CHAPITRE II

DE L'ALLAITEMENT DES ENFANTS

Il résulte évidemment de ce que nous avons dit qu'au moment de l'accouchement tout est merveilleusement disposé pour que la mère puisse allaiter son enfant; mais toutes ne sont pas également aptes à remplir ce dernier devoir : aussi distingue-t-on plusieurs espèces d'allaitement, distinctions basées sur l'origine et le mode d'administration du lait qui est destiné au nouveau-né. L'allaitement, en effet, peut se pratiquer de plusieurs manières. Le plus souvent c'est la mère qui fournit à l'enfant sa première nourriture, et la sécrétion laiteuse est chez elle assez abondante pour suffire à tous ses besoins. D'autres fois les mères, ne pouvant seules pourvoir à l'alimentation du nourrisson, ont besoin de suppléer à l'insuffisance de leur lait en y ajoutant une nourriture étrangère. Quelquefois la mère ne pouvant elle-même nourrir son enfant, celui-ci est confié à une autre nourrice. Il est des cas, enfin, où, malgré l'impossibilité où elle est de nourrir, la mère ne peut se procurer une nourrice étrangère ou un animal, et l'on est obligé de suppléer complétement à l'allaitement.

L'ordre que nous suivrons dans l'exposition des divers modes d'allaitement est basé sur les différentes variétés que nous venons d'indiquer, et nous aurons successivement à traiter : 1° de l'allaitement maternel ; 2° de l'allaitement mixte; 3° de l'allaitement par les nourrices; 4° de l'allaitement par les femelles d'animaux, et 5° de l'allaitement artificiel.

ARTICLE PREMIER

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le lait de la mère est certainement la nourriture qui convient le mieux à l'enfant, c'est celle que la nature lui a destinée. Aussi, toutes les fois que la femme jouit d'une bonne santé, lorsque aucune maladie grave n'a diminué ses forces, quand il n'existe aucun antécédent de famille dont on puisse redouter l'influence héréditaire, tous les intérêts se réunissent pour l'engager à céder au vœu de la nature. Quant à la vigueur de la constitution, aux qualités du lait, au développement des mamelles, il ne faut pas, à l'égard des mères, se montrer aussi sévère qu'on doit l'être envers les nourrices. Si l'on ne devait, en effet, accorder la faculté de nourrir qu'aux femmes douées d'une force et d'une santé aussi robustes que celles qu'on cherche dans les nourrices mercenaires, il faudrait à peu près renoncer à voir la plupart des femmes du monde allaiter leurs enfants. Nous en voyons souvent dont le lait est peu abondant et de médiocre qualité faire de leurs enfants de très-beaux élèves, et, chose singulière, si ces

mêmes femmes viennent à prendre un nourrisson, celui-ci dépérit faute d'une alimentation suffisante.

Sans admettre que l'allaitement préserve les femmes récemment accouchées d'une foule de maladies auxquelles elles sont exposées quand elles ne nourrissent pas, tout en reconnaissant qu'il les expose d'une manière toute spéciale aux fissures du mamelon, aux engorgements et aux abcès du sein, je le crois si utile à l'enfant que je le conseille toutes les fois qu'il n'y a pas une contre-indication formelle, telle qu'une constitution éminemment lymphatique, l'existence d'une affection dartreuse, ou une prédisposition héréditaire ou autre à la phthisie pulmonaire.

Lorsqu'une femme enceinte a le projet de nourrir son enfant, le médecin est le plus souvent consulté sur son aptitude et sur les qualités futures de son lait. Cette question est le plus souvent fort difficile à résoudre. Cependant, en tenant compte de l'état de la constitution, des modifications subies par les mamelles, de l'abondance et des qualités du liquide séro-lactescent qu'elles fournissent (voy. *Lactation*), on pourra, dans la majorité des cas, porter un pronostic assez probable.

Quelquefois les prévisions du médecin semblent être mises en défaut pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement. Telles femmes, après avoir commencé à nourrir, malgré l'avis de leur accoucheur, se croient d'excellentes nourrices et se rient de nos craintes en voyant l'abondance de leur lait pendant les premiers temps qui suivent l'accouchement ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Donné, cette abondance au début n'est pas toujours une garantie pour l'avenir ; les femmes les moins bien partagées produisent souvent du lait en assez grande quantité dans les premiers temps, et le lait est toujours assez riche pour un enfant nouveau-né. Tout semble d'abord bien aller, et ce n'est qu'après six semaines ou deux mois qu'on s'aperçoit de la diminution du lait, du dépérissement de l'enfant, ou de l'altération survenue dans la santé de la mère.

§ I. — Précautions à prendre chez les femmes qui veulent nourrir.

Parmi les précautions préliminaires à prendre, la plupart sont relatives à la conformation du mamelon. Les variétés qu'il présente peuvent, en effet, indiquer l'emploi de quelques moyens préparatoires, et même, dans quelques cas, constituer une contre-indication formelle à l'allaitement. Ainsi, certaines femmes ont le mamelon très-court, c'est à peine s'il se trouve au niveau de la mamelle ; chez quelques autres, l'endroit où il se trouve présente une dépression au lieu d'une saillie; enfin, il en est quelques-unes dont le mamelon était, même avant la grossesse, excessivement sensible, et, pendant les temps froids, devenait le siége de gerçures et de crevasses. Lorsqu'il y a absence complète de la saillie formée par le mamelon, lorsque surtout une dépression existe là où normalement il se rencontre, l'allaitement présentera plus tard de si grandes difficultés pour l'enfant, et pourra devenir la cause de tant de souffrances pour la mère,

que je conseille d'y renoncer. Jusqu'à présent, en effet, les moyens employés dans le but de former, de façonner le mamelon, sont quelquefois efficaces, lorsque le mamelon est seulement trop court; mais rarement ils le rendent assez saillant quand il n'existe pas du tout, et souvent ils deviennent la cause d'accidents assez sérieux. Ainsi on a conseillé :

1° La titillation du mamelon souvent répétée pendant les deux derniers mois de la grossesse; mais elle irrite, devient souvent douloureuse, et l'on est obligé d'y renoncer.

2° L'application des bouts de sein. Elle consiste à poser sur la mamelle une plaque de bois tournée et concave, au centre de laquelle se trouve une petite excavation où peut se loger le bout du sein. La femme applique cette plaque quand elle est habillée, et serre le gousset de son corset, de manière que la plaque appuie fortement. La compression exercée, excepté sur le mamelon, le fait fortement saillir, et, lorsque les femmes ont porté la plaque pendant deux ou trois mois, le mamelon a acquis une longueur d'un centimètre. Lorsque l'application du bout de sein paraît insuffisante, on adapte à son extrémité une pompe qui, à chaque coup de piston, exerce des tractions sur l'extrémité du mamelon, et le fait proéminer. Mais, pendant les mouvements qu'on lui imprime, la peau du mamelon frotte incessamment contre les parois du bout de sein, et les frottements trop souvent répétés peuvent en causer l'inflammation. Nous en dirons autant de ces espèces de fioles dont le corps offre une ouverture étroite qu'on applique sur le mamelon, et d'où se détache un tube allongé et courbé, à l'aide duquel la femme elle-même peut exercer quelques aspirations sur le mamelon.

3° La succion directe et souvent renouvelée est certainement le meilleur moyen. On peut en confier le soin au mari, à une femme de chambre intelligente. A défaut d'une personne assez complaisante, on peut se servir d'un chien nouveau-né de grosse espèce auquel on enveloppe les pattes. La succion est le procédé le plus avantageux, car la gouttière formée par la langue maintient au mamelon sa longueur, et ne lui permet pas les mouvements d'oscillation que lui imprime la pompe. En outre, le mamelon, humecté par la salive, devient plus souple et plus facile à allonger. Après cette succion, dit Gardien, on bassine le mamelon avec du vin tiède pour raffermir l'épiderme. On enferme les bouts dans des étuis faits avec de la cire vierge ou du caoutchouc, pour les maintenir allongés et les garantir des frottements. Pour les bouts de sein faits de cire, on prend une tablette de cire, que l'on met quelque temps dans l'eau chaude pour la ramollir; on l'enfonce ensuite dans son centre avec le doigt ou avec un dé à coudre, de manière que la dépression ait assez de profondeur pour loger le mamelon.

Quant à la sensibilité excessive du bout du sein qu'on observe chez quelques femmes qui n'ont pas encore été mères, elle nécessite aussi l'emploi des moyens propres à durcir, à tanner un peu la peau du mamelon. On y parvient assez facilement en faisant faire, pendant plusieurs mois, des lotions avec de l'eau alcoolisée ou des liqueurs astringentes.

A l'aide de ces précautions prises avec réserve, on parvient souvent à rendre possible et même facile un allaitement qui sans elles aurait été peut-être impossible, mais dont au moins les débuts auraient été très-pénibles.

§ II. — Règles à suivre pendant l'allaitement.

Tout étant convenablement disposé, la mère va nourrir son enfant. Or, pour exposer avec ordre les préceptes pratiques qui doivent diriger l'allaitement, il est utile de distinguer dans son cours plusieurs époques principales, qui, caractérisées par des phénomènes particuliers du côté de la mère et du côté de l'enfant, deviennent la source d'indications spéciales. Nous diviserons l'allaitement en trois périodes : la première finira avec la fièvre de lait, la seconde s'étendra jusqu'au terme de six mois, la troisième jusqu'au sevrage.

Première période. — La première période comprend un temps de très-courte durée qui sert, pour ainsi dire, de transition entre la nutrition intra-utérine, où l'enfant puisait dans l'organisme maternel les éléments nutritifs tout élaborés, et l'allaitement proprement dit, durant lequel il reçoit bien encore de la mère une nourriture spéciale, mais qui, avant d'être assimilée, a besoin de subir une certaine élaboration dans son tube intestinal. Les phénomènes qui signalent cette période sont, en effet, préparatoires de part et d'autre : du côté de la mère, dont le lait perd peu à peu les caractères du colostrum pour revêtir ceux d'un liquide plus nutritif; du côté de l'enfant, qui s'habitue peu à peu à la nouvelle fonction, y devient de plus en plus habile, et trouve dans le liquide qui lui est fourni par la mère les éléments purgatifs qui débarrassent le canal intestinal, et le préparent ainsi à digérer des aliments plus substantiels.

Comme nous l'avons déjà dit, au moment de l'accouchement ou peu après, le colostrum sécrété par les mamelles est assez abondant pour suffire aux besoins de l'enfant. On pourrait donc, à la rigueur, le présenter immédiatement au sein. Dans beaucoup de cas cela peut se faire sans inconvénient. Les efforts de succion auxquels il se livre suffisent généralement, chez les primipares, pour déterminer ou augmenter la sécrétion laiteuse. Toutefois la mère, dont souvent les forces sont épuisées par les douleurs de l'enfantement, éprouve, après plusieurs nuits d'insomnie, un tel besoin de repos et de calme, qu'il y aurait cruauté à la forcer, sans nécessité, à allaiter tout de suite son enfant. Aussi est-on dans l'habitude de la laisser reposer pendant sept à huit heures, et ce n'est qu'après ce temps qu'on lui présente son enfant. Mais ce dernier ne pourrait, sans inconvénient rester aussi longtemps sans nourriture, et, une heure après sa naissance, il est utile de lui faire prendre quelques cuillerées à café d'eau sucrée tiède. La même précaution est renouvelée toutes les heures au plus tôt et toutes les trois heures au plus tard, jusqu'au moment ou la mère pourra, sans inconvénient lui donner à teter. En agissant ainsi, on a encore l'avantage de débarrasser la bouche et l'arrière-gorge des mucosités dont elles sont souvent obstruées. Si pendant plusieurs jours une circonstance quelconque rendait l'allaitement maternel

impossible, il faudrait y suppléer en ajoutant à l'eau sucrée un quart environ de lait de vache.

Quelques personnes ont pensé qu'on pouvait avec avantage retarder de vingt-quatre, trente-six et même quarante-huit heures, le moment de présenter l'enfant au sein de sa mère ; quelques auteurs veulent même que la fièvre de lait soit passée, Il y a dans cette façon d'agir plusieurs graves inconvénients. Ainsi, l'enfant est privé pendant tout ce temps d'un liquide dont les qualités nutritives sont parfaitement appropriées à l'état du tube intestinal, dont les propriétés laxatives dispensent d'avoir recours aux purgatifs, si souvent nécessaires à l'expulsion du méconium chez les enfants qui ont une nourriture artificielle. D'un autre côté, la succion exercée par l'enfant facilite la montée du lait, prévient le gonflement immodéré des seins et les douleurs qui en sont si souvent les conséquences, façonne pour ainsi dire le mamelon, dont la saisie est pour l'enfant beaucoup plus difficile lorsque les seins sont tendus et tuméfiés, et rend presque nulle la fièvre de lait. Tout à la fois dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, nous croyons convenable de ne pas donner à teter immédiatement après la délivrance, mais de ne pas attendre plus de dix à douze heures.

Avant de présenter le sein pour la première fois à l'enfant il est important de lotionner le mamelon avec de l'eau tiède, de détacher les concrétions de matière sébacée qui peuvent être accumulées au fond des sillons où viennent s'ouvrir les conduits lactifères. Ces lotions ont aussi pour résultat de l'humecter, d'en augmenter la souplesse, et de le rendre moins désagréable à l'enfant.

Il faut, les premiers jours, mettre le mamelon dans la bouche de l'enfant, car, agissant d'une manière instinctive et aveugle, exerçant des succions sur tout ce qu'on lui présente, il pourrait le chercher longtemps sans succès. La plupart des enfants s'acquittent assez bien de ces premiers essais ; mais il n'en est pas toujours ainsi : indépendamment, en effet, des difficultés qui tiennent à la forme et au volume de la mamelle et du mamelon, difficultés dont nous parlerons plus tard, il en est qui dépendent de la manière dont le sein lui est présenté : ainsi, la face étant appliquée contre le sein, le nez de l'enfant est, si l'on n'y prend garde, bouché en même temps que la bouche est obstruée par le mamelon, et l'enfant, ne pouvant pas respirer, se retire du sein : il faut donc avoir le soin de tenir toujours libre l'ouverture des narines. D'autres fois le mamelon, au lieu d'être embrassé par la face supérieur de la langue, dans la concavité de laquelle il doit être reçu, est placé au-dessous de la pointe de cet organe, sur le plancher de la cavité buccale, et la succion devient impossible. Levret a signalé une disposition remarquable de la langue, qui est comme recourbée en gouttière et collée au palais : il faut alors l'en détacher avec une spatule. Les mouvements de la langue sont quelquefois gênés par la brièveté du frein de la langue, ou filet, qui empêche ses mouvements et sa projection en avant ; il faut alors le couper [1].

[1] Le frein de la langue est quelquefois, mais beaucoup plus rarement que ne le paraissent penser quelques accoucheurs, qui le coupent chez la plupart des nouveau-nés, trop long d'avant en arrière, en même temps qu'il est trop court de bas en haut. La pointe de la langue, arrêtée alors contre la paroi inférieure de la bouche, reste dans les divers mouvements derrière le rebord alvéolaire, et s'étend avec peine entre les lèvres. Lorsque l'enfant crie avec force, on voit que la langue est bridée en bas et en avant par une cloison transparente qui l'empêche de se relever et de se porter en avant.

L'opération qu'il faut pratiquer alors est des plus simples. La tête de l'enfant étant maintenue légèrement renversée en arrière, un aide lui pince le nez pour le forcer à ouvrir la bouche. On se sert de la sonde cannelée. On dirige le filet dans la rainure de la plaque de cette sonde, puis, relevant fortement la langue, le chirurgien, dont la main droite est armée de ciseaux mousses, divise le frein d'un seul coup, en ayant soin de diriger la pointe de l'instrument en bas et le plus loin possible de la langue.

Les accidents qui peuvent survenir sont : 1° le renversement de la langue dans le pharynx, observé trois fois par J. L. Petit, et qui étoufferait l'enfant si l'on ne ramenait promptement avec le doigt l'organe à sa position normale ; 2° l'hémorrhagie, quand on a lésé les veines ranines. Il importe d'autant plus de la reconnaître et de la déprimer, que les mouvements de succion ou de déglutition continuels entretiennent l'écoulement. On y remédie, soit en partant un caustique liquide au fond de la plaie, soit en touchant le vaisseau lésé avec un stylet chauffé à blanc, soit à l'aide du bandage de J. L. Petit. C'est une fourche de bois longue de 3 centimètres, garnie de linge, prenant son point d'appui contre la face interne de la symphyse maxillaire, et embrassant de l'autre le sommet de la plaie. Elle est maintenue par une petite bande passée en travers dans la bouche, ramenée, puis croisée au-dessous de la mâchoire, et relevée au-dessus des oreilles pour être fixée au bonnet de l'enfant.

Parmi les circonstances qui peuvent encore rendre l'allaitement difficile ou impossible, il faut noter certaines tumeurs sublinguales, le bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine et du voile du palais, l'hémiplégie faciale qui résulte souvent de l'application du forceps. Ce dernier accident guérissant en général assez promptement, l'allaitement artificiel ne sera que temporaire ; les tumeurs sublinguales devront être incisées ou extirpées le plus tôt possible. Quant à la division de la voûte palatine et du voile du palais, elle rend presque toujours impossible l'allaitement maternel par une nourrice.

Il est des enfants qui, soit par faiblesse congénitale, soit par paresse ou défaut d'activité, semblent ne pas vouloir se donner la peine de teter. Il faut, après leur avoir mis le mamelon très-avant dans la bouche, dire à la mère de lui imprimer quelques mouvements, afin de chatouiller la langue et de solliciter son action. On pourrait, dans le même but, presser un peu le bout du sein pour en faire jaillir quelques gouttes, ou mieux, cela étant difficile chez les primipares, exprimer un linge imbibé d'eau sur la base du mamelon, qui conduit cette liqueur entre les lèvres, appliquées sur son extrémité.

Malgré toutes ces tentatives, certains enfants paraissent ne vouloir exercer aucun effort de succion, ne manifestent par leurs cris aucun besoin et dorment presque continuellement. Ce sommeil se prolonge quelquefois outre mesure. Les mères se réjouissent de ce repos de l'enfant, qui leur permet de jouir elles-mêmes du calme dont elles ont tant besoin, et elles se gardent de le troubler en le présentant au sein. Mais lorsque l'enfant se réveille au bout d'un temps plus ou moins long, ou bien lorsque, préoccupés de la durée considérable de ce sommeil, les parents veulent le réveiller, l'enfant, privé trop longtemps de nourriture, a perdu toute son énergie, ne pousse que quelques cris affaiblis et ne peut plus teter. Il faut s'empresser aussitôt de le réveiller par toute espèce d'excitation. On

le déshabillera, on le placera devant un feu très-vif, on le frictionnera vivement avec des flanelles sèches ou imbibées d'eau-de-vie camphrée, on insistera pour lui faire prendre le mamelon, et, si l'on ne réussit pas, il faudra immédiatement recourir à une nourrice dont le lait coule facilement, et qui lui en fera tomber peu à peu quelques cuillerées dans la bouche. Il est rare qu'on ne parvienne pas ainsi à ranimer ces pauvres enfants; mais on est souvent obligé, avant de les rendre à leur mère, de leur conserver pendant quelques jours la nourrice étrangère, dont le lait coulant facilement ne nécessite de leur part presque aucun effort de succion. L'accident que nous venons de signaler est loin d'être rare, et pour ma part j'ai observé plusieurs enfants qui m'ont donné les plus vives inquiétudes. Aussi faut-il toujours recommander à la mère de ne pas rester plus de deux ou trois heures sans donner à boire ou à teter à son enfant, et de le réveiller, quoi qu'il en coûte.

La première fois qu'il tette, l'enfant se fatigue assez promptement, ce qui s'explique et par sa faiblesse et par les efforts qu'il est obligé de faire. Aussi le premier et le second jour il n'exerce guère que quatre, puis six, puis huit succions, régulières et non interrompues; et il s'arrête pour recommencer après quelques instants. L'intervalle qui sépare chaque reprise est en général plus long à mesure qu'il se fatigue davantage, soit parce qu'il est plus faible, soit parce que déjà il tette depuis un peu de temps. Parfois même il s'endort au sein après quelques efforts, et l'on est obligé de le réveiller en le frappant légèrement sur les joues, sur les fesses ou sur les pieds. Les enfants peuvent rester ainsi une demi-heure et plus au sein, tellement sont éloignées les succions.

Or, cette lenteur de l'allaitement peut devenir très-pénible pour la mère. En général, en France, les femmes s'asseoient dans leur lit pour donner à teter, et quand elles sont obligées de garder longtemps cette position, elles sont souvent très-fatiguées. C'est précisément pour leur éviter cette fatigue que je désire populariser dans notre pays un usage que j'ai vu adopter avec le plus grand succès par quelques Américaines. Pour donner à teter elles se couchent sur le côté correspondant au sein qu'elles veulent donner, et, plaçant l'enfant le long de leur poitrine, elles laissent tomber le mamelon dans sa bouche. Elles peuvent garder longtemps cette position sans en éprouver aucune fatigue.

Durant ces premiers jours, il est très-important de surveiller attentivement l'enfant pendant qu'il est au sein, pour s'assurer s'il tette réellement et avale du lait. Soit, en effet, parce que le lait arrive trop difficilement, soit parce que l'enfant ne veut pas ou ne peut pas faire les efforts nécessaires, on le voit bien exercer avec ses joues certains mouvements qui simulent la succion, et cependant il n'avale pas. On porte alors un doigt sur le larynx, et les mouvements que cet organe exécute pendant la déglutition peuvent seuls prouver que celle-ci s'accomplit. On entend, en outre, assez souvent une espèce de bruissement produit par le liquide, qui de la bouche passe dans l'œsophage.

Lorsque l'enfant a teté dès le premier jour, il est rare qu'au moment de la fièvre de lait le mouvement fébrile soit très-prononcé. Le plus souvent aussi, grâce aux nombreux dégorgements opérés par l'enfant, les seins sont peu distendus et peu douloureux. Toutefois l'abondance du lait est à ce moment si considérable chez certaines femmes, que la distension des seins est extrême, et que l'allaitement devient momentanément plus pénible pour la mère et plus difficile pour l'enfant. Plus pénible pour la mère, car les efforts de succion deviennent douloureux, et le gonflement énorme de la glande, qui s'étend jusqu'au creux axillaire, rend pénible l'action de rapprocher le bras du tronc, ce qui est nécessaire pour tenir convenablement le nourrisson; plus difficile pour l'enfant, car il trouve dans cette distension extrême une difficulté nouvelle pour saisir le mamelon. Lorsque la mamelle est gonflée, en effet, celui-ci s'efface ou s'enfonce de manière à ne pouvoir être saisi par les lèvres de l'enfant. Il est souvent nécessaire alors de dégorger les seins à l'aide des pompes-ventouses. En extrayant une certaine quantité de lait, on fait cesser la douleur produite par le gonflement, et l'on rend au mamelon sa longueur normale.

Durant les premiers jours il faut, l'enfant tetant très-peu à la fois, lui donner le sein à des intervalles très-rapprochés. Cependant il est déjà convenable de l'habituer à une certaine régularité dans les heures des repas. Les enfants se trouvent, en effet, toujours mal d'une alimentation irrégulière, qui tantôt met trop de distance entre les repas, et tantôt charge coup sur coup leur estomac d'une nouvelle quantité de lait, sans leur laisser le temps de digérer celui qu'ils viennent de prendre. Sans vouloir mettre une rigueur mathématique, l'enfant nouveau-né doit teter environ toutes les deux heures au moins et toutes les trois heures au plus. Quand il est faible ou né avant terme, et qu'il ne prend chaque fois qu'une très-petite quantité de liquide, les distances pourraient être raccourcies. Quant à la quantité de lait qu'il faut laisser prendre chaque fois à l'enfant, je crois qu'à moins de circonstances exceptionnelles il faut le laisser seul juge en pareille matière. Ce qui convient à l'un serait, en effet, insuffisant pour l'autre; et d'ailleurs les enfants ayant le privilége de rejeter le trop-plein de leur estomac, il n'y a pas grand inconvénient à ce qu'ils en prennent un peu plus que ce qui leur est absolument nécessaire.

Deuxième période. — Après la fièvre de lait, les seins ont acquis toute leur activité fonctionnelle, et là commence en réalité l'allaitement. Bien qu'en général on n'ait plus à lutter contre les difficultés que nous avons mentionnées dans la période précédente, il est cependant quelques préceptes qui trouvent encore une appréciation utile.

Le premier soin, avant de donner à teter à l'enfant, est de s'assurer qu'il a réellement besoin de teter, car jamais il ne faut lui présenter le sein dans le but unique d'apaiser ses cris, comme le font, hélas ! la plupart des jeunes mères. Il ne faut pas croire, en effet, que le cri soit toujours l'expression d'une souffrance ou d'un besoin réel. L'enfant crie comme nous parlons : bien souvent c'est seulement un acte par lequel il signale son existence individuelle, et durant les premiers temps il lui est tellement habituel qu'il paraît parfois y trouver une certaine jouissance. Il est, en effet, des enfants qui crient sans qu'on puisse en reconnaître la cause, et, malgré leur agitation continuelle et souvent leurs longues insomnies, on ne les voit pas dépérir. Les nourrices