

et employer pour cela tous les moyens nécessaires. On peut même essayer de les fatiguer un peu dans l'après-dîner. Un bain tiède de quelques minutes, à la soirée, donne généralement une bonne nuit. Il n'y a nul inconvénient à faire un bain semblable tous les jours. On sait que le bain tiède est un excellent calmant du système nerveux.

Lorsque les enfants sont difficiles la nuit, crient sans motif, veulent être constamment suspendus au sein, il ne faut pas craindre de résister à leur colère. Dès qu'on est sûr que rien ne leur manque, qu'ils sont bien portants, on doit les laisser se fatiguer dans leur berceau; une ou deux nuits de fermeté suffiront pour leur donner de bonnes habitudes.

Jamais, en aucun cas, il ne faut avoir recours aux narcotiques; pas plus la nuit que le jour, les infusions de têtes de pavot, le laudanum et autres médicaments semblables sont très dangereux et sévèrement défendus.

MOUVEMENTS, PROMENADES.

Les mouvements, l'air, la lumière, activent les fonctions vitales, favorisent le développement du corps, augmentent l'énergie musculaire, donnent des chairs fermes, un teint coloré, une bonne constitution. C'est pourquoi il faut laisser de la liberté aux membres, ne pas les emprisonner étroitement dans un maillot trop serré.

La première sortie du bébé a lieu plus ou moins tôt, selon la saison et l'état de l'atmosphère.

A 15 jours déjà, en été, on peut le porter à l'air, lui faire faire chaque jour une promenade plus ou moins longue.

Les enfants doivent au commencement être portés sur les bras, tantôt à droite, tantôt à gauche; quand ils deviennent trop lourds et fatigueraient bientôt la personne chargée de les tenir, on peut les promener dans une petite voiture.

Quoi qu'on en ait dit, les petites voitures ont des avantages et, avec des précautions, elles ne présentent guère d'inconvénients. Elles doivent être bien suspendues; les enfants doivent y être à l'aise, chaudement couverts, à l'abri des chutes, de la bise ou du soleil; en quittant la maison, on place aux pieds du bébé un baril d'eau chaude, ou mieux, un sac de sable chauffé; on évite les chocs, les soubresauts, en choisissant les endroits qui se prêtent le mieux à la promenade. C'est ainsi que de petites voitures circulent journellement sur nos boulevards; le sol y est bien uni et doux; il y a de nombreux arbres, entretenant une certaine fraîcheur et garantissant contre les rayons ardents du soleil; l'air y est pur. L'enfant sommeille dans sa petite voiture, lentement poussée par la mère ou la nourrice. Nulle secousse, nul accident n'est à craindre.

Il n'en serait plus de même sur le pavé inégal des rues, à travers une circulation active, entre des voitures et des charrettes de toutes espèces; là, les cahotements incessants peuvent être préjudiciables et les dangers sont à craindre.

Il ne faut pas forcer les enfants à marcher trop tôt, on risquerait d'amener des déformations des membres inférieurs. Le mieux est de les laisser jouer sur un gros tapis moelleux, où ils se remuent tout à l'aise; s'ils font une culbute, ils ne peuvent se blesser. Dès qu'ils se sentent la force nécessaire, ils se soulèvent eux-mêmes en se tenant à un meuble, à une chaise, à un tabouret, à la main de la personne qui les surveille.

Quand les enfants commencent ainsi à marcher, ils font souvent des chutes. Pour garantir la tête, il est bon de la coiffer d'un léger bourrelet, qui amortit les coups. Nous avons déjà dit que le cerveau est très impressionnable. Les lisières, les paniers, les chariots et autres ustensiles qui obligent les enfants à rester debout, sont mauvais et doivent être complètement abandonnés. Pour aider l'enfant, on le soutient légèrement sous les bras; il est dangereux de l'obliger à marcher bon gré mal gré; il faut consulter ses forces.

Disons, en passant, qu'il est imprudent de soulever l'enfant par un bras pour lui faire sauter une rigole, une marche d'escalier. On risque de produire une contusion, une entorse ou une luxation du poignet, du coude ou de l'épaule.

C'est d'habitude vers 10 à 12 mois, que les enfants commencent à marcher seuls; c'est alors surtout qu'ils ont besoin d'être surveillés.

CRIS DE L'ENFANT.

Le nouveau-né pousse des vagissements en venant au monde; ils sont indispensables pour faire pénétrer l'air jusqu'aux dernières vésicules pulmonaires; s'ils sont étouffés, peu nombreux, on les excite par différents moyens (coups, frictions, bain, douche). On ne peut guère considérer ces cris comme provenant de la douleur; on doit plutôt les regarder comme une simple manifestation de la vie.

Plus tard, les cris de l'enfant peuvent avoir différentes sources, telles que la faim, la soif, la douleur. Quand il a besoin de prendre le sein, il sait fort bien se faire entendre. Mais c'est une erreur que de présenter le sein chaque fois qu'un enfant crie. S'il a pris son repas depuis peu de temps, et en quantité suffisante, la cause des cris doit être cherchée ailleurs.

La douleur peut les provoquer; ainsi le maillot trop serré, une épingle, un dérangement quelconque, des coliques.

Si l'enfant se cramponne fortement, a la face tirée, s'il a des vomissements, si surtout il a plusieurs selles liquides, blanchâtres ou verdâtres, s'il rend des gaz par l'anus, on doit penser que

les cris sont occasionnés par des coliques. Mais il faut éloigner cette idée lorsque les fonctions digestives ne laissent rien à désirer, que les selles n'ont rien présenté d'anormal.

Dans ces conditions, l'enfant n'étant pas indisposé et n'ayant besoin de rien, il y a lieu d'en conclure que ses cris n'ont pas d'importance; il ne faut pas s'en occuper. On ne doit pas surtout lui fourrer le sein ou le biberon dans la bouche, ni le prendre sur les bras, ni se promener avec lui une partie de la nuit, ni lui administrer un médicament quelconque.

DE LA DENTITION.

Il y a deux dentitions : la première et la seconde.

PREMIÈRE DENTITION. — La première dentition comprend 20 dents, qui viennent par groupes et tombent à partir de 6 ou 7 ans. C'est ce qu'on appelle *les dents de lait* ou *caduques*.

Les 20 dents de lait comprennent cinq groupes :

Le 1^{er} groupe est composé des deux incisives médianes inférieures, qui apparaissent vers 6 ou 7 mois, à peu de jours d'intervalle.

Le 2^e groupe est constitué par les quatre incisives supérieures, qui se montrent vers le 10^e mois, et exigent 3 à 4 semaines.

Le 3^e groupe est formé des deux incisives latérales inférieures et des quatre premières molaires, qui sortent du 12^e au 15^e mois.

Le 4^e groupe comprend les quatre canines, qui percent de 18 à 22 mois.

Le 5^e groupe est composé des quatre secondes molaires, qui se présentent entre 2 1/2 et 3 ans.

Ce mode d'évolution des dents doit être bien connu, car il a une grande importance pratique, d'abord au point de vue du sevrage et ensuite à cause des indispositions qui accompagnent parfois la sortie des groupes dentaires. Nous avons déjà dit que les différents changements dans l'alimentation de l'enfant doivent être réglés d'après la dentition, et l'on doit savoir quand les indispositions peuvent être attribuées, avec quelque vraisemblance, à ce travail physiologique.

Sans doute, l'éruption des dents ne suit pas toujours exactement les règles que nous lui avons assignées; certains enfants sont précoces, d'autres tardifs. Mais la marche conserve l'aspect indiqué, les dents viennent toujours par groupes séparés par un intervalle plus ou moins long; chaque groupe exige quelques semaines; l'ordre dans lequel chacun se présente est rarement interverti.

Les deux incisives médianes inférieures se montrent les premières et bien rarement avant 6 mois. Les mères doivent être averties que les exceptions sont peu communes. Beaucoup s'imaginent, lorsque les enfants bavent un peu et mordillent, que les dents vont arriver; elles sont facilement entretenues dans cette erreur, parce qu'elles

voient la place des dents légèrement marquée, la gencive des arcades dentaires légèrement rouge ou tuméfiée. Elles demandent qu'on facilite la sortie de la dent d'une manière quelconque, par exemple en incisant la gencive, moyen généralement inutile et dont certains praticiens abusent étrangement. Si l'enfant est indisposé ou malade, on dit : « c'est la dentition », et on n'appelle pas le médecin, ou on va le chercher trop tard.

Les jeunes mères sont très pressées de voir sortir les premières dents, elles prennent aisément leur désir pour la réalité; aussi à partir de 2 ou 3 mois, la plupart examinent chaque jour la bouche du bébé et s'attendent à trouver « quelque chose de nouveau ».

Sans doute, il y a des exceptions; certains enfants commencent à avoir des incisives à 4 ou 5 mois, quelquefois même plus tôt. Mais les jeunes mères doivent se rappeler que cette précocité est excessivement rare et qu'en tous cas l'éruption des deux premières dents n'est accompagnée ni précédée d'aucun symptôme morbide, se fait sans trouble d'aucune sorte, à l'improviste, pourrait-on dire.

Donc, si l'enfant de quelques mois est indisposé, on doit en chercher la cause ailleurs que dans la dentition. Cette remarque a une extrême importance.

Certains enfants viennent au monde avec des dents et généralement ce sont les deux incisives médianes inférieures qui sont déjà sorties, et plus ou moins longues. Cette précocité extraordinaire dénote une organisation spécialement avancée. — L'histoire rapporte que Louis XIV et Mirabeau étaient dans ce cas. — Le plus souvent, ces dents si précoces ne sont guère utiles, blessent les gencives, amènent des excoriations, des écorchures, se carient et tombent prématurément.

Les exemples du contraire sont beaucoup plus communs et dénotent un vice de nutrition, une organisation frêle, lymphatique. Certains enfants, en effet, n'ont leurs premières dents qu'à 8 et 10 mois, ou plus tard. Ce retard peut dépendre de la mauvaise qualité de la nourrice, de l'alimentation prématurée, de l'allaitement artificiel, de la quantité trop faible de sels de chaux absorbés par l'enfant. Il faut en rechercher la cause et y apporter un prompt remède, car le rachitisme, la scrofule, la tuberculose sont alors à craindre.

L'ordre dans lequel apparaissent les différents groupes dentaires est assez régulier. Cependant il peut être interverti, sans que cette anomalie présente d'inconvénients.

Accidents de la dentition. — Chez les enfants nourris au sein, bien portants, la dentition n'est en général accompagnée d'aucun trouble, ou les indispositions sont légères et de peu d'importance. Il n'en est pas de même chez les enfants faibles, se trouvant dans de

mauvaises conditions hygiéniques, ayant été élevés au biberon, ayant eu une alimentation prématurée.

Les premières dents sont les plus faciles à venir; les canines présentent le plus de danger. C'est ce qui avait engagé Trousseau à conseiller le sein jusqu'après la sortie des canines (18 à 22 mois); mais cet allaitement prolongé est réellement désavantageux et, du reste, les enfants nourris comme nous l'avons indiqué précédemment, traversent sans peine toute la période de dentition, y compris l'évolution des canines et des secondes molaires. Rappelons que le phosphate de chaux dont nous avons parlé précédemment, active et facilite la dentition.

Les perturbations qu'on peut observer sont *locales* ou *générales*, c'est-à-dire atteignent la bouche ou les grands appareils de l'économie (organes digestifs, circulation, système nerveux, etc.).

L'irritation des gencives, suivie parfois d'une inflammation plus ou moins vive de la bouche, est le symptôme le plus banal. Il y a de la rougeur, du gonflement, de la douleur, d'abord à un endroit limité, puis plus ou moins loin dans la cavité buccale. La gingivite provoque la salivation, l'enfant bave. De petites ulcérations, connues sous le nom d'*aphtes*, se forment parfois sur la partie interne des lèvres, des joues, sur la langue et rendent difficiles et douloureux les mouvements de succion.

Les enfants éprouvent dans les gencives une espèce de démangeaison, d'agacement (*prurit de la dentition*); c'est pourquoi ils mordillent volontiers tous les objets qui sont à leur portée. D'habitude, on suspend à leur cou un morceau de racine de violette, de guimauve, de réglisse, sur lequel ils exercent leurs mâchoires à volonté. Ils se soulagent aussi en prenant de petites gorgées d'eau fraîche ou de lait froid.

Quand l'inflammation est vive, on badigeonne les gencives plusieurs fois par jour avec un liquide émollient ou astringent, tel que sirop de gomme, sirop de capillaire, miel rosat, solution de borax (1 gr. pour 30 d'eau ou de sirop), de chlorate de potasse (1 p. 20), etc. La cocaïne (25 à 50 centigr. pour 10 gr. d'eau) est utile pour enlever la douleur. On peut toucher les aphtes avec une légère solution de nitrate d'argent, une ou deux fois par jour (5 à 10 centigr. pour 10 gr. d'eau).

Lorsque la gencive paraît très épaisse, dure, gonflée, difficile à percer, il est permis de l'inciser légèrement pour aider à la sortie de la dent. Il ne faut pas abuser de ce moyen, qui, mal employé, pourrait aggraver l'inflammation.

La *diarrhée de dentition* est commune et plutôt utile que nuisible. Les enfants ont alors cinq ou six selles par jour, plus ou moins liquides et abondantes, parfois muqueuses ou glaireuses. Si le

nombre des selles devient trop considérable, s'il y en a, par exemple, 7 à 8 par jour et au-delà, le médecin doit être appelé à les modérer. Il doit aussi intervenir lorsque les selles sont verdâtres, ou quand la diarrhée se prolonge au-delà de quatre ou cinq jours et affaiblit l'enfant.

Une diarrhée *modérée* est donc utile, sert d'émonctoire, éloigne jusqu'à certain point la congestion des centres nerveux.

Certains enfants sont, au contraire, sujets à la constipation; il faut alors, pendant la sortie des dents, chercher à obtenir deux ou trois selles par jour au moyen de lavements ou de légers purgatifs (sirop de rhubarbe, manne, miel, huile de ricin).

Habituellement, l'appétit est diminué, la langue est blanchâtre, il y a souvent des vomissements. Beaucoup d'enfants ne veulent plus que le sein ou n'acceptent que le lait pris au biberon ou à la cuiller; ils refusent toute autre nourriture. Cet état des voies digestives pourrait, en se prolongeant, amener des désordres graves; il exige la sérieuse attention des praticiens.

La *bronchite de dentition* est plus rare, mais plus importante. On voit des enfants qui s'enrhument et sont atteints de bronchite chaque fois qu'ils font des dents. L'inflammation peut s'étendre, devenir capillaire, la pneumonie même est à craindre. Le médecin devra juger de la gravité de chaque cas et donner ses indications en conséquence.

La *fièvre de dentition* s'accuse par l'élévation de la température; le thermomètre marque 38° et davantage. Cette fièvre est irrégulière, se montre surtout à la soirée; l'enfant est difficile, agité, il crie, ne peut s'endormir. Cet état amène vite de l'épuisement et doit être soigneusement combattu soit à l'aide de lotions, soit mieux avec les médicaments défervescents ou antipyrétiques.

Des *éruptions cutanées* sans importance s'observent quelquefois pendant la dentition.

Les *troubles nerveux* sont assez fréquents; ils se bornent le plus souvent à de l'agitation, à des crispations, à des spasmes dans quelques muscles isolés de la face ou des membres. Le sommeil est pénible; on dirait que l'enfant a des rêves effrayants, il s'éveille en sursaut, parfois en criant ou baigné de sueur.

Certains enfants s'endorment avec les yeux entr'ouverts, les globes oculaires tournés en haut, de sorte qu'on ne voit plus que la sclérotique blanche entre les paupières écartées. D'autres grimacent, grincent des dents. Parfois enfin des convulsions éclatent, durent plusieurs minutes, se renouvellent.

Tous ces accidents nerveux sont plus ou moins sérieux; ils peuvent être simplement réflexes ou bien dépendre d'une congestion du cerveau, ou même d'une méningite commençante.

Le médecin aura à en reconnaître la nature et agira en conséquence; toujours il devra être appelé aussitôt que possible, car son intervention au début peut avoir une grande efficacité sur la marche ultérieure de la maladie.

SECONDE DENTITION. — Elle commence vers 6 ou 7 ans et se fait à peu près dans le même ordre que la première.

Elle comprend 32 dents, dont les 4 dernières appelées *dents de sagesse*, ne se montrent souvent qu'à 20 ou 30 ans.

TRANSPARATION DE LA TÊTE.

Beaucoup d'enfants transpirent abondamment de la tête, spécialement pendant le sommeil. On voit les gouttes d'eau perler sur le sommet, le front, la face; l'oreiller est parfois tout trempé.

Nous avons constaté ce fait chez des enfants très bien portants, nourris au sein, se développant parfaitement. Nous croyons que le seul inconvénient est d'affaiblir le nourrisson et de l'exposer à des refroidissements. Il faut avoir soin d'étancher la sueur et de changer l'oreiller aussi souvent que de besoin. La t^e de la chambre ne doit pas être trop élevée; l'enfant doit être modérément couvert, surtout de la tête qui, le plus souvent, sera mieux sans bonnet. On évitera la laine et la plume dans les literies; l'oreiller surtout sera en crin ou en balle d'avoine.

DESQUAMATION DE LA PEAU.

Quelques jours après la naissance, l'épiderme se fendille, puis se détache par lambeaux. Parfois la desquamation se fait par petites écailles, comme après la rougeole.

Cette exfoliation est terminée du 30^e au 60^e jour; elle est plus lente chez les enfants faibles, nés avant terme.

Lorsque le nouvel épiderme n'est pas encore formé au moment de la chute de l'ancien, comme cela arrive parfois au creux de l'aisselle et au pli de l'aîne, on constate de la rougeur, de la sensibilité, du suintement, une espèce d'intertrigo. Il faut y mettre une bonne quantité de poudre desséchante (amidon, lycopode), qui suffit ordinairement à amener la cicatrisation en peu de jours. Il n'est pas rare non plus que les cheveux tombent et soient remplacés par d'autres de coloration différente.

SÉCRÉTION LACTÉE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Assez fréquemment les seins des nouveau-nés, garçons comme filles, se gonflent, deviennent durs et laissent suinter un liquide blanchâtre, lactescent. L'examen prouve qu'il contient tous les éléments du lait. Il arrive que ces seins gonflés s'enflamment, et donnent lieu à des abcès. Cet accident résulte d'une intervention intempestive de l'une ou l'autre personne, qui prétend faire sortir

le lait par des pressions plus ou moins énergiques ou des suctions avec la bouche ou un appareil quelconque. Le mieux est de n'y pas toucher. Si les tumeurs paraissent trop dures ou trop volumineuses, on fait des onctions d'huile camphrée toutes les 2 heures, et on les recouvre d'une compresse humide antiseptique.

Dans le plus grand nombre de cas, on se contente de maintenir la chaleur, en les recouvrant d'ouate ou de flanelle, et au bout de peu de jours toute grosseur a disparu.

OSSIFICATION DU SOMMET.

Au moment de la naissance, le sommet du crâne présente des espaces membraneux entre les os: c'est ce qu'on appelle les *sutures* et les *fontanelles*.

La fontanelle antérieure, située à l'angle de réunion des deux portions du frontal et des pariétaux, au-dessus du front, sur la partie médiane, est la plus large, la plus visible; c'est pourquoi on la désigne sous le nom de *grande fontanelle*, *fontanelle antérieure* ou *bregmatique*. Elle est quadrangulaire, de forme losangique, allongée d'avant en arrière.

Les os de la boîte crânienne jouissent ainsi d'une certaine mobilité, et permettent l'accroissement du cerveau, qui est rapide pendant la première année de la vie.

Loin de diminuer après la naissance, la grande fontanelle continue à s'élargir pendant les 1^{ers} mois; elle ne commence à s'ossifier, par conséquent à se rétrécir, qu'à partir du 9^e mois. L'oblitération est complète vers 1 1/2 à 2 ans.

A cet endroit, le cerveau n'est donc pas protégé par une couche osseuse; à travers l'espace membraneux, on peut voir et sentir les battements du cerveau qui se soulève à chaque contraction du cœur, et marque ainsi le pouls.

Les jeunes mères doivent connaître cette particularité, qui pourrait à tort les effrayer. Il faut avoir soin de ne pas comprimer cette partie, de la protéger contre le froid, les chocs, les coups, de peur d'irriter le cerveau ou ses enveloppes (les méninges); une imprudence de ce genre pourrait amener des convulsions, de la congestion cérébrale, une méningite.

Cette fontanelle peut devenir bombée ou déprimée. Dans l'athrepsie, l'anémie, la diarrhée abondante, le dépérissement, la membrane devient rentrante, déprimée en godet. Quand l'enfant fait des efforts, pousse des cris, la membrane bombe et forme une voussure appréciable; il en est de même dans la congestion cérébrale, et surtout dans l'hydrocéphalie (eau dans la tête). Quand l'hydrocéphalie se prononce, non seulement la grande fontanelle, mais toutes les sutures et toutes les fontanelles s'élargissent, deviennent proémi-

nentes, fluctuantes, de sorte que, à la fin, le crâne acquiert des dimensions énormes.

DÉBILITÉ DES NOUVEAU-NÉS.

Cette débilité existe chez les nouveau-nés avant terme, incomplètement développés, faibles, anémiques.

Elle peut se montrer chez des enfants nés à 9 mois et arrivés en état de mort apparente; on est parvenu à les faire respirer, mais ils restent pâles, sans vigueur, gémissent faiblement au lieu de crier; ils se remuent à peine, ne savent pas teter, avalent même difficilement, ils ont la plus grande tendance à se refroidir; les pieds, les mains, les oreilles, le nez sont glacés et bleuâtres; on éprouve la plus grande difficulté à les réchauffer un peu, l'hématose se fait mal, les extrémités sont presque constamment cyanosées.

Tous ces enfants débiles exigent des soins nombreux et assidus. Nous avons déjà dit précédemment que, grâce à la couveuse, on obtient des résultats vraiment surprenants.

Ces soins consistent à placer les enfants dans une atmosphère chaude, et à leur donner régulièrement de petites quantités de lait.

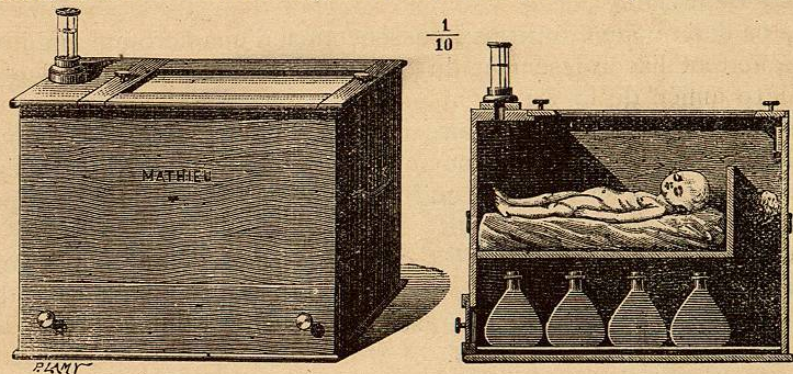


Fig. 137. — Couverveuse d'Auvar (1er modèle).

La 1^{re} indication est remplie par la couveuse maintenue à une t° qui varie entre 30° et 35°; plus l'enfant est faible et venu tôt, plus la t° doit être élevée. Ainsi, non seulement l'enfant est entouré de chaleur, mais de plus il respire un air tiède; la température du corps est bien maintenue au degré voulu et les poumons ne subissent pas l'influence néfaste du froid.

On laisse l'enfant dans la couveuse nuit et jour; on ne l'en retire que pour lui donner le sein et les soins de propreté; on évite de le laisser se refroidir pendant ces moments.

Dans le dernier modèle de sa couveuse, dont la figure est ci-contre, M. le D^r Auvar a remplacé les boules par un réservoir d'une contenance de 10 litres; c'est une heureuse simplification.

On a construit des couveuses, que l'on peut chauffer à l'aide du gaz d'éclairage et où l'on peut obtenir une température constante, grâce à d'ingénieux régulateurs. Mais ces appareils sont coûteux, compliqués, se détraquent plus ou moins rapidement et deviennent dangereux.

Si l'hématose est insuffisante, si surtout il survient du scléreme, l'oxygène pourra être utile, ainsi que l'a conseillé M. Bonnaire. Ce gaz est amené à la porte d'entrée de la couveuse et se mélange à la colonne d'air qui pénètre dans l'appareil et va baigner l'enfant.

On maintient l'enfant dans la couveuse 8 jours, 15 jours, un mois et davantage, selon les cas. On l'en déshabitude peu à peu en abaissant progressivement la t° de l'appareil.

A défaut de couveuse, on maintient la t° de la chambre à un degré assez élevé (24° ou 25°); on enveloppe l'enfant d'ouate, de cruchons d'eau chaude, de sacs de sable fin chauffé.

Les bains chauds et stimulants concourent au même résultat. On peut y laisser l'enfant 1 et même 2 heures, plusieurs fois par jour. La t° de l'eau doit être de 37 à 38 degrés centigrades, parfois même au-delà. On ajoute à l'eau du vin ordinaire, ou du vin aromatique, ou des herbes excitantes (menthe, absinthe, etc.)

Quelques accoucheurs allemands laissent les enfants dans un bain chaud permanent, pendant plusieurs jours. On a pour cela des baignoires spéciales, où l'enfant est couché à l'aise; la tête seule est hors de l'eau.

Les frictions stimulantes au vin aromatique, répétées plusieurs fois par jour, sont également très utiles. M. Guéniot recommande un massage très doux, avec les doigts et la vaseline, pratiqué matin et soir, devant un feu clair et sur toutes les parties du corps, particulièrement les membres.

La 2^e indication est remplie par une bonne nourrice, ayant un lait abondant, suintant facilement, et des mamelons allongés, minces, faciles à saisir.

Régulièrement, toutes les heures d'abord, elle place le mamelon entre les lèvres de l'enfant, et s'il n'a pas la force de tirer, elle exprime le lait dans sa bouche, elle en donne seulement quelques grammes les premiers jours; elle augmente ensuite progressivement en éloignant peu à peu les repas. Il faut une nourrice, car l'enfant a besoin d'être allaité immédiatement et ne peut attendre que la mère ait du lait.

Parfois on a plus facile en se servant du bout artificiel; on le place dans la bouche de l'enfant, pendant que la nourrice exprime son lait dans la partie renflée; l'enfant n'a pas d'efforts véritables à faire, il n'a qu'à exécuter de légers mouvements de succion.

Ou bien l'on est obligé de tirer le lait de la nourrice et de le donner à la cuiller.