculares muy circunscritos y en cierto modo producidas por la compresión mecánica ejercida sobre el tronco nervioso motor de estos grupos. Los conmemorativos bien estudiados darán la solución del problema.

Las *parálisis espasmódicas*, entre las cuales figura la tabes dorsal espasmódica, revelan una multitud de afecciones espinales, cuyo cuadro clínico es á veces idéntico al de las paraplegias encefalopáticas de la infancia: los tumores raquídeos, el mal de Pott, la paquimeningitis dorso-lumbar tuberculosa dan origen á paraplegias de este género. Ninguna de estas afecciones, sin embargo, evoluciona sin interesar en un momento dado y en cierto grado los órganos centrales de la sensibilidad y los núcleos espinales de los reservorios. Esto basta para reconocerlas en los casos en que se ignore su origen real, su fecha de aparición y su modo de desarrollo.

En cuanto á saber con exactitud la lesión encefalopática de que derivan los trastornos (hemorragias, reblandecimiento, esclerosis, etc.), no podemos aún más que emitir hipótesis según cada caso particular. Excepción hecha de lo que se ha dicho á propósito de las parálisis de Little, una sola circunstancia autoriza á formular un diagnóstico preciso, y es aquella en la cual las parálisis periféricas de los nervios craneanos se unen al conjunto de trastornos motores

ó espasmódicos creados por la encefalopatía propiamente dicha. Cuando tales parálisis sobrevienen, puede afirmarse que las meninges figuran como causa, y hay grandes probabilidades para que se trate de una meningo-encefalitis. Verdad es que esta variedad de encefalopatía infantil es la menos común de todas.

PRONÓSTICO.—Las encefalopatías infantiles son tanto más graves, por todos conceptos, cuanto más lejos de la época del nacimiento se presentan, es decir, en una época de la vida en que son más difíciles las suplencias funcionales á las partes del cerebro que han permanecido sanas. Siempre producen algún trastorno que, por lo que se refiere á los músculos y el esqueleto óseo, es—á la inversa de lo que ocurre con la función—tanto más pronunciado cuanto más precoz es la lesión. Respecto á la epilepsia, puede decirse que oscurece el cuadro sintomatológico de las encefalopatías infantiles, pero en menor grado que las encefalopatías de la edad adulta. Bourneville y Wuillamier han demostrado que, en los que padecen hemiplegia infantil espasmódica, los accesos de epilepsia son cada vez menos numerosos y que, hacia la edad de treinta años, concluyen á menudo por desaparecer de una manera completa.

TRATAMIENTO.—La encefalopatía atrófica de la infancia, cualquiera que sea la forma bajo la cual se manifieste, se halla fuera de los recursos de la medicina. Cuando es congénita, nada podemos hacer contra ella; sin embargo, si es verdad que las dificultades y la lentitud del parto son capaces de producir en los fetos lesiones graves de orden circulatorio, cabe preguntar si la sinfisiotomía no será el método profiláctico de preferencia (Pinard). En el recién nacido aparece con tal brusquedad y engendra deformidades cerebrales tan profundas, que su resultado fatal es el equivalente de una mala conformación congénita.

Más tarde, es siempre una sorpresa, algo que no es posible prever ni de contener, y aun suponiendo que el médico pudiese obrar, llegaría siempre tarde.

Las deformidades atróficas de los miembros reclaman exclusivamente la intervención quirúrgica. El pie equinus puede ser corregido por la ablación del astrágalo y la tenotomía. El valgus desaparece más ó menos completamente después de la sección de la aponeurosis plantar. Para las deformidades del miembro superior, los mismos medios dan resultados muy superiores. Los procedimientos ortopédicos tampoco valen para nada; el estiramiento de los nervios, propuesto contra los espasmos dolorosos, sería un tratamiento favorable si no tuviera por consecuencia posible el aumento de las convulsiones epileptoides (1).

En cuanto á los trastornos psíquicos, debe esperarse lo mismo que de los métodos pedagógicos y de la disciplina intelectual, preconizadas por Bourneville y que, en ciertos casos—preciso es proclamarlo muy alto—han producido mejorías sorprendentes.

Idiotismo (2).

«El idiota, dice Esquirol, es un individuo en el cual las facultades intelectuales, instintivas y morales, no están desarrolladas». Antes de Esquirol, se

(1) Ch. Féré et Smith, *Bull. de la Soc. de Méd. mentale*, 1893.

(2) Este artículo ha sido redactado por el Dr. Londe.

daba igual definición al idiotismo y á la demencia. Sin embargo, la de Esquirol es incompleta, teniendo en cuenta que hay un idiotismo congénito. «Existen niños, dice Julio Voisin, que han adquirido algunas facultades y que las han perdido en seguida. Mas, en atención á la poca edad de los niños (término medio de dos y tres años á siete), dada la imposibilidad en que se hallan de poder despertar ó adquirir de nuevo las facultades, nosotros aceptaremos la denominación de *idiotas*». Por lo tanto, y este es un hecho que importa mucho recordar, el idiotismo *adquirido* no es tan susceptible de mejoría como el *idiotismo congénito*.

Causas del idiotismo.—Es preciso buscar las causas del idiotismo, no sólo en la herencia y durante el embarazo, sino también durante el parto y después del nacimiento. Desde el punto de vista de la herencia, bastará decir que el idiotismo es el último grado de la degeneración mental.

Durante el embarazo pueden actuar ciertas causas, ya sean sobre la madre, ya sean sobre el feto.

Los traumatismos, las enfermedades infecciosas y las intoxicaciones, tienen una influencia materna ó directamente fetal. Las emociones y el miedo tienen una acción exclusivamente materna.

El feto se halla expuesto, durante la vida intrauterina, á meningitis y á encefalitis. El alcoholismo del padre ó de la madre figura entre las causas hereditarias, pero merece ser señalado aparte en razón de su importancia. La consanguinidad desempeña un papel insignificante en la etiología. También se ha atribuido, durante el parto, á la compresión de la cabeza á su salida, á la compresión ejercida por el forceps, al enroscamiento del cordón.

Después del nacimiento, se ha atribuido al uso vicioso de las compresiones craneanas ejercidas en la cabeza de los niños por gorras especiales, como se usan en Normandía y en los alrededores de Tolosa (Francia) (1).

En la niñez, las causas predisponentes son las meningitis y las encefalitis con ó sin convulsiones, la epilepsia y toda la serie de enfermedades infecciosas (fiebres tifoidea, eruptivas, etc.).

Debemos hacer especial mención de la caquexia paquidérmica, que engendra el idiotismo mixo-edematoso, acompañada de esterilidad. Este punto etiológico ha sido esclarecido por Bourneville, Seglós y Bricon.

Clasificación anatomo-patológica.—Bourneville ha propuesto un ensayo de clasificación anatomo-patológica del idiotismo. La reproducimos textualmente:

- 1.º Idiotismo sintomático de hidrocefalia ó idiotismo hidrocefálico;
- 2.º Idiotismo sintomático de microcefalia ó idiotismo microcefálico;
- 3.º Idiotismo sintomático de una detención de desarrollo de las circunvoluciones;
- 4.º Idiotismo sintomático de una deformidad congénita del cerebro (porencefalia verdadera, falta de cuerpo calloso), ó de una deformidad patológica (pseudo-quistes, focos ocosos, pseudo-porencefalia, etc.) (2);

(1) Jules Voisin, L'Idiotie, 1893.

(2) «En la *porencefalia* verdadera, hay comunicación de la depresión con el ventrículo lateral. En la *pseudo-porencefalia*, dicha comunicación no existe; sin embargo, esta falta de comunicación no tiene un valor absoluto, porque cabe muy bien suponer que el proceso necrobiótico puede destruir completamen-

5.º Idiotismo sintomático de esclerosis atrófica ó tuberoso (Brissaud y Bourneville);

6.º Idiotismo sintomático de esclerosis atrófica; a) esclerosis de los dos hemisferios ó de un hemisferio; b) esclerosis de un lóbulo del cerebro; c) esclerosis de las circunvoluciones aisladas; d) esclerosis apergamada del cerebro (?).

7.º Idiotismo sintomático de meningitis ó de meningo-encefalitis crónica ó idiotismo meningítico;

8.º Idiotismo con caquexia paquidérmica ó idiotismo mixo-edematoso ligado á la falta de la glándula tiroidea;

9.º Idiotismo sintomático de los tumores del encéfalo (1).

En suma, no hay lesiones, propiamente hablando, específicas del idiotismo, por lo cual no insistiremos más en esto.

SINTOMATOLOGÍA.—Los idiotas tienen un rostro que permite reconocerlos generalmente desde el primer momento; sin embargo, es necesario establecer una distinción entre el idiotismo adquirido y el congénito. Los de esta segunda categoría son los que se presentan con una fisonomía repugnante, bestial y caracterizada por los estigmas físicos de la degeneración más acentuada. La asimetría facial es notable; las eminencias frontales son desiguales; los pómulos desigualmente salientes, el maxilar superior sobresale (prognatismo) y el inferior también es prominente, ó, por el contrario, muy hundido, hallándose, como es consiguiente, modificado el ángulo facial; los dientes careados, implantados irregularmente, estriados y de forma anormal (microdontismo, macrodontismo). «La primera y segunda dentición están, por lo general, retardadas». (Tesis de la doctora Sollier). La lengua y los labios engrosados, la mirada vaga, comprobándose estrabismo paralítico y funcional; es «casi siempre un estrabismo convergente, ligado á una falta de refracción y en relación con la hipermetropía que es muy frecuente en los idiotas y en los animales» (J. Voisin). La miopía, como sabemos, es, por el contrario, efecto de la educación; las orejas tienen el pabellón muy desprendido y el lóbulo adherente (Morel).

En fin, existen deformidades craneanas, microcefalia, macrocefalia, braquicefalia, etc. Según que sea la frontal, la esfenoidal, la parietal (región temporo-parietal) ó la occipital la que no esté bien desarrollada, se comprueba la imperfección ó falta de los centros intelectuales ó sensoriales del gusto, del olfato, del oído y de la vista. Así, para Tamburini y Morselli, la braquicefalia indica en un idiota un sistema sensorial muy malo. Para Benedikt «la afasia de los lóbulos occipitales coincide con la ceguera cortical congénita».

Los idiotas, cuya cara es simétrica, el cráneo regular, la fisonomía agradable, cuyo rostro es, en suma, engañoso, son individuos cuyo idiotismo es adquirido.

Que el idiotismo sea congénito ó adquirido, es completo é incurable ó in-

te la substancia cerebral hasta el ventrículo lateral y establecer así una amplia comunicación con él» (Bourneville y Sollier). En la *porencefalia* verdadera, las circunvoluciones se hallan dispuestas en forma de rayos en derredor del porus en el cual penetran; en la *pseudo-porencefalia* las circunvoluciones están cortadas irregularmente.

(1) *Progrès médical*, 1893, n.º 25, p. 485.

completo y susceptible de mejoría, aunque de una manera general el idiotismo adquirido sea más grave y más irremediable que el idiotismo congénito.

En cuanto á la *imbecilidad*, que es, según Julio Voisin (1), el tercer grado del idiotismo, «está caracterizada por la existencia rudimentaria de todas las facultades intelectuales, instintivas ó morales, por la perversión ó inestabilidad de estas facultades».

En último término viene la *debilidad mental*, caracterizada por la debilidad ó falta de equilibrio de las facultades.

Estudiaremos aquí, sobre todo, los idiotas propiamente dichos, los idiotas extra-sociales de Sollier y los imbeciles más bien anti-sociales (2).

El diagnóstico del idiotismo puede hacerse muy pronto, antes de la edad de dos años. Así, la falta de instinto de conservación que caracteriza el grado más avanzado del idiotismo puede faltar desde esta edad, notándose que el niño no toma el pecho espontáneamente, ó que no mama cuando se le introduce el pezón dentro de la boca. Otras veces el niño «no hace más que dar un grito», «no duerme jamás», «no se sonríe jamás».

La primera cosa que hay que hacer, en presencia de un niño de quien se sospeche el idiotismo desde los primeros meses, es examinar los diversos sentidos y los diferentes modos de sensibilidad.

En el idiota puede faltar la *visión* ó presentarse con retraso. Normalmente, el recién nacido comienza á distinguir la claridad de la obscuridad hacia el octavo día. Se reconoce que el niño no ve, en la vaguedad é incertidumbre de la mirada.

Lo que de ordinario falta en el idiota es el centro sensorial, permaneciendo absoluta ó relativamente intacto el aparato sensorial periférico.

La *visión* bruta puede ser conservada, en tanto que las nociones de distancia, de relieve, son completamente nulas. Este hecho nos enseña que en los idiotas cuyo centro sensorial existe, lo que les hace ser lo que son, es la falta de las fibras de asociación entre los diferentes centros de imágenes sensoriales; encontrándose también por parte de la *visión*, desigualdad pupilar, nistagmus, retinitis pigmentaria, atrofia coroidea, estrechez del campo visual.

«El *gusto* y el *olfato* permanecen las más de las veces en estado rudimentario en los idiotas y en los imbeciles». Pero, respecto de este punto, se observan grandes diferencias según los sujetos. Unas veces, la presencia de los alimentos modificaba su fisonomía y su actitud, haciéndoles prorrumpir en gritos ó gruñidos, y otras, por el contrario, permanecen impassibles. El *gusto* suele faltar ó hallarse pervertido á tal punto, que se les ve á veces comer sus excrementos. De igual modo que hay idiotas glotonos, los hay ayunadores, á los cuales hay que alimentar por medio de la sonda, y, en fin, hay idiotas rumiantes.

El *oído* se halla á veces relativamente desarrollado en los idiotas. Algunos retienen fácilmente canciones, de las cuales no comprenden una sola palabra. Así, Julio Voisin recomienda la música como medio de reconocer si un idiota oye ó no. Se encuentran por lo general «más idiotas ciegos que sordos».

(1) Para las otras clasificaciones propuestas por los autores, el lector puede consultar el libro de J. Voisin. Así Magnan divide los idiotas en: 1.º Idiotas espinales; 2.º Idiotas espinales-cerebrales posteriores; y 3.º Idiotas espinales cerebrales anteriores.

(2) Sollier, Psychologie de l'idiot et de l'imbecile. 1891.

Hay constantemente en los idiotas un retardo en el desarrollo del *sentido muscular*, bien en los miembros inferiores (marcha), bien en los superiores (prehensión). Así vemos individuos que no pudiendo andar, comen solos (as-tracción hecha de lesiones cerebrales y medulares especiales). Por otra parte, hay enfermos que saben leer y escribir y no pueden vestirse solos. A menudo, aun cuando conservan el sentido muscular, no le ponen en juego, probablemente porque no experimentan ninguna satisfacción; permanecen inertes. Por el contrario, nada tan frecuente en otros como los movimientos automáticos de balanceo del tronco y los tic. La masturbación misma, tan común en estos individuos, no es á veces más que un tic.

Así se encuentra la razón de ciertos tics en una satisfacción especial. Algunos enfermos *se producen* fosfenos frotándose el globo del ojo. Considerada de este modo, la masturbación, sin instinto lúbrico, no es tampoco un tic.

Los *órganos genitales* presentan deformidades con ó sin relación con la masturbación. Las anomalías ó deformidades genitales han sido perfectamente estudiadas por Bourneville y Sollier en los jóvenes, por Voisin en las niñas, por cuya razón no insistimos en ellas. Lo que sí es digno de hacer notar aquí, es el hecho de que los idiotas no son forzosamente estériles, excepto los idiotas cretinoides. La pubertad, dice Voisin, no se halla retardada en los idiotas; sus ménstruos son regulares, pero los hijos de los idiotas no se logra que vivan. En los varones, por el contrario, la pubertad se halla retardada.

El instinto sexual rara vez está desarrollado y exagerado en los idiotas propiamente dichos, pero esto es frecuente en los imbeciles, y se ven jóvenes perversas inventar historias de violaciones absolutamente falsas, contra las cuales debemos ponernos tanto más en guardia, cuanto que tienen el hímen destruido por la masturbación.

«La *sensibilidad* cutánea es muy obtusa en los idiotas». Son tan insensibles al frío como á la temperatura exterior. Durante el invierno permanecen en un estado de estupor comparable al de los animales invernantes, y otros tienen durante el verano períodos de excitación. Las sensaciones de hambre y de sed pueden hallarse exageradas en los idiotas; en fin, su estado de degeneración es de todos bien conocido.

Después de haber tratado de las sensaciones de los idiotas, fáltanos estudiar su *lenguaje*. El idiota, en vez de palabras, lanza gruñidos inhumanos; si consigue hablar, es siempre muy tardíamente. Así mientras que normalmente el niño llega á decir «papá» y «mamá» á los diez ó doce meses, el idiota no empieza á hablar hasta los tres ú ocho años, y aun por monosílabos.

Sus progresos son lentos y su lenguaje suele permanecer en estado rudimentario. Hay muchos idiotas que hablan sin saber lo que dicen, y sería un error juzgarlos inteligentes porque hablan. «Los microcéfalos son habladores, en tanto que los macrocéfalos hablan muy poco» (J. Voisin).

La memoria puede estar muy desarrollada con una inteligencia muy mediana, siendo muchas veces parcial, como han podido observarse numerosos ejemplos en esos calculadores prodigiosos, en los cuales las otras facultades son rudimentarias.

Conviene saber que en el idiota pueden encontrarse todas las variedades de