

Le taux annuel d'accroissement diminue aussi sensiblement que le taux mensuel, à mesure qu'on s'éloigne de la période initiale. L'enfant qui, dans la première année, a gagné 20 centimètres, n'en gagne plus que 10 dans la seconde année, puis 7, puis 6, puis 5, jusqu'à quinze ans, où le gain annuel est encore plus réduit. Il peut bien y avoir, quelquefois, à l'occasion d'une maladie, ou spontanément, une poussée de croissance qui double ou triple le taux normal, mais cela ne change rien aux règles et aux moyennes établies sur un très grand nombre d'observations par Quételet.

TABLEAU D'ACCROISSEMENT EN LONGUEUR DE 0 A 15 ANS

AGE	TAILLE	GAIN ANNUEL
0	0 ^m ,50)
1 an	0 ^m ,70	20 centimètres
2 —	0 ^m ,80	10 —
3 —	0 ^m ,88	8 —
4 —	0 ^m ,95	7 —
5 —	1 ^m ,01	6 —
6 —	1 ^m ,07	6 —
7 —	1 ^m ,15	6 —
8 —	1 ^m ,19	6 —
9 —	1 ^m ,25	6 —
10 —	1 ^m ,30	5 —
11 —	1 ^m ,35	5 —
12 —	1 ^m ,40	5 —
13 —	1 ^m ,45	5 —
14 —	1 ^m ,50	5 —
15 —	1 ^m ,54	4 —
Total du gain en 15 ans.		1 ^m ,04

11

HYGIÈNE DE L'ENFANT¹

En hygiène infantile, les questions relatives à l'alimentation l'emportent sur toutes les autres, et doivent être mises au premier plan. Nous étudierons successivement les différents modes d'allaitement, le sevrage, les principaux aliments qui conviennent au jeune âge, l'incubation des nouveau-nés débiles et prématurés, les vêtements, le coucher, le sommeil, les sorties, l'hygiène de la peau, la mortalité des enfants, les mesures propres à la restreindre, etc.

Allaitement. — Il convient, en commençant, de proclamer encore une fois la supériorité de l'allaitement maternel sur tous les autres modes de nourriture, et de déplorer l'abandon volontaire ou involontaire de ce devoir qui est en même temps un bienfait pour les mères comme pour les enfants. Toute mère qui peut nourrir, et qui ne le fait pas, manque à son devoir le plus sacré et encourt une grave responsabilité. Nous devons tous agir, dans

(¹) Pour plus de détails, consulter le *Dictionnaire d'hygiène des enfants*, par le Dr J. Comby. Paris, 1901, Rueff, éditeur.

la mesure de nos moyens, pour développer l'allaitement maternel, trop délaissé. Et, pour cela, il faut que nous soyons bien convaincus de l'excellence de ce complément naturel de la maternité. Enfanter ne suffit pas; une mère n'est pas complète, si elle ne nourrit pas de son lait le petit être qu'elle a mis au monde. On distingue trois modes d'allaitement :

- 1° Allaitement naturel;
- 2° Allaitement mixte;
- 3° Allaitement artificiel.

L'allaitement naturel, ou allaitement par le sein féminin, se subdivise en *allaitement maternel* et *allaitement mercenaire*. L'allaitement artificiel, ou allaitement par le sein d'un animal, est *direct* quand l'enfant prend le pis de l'animal, *indirect* quand il prend le lait par l'intermédiaire d'un biberon, d'un verre, etc. L'allaitement est mixte quand l'enfant, sans être privé du sein féminin, reçoit un supplément de lait animal (par exemple sein le jour, biberon la nuit, ou inversement).

I. — *Allaitement naturel.*

Il est inutile d'insister sur la supériorité incontestable et incontestée de l'allaitement naturel, c'est-à-dire de l'allaitement au sein féminin. L'organisme de l'enfant nouveau-né n'est réellement adapté qu'à une seule alimentation, au lait de femme, de même que l'organisme du veau n'est adapté qu'au lait de vache, celui du chien au lait de chienne, etc. La nature le veut ainsi. Malheureusement il y a parfois des difficultés ou même des impossibilités, dérivant : soit de la mère, mauvaise nourricière, malade, ou mal conformée, quand elle est consentante; soit du nourrisson, trop faible, ou incapable pour une raison physique (bec-de-lièvre, etc.), de prendre le sein qui lui est offert.

A. — ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement par la mère est supérieur à tout. Il est possible, quand la mère est saine, assez forte, pourvue de mamelles suffisantes. Avant même l'accouchement, pendant la grossesse, surtout les derniers mois, on peut déjà prévoir qu'une femme sera bonne nourrice; dans ce cas, les seins sont volumineux, sillonnés à leur surface de veines bleuâtres, qui indiquent une circulation intérieure active. La mamelle, dissimulée sous une couche adipeuse plus ou moins épaisse, est ferme, de forme conique; la pression à la base du mamelon fait sourdre quelques gouttes jaunâtres de colostrum. Le *colostrum*, aliment de transition, est un liquide louche, jaunâtre, très aqueux, peu riche en corpuscules. Au moment de la naissance, c'est une émulsion composée de sérum et de globules graisseux.

Les mamelons sont gros, mûriformes, bien détachés, entourés à leur base d'une aréole brunâtre hérissée de tubérosités (tubercules de Montgomery). Quand on les titille, on les voit s'ériger et se durcir. Tout indique en un mot que, sous l'influence de la montée du lait, vers le 5^e jour après les

couchés, les seins se rempliront de liquide et assureront la nourriture du nouvel être. Par contre, si les seins sont flasques et pendants, si le mamelon est rétracté, si la pression ne fait sourdre aucun liquide dans les derniers jours de la grossesse, on pourra craindre l'incapacité nourricière de la femme enceinte. Encore ne faudra-t-il pas trop s'engager dans la voie prophétique, car les prévisions en apparence les mieux justifiées pourraient être démenties par l'événement. J'ai vu des femmes maigres, pâles, aux seins aplatis, faire d'excellentes nourrices. La maigreur, quand elle n'est pas excessive, ne doit pas empêcher l'essai loyal de l'allaitement. Il n'est pas rare de voir de ces femmes se transformer sous l'influence de la fonction nouvelle, acquérir un appétit inusité, engraisser, prendre des couleurs, éprouver en un mot les meilleurs effets d'un allaitement accepté à contre-cœur ou déconseillé par l'entourage. On devrait prendre pour règle, quand il n'y a pas contre-indication formelle, d'essayer l'allaitement, quitte à chercher une nourrice devant l'insuccès bien avéré. Les raisons mondaines ne devraient jamais entrer en balance avec les arguments physiologiques; à quelque classe de la société qu'elle appartienne, une femme, apte physiquement à nourrir son enfant, devrait pouvoir le faire. Elle y trouverait son avantage, et sa santé, loin d'être ébranlée, serait consolidée par l'accomplissement d'une fonction naturelle, qui a bien ses ennuis et ses déboires, mais qui offre bien des compensations matérielles et morales. C'est dans les grandes villes, en France surtout, que nous voyons les classes aisées de la société désertir de plus en plus l'allaitement maternel; il en résulte un développement énorme de l'industrie nourricière qui, si elle assure à beaucoup d'enfants riches les bienfaits de l'allaitement naturel, condamne un nombre égal d'enfants pauvres (ceux des nourrices mercenaires) à l'allaitement artificiel et au sevrage prématuré.

Cependant, on voit des mères incapables de mener à bien l'allaitement de leurs enfants. Quelques-unes sont devenues, par l'hérédité, par le séjour prolongé dans les grandes villes, par l'abus des plaisirs mondains et des fatigues qui les accompagnent, par une culture intellectuelle et artistique intensives, incapables de lactation. D'autres sont malades; elles portent le germe de la tuberculose; leurs traits, leur facies, leurs antécédents personnels et héréditaires, tout l'indique. Dans ce cas, il sera prudent de renoncer d'emblée à l'allaitement maternel, et de confier l'enfant issu de parents suspects à une campagnarde vigoureuse et sanguine. Donc l'allaitement est interdit à toute femme qui tousse habituellement, qui a eu des bronchites, qui compte des tuberculeux dans sa proche parenté, qui est tuberculeuse ou menacée de le devenir. Chez une femme de cette catégorie, l'allaitement est dangereux pour la mère, qu'il expose à la phtisie, et pour l'enfant, qu'il menace du même mal.

Après la phtisie pulmonaire, qui contre-indique absolument l'allaitement, il faut placer les maladies organiques du cœur, de l'estomac, des reins et des principaux viscères, généralement incompatibles avec cette fonction. Parmi les maladies chroniques générales, la chlorose avancée, le diabète sucré, l'obésité, le rhumatisme, la goutte, la gravelle, l'asthme, et

en général toutes les manifestations paroxystiques de la diathèse arthritique peuvent faire écarter l'allaitement maternel. Il est une cause souvent invoquée par les familles et par les médecins, le lymphatisme, la scrofule, qui me paraît au moins discutable. Beaucoup de femmes sont dites ou se disent lymphatiques, qui feraient d'excellentes nourrices. D'autres ont ou ont eu des manifestations scrofuleuses avérées, des ophtalmies, des adénopathies, des ostéopathies tuberculeuses qui les rendent suspectes. Or, quand ces manifestations sont éteintes, quand l'état général est bon, je ne vois pas pourquoi on empêcherait ces mères d'allaiter leurs enfants.

J'ai vu une mère de famille, d'ailleurs forte et bien constituée, mais défigurée par un affreux lupus tuberculeux de la face, traité sans succès à Saint-Louis par les cautérisations et les scarifications, donner le sein avec le plus grand succès à de beaux enfants qui n'ont souffert en rien des conséquences qu'on aurait pu redouter *a priori*. Et, cependant, si nous avions à choisir une nourrice, nous écarterions résolument les écrouelleuses, les lupiques, etc. Mais je parle d'allaitement maternel; là, il faut être beaucoup moins sévère et encourager avec bienveillance toutes les tentatives raisonnables. J'ai vu un cas où l'allaitement maternel paraissait absolument devoir tourner contre celle qui l'a tenté et contre son enfant. Il s'agit d'une dame qui, il y a quinze ans, fut prise, à la suite d'un refroidissement, d'une néphrite aiguë (douleurs dans les reins, urines rouges et rares, chargées d'albumine); cette dame, ayant toujours de l'albumine dans ses urines, devient enceinte. L'accouchement se fait naturellement; la mère veut nourrir; elle réussit parfaitement et, sous l'influence de l'allaitement, l'albumine disparaît totalement de l'urine; la néphrite, après trois ou quatre ans de durée, guérit; une nouvelle grossesse, suivie d'un nouvel allaitement prolongé, est aussi heureuse que la première; cette dame, pour la troisième fois, accouche et allaite avec le même succès. Cet exemple montre que l'albuminurie ne contre-indique pas toujours l'allaitement. Des faits analogues de mères albuminuriques ayant pu nourrir avec succès leurs enfants ont été rapportés par Pinard, Budin et leurs élèves.

Mais parfois la bonne volonté, l'énergie de la mère la mieux intentionnée sont contrariées par des accidents qui viennent compromettre l'allaitement. Ici, c'est un mamelon trop court, que l'enfant ne peut saisir, et qu'on est obligé de vider à l'aide d'un tire-lait. En pompant ainsi avec patience, on arrive parfois à former le mamelon et à le rendre accessible au nourrisson; mais parfois le résultat est nul, et il faut renoncer à l'allaitement maternel. Là, le mamelon est bien conformé, mais il se fissure, s'ulcère, présente des crevasses qu'il faut savoir prévenir ou guérir, pour éviter les douleurs, les lymphangites, les abcès de la mamelle, qui rendraient l'allaitement désastreux pour la mère et pour l'enfant. Enfin il arrive que, malgré les tractions énergiques pratiquées par le nourrisson, le lait ne monte pas ou monte en quantité insuffisante; on peut essayer quelques moyens qui passent pour avoir la vertu d'augmenter la sécrétion du lait: la bière de malt, le galéga, le sel marin, le cumin, l'anis, le fenouil, l'électricité, le massage, etc. Le Dr Vildermann (*Arch. de méd. des Enfants*,

juillet 1901) a montré que le lait avait une action galactogène. En donnant à des nourrices insuffisantes un litre ou un litre et demi de lait par jour, il a vu, 8 fois sur 10, la sécrétion augmenter et les enfants prospérer. Si tout échoue, si l'agalactie persiste, si l'enfant dépérit, on lui cherchera une nourrice. La galactorrhée peut être aussi parfois un obstacle à l'allaitement. On la combattra par la compression, par les badigeonnages à la cocaïne, par les emplâtres à la belladone, par l'ergot de seigle, etc.

L'âge de la mère peut-il être une contre-indication à l'allaitement? Quand on prend une nourrice, on fait grande attention à son âge, on ne la veut ni trop jeune, ni trop vieille; on a raison. Mais pour l'allaitement maternel, les limites sont plus élastiques. J'ai vu récemment, au Dispensaire que je dirigeais, une fille de 17 ans, fraîche et rose, qui allaitait avec le plus grand succès son enfant, âgé de 4 mois. J'ai vu, à peu près à la même époque, une femme de 42 ans qui donnait le sein à son sixième enfant, âgé de 6 mois; l'enfant était superbe. Une autre femme de 41 ans avait eu et nourri au sein 19 enfants; le dernier, qu'elle allaitait encore avec succès, était âgé de quelques mois. Une femme de 38 ans, qui a eu 14 enfants, et qui en a élevé 8 au sein, sans parler de 5 enfants étrangers qu'elle a nourris, donne encore le sein à une petite fille de cinq semaines avec un plein succès (observation prise à la Villette en décembre 1892). Par contre, une femme de 48 ans m'a présenté, à l'hôpital Trousseau, son treizième enfant devenu rachitique par insuffisance de lactation. Les autres, nourris par la mère, quand elle était plus jeune, avaient échappé au rachitisme. L'âge avancé peut donc être une contre-indication.

Certaines maladies, certaines indispositions, la frayeur ou même le seul fait de ne plus donner le sein pendant quelques jours, peuvent arrêter la sécrétion du lait et rendre la mère impropre momentanément à l'allaitement. Cette suppression du lait maternel n'est pas définitive, et souvent l'allaitement interrompu peut être repris avec succès. Le 21 avril 1890, une jeune femme me conduit son enfant âgé de 5 semaines, qu'elle avait mis au biberon depuis 15 jours, sur le conseil d'une voisine qui la croyait trop faible pour faire les frais de l'allaitement naturel; l'enfant était athrepsié, il avait du muguet, de l'érythème des fesses, etc. Je conseille à la mère de le remettre au sein sans plus tarder, et de l'aider, pour les premières tétées, en exerçant avec la main des pressions à la base du mamelon. Ce conseil fut suivi, le lait remonta peu à peu dans les seins, et le 5 décembre suivant (8 mois après) l'enfant m'était de nouveau présenté dans un état florissant de santé. Donc l'allaitement maternel avait pu être repris et continué après une interruption de 15 jours. Des interruptions plus longues (1 mois, 2 mois, et même 4 mois) ont été citées par les auteurs.

Quand la mère est atteinte, au cours de l'allaitement, d'une maladie aiguë grave (fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, variole, choléra, etc.), on doit se hâter de séparer l'enfant, de suspendre l'allaitement maternel. Le lait devient insuffisant, et peut, sous l'influence de la maladie, acquérir des propriétés nocives, les microbes ou leurs toxines passant dans le lait. Le mieux est de donner une nourrice à l'enfant, quand on le peut; si cela

est impossible, l'enfant sera soumis à l'allaitement artificiel, et quand la mère sera rétablie, elle pourra parfois reprendre l'allaitement. J'ai vu une nourrice qui, après une interruption de 44 jours causée par la scarlatine, put donner le sein de nouveau avec un plein succès.

Quand l'enfant est atteint de faiblesse congénitale, né avant terme, il arrive assez souvent qu'il n'a pas la force de téter. Sans renoncer à l'allaitement naturel, on fera tomber directement, par la traite manuelle, le lait dans la bouche de l'enfant. On pourra ainsi, toutes les heures, allaiter le nouveau-né, et quand il aura pris des forces il parviendra à téter directement. Quelquefois le gavage et la couveuse l'aideront à traverser ce passage difficile. Si l'enfant est atteint d'une malformation de la bouche (bec-de-lièvre, division du palais, gueule-de-loup), il lui est impossible de téter, et l'on est obligé de recourir à l'allaitement artificiel.

Je suppose que tout soit normal du côté de la mère, comme du côté de l'enfant; il faut maintenant étudier les règles, la technique de l'allaitement naturel: première tétée, nombre et durée des tétées de jour et de nuit, quantité de lait par tétée et par jour, durée de l'allaitement, etc.

Première tétée. — C'est toujours avec une certaine émotion qu'on voit approcher le moment où le nouveau-né va prendre le sein pour la première fois. Il ne faut d'ailleurs pas se presser de mettre l'enfant au sein de la mère. On laissera reposer celle-ci pendant plusieurs heures, on respectera son sommeil. L'enfant peut attendre, il dort de son côté, et il ne court pas le risque de mourir d'inanition, dût-on différer la première tétée jusqu'au lendemain. Pendant le premier et le second jour, le nouveau-né n'a pas besoin, en réalité, d'une alimentation sérieuse, il lui faut surtout évacuer ses sécrétions rénales et intestinales, uriner, rendre son méconium. Aussi ne peut-on que blâmer la pratique, très ancienne et très répandue, il est vrai, mais inutile et dangereuse, de donner à l'enfant quoi que ce soit (eau sucrée, lait stérilisé) avant la première tétée.

Si la mère était incapable de donner le sein avant le 2^e ou 3^e jour, ou si l'on attendait une nourrice, on donnerait à l'enfant quelques cuillerées à café de lait tiède stérilisé. En dehors de ces circonstances exceptionnelles, l'enfant ne prendra rien entre sa naissance et la première tétée. Pour cette première tétée, il faut aider la mère, obligée d'ailleurs de garder une position gênante, la position horizontale. On découvre le sein, on lave le mamelon à l'eau boriquée tiède, on l'essuie avec le coton hydrophile, et on le dirige dans la bouche de l'enfant, couché le long du flanc de sa mère. Il est rare, quand le mamelon est bien conformé, quand l'enfant est normal, d'échouer dans les premières tentatives d'allaitement. Après la tétée, qui a une durée variable (de quelques minutes à un quart d'heure), on retire l'enfant, on le porte dans son berceau, et on lave à l'eau boriquée le mamelon.

Nombre des tétées, intervalles qui doivent les séparer. — Pendant les premiers jours, la régularité parfaite n'est pas possible, elle est même superflue. On met l'enfant au sein quand il pleure sans raison apparente, tantôt toutes les deux heures, tantôt toutes les heures. Mais déjà il faut avoir pour objectif les tétées rares et également espacées. En effet, l'estomac du

nouveau-né, quoique doué d'aptitudes spéciales pour l'activité et la rapidité de la digestion, met cependant un certain temps à se vider, et il n'est pas bon de faire un nouveau repas alors que le précédent n'est pas encore digéré. Or, si on laisse l'enfant téter toutes les heures, par exemple, on peut être sûr que la digestion d'une tétée n'est pas achevée quand l'autre commence, d'où fatigue pour l'estomac et possibilité (si la chose se répète trop souvent) de vomissements, de diarrhée, de dyspepsie, etc. Chez le nouveau-né, la digestion dure au moins 1 heure 1/2, 2 heures, et plus tard 2 à 3 heures. Il faut donc, pour que l'estomac ne soit pas toujours encombré de lait, prescrire un intervalle de 2 heures, 2 heures 1/2, 3 heures entre les tétées. On arrive assez rapidement et assez facilement à régler l'enfant d'après ces principes, quand la mère a du lait, quand elle est bonne nourrice. Pour s'en assurer, il suffit de peser l'enfant avant et après chaque tétée. Si la mère n'a pas assez de lait, l'enfant crie avant l'heure réglementaire et le nombre des tétées devient excessif. La trop grande fréquence des tétées est souvent un signe d'insuffisance de lactation. L'intervalle entre les tétées doit être plus grand la nuit que le jour; si 2 heures séparent les tétées de la journée, 4 heures devront séparer les tétées nocturnes. Pendant les premières semaines, l'enfant ne devra pas faire plus de 8 à 10 tétées en 24 heures (6 à 7 le jour, 2 à 3 la nuit). Plus tard, ce chiffre devra s'abaisser à 7 et à 6.

Quand l'enfant sera bien portant, on ne le réveillera pas sous prétexte que l'heure de la tétée a sonné; l'intervalle peut, sans danger, pour une fois, dépasser 3 heures. Si l'enfant est faible, délicat, paresseux au sein, dormeur et torpide, il faut le réveiller, le secouer, provoquer la succion par de petits tapotements sur les joues, etc. La balance sera encore le meilleur guide à suivre dans ce cas. Le chiffre des tétées par 24 heures n'est pas tout, l'abondance de chaque tétée est à considérer. Les tétées du matin sont généralement plus copieuses que celles de l'après-midi; l'intervalle de ces tétées matinales pourra donc s'allonger, tandis que celui des tétées vespérales se raccourcira. On n'exigera pas une égalité mathématique contraire à la nature. La rareté relative des tétées est facile à obtenir avec une bonne nourrice; elle est impossible dans le cas contraire.

On ne donnera pas deux fois de suite le même sein; on alternera. Un sein, vidé plus souvent que son congénère, prendra un développement trop considérable, l'autre diminuant parallèlement, et la plus grande irrégularité régnera dans les tétées. Il faut encore s'abstenir de donner, à la même tétée, les deux seins successivement. Il y a des femmes qui n'ont qu'un sein utilisable, soit par suite d'abcès, soit par vice de conformation du mamelon, etc. Dans ce cas, l'enfant est bien obligé de téter toujours le même sein. Et la question se pose de savoir si une femme qui n'a qu'un sein est capable de nourrir son enfant. S'il s'agit d'une nourrice mercenaire, la question n'est pas douteuse, et l'on doit refuser toute nourrice privée d'un sein. Si la mère veut absolument nourrir avec un sein, d'ailleurs bien développé, faut-il s'y opposer? J'ai vu quelques femmes qui, dans ces conditions défavorables, ont pu mener à bien l'allaitement de leurs enfants. Dans ce

cas, elles étaient obligées d'avoir recours, plus tôt que d'habitude, à une alimentation supplémentaire, à l'allaitement mixte. Il en est de même pour une femme qui, tout en ayant deux seins utilisables, veut allaiter deux enfants. Si c'est une nourrice mercenaire, on s'y opposera. Si c'est une mère qui veut élever elle-même deux jumeaux, on pourra acquiescer, avec la résolution ferme de recourir de bonne heure à l'allaitement mixte. Car il est tout à fait exceptionnel qu'une femme, robuste et bonne laitière, puisse allaiter avec succès deux enfants.

Une mère qui allaite son enfant doit éviter avec soin de donner le sein à un autre enfant connu ou inconnu, si elle veut se mettre sûrement à l'abri de contaminations dangereuses pour elle et pour son propre enfant (syphilis).

Durée de chaque tétée. — La durée de chaque tétée est variable, mais elle doit être assez courte. Elle est variable, car elle dépend de la quantité de lait qui se trouve dans la mamelle, de la force du nourrisson, etc. Tel enfant fera sa tétée en 5 minutes, tel autre en 10, en 15, en 20 minutes. Il ne faut pas dépasser ce chiffre dans la majorité des cas. Il ne faut pas laisser l'enfant s'endormir en conservant le mamelon dans la bouche. Cela se voit couramment quand l'enfant couche dans le même lit que sa mère, et cela est très fâcheux. En effet, le mamelon, incessamment mouillé par la salive, se ramollit, s'excorie, se crevasse; des inflammations, des abcès peuvent en résulter. De plus, le nourrisson tète plus souvent qu'il ne faudrait, et il peut en résulter pour lui des troubles digestifs.

Il faut donc surveiller la durée des tétées et savoir la restreindre dans certains cas en se servant de la balance, qui dira si l'enfant a pris assez de lait, et en observant certains effets des tétées trop prolongées et trop abondantes (vomissements, diarrhée, etc.). Quand la tétée est terminée, le nouveau-né s'endort; on le prend avec soin et on le met dans son berceau. On le tiendra dans la position horizontale ou peu inclinée pour prévenir les vomissements qui se produisent surtout quand l'enfant est secoué, quand il est tenu debout ou assis sur les bras de la mère ou d'une bonne.

Quantité de lait prise à chaque tétée. — La quantité de lait prise à chaque tétée varie suivant la valeur nourricière de la mère, suivant l'âge, le poids, la vigueur de l'enfant. La capacité physique de l'estomac du nouveau-né est petite; elle n'excède pas dans les premiers jours 40 à 50 centimètres cubes, c'est-à-dire le quart d'un verre ordinaire; si l'on veut, la première semaine, faire prendre à l'enfant une quantité supérieure de lait, on est exposé à distendre, à dilater son estomac. Puis cet organe rapidement augmente de volume, il peut, dès la seconde semaine, contenir facilement 70 à 80 centimètres cubes; la 5^e semaine, 80 à 90 centimètres cubes; le 2^e mois, 100 à 120 centimètres cubes; le 5^e mois, 140 centimètres cubes; le 5^e mois, 250 centimètres cubes; le 6^e mois, 500 centimètres cubes. Ces chiffres nous donnent à peu près le poids maximum de chaque tétée aux différents âges du nourrisson. Ils veulent dire que, le premier mois, l'enfant ne doit pas prendre, en moyenne, plus de 60 à 70 grammes de lait par tétée; que, le second mois, il doit se borner à des tétées de 100 à