

La communauté médicale montréalaise de 1850 à 1890 : variations sur le thème d'élite

JOHANNE COLLIN
LAURENCE MONNAIS-ROUSSELOT*

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, Montréal constitue un pôle d'attraction important pour la communauté médicale québécoise. Cette période particulièrement déterminante se caractérise à Montréal par une multiplication des institutions hospitalières et universitaires, des journaux et associations médicaux, ainsi que par une accélération des développements scientifiques. Pour cerner les contours et les caractéristiques d'une élite médicale propre à la ville de Montréal à l'époque, les auteurs ont circonscrit leur définition d'« élite médicale » aux seules dimensions professionnelles et scientifiques (formation, fonctions, titres et reconnaissance). Partant de la liste des prescripteurs inscrits dans l'ordonnancier de l'important pharmacien H. R. Gray, liste nominative qui regroupe la très grande majorité des médecins montréalais de l'époque, leur principal critère d'identification de cette élite a été celui de la visibilité de ses membres à travers la presse médicale. Mais l'élite médicale montréalaise ne constitue pas pour autant un ensemble homogène. Au-delà d'un cloisonnement linguistique, les auteurs ont mis en évidence d'autres lignes de stratification. Le rôle grandissant des chirurgiens, révélé en même temps qu'appuyé par de nouvelles techniques et procédés opératoires, et l'avènement des spécialités le prouvent sans conteste.

During the second half of the nineteenth century, Montreal was an important centre for the Quebec medical community. This significant period was characterized by the establishment of a multiplicity of hospitals, university medical schools, journals, and medical associations, as well as by rapid scientific developments. To determine the nature and characteristics of Montreal's medical elite of the period, the authors concentrate on its professional and scientific dimensions pertaining to these doctors' training, positions, titles, and recognition. Using the list of doctors from the prescription records of Montreal pharmacist H. R. Gray, which includes the names of

* Johanne Collin est professeur à la Faculté de pharmacie et chercheur au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal. Laurence Monnaï-Rousselot est chercheur post-doctoral au GRASP et au Département d'histoire de l'Université de Montréal.

a large majority of Montreal physicians of the time, the authors identify predominant physicians based on their visibility in the medical press. Montreal's medical elite was not a homogeneous group, however. In addition to the obvious linguistic division, the authors reveal other lines of stratification, clearly shown by the growing role of surgeons, a role enhanced by new techniques and operating procedures, and the beginning of medical specialization.

UNE ÉTUDE du milieu médical est nécessairement à la croisée de l'histoire sociale, de l'histoire de la médecine et de celle des sciences. Pour ce qui concerne le corps médical québécois au XIX^e et dans le premier tiers du XX^e siècles, l'historiographie s'est notamment structurée autour de thèmes majeurs tels que la professionnalisation, l'histoire institutionnelle, celle de la santé publique et l'introduction d'innovations scientifiques dans la pratique médicale¹. On doit cependant constater que les historiens canadiens et québécois ne se sont pas véritablement lancés dans une analyse de la spécificité de la communauté médicale à Montréal dans la seconde moitié du XIX^e siècle, et moins encore sous l'angle de ses dynamiques internes, des trajectoires de carrière de ses membres et des lignes de stratification qui la traversent².

1 Faisant le point sur l'historiographie québécoise à ce sujet, G. Bouchard tient le même genre de propos (« Les médecins dans la société sagueyenne », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 49, n° 4, printemps 1996, p. 521–549). Les principales références pour la période qui nous concerne ici sont les travaux de J. Bernier (*La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Presses Universitaires de Laval, 1989; « Vers un nouvel ordre médical : les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec », *Recherches sociographiques*, vol. 22, n° 3, septembre-décembre 1981; « L'intégration du corps médical québécois à la fin du XIX^e siècle », *Réflexions historiques*, vol. 10, n° 1, printemps 1983, p. 91–113) et de D. Goulet : *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639–1939)*, Montréal, VLB Éditeur, 1992; « Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870–1930) », thèse de doctorat en histoire, Université de Montréal, 1993; *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (1843–1993)*, Montréal, VLB Éditeur, 1993; *Histoire de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880–1980*, Montréal, VLB Éditeur, 1993; *Histoire du Collège des médecins, 1847–1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997. Quant aux références plus anciennes, proposant pour la plupart d'entre elles des histoires institutionnelles, nous nous contentons de les mentionner : A. Vallée, *La médecine canadienne-française*, Québec, s.d., 1924; M. Abbott, *History of Medicine in the Province of Quebec*, Montréal, McGill University Press, 1931; J. Gauvreau, *Les médecins au Canada français*, Montréal, 1933; A. Lesage, *Le Centenaire du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec*, s.l., s.n., 1947; E. H. McDermot, *A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, Montreal General Hospital, 1950; C. M. Boissonnault, *Histoire de la Faculté de médecine de Laval*, Québec, Presses Universitaires de Laval, 1953.

2 Dans ce contexte, on ne peut alors s'empêcher de saluer le travail de C. Rosenberg sur la communauté médicale newyorkaise (« The Practice of Medicine in New York a Century Ago », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 41, 1967, p. 223–253) et l'ouvrage de W. Bynum sur la pratique médicale en Grande-Bretagne au XIX^e siècle (*Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994). Enfin, notons les travaux de M. Tétrault sur la médecine dans une ville industrielle de Nouvelle-Angleterre dans la deuxième moitié du XIX^e

À l'instar de tout autre groupe social, on ne saurait en effet présumer de l'homogénéité de la communauté médicale montréalaise. Nous posons au contraire l'hypothèse que ce groupe est stratifié de diverses manières et comporte notamment une élite qui lui est propre. Par le terme « élite », nous entendons ici une minorité disposant de privilèges acquis au niveau de la formation et des fonctions; ceux-ci conduisant à une reconnaissance scientifique et professionnelle indéniable. L'utilisation du qualificatif « scientifique », dans un sens large, s'oppose ici à l'interprétation la plus courante du terme d'élite, celle qui fait de « notable » son synonyme ou approchant³.

C'est sur l'identification de cette élite médicale précise, sur ses contours et ses composantes que nous allons nous pencher, en excluant toute considération d'ordre socio-économique⁴. De fait, ce repérage dessert les objectifs d'une vaste recherche que nous conduisons actuellement sur l'usage de la thérapeutique dans la seconde moitié du XIX^e siècle. À travers l'analyse des données contenues dans l'ordonnancier de H. R. Gray, important pharmacien montréalais à cette époque, cette recherche vise à comprendre le recours à la thérapeutique par les médecins exerçant à Montréal⁵. Or, entre ce qui est suggéré par une certaine élite, notamment à travers la presse médicale, et les véritables usages qui, au jour le jour, sont faits des médicaments, il y a forcément un décalage dont il faut appréhender l'ampleur. C'est donc pour mieux comprendre comment le fait d'appartenir à une élite peut influencer les pratiques de prescription des médecins, qu'il nous apparaissait d'abord nécessaire d'en cerner les contours internes, professionnels et scientifiques.

À cet égard et en outre, la seconde moitié du XIX^e siècle constitue, selon nous, une période particulièrement déterminante. En effet, elle se caractérise, à Montréal, par une multiplication des institutions hospitalières et universi-

siècle, et en particulier « Les médecins d'une ville industrielle de la Nouvelle-Angleterre : Lowell, Massachusetts, 1866–1900 », *Histoire sociale*, vol. 28, n° 55, mai 1995, p. 181–191. Même si ces références s'abordent essentiellement les caractéristiques socio-économiques des médecins et leur pratique privée, elles se sont avérées d'une grande utilité.

3 Cette définition s'inspire de celle proposée par G. Busino, *Élites et élitisme*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je? », 1992.

4 À la différence, donc, de ce que proposent des travaux comme ceux de B. Tunis pour une période antérieure à celle que nous avons choisie (« The Medical Profession in Lower Canada: Its Evolution as a Social Group, 1788–1838 », B.A. research essay, Carleton University, 1979) ou encore ceux, plus récents, de G. Bouchard sur l'élite médicale saguenayenne (« Les médecins dans la société saguenayenne »).

5 *Pratiques de prescription et pharmacothérapie à Montréal (1859–1907)*, projet de recherche subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et par le Hannah Institute for the History of Medicine. Il est en effet important de noter que cette analyse répond à un besoin particulier qui aide à expliquer notre définition d'élite et l'orientation prise par cet article : mieux connaître les fonctions professionnelles mais aussi le parcours éducationnel, l'état des connaissances ou encore les activités scientifiques des prescripteurs de l'ordonnancier Gray dont on veut décortiquer et interpréter les pratiques quotidiennes et leur évolution.

Tableau 1 : État numérique de la communauté médicale montréalaise

Sources	1871	1891
Recensements	134	? ¹
Registres du Collège des médecins	107 ²	349 ³
Annuaire Lovell	127 ⁴	246

- 1 Le total des médecins pour la province de Québec est estimé à 1 220 par le recensement de 1891. Aucun décompte pour la ville de Montréal (ou de Québec) ne semble avoir été effectué cette année-là.
- 2 Ce total est issu du registre du Collège des médecins de 1875. Il est évident que les manques y sont nombreux (tous les licenciés ne sont pas inscrits, tous les praticiens ne sont pas licenciés) sans oublier que la résidence notifiée au moment de l'inscription peut ne plus être celle de la pratique pour la période de notre étude.
- 3 Cette fois le décompte a été effectué à partir du Registre disponible pour 1895 faisant état des praticiens enregistrés depuis sa création en 1847. On doit une fois encore mettre en doute l'exactitude de ce total : le nombre de décès notifié paraît faible; à nouveau, il s'agit de résidents de Montréal au moment d'une inscription qui peut remonter à plusieurs décennies; enfin, même s'il est plausible que les chiffres soient plus sûrs en 1895 qu'en 1875 (ne serait-ce que du fait du système de poursuite des non licenciés mis en place entre-temps), il est probable que plusieurs aient encore échappé à l'inscription.
- 4 Les décomptes proposés à partir des Annuaire Lovell s'avèrent tout aussi (voire plus) aléatoires que les précédents du simple fait que les médecins devaient payer pour y voir leur nom inscrit.

taires, des journaux et associations médicaux, ainsi que par une accélération des développements scientifiques.

Les contours d'une élite médicale : choix, restrictions et définitions

Les médecins inscrits dans l'ordonnancier de la pharmacie Gray entre 1869 et 1890 sont au nombre de 322 (confondus entre 1869 et 1890 et dûment identifiés⁶). Ils représentent la quasi-totalité des médecins exerçant à Montréal en 1869 (143 praticiens⁷) et une forte majorité de ceux qui y pratiquent en 1890 (219). Cette déduction s'appuie sur une confrontation réfléchie des sources de comptabilisation disponibles (voir le tableau 1).

Partant donc de ce groupe qui représente, on l'a vu, une très large proportion de la communauté médicale montréalaise, nous avons cherché à accumuler les informations biographiques et bibliographiques concernant, individuellement ou collectivement, ses composantes. Pour ce faire, nous avons

6 En fait pour les années dépouillées de l'ordonnancier, c'est-à-dire 1869, 1876, 1883 et 1890 à ce jour. Nous n'avons pas comptabilisé les médecins dont nous n'étions pas certaines du nom de famille, c'est-à-dire une dizaine environ.

7 Parmi les médecins inscrits dans l'ordonnancier, certains ne sont pas situés dans ce que les différentes sources statistiques considèrent comme « Montréal centre » (cas du recensement de 1871), mais plutôt en périphérie. Comme nous ne possédons pas les adresses de chacun, il reste pour l'instant impossible de statuer sur le nombre exact de médecins « montréalais ».

fait appel à plusieurs catégories de sources, essentiellement de première main. Ainsi avons-nous procédé à un dépouillement systématique de la presse médicale de l'époque, utilisant toutes les sortes d'information qu'elle mettait à notre disposition⁸.

À ce potentiel informatif de taille et relativement négligé, se sont ajoutées des données provenant de dictionnaires biographiques⁹, fonds d'archives¹⁰, listes de personnel enseignant et hospitalier, mémoires et biographies médicales¹¹. De la confrontation de données rendue possible par cette recherche poursuivie simultanément, nous avons alors pu mettre en évidence une très claire similitude dans la composition d'un groupe de praticiens considérés, à l'époque et à différents niveaux, comme « visibles » et ainsi reconnaître la presse comme un outil d'investigation particulièrement privilégié.

Source principale, la presse médicale offre non seulement une information brute (dans le cadre de notices nécrologiques par exemple, de rubriques « mondaines »), mais aussi bien davantage : cette presse en plein épanouissement renferme en effet une partie de la production scientifique de ces médecins; elle informe sur les positions théoriques et pratiques de certains et relate des cas susceptibles d'éclairer la pratique médicale de l'époque. Elle rend également compte de débats et de conflits et consigne les rapports des associations médicales ainsi que les informations professionnelles. La presse médicale laisse fréquemment la parole à ses rédacteurs, ses collaborateurs et à ceux qui, dans une rubrique *ad hoc* (« Correspondance ») veulent s'exprimer personnellement sur un fait ou une expérience¹². Enfin, bien

8 Il faut en effet bien comprendre que nous avons utilisé l'ensemble de l'information de la presse, une information qui est loin d'être monolithique. Ainsi, en plus des données sur l'activité scientifique et professionnelle de certains médecins particulièrement dynamiques (signataires d'articles par exemple, investis dans les sociétés médicales), nous avons utilisé tout ce qui pouvait concerner chacun des noms identifiés à partir de l'ensemble de l'ordonnancier (représentant finalement, on l'a dit, la presque totalité de la communauté médicale montréalaise de l'époque) et ainsi composé des biographies les plus complètes possible.

9 Citons surtout le *Dictionnaire biographique du Canada* qui offre une vingtaine de notices biographiques se rapportant aux protagonistes de notre échantillon, l'ouvrage de W. H. Atherton sur les grands hommes de son temps (*Montreal from 1535 to 1914*, Montréal, 1914, 3 vol.) et les volumes de R. Rumilly concernant l'histoire de Montréal (*Histoire de Montréal*, Montréal, Fides, 1972, t. 3).

10 En particulier le fonds du D^r Desjardins, archivé aux Archives de santé de l'Université de Montréal. Il faut néanmoins préciser que ce fonds est constitué de biographies composées d'informations glanées par le D^r Desjardins au fil de ses lectures : pour beaucoup donc, elles ne nous en apprennent pas plus que ce que nous avons personnellement répertorié au travers de nos dépouillements.

11 Il faut en effet noter l'existence de quelques ouvrages biographiques utiles à une meilleure compréhension de l'univers médical dans lequel baignaient nos protagonistes et leurs contemporains : W. B. Howell, *F. J. Sheperd, Surgeon: His Life and Times*, Toronto et Vancouver, J. M. Dent & Sons, 1934; H. E. McDermot, *Sir Thomas Roddick*, Toronto, Macmillan, 1938; R. P. Howard, *A Sketch of the Life of the Late G. W. Campbell*, Montréal, 1882.

12 La concentration qui est la nôtre sur la presse médicale veut non seulement insister sur un potentiel documentaire trop souvent délaissé par les historiens mais sur un discours qui met en valeur la communauté médicale québécoise, ses activités et ses préoccupations, qui permet de la scruter de

que ponctuellement, elle donne à lire des médecins qui esquissent un portrait personnel de la communauté dont ils sont partie intégrante¹³. La presse permet en somme une approche biobibliographique, voire prosopographique, irremplaçable.

Par la visibilité qu'elle confère à certains membres de la profession, cette source nous éclaire sur la carrière et les activités d'une « minorité » qui la dynamise en retour. La presse médicale constitue, de ce fait, un instrument idéal de définition des contours d'une certaine élite médicale, à tout le moins selon notre définition du terme. Les médecins prescripteurs de l'ordonnancier dont le nom revient dans cette presse de façon récurrente, et à plus d'un titre, s'avèreraient en conséquence membres à part entière de cette minorité « privilégiée ». Sur les 322 médecins prescripteurs considérés au départ, il se trouve que 76 remplissent ce critère d'indéniable visibilité à travers la presse médicale : visibilité nous permettant d'opérer alors un véritable travail de reconstruction biographique¹⁴. C'est dire que près du quart des médecins montréalais s'illustreraient de diverses façons dans les sphères scientifiques et professionnelles de la ville.

Ce dynamisme témoignerait-il d'un certain pouvoir d'attraction de Montréal sur une élite médicale provinciale? N'est-il pas plutôt le signe de clivages et de cloisonnements moindres dans les carrières des médecins montréalais que ceux qui existent chez leurs confrères des grandes villes européennes et nord-américaines¹⁵? C'est ce à quoi nous allons tenter d'appror-

l'intérieur. Le fait que cette presse soit l'oeuvre exclusive de la communauté montréalaise, on aura l'occasion de revenir sur ce point, justifie encore cette approche. Il s'agit finalement de faire de cette presse médicale à la fois une source et un objet d'études privilégiés, une démarche validée en particulier par A. Paradis (« Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux (1826-99) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 43, n° 1, 1989, p. 63-91).

13 Voir A. H. David, « Reminiscences Connected with the Medical Profession in Montreal During the Last Fifty Years », *Canada Medical Record*, vol. 12, octobre 1883, p. 1-8; W. Osler, « Du développement de la profession médicale au Canada. Discours prononcé à l'assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne », *Union médicale du Canada*, vol. 14, 1885, p. 480-489, 529-539; J.-P. Rottot, « La science médicale à Montréal depuis 50 ans jusqu'à nos jours », *La Revue médicale*, vol. 6, 1902, p. 342-347.

14 Voir la liste nominative de ces 76 médecins en annexe.

15 Voir à ce propos principalement : G. Weisz, *The Medical Mandarins: The French Academy of Medicine in the Nineteenth and Early Twentieth Centuries*, New York et Oxford, Oxford University Press, 1995; J. Leonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981; M. J. Peterson, *The Medical Profession in Mid-Victorian London*, Berkeley, University of California Press, 1978; T. N. Bonner, *Medicine in Chicago, 1850-1950: A Chapter in the Social and Scientific Development of a City*, Urbana et Chicago, University of Illinois Press, 2^e éd., 1991. Si les exemples urbains évoqués par ces ouvrages mettent en scène des paramètres historiques, sociaux, professionnels différents (en particulier dans le cas français largement traité par Weisz), il est important de noter par ailleurs que ces études ne s'attardent pas véritablement sur un portrait de l'élite telle qu'on l'identifie ici, s'attachant davantage à peindre un médecin notable, un statut qui s'inscrit dans une société urbaine. D'autres scrutent plus largement l'ensemble des caractéristiques de la profession médicale à une époque donnée. Seule l'étude de Bonner insisterait largement sur l'insertion scientifique des

ter réponse ici, offrant, par là même, une étude sur l'existence de cette élite large et l'éventualité de sous-ensembles et d'une stratification interne à cet ensemble.

Montréal comme lieu d'attraction d'une élite médicale

On peut en effet se demander quel est le pouvoir d'attraction d'une métropole comme Montréal sur le corps médical québécois dans la deuxième moitié du XIX^e siècle et sur ce qui pourrait être considéré comme la « crème » de la profession. L'examen des densités médicales provinciale et montréalaise commande ici une réponse sans équivoque, tout au moins, à la première partie de cette question.

Rappelons en effet que selon l'étude de J. Bernier, les villes de Montréal et de Québec attirent une bonne partie des médecins de la province¹⁶. C'est là où les « caducées font surtout carrière » pour reprendre son expression. Montréal compterait 14 pour cent de la population québécoise en 1871, mais surtout 26,4 pour cent de sa population médicale. Dix ans plus tard, elle regrouperait 34,4 pour cent des médecins québécois pour moins de 10 pour cent de la population de la province. Elle est la ville qui draine le plus de nouveaux médecins. Leur densité, supérieure à celle de Québec, est de 1 pour 800 en 1871 et de 1 pour 663 en 1891. Montréal centre compterait 1 médecin pour 381 habitants dès 1871. Cette preuve par les chiffres ne suffit toutefois pas à expliquer la place particulière de Montréal en termes de « qualité » de sa population médicale.

Selon un éditorial du *Canada Medical Record* en novembre 1872, « Montreal, the metropolis and great manufacturing centre of the Dominion, has always been recognized as the chief seat of Medical Education for the British American provinces »¹⁷. En 1880, la conviction est encore plus forte et ne souffre aucun bémol. À l'heure de l'ouverture de l'hôpital Notre-Dame c'est le journal médical de langue française le plus lu, l'*Union médicale du Canada*, qui s'exprime sur le sujet :

Montréal tend à se placer de l'avant comme centre d'enseignement médical au Canada, un homme haut placé en dehors des rangs de la profession médicale constatait ce fait, ce n'est donc pas se brûler de l'encens que de le répéter, espérons que ce troisième monument élevé à la science, à la charité viendra le corroborer. Ses quatre facultés, ses trois hôpitaux, ses deux maternités, son hôpital de femmes, ses nombreux dispensaires et ses asiles, si fruc-

médecins de Chicago dans la deuxième moitié du XIX^e siècle. Pour autant, et l'auteur le dit lui-même, la ville de Chicago ne sert en fait que d'illustration à son analyse sur le développement de la profession médicale américaine, alors que pour notre part, nous insistons d'abord sur l'atypicité de Montréal et ses répercussions sur sa communauté médicale dans les années 1860–1890.

¹⁶ Bernier, « Vers un nouvel ordre médical », p. 49.

¹⁷ *Canada Medical Record*, vol. 1, 1872, p. 116–117.

tueusement fréquentés par des centaines d'étudiants, venus de toutes les parties de la Puissance et des États-Unis, prouvent assez que notre prétention n'est pas exagérée et que nous ne sommes pas les seuls à la partager¹⁸.

Le fait que Montréal est un pôle éducatif est donc avéré et cette certitude, partagée par les médecins de l'époque. Certes, on n'est pas très loin du temps où les étudiants se formaient à la médecine par apprentissage. De plus, les liens entre éducation théorique et formation clinique à l'hôpital sont encore relativement fragiles. On sait néanmoins qu'ils se renforceront au fil des ans¹⁹. Dès lors, on peut mettre en relief la précocité et l'importance de Montréal en qualité de capitale universitaire et l'étroite corrélation en découlant entre le développement de son secteur universitaire et la densification de son réseau hospitalier.

Dès la seconde moitié du XIX^e siècle, Montréal ajoute à son statut de pôle éducatif, celui de capitale d'un mouvement littéraire et associatif, sans précédent ni concurrent. De fait, toutes les associations et revues médicales nées au Québec entre 1845 et 1900 l'ont été à Montréal. Parmi les plus marquantes en termes de production et de longévité, on retrouve la British American Medical and Surgical Association (1851) et l'Institut médical de Montréal (1857), mais surtout la Medico-surgical Society of Montreal (1843 puis 1865)²⁰. Quant à la Société médicale de Montréal, pendant francophone à la précédente et fondée en 1871 par un groupe de médecins de l'Hôtel-Dieu, elle sera à l'origine de l'*Union médicale du Canada* dès l'année suivante²¹. Dans ces deux derniers cas, il faut noter le poids indéniable d'une société doublée d'un organe de presse dans la professionnalisation de la médecine et différentes réglementations²².

Bien que moins visibles et probablement moins influentes, il faut également noter l'existence, ancienne, d'associations d'étudiants en médecine telles que la Montreal Medical Students Society (années 1840), la McGill Medical Society (1877)²³, l'Union Bichat de la succursale Laval (1879) et l'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame (1889). On doit encore

18 « Séance du 17 octobre », *Union médicale du Canada*, vol. 9, 1880, p. 369–370. Voir, à propos de la prédominance de McGill surtout : J. Hanaway et R. Cruess, *McGill Medicine, 1: The First Half Century, 1829–1885*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1996; F. J. Sheperd, « Introductory Lecture », *Canada Medical and Surgical Journal*, vol. 15, novembre 1886, p. 193–206.

19 En 1927, le fameux rapport Flexner sur la situation de l'éducation médicale mettra encore en avant la valeur des universités montréalaises (A. Flexner, *La formation du médecin en Europe et aux États-Unis. Étude comparative*, Paris, Masson et Cie, 1927).

20 Bernier, *La médecine au Québec*, p. 54–57.

21 Les fondateurs de la société ont en fait été jusqu'à souscrire un fonds de garantie pour maintenir en vie la future revue au moins pendant trois ans (J. Gauvreau, « L'Union Médicale du Canada en liaison avec le Collège des médecins », *Union médicale du Canada*, vol. 61, 1932, p. 128).

22 Voir A. Lesage, « Les débuts de l'Union Médicale durant l'année 1872. Le D^r Rottot », *Union médicale du Canada*, vol. 61, février 1932, p. 78–94.

23 *Canada Medical and Surgical Journal*, vol. 6, 1877, p. 180.

évoquer, pour donner une idée plus juste de l'épaisse tessiture de cet élan associatif, quelques « branches » montréalaises d'associations canadiennes ou étrangères : celles des britanniques New Sydenham Society et surtout British Medical Association (1891) et la représentation des médecins montréalais au sein de la Canadian Medical Association (1867)²⁴. Que dire en outre des associations fondées autour d'objectifs sanitaires communs qui fleurissent dans les années 1870 et 1880? On remarquera à ce propos l'Association sanitaire de Montréal (1873, renaissance de la Montreal Sanitary Association de 1867), l'Association sanitaire des citoyens (1875) et la Société d'hygiène de la province de Québec (1883)²⁵.

Lieu par excellence de l'associativité, Montréal est également féconde en matière de production et diffusion scientifique. Si l'apparition des premières publications périodiques a précédé dans le temps l'organisation des premières associations, ces dernières n'en ont que consolidé la vocation. Ainsi, vingt revues médicales auraient vu le jour à Montréal entre 1844 et 1887, douze anglophones et huit francophones²⁶. Ce sont généralement des médecins montréalais qui composent les équipes de direction, de rédaction, et figurent sur les listes de collaborateurs. Certes, c'est un fait avéré que certaines de ces revues ont eu à peine le temps de voir le jour qu'elles disparaissaient; la moitié de celles créées avant 1870 n'auraient pas dépassé le cap des cinq ans²⁷. Le manque d'argent, de souscripteurs ou de textes, voire ces trois raisons conjuguées, seraient responsables de cet état de fait mais notre propos n'est pas de discuter ce point. Après 1870 quoiqu'il en soit, la situation semble stabilisée, même si les revues originellement bilingues sont désormais rarement « métissées »²⁸.

24 Voir au sujet de l'Association médicale canadienne et la place des médecins québécois en son sein : H. E. McDermot, *History of the Canadian Medical Association, 1867-1901*, Toronto, Murray Printing Company, 1935.

25 Le développement de ce genre d'associations met en avant l'intérêt récent mais réel que portent les médecins de Montréal (surtout francophones) à la santé publique et municipale (surtout francophones apparemment). Précisons que l'Association sanitaire et la Société d'hygiène ont publié chacune leur propre revue, respectivement le *Public Health Magazine and Literary Review* et le *Journal d'hygiène populaire*.

26 Voir C. G. Roland et P. Potter, *An Annotated Bibliography of Canadian Medical Periodicals*, Toronto, Hannah Institute for the History of Medicine, 1979. Dans le cadre de notre recherche sur les pratiques thérapeutiques, la majorité de ces revues ont fait l'objet d'un dépouillement exhaustif pour les années 1850-1890 : *The Medical Chronicle*, *The British American Journal*, *The Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*, donnant naissance au *Canada Medical and Surgical Journal*, *The Canada Medical Record*, *L'Union médicale du Canada*, *L'Abeille médicale*, *La Gazette médicale de Montréal* et *The Montreal Medical Journal*.

27 C'est en fait plutôt 1872 qui semble être une date butoir dans le domaine, année de la parution du premier numéro à la fois de l'*Union médicale du Canada*, du *Canada Medical Record* et du *Canada Medical and Surgical Journal*, trois revues qui vont rapidement constituer le fleuron de la presse médicale québécoise et connaître une longévité sans précédent (16 ans pour le *Canada Medical and Surgical Journal*, 32 pour le *Canada Medical Record*, à ce jour 127 pour l'*Union médicale du Canada*).

28 Ainsi, la Société médicale de Montréal défend rapidement la valeur d'une médecine canadienne-

En somme, pour la période qui nous intéresse, il est plausible de penser que Montréal est le lieu d'attraction d'une certaine élite médicale. La ville regroupe quatre des cinq facultés de médecine québécoises²⁹. Seize institutions hospitalières (hôpitaux et dispensaires) s'y sont construites entre 1850 et 1895 contre quatre à Québec et dix-huit pour le reste de la province³⁰. Montréal abrite la totalité des revues et des associations fondées au cours de cette même période. Rappelons enfin qu'environ le tiers des médecins provinciaux y pratiquent. Ces attributs confèrent à la communauté médicale montréalaise un dynamisme hors du commun qui serait susceptible d'expliquer, en partie du moins, cette « hypertrophie » de l'élite par rapport à l'ensemble du corps médical.

Repères biographiques : l'importance des trajectoires éducationnelles

L'élite médicale que nous avons identifiée et dont nous étudierons les caractéristiques se compose de 76 praticiens dont 43 anglophones et 33 francophones. Si nous ne nous sommes pas attachées à étudier leurs origines géographiques et socio-économiques, nous avons porté une attention particulière à leur parcours éducationnel. Mieux connue, la formation de ces médecins constitue en effet une donnée indispensable à la reconstitution de leur carrière.

Il est probable que la formation initiale en médecine (entendre le premier diplôme de médecine) n'a pas joué un rôle déterminant dans le parcours éducationnel et professionnel des médecins, qu'il s'agisse de comparer apprentis et diplômés en médecine ou encore diplômés du Québec ou de l'étranger. Peut-être est-ce parce que ce premier diplôme constitue davantage une nécessité, notamment pour ceux formés avant l'ouverture des facultés québécoises et ceux nés à l'étranger, qu'un critère de distinction. Plus sûrement, c'est une formation post-doctorale, sous diverses formes (stages hospitaliers, diplômes, cours supplémentaires, simples voyages d'étude auprès de confrères et au sein d'institutions extérieures) qui peut être indicative d'acquisitions, d'expertises particulières et d'inflexions de carrière hors du commun. Le séjour post-doctoral, quel qu'il soit, procéderait en effet

française; les fondateurs de l'*Union médicale du Canada* sont tous francophones même si le sous-titre de la revue se veut rassembleur : « l'union de tous les médecins du Canada sans distinction d'origine ». Le cas de l'Association sanitaire de Montréal ou de l'Association sanitaire des citoyens est particulier dans le sens où il rassemblait des médecins mais aussi d'autres professionnels de santé publique et notables, au-delà de toute affiliation universitaire ou hospitalière (« Association sanitaire de Montréal », *Union médicale du Canada*, vol. 2, n° 11, novembre 1873, p. 524-525; « Association sanitaire des citoyens », *Union médicale du Canada*, vol. 4, n° 7, juillet 1875, p. 331).

29 Si l'on excepte l'éphémère St. Lawrence Medical School (1851-1852? ou 1857?) et l'École de médecine de Berthier (1853). Existente alors en effet à Montréal la Faculté de médecine de McGill (1829), l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal (1843), le Collège Bishop et la succursale de la Faculté de médecine de l'Université Laval (1878), cette dernière fusionnant avec l'École de Médecine et de Chirurgie après 13 ans d'âpre concurrence en 1893.

30 Voir Goulet, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec*.

d'une volonté individuelle, d'un désir souvent explicite de se former à une pratique spécialisée, d'apprendre des techniques nouvelles, entre autres chirurgicales, auprès de sommités en la matière.

Au regard des biographies que nous avons recomposées, il est un point frappant : plus de la moitié (42 sur 76) ont fait des séjours à l'étranger. S'ils ont, presque systématiquement, une visée éducative, ces séjours répondent à divers besoins : obtention d'un diplôme supplémentaire en médecine, perfectionnement post-doctoral ou durant les études de médecine, stage hospitalier ou simplement visite d'observation auprès de confrères réputés. Enfin, à partir des années 1880 surtout, ces déplacements peuvent avoir comme objectif la participation à une rencontre ou à un congrès médical. Leur durée reste en conséquence variable, généralement de un mois à un an, sauf pour ce qui concerne les séjours estudiantins et de spécialisation qui eux s'échelonnent sur plusieurs années. Pour une minorité, dont ceux qui formeront les rangs des « premiers spécialistes », il faut également souligner la fréquence de ces déplacements tout au long de leur carrière (A. D. Blackader, A.-T. Brosseau, J. C. Cameron, A. A. Foucher, W. Fraser, G. W. Major, G. Wilkins et A. L. Smith). Insistons cependant sur le fait que cette catégorisation reste malléable : les parcours initiatiques et formateurs sont multiples et pluriels, bien qu'ils s'imposent indéniablement comme caractéristiques du groupe³¹.

L'analyse de ce nomadisme répandu nous montre clairement qu'anglophones et francophones ont suivi des circuits relativement établis mais distincts. Les anglophones privilégient le passage par les villes de Londres, Édimbourg, Dublin et éventuellement Berlin et Vienne, alors que les

31 Voir tableau en annexe. Prenons quelques illustrations de parcours à cet égard : jeune diplômé de McGill, T. J. Alloway part en 1869 pour trois ans en Grande Bretagne pour obtenir des diplômes supplémentaires et y travailler; F. F. Buller, parti du Canada en 1868 pour l'Allemagne, s'est formé auprès de Virchow avant de se spécialiser en ORL (oto-rhino-laryngologie) au Royal London Ophthalmic Hospital durant près de sept ans; J. C. Cameron est passé par Dublin et le Rotunda Lying-In Hospital avant de devenir l'assistant du gynécologue Braun à la Allgemeine Krankenhaus de Vienne entre 1878 et 1880. A. Joyal, quant à lui, a connu Paris entre 1884 et 1887; J. B. McConnell a fréquenté l'Institut Pasteur en 1886 avant de devenir professeur de bactériologie à Bishop dans les années 1890; A. Brodeur, interne des hôpitaux de Paris en 1882, est parmi les premiers inscrits au cours de Roux en 1890. W. H. Hingston, enfin, est parmi ceux qui multiplieront les diplômes européens, en provenance d'Édimbourg en 1852 (où il fut l'assistant du célèbre chirurgien J. Y. Simpson) mais aussi de France, d'Allemagne, d'Autriche séjournant en 1852-1854 à Londres, Dublin, Paris, Berlin, Heidelberg et Vienne. Précisons que les informations sur les objets de déplacement proviennent en majorité d'une source non négligeable, une fois encore offerte par la presse médicale : les correspondances demandées par certains journaux à leurs collaborateurs en déplacement. Ajoutons enfin que plusieurs parmi les 76 médecins (surtout francophones) n'ont effectué aucun voyage à l'étranger : J. E. Coderre, J.-P. Rottot et son ami E.-P. Lachapelle, H.-E. Desrosiers mais aussi G. E. Fenwick ou R. Craik. Vu la notoriété acquise par ces praticiens, on doit considérer que ces voyages formateurs n'étaient pas indispensables à une carrière réussie, et à une éventuelle aura internationale (tout au moins dans le cas de E.-P. Lachapelle ou G. E. Fenwick).

francophones, notamment à partir des années 1870, préféreront Paris³². Rien dans ce domaine n'est encore une fois systématisé, même si la langue maternelle a pu souvent jouer un rôle non négligeable dans le choix des destinations. Ainsi, A.-T. Brosseau passe bien par Paris en 1873 pour se former à la chirurgie, mais il continue par Londres avant de retrouver le chemin de Montréal en 1875; on note un parcours identique pour le D^r T. E. d'Orsonnens en 1878–1879.

Enfin, à la fin du siècle apparaît une nouvelle destination, autant pour les rencontres médicales internationales que pour les stages hospitaliers, les études post-doctorales et les séjours en laboratoire : les États-Unis. C'est à New York et dans d'autres villes du pays voisin que le francophone M. T. Brennan se rend en 1894 alors que sa pratique pédiatrique est déjà réputée; c'est également à New York que le chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame A.-T. Brosseau suit les cours de la Post-graduate Medical School and Hospital en 1887.

On peut donc bien considérer ces déplacements, somme toute assez courants chez les médecins de notre groupe, comme autant de preuves d'une volonté de parfaire leurs connaissances et leur bagage intellectuel, de ne pas être à la traîne sur le plan scientifique par rapport à leurs confrères étrangers, voire, de donner une certaine visibilité à ses activités. Cette mobilité rend compte de l'adaptation d'une partie non négligeable de la profession aux progressions médicales de son temps et met de l'avant son rôle de transmission et de mise en application de ce savoir³³. Ainsi, lorsque A. D. Blackader retrouve l'Europe durant l'hiver 1886–1887, dix ans après y avoir fait ses premières armes hospitalières et déjà totalement investi dans la branche pédiatrique, il dit être « in search of the latest medical knowledge³⁴ »; J. C. Cameron, pour sa part, rejoint Vienne et une des meilleures écoles de gynécologie au monde neuf ans après y avoir fait ses premiers pas, cette fois en tant que professeur d'obstétrique à McGill. Cette quête du savoir aurait concerné les médecins francophones et anglophones, toutes destinations confondues.

32 C'est en effet surtout à partir de cette décennie que l'on remarque une multiplication des déplacements interfrancophones. C'est en mars 1873 que E. Desjardins et A.-T. Brosseau quittent Montréal pour Paris, bientôt relayés par J.-M. Beausoleil (qui aurait apparemment fait toutes ses études en France). A. A. Foucher consacre essentiellement son séjour européen à la France et à l'étude des maladies des yeux et des oreilles en 1881; l'année suivante, A. Brodeur est interne des hôpitaux dans la capitale française. C'est là qu'il soutiendra sa thèse sur « L'intervention chirurgicale dans les infections du rein ».

33 Revenant sur ce mythe du « retard scientifique québécois », Goulet ajoute néanmoins que les destinations, principalement françaises, des francophones peuvent expliquer un temps d'acceptation plus long de leur côté que du côté anglophone des théories listériennes. Il se trouve en effet que les chirurgiens français ont eu tendance à maintenir longtemps de l'indifférence à l'égard de l'asepsie (Goulet, *Des miasmes aux germes*, p. 381–383).

34 *Canada Medical Record*, vol. 15, 1886, p. 96.

L'élite médicale montréalaise : que signifie « faire carrière »?

Allant plus loin dans l'analyse des carrières de ces 76 médecins, on remarque d'emblée qu'ils n'ont pas tous suivi le même parcours et qu'ils ne sont pas sur un pied d'égalité en termes de fonctions, de titres et de postes. On soupçonne l'existence de profils, de trajectoires, de réseaux même. Reste néanmoins à bien définir ce que « faire carrière » veut dire pour les praticiens identifiés.

Une pratique publique qui suit des règles

L'ensemble des informations biographiques rassemblées ici fait la preuve que nos médecins se partageaient tous entre une pratique en cabinet privé et une pratique hospitalière et universitaire; que ce partage se faisait durant un laps de temps suffisamment long pour attirer l'attention. Cette norme mise en évidence, ce sont donc les caractéristiques cette « pratique publique » qu'il est maintenant question de dégager³⁵.

La très grande majorité des médecins ciblés semblent avoir divisé leur temps public entre la faculté et l'hôpital (56 sur 76). Mais cette division n'était presque jamais exclusive : il ne s'agissait pas pour eux de passer par l'hôpital ou par la faculté; il ne s'agissait pas non plus de passer par l'hôpital puis la faculté ou vice versa. Il était bien davantage question de suivre une carrière dédoublée et sur le long terme. Cette réalité s'insère logiquement dans le cadre des restructurations de la médecine et de l'avènement d'une plus grande harmonie entre théorie et pratique. Pour autant, le fait mérite d'être souligné avant d'être analysé dans le cadre très précis qui nous préoccupe.

Nous avons pu disséquer ce double engagement et déterminer différents types de parcours dans le domaine. Toutefois, pour bien évaluer les points de divergence et de convergence des trajectoires les plus significatives, il faut d'abord et avant tout pouvoir s'appuyer sur quelques données concernant les opportunités et les plans de carrière proposés par les différentes institutions. Pour ce faire, on doit se replier sur quelques études anciennes. Celles-ci concernent essentiellement des hiérarchies anglophones mais peuvent toutefois servir à mieux identifier les milieux francophones équivalents, à défaut de repères plus concluants pour les années antérieures à 1880³⁶.

Ainsi et selon W. B. Howell, en 1870,

35 Dans le cadre de cette analyse, il n'est pas question de s'attarder sur le privé, son caractère systématique l'empêchant justement d'être considérée comme un critère d'appartenance à l'élite. Pour autant ne doit-on pas négliger le contenu et les nuances individuelles de cet aspect de la pratique. L'analyse de l'ordonnancier de la pharmacie Gray confirme d'ailleurs l'intérêt à lui porter dans une recherche ultérieure.

36 Goulet, *Histoire de l'hôpital Notre-Dame*.

the visiting staff of the hospital [le Montreal General Hospital en l'occurrence] consisted of eight attending physicians who, two at time in rotation took charge of the wards for a period of three months. These attending physicians looked after surgical cases as well as medical, and when occasion arose performed operations [...]. The resident staff consisted of two house-surgeons and an apothecary. The house-surgeons, in addition to their other duties, had complete charge of the outdoor department which was conducted in two small rooms off the front hall. The position of apothecary was the first step towards becoming a house-surgeon and was held by a recent graduate in medicine. The senior house-surgeon was a person of some consequence and held his position as a rule for several years. He was allowed to engage in private practice. When his income became large enough he left the hospital, rented a house and set up a horse and carriage. He was then in line for a position on the teaching staff of the college. At the first vacancy he became demonstrator of anatomy; at the next, professor of medical jurisprudence. His further progress depended, not upon any gift he might have for teaching, or his knowledge of any particular subject, but upon his turn coming round for moving into more remunerative chairs³⁷.

Il y aurait toutefois eu une alternative à ce schéma : commencer par se faire une clientèle et bien réussir (financièrement et sur le plan de la réputation); décider ensuite de passer au milieu hospitalier ou à l'enseignement en se servant de la réputation précédemment acquise.

Au regard des propos de W. B. Howell et d'informations plus disparates tirées de sources contemporaines du biographe, le jeune diplômé de McGill pouvait donc commencer sa carrière hospitalière en tenant l'apothicairie du Montreal General Hospital, et ce, pour un an. Il était par la suite nommé *house surgeon* (poste d'interne pour une durée de six ans) puis *senior house surgeon*, ayant en charge le service externe et remplaçant occasionnellement quelque *attending physician* (chef de service selon une terminologie française) avant de pouvoir obtenir sa place. Pour autant, et Howell le fait remarquer, la carrière hospitalière pouvait débiter à ce dernier stade, à la suite d'une demande explicite s'appuyant sur une réputation antérieure bien établie, qu'elle ait été privée ou déjà publique³⁸. Quant au titre de *consultant physician*, dernier échelon de la hiérarchie, il correspondait à un poste facultatif tenu par tel ou tel *attending physician* ayant fait le choix de s'investir un peu moins dans ses fonctions hospitalières et un peu plus ailleurs. Il aurait néanmoins été le signe ultime d'une carrière hospitalière

37 Howell, *F. J. Sheperd, Surgeon*, p. 23–24.

38 Ainsi, G. E. Fenwick, même après avoir démissionné du Montreal General Hospital pour différend avec les autorités, s'y retrouve élu 16 ans plus tard *attending physician* grâce à l'aura qu'il a acquise entre temps, entre autres en qualité de médecin au Montreal Dispensary et enseignant à l'École St-Laurent.

complète et convaincante, d'une réputation pluridirectionnelle. Précisons en effet que tous les échelons, même celui intronisant le médecin consultant, nécessitait une élection et bien sûr un poste vacant, élection doublée d'un système de cooptation qui faisait assurément jouer concurrences, prérogatives, compétences et réputation³⁹.

L'Hôtel-Dieu propose à la même époque une hiérarchie globalement similaire. Les Soeurs hospitalières de St-Joseph, remplaçant bureaux administratifs et médicaux à la tête des institutions anglophones laïques, réservent toutefois encore systématiquement la pharmacie à un des membres éminents de leur congrégation. Quant à l'apparition du premier poste d'interne, équivalent donc de celui de *house surgeon*, elle y daterait de 1873⁴⁰. En fait, il faudra attendre l'ouverture de l'hôpital Notre-Dame dans les années 1880 pour voir s'aplanir certaines différences⁴¹. Il est toutefois clair que partout, les médecins chefs de service forment l'aristocratie hospitalière, tout au moins jusqu'à la distinction entre les services médicaux et chirurgicaux⁴² et l'apparition des services spécialisés. Le parcours de W. H. Hingston, catholique d'origine irlandaise et vedette des services de l'Hôtel-Dieu appuie cette généralisation⁴³.

Reprenant ce que W. B. Howell écrit sur les deux modes d'entrée au Montreal General Hospital et calquant certains parcours personnalisés, on veut par exemple croire qu'ils ne conduisaient pas forcément au même résultat. Le premier schéma semble ainsi avoir été une sorte de « voie hospitalière royale », celle des chirurgiens, entre autres, et parmi les plus célèbres. Ce parcours était celui choisi par les jeunes *Holmes Medallists* (récompensés pour leur cursus universitaire). De fait, à l'instar de ses confrères G. Ross et T. G. Roddick, J. Bell entre au Montreal General Hospital

39 Précisons que la fonction de médecin consultant semble avoir concerné beaucoup de nos médecins dans le cadre des dispensaires, où la hiérarchie se devait d'être beaucoup plus souple (les données manquent cruellement au sujet de leur organisation et fonctionnement) du simple fait du caractère bénévole ou presque de leurs employés au service des indigents de la ville.

40 G. O. Beaudry en sera le détenteur tout comme H.-E. Desrosiers à l'ouverture de l'hôpital Notre-Dame en 1880.

41 Et, entre autres, la création d'un bureau médical composé de professionnels de santé ayant un pouvoir décisionnel (Goulet, *Histoire de l'hôpital Notre-Dame*, p. 127).

42 Distinction qui serait intervenue officiellement en 1882 au Montreal General Hospital, selon McDermot, un an après la nomination d'un superintendant médical pour en superviser le fonctionnement (*A History of the Montreal General Hospital*, p. 66). Quoiqu'il en soit, le degré de synonymie entre les termes de chirurgien et médecin jusque dans les années 1880 reste difficile à établir, tout comme les mécanismes de fonctionnement et la hiérarchie interne au *visiting staff* ou encore les concordances entre dénominations françaises et anglaises.

43 Dès son retour d'Europe en 1854, W. H. Hingston s'établit à Montréal. Il travaille d'abord comme médecin à l'hôpital St-Patrick, ce jusqu'à sa fermeture en 1860. Il obtient ensuite un poste de « chirurgien » à l'Hôtel-Dieu pour le département anglophone. Il est alors déjà médecin consultant auprès de plusieurs dispensaires et du Women's Hospital. C'est en 1882 qu'il deviendra chirurgien en chef du principal hôpital francophone de la ville; hôpital au sein duquel il poursuivra ses activités jusqu'à sa mort en 1907, y co-dirigeant, entre autres, le service de gynécologie.

comme récipiendaire de la prestigieuse médaille en 1877 en qualité d'apothicaire. Il va alors gravir tous les échelons hospitaliers avant d'être considéré comme un des meilleurs chirurgiens de la ville : interne en 1878, médecin externe en 1884, chirurgien de l'hôpital en remplacement de R. T. Godfrey en 1886. Entre-temps, il s'est bien sûr établi à son compte (en 1880) et rejoindra officiellement le corps professoral de McGill en 1890.

D. C. McCallum, quant à lui, a commencé par être démonstrateur en anatomie à McGill (1854–1859) avant d'obtenir la chaire de chirurgie clinique et, simultanément, une place d'*attending physician* au Montreal General Hospital. Multipliant les chaires, c'est finalement en qualité de professeur des maladies féminines et infantiles et en charge du Lying-in Hospital, lieu d'étude des cas gynécologiques et obstétriques de son université, qu'il finirait sa carrière publique, maintenant une pratique privée très lucrative. Quant aux francophones connus pour s'être vraiment illustrés dans leur pratique hospitalière (P.-A.-C. Munro, A.-T. Brosseau), ils semblent relativement peu nombreux par rapport aux anglophones; une infériorité numérique qui pourrait s'avérer porteuse d'une réalité encore mal définie, celle voulant que du temps d'une direction religieuse, ils n'aient pas eu la possibilité de s'épanouir totalement dans ce milieu.

Partant encore de quelques profils hospitaliers, c'est le caractère réducteur des options proposées par les grands hôpitaux qui rejette dans l'ombre d'autres cas de figure : celui du médecin qui multiplie les postes dans plusieurs établissements (J. B. McConnell); ou encore celui qui s'implique dans les dispensaires (E. H. Trudel, S. B. Schmidt⁴⁴), la fondation d'une clinique privée (W. Gardner); sans oublier celui qui participe administrativement à l'organisation et au fonctionnement d'institutions (E.-P. Lachapelle, J.-P. Rottot, S. Lachapelle à Notre-Dame). En outre, les premiers spécialistes dévoilent un plan de carrière hospitalière encore différent : à défaut généralement de gravir les échelons au sein d'une même institution, ils multiplient les postes similaires (en rapport direct avec leurs compétences précises) dans plusieurs établissements, simultanément ou successivement.

Détournons au moins ces écueils et utilisons cet éventail de trajectoires de carrière à notre avantage en les considérant ensemble comme la meilleure preuve que l'hôpital était alors en voie d'organisation, que son personnel médical était en pleine restructuration. La séparation des services médicaux et chirurgicaux au début des années 1880 va dans ce sens. Il y avait en outre une logique organisationnelle propre à chaque établissement, en plus des différences marquées entre institutions anglophones et francophones, ne

44 S. B. Schmidt se serait consacré pendant près de 30 ans à la chirurgie dans plusieurs dispensaires et oeuvres de charité dont l'Asile des Orphelins de St-Patrick et l'hôpital des Soeurs Grises. On sait par ailleurs que dès 1879, six dispensaires fonctionnent déjà à Montréal dont le dispensaire pour les maladies des yeux à l'Asile de Nazareth fondé par E. Desjardins en 1873 et le dispensaire du Sacré-Coeur, co-fondé par S. Gauthier (1878).

serait-ce que du fait de la permanence du personnel religieux dans le second. Mais renforcées dans nos intuitions à ce sujet par l'ouvrage de D. Goulet sur l'hôpital Notre-Dame, on peut estimer que tous les hôpitaux de la ville subirent leurs transformations les plus cruciales entre les années 1870 et 1880, période présidant à une certaine uniformisation de la hiérarchie des personnels médicaux, tant chez les francophones que les anglophones.

Le fonctionnement des facultés de médecine aurait pour sa part suivi un modèle plus « universel ». Ce qu'expose W. B. Howell à ce sujet semble en effet avoir concerné indifféremment les institutions anglophones et francophones, en termes de fonctions mais également en termes de hiérarchie et d'avancement. Au bas de l'échelle universitaire se trouve le démonstrateur en anatomie (et le curateur du musée dans le cas de McGill et Bishop). Suivent les instructeurs et lecteurs (*lecturers*), les chargés de cours et de cliniques. Ces derniers apparaissent en fait avec les années 1870 et l'augmentation du nombre de matières enseignées (maladies infantiles, hygiène...). Suivent enfin les titulaires de chaires⁴⁵. Quant à la nomination au poste de doyen⁴⁶, elle serait surtout intervenue comme une consécration de la longévité et de la connaissance des ficelles du « métier universitaire » par ses récipiendaires⁴⁷.

Toutefois, comme dans le cas de l'hôpital, le poste de démonstrateur en anatomie s'avère n'être qu'une des voies d'entrée pour poursuivre véritablement une carrière universitaire. Si plusieurs parmi nos médecins ont occupé cette position, bien d'autres ont effectivement débuté l'enseignement à un niveau supérieur, généralement cette fois après avoir entamé leur parcours public dans un établissement de soins.

Par ailleurs, en écrivant que « the custom of changing from one professorship to another had arisen as a result of the difference in the financial values of the chairs. The primary subjects were the best paid because the classes were the largest⁴⁸ », Howell pose un postulat qui s'adapte de fait à toutes les facultés, tout au moins jusqu'à l'introduction de nouvelles matières et du « critère de compétence ». Jusque dans les années 1870 en effet, le roulement enseignant (après élection) se fait partout à l'ancienneté⁴⁹. En clair,

45 De 11 (dont un démonstrateur en anatomie) en 1869, le personnel enseignant à McGill est passé à 26 en 1886. Il est alors composé de 4 professeurs émérites, 14 professeurs ordinaires, 3 démonstrateurs en anatomie, 1 en pathologie, 1 instructeur en laryngologie, 1 pour les maladies infantiles, 1 en clinique auprès du Maternity Hospital et 1 assistant à la chaire de chimie (*Canada Medical and Surgical Journal*, vol. 15, 1886, p. 198).

46 À l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, le titre de « président » est équivalent à celui de « doyen » utilisé dans les autres institutions d'enseignement.

47 Elle peut d'ailleurs encore appuyer le poids de la carrière universitaire dans le façonnement d'un élitisme médical montréalais puisqu'elle aurait concerné 16 de nos 76 médecins.

48 Howell, *F. J. Sheperd, Surgeon*, p. 13. Sous l'intitulé « primary subjects », Howell renvoie aux matières suivantes : anatomie, instituts de la médecine, chimie, matière médicale, botanique et zoologie.

49 En 1878, les professeurs de l'École de Médecine et de Chirurgie sont divisés en trois catégories

les chaires de la première année d'étude étant plus payantes (la rémunération se faisant au *pro rata* du nombre d'étudiants), elles revenaient *de facto* aux enseignants les plus anciens. Quoiqu'il en soit, ce système resterait pour longtemps et pour beaucoup le signe premier d'une carrière universitaire remarquable et remarquable. Le cas de D. C. McCallum n'est qu'un exemple parmi d'autres de ce temps dirigé d'abord par l'ancienneté : diplômé de McGill en 1850, il devient démonstrateur en anatomie en 1854 avant d'obtenir la chaire de chirurgie clinique (1856–1860) puis celle de jurisprudence médicale (1859–1860), de médecine clinique (1860–1868) et enfin d'obstétrique; chaire dont il démissionnera en 1883 avant d'être nommé professeur émérite.

D'autre part en scrutant la liste du personnel enseignant à McGill durant la période 1829–1885⁵⁰, on est frappé par la fidélité à la fonction enseignante. Ainsi sur 22 noms repérés comme faisant partie de notre groupe de praticiens, 18 auraient passé plus de six ans à enseigner; la durée moyenne de carrière universitaire de la majorité oscillant entre 25 et 30 ans. À preuve, notons pour leur extrême longévité les carrières universitaires de R. Craik (45 ans d'enseignement) et de G. W. Campbell (47 ans), une longévité à laquelle, du reste, leur parcours hospitalier n'a rien à envier.

Alors qu'à partir de cette même liste, la moyenne des postes pris en charge par les médecins de notre groupe est évaluée à trois, la palme revient à R. Craik, D. C. McCallum et A. D. Blackader avec cinq chacun (il se trouve d'ailleurs que ces trois médecins continuent d'être salués pour leurs talents pédagogiques et la qualité de leur enseignement). À partir de données similaires glanées pour l'École de Médecine et de Chirurgie et la succursale de la Faculté de médecine de Laval, c'est encore le nombre de chaires par enseignant et la longévité qui prennent un relief étonnant : cinq postes de professeur dont la chaire d'anatomie descriptive à trois reprises pour L.-D. Mignault, et ce, sur près d'un demi siècle; cinq postes également dont quatre chaires pour A. T. Brosseau en près de 40 ans de carrière; jusqu'à quatre chaires en dix ans pour son confrère J. A. S. Brunelle. On doit toutefois noter, dans certains cas, la fidélité à l'enseignement d'une matière en constante transformation, telle que la thérapeutique pour H.-E. Desrosiers et J. E. Coderre ou l'obstétrique pour E. H. Trudel⁵¹.

(honoraires, titulaires et agrégés), hiérarchie fondée toujours sur l'ancienneté même si le recrutement d'agrégés veut tenter de donner plus de garanties scientifiques (Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine*, p. 56). Jusque dans les années 1890 en fait, on estime que la pratique de recommandation continua d'avoir partout pignon sur rue, caution d'un ancien professeur ou d'un collègue enseignant (p. 95).

50 Liste exhaustive examinée dans l'ouvrage de Hanaway et Cruess, *McGill Medicine*, vol. 1, p. 114–116).

51 En 1878, H.-E. Desrosiers rejoint la succursale Laval en qualité de professeur de matière médicale et de toxicologie (à partir de 1880). Trop pris par ces fonctions, il démissionnera alors de son poste à Notre-Dame en 1882 avant de retrouver l'hôpital quelques années plus tard pour y proposer des

Quant aux « transfuges », enseignants passés d'une faculté à une autre, ils auraient été de trois sortes : protagonistes d'abord de la querelle entre l'École de Médecine et la succursale de Laval (11 médecins sont concernés dès 1878), « victimes » du pouvoir d'attraction de McGill sur les autres facultés anglophones (St-Laurent puis Bishop) et enfin, « premiers spécialistes » susceptibles de répondre à l'ouverture de nouvelles chaires. Il n'en reste pas moins que la fidélité à une institution semble avoir concerné une bonne partie des enseignants montréalais, surtout parmi ceux qui avaient fait toutes leurs études de médecine sur place : l'*alma mater* conservait là son attrait, ne serait-ce que parce qu'elle pouvait faciliter le recrutement de ses anciens élèves.

Malgré la relative uniformité dans le fonctionnement des structures que l'on vient de voir, insistons sur le fait que les trajectoires professionnelles demeurent hétérogènes : plus ou moins longues, avec une succession de postes et de chaires (et d'universités) plus ou moins importante (de un à cinq), menant éventuellement à la fonction administrative suprême de doyen (ou président dans le cas de l'École de Médecine et de Chirurgie).

Quoiqu'il en soit, c'est bien le portrait d'universitaires également présents et investis dans les milieux hospitaliers que l'on vient d'analyser. Rares sont les cas pour lesquels on pourrait se permettre de ne retenir que l'un ou l'autre aspect de la trajectoire. Au contraire, il semblerait que les plus investis dans un des deux domaines aient été les plus actifs également dans l'autre. Si les biographies de médecins francophones s'imposent davantage dans les types de carrières universitaires qu'hospitalières, on peut émettre l'hypothèse que l'enseignement à la faculté leur offrait de meilleures possibilités de s'exprimer et de s'épanouir que le cadre hospitalier confessionnel.

Des activités scientifiques périphériques

Il faut évoquer par ailleurs le fait que la majorité de ces praticiens hospitaliers et universitaires sont impliqués dans la vie médicale associative et journalistique de Montréal. Cette implication n'est pas que ponctuelle, à travers la rédaction d'articles scientifiques ou, passive, à travers l'appartenance à une

leçons (libres) hebdomadaires de clinique thérapeutique. À partir de 1888, c'est en outre chargé des cours de matière médicale pour les élèves francophones du Collège de Pharmacie de Montréal qu'il complètera sa carrière professorale. À l'inverse de cet exemple, la carrière universitaire de J. E. Coderre ou celle de W. Wright laisse supposer que conserver une même chaire durant plusieurs décennies avant les années 1880 pouvait être un signe de médiocrité plus que d'habileté dans le domaine enseigné. L'exemple de W. Wright est probablement la plus extrême des illustrations de ce cas de figure : après près de 30 ans passés à la chaire de matière médicale, il aurait été forcé à démissionner par ses élèves, pour cause d'enseignement rétrograde et incompétence. Détenteur lui aussi de la chaire de matière médicale durant plus de 30 ans à l'École de Médecine et de Chirurgie, J. E. Coderre n'est pas non plus passé à la postérité pour ses talents d'enseignant. Tout au plus sa persévérance à la tête du secrétariat de l'École pendant plus de 40 ans est-elle généralement mise en évidence.

société médicale. Plusieurs occupent à un moment ou à un autre des fonctions dans les associations (membre de l'exécutif, conférenciers réguliers, par exemple) ou au sein des équipes de rédaction des revues. D'autres se font remarquer, par ces biais, pour des expériences et des recherches scientifiques.

Le groupe des rédacteurs en chef de journaux concerne, pour la période 1850–1890, une vingtaine de médecins montréalais. Quelques noms reviennent à plusieurs reprises sur la couverture de publications successives. Ainsi en est-il de R. L. McDonnell (premier rédacteur du *British American Journal of Medical and Physical Science* puis du *Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science* dans les années 1850); de G. E. Fenwick ou de F. W. Campbell (co-rédacteurs du *Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*); sans oublier J.-P. Rottot, premier d'une longue liste de rédacteurs de l'*Union médicale du Canada*⁵².

Treize des dix-neuf premiers rédacteurs en chef recensés par C. G. Roland et P. Potter pour les journaux québécois sont par ailleurs des noms qui nous sont familiers⁵³. Encore une preuve que ce groupe identifié à partir de l'ordonnancier Gray représente bien, tout au moins pour une grande majorité, l'élite médicale montréalaise. Il faut d'ailleurs souligner le grand nombre de médecins dirigeant à la fois une revue et une association⁵⁴. En outre, tous les présidents de la Medico-surgical Society de 1870 à 1890 font partie des médecins que nous avons identifiés.

Par ailleurs, il est impossible de nier que certains, parmi nos médecins, ont laissé une trace pour des actions et activités que l'on ne pourrait qualifier autrement que de « scientifiques ». Mais ces coups d'éclat n'ont-ils finalement pas eux aussi participé à asseoir la profession médicale au Québec? On a évoqué précédemment la prolixité de certains journalistes médicaux. Considérant désormais le contenu de cette production littéraire autant

52 On retrouve en effet à sa suite parmi les rédacteurs en chef : E.-P. Lachapelle, S. Lachapelle, H.-E. Desrosiers ou encore E.-P. Benoît.

53 R. L. McDonnell, J.-L. Leprohon, W. Wright, D. C. McCallum, G. E. Fenwick, F. W. Campbell, A. Dagenais, J.-P. Rottot, J.-G. Bibaud, T. E. d'Orsonnens, S. Lachapelle, W. H. Hingston et enfin E. Desjardins (Roland et Potter, *An Annotated Bibliography*). Parmi les six rédacteurs absents de l'ordonnancier se trouve un des médecins considérés par l'historiographie comme ayant été un des plus grands hommes du journalisme médical de l'époque, à savoir le D^r A. Hall. Son absence peut en partie s'expliquer du fait d'une activité précoce, concentrée dans les années 1850–1860. Or, on se souvient que notre dépouillement de l'ordonnancier commence en 1869.

54 J.-G. Bibaud a été président de la Société médicale de Montréal (1872) et rédacteur-propriétaire de la *Gazette médicale des hôpitaux et d'hygiène* en 1874; E.-P. Lachapelle fut parmi les fondateurs de la Société médicale de Montréal et propriétaire-éditeur de l'*Union médicale du Canada* de 1876 à 1894. F. W. Campbell fut le rédacteur que l'on connaît et président de la Medico-surgical Society (1876); A. Dagenais, pour sa part, co-rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, co-fondateur et assistant rédacteur de l'*Union médicale du Canada* et président de la Société médicale de Montréal. On pourrait encore citer les exemples de W. Gardner, R. A. Kennedy, J. Perrigo, T. G. Roddick, G. Ross, J.-P. Rottot ou A. L. Smith.

que l'information scientifique dans son ensemble proposée par la presse médicale montréalaise, on met effectivement en avant plusieurs acteurs et initiatives dans le domaine. Sans nous engager ici dans un débat autour du positionnement scientifique du Québec et de Montréal au XIX^e siècle et de la réalité de leur « retard » en la matière, nous voulons mettre en relief ces hommes et actions de « progrès », que ce progrès ait été invention ou reproduction.

Au chapitre de ces activités scientifiques, il faut souligner l'importance de plusieurs journalistes. Dans le domaine de la thérapeutique entre autres, H.-E. Desrosiers⁵⁵ puis J. Stewart s'imposent dans les années 1880 comme des informateurs clé en matière de nouvelles substances et de leurs usages, contribuant ainsi à l'augmentation du savoir, théorique et pratique, de leurs confrères et étudiants. Une approche plus quantitative de cette production et de sa portée, montre qu'une poignée de praticiens, dont la plupart des premiers « spécialistes », dynamise et augmente surtout la masse des informations transmises. Pour ne prendre que quelques exemples parmi les plus significatifs, F. F. Buller aurait, selon nos estimations, publié une soixantaine d'articles d'ophtalmologie dans le *Canada Medical and Surgical Journal* entre 1874 et 1904, A. L. Smith plus de 20 dans le *Canada Medical Record* et l'*Union médicale du Canada* entre 1885 et 1900, A. A. Foucher près de 30 dans l'*Union médicale du Canada* entre 1881 et 1894, J. Bell 18 dans le *Canada Medical and Surgical Journal* entre 1880 et 1899⁵⁶.

C'est aussi à travers leurs fonctions journalistiques que quelques médecins révèlent des expériences locales, personnelles ou effectuées par leurs confrères. C'est le cas pour R. Craik qui, après avoir soutenu sa thèse sur la *Microbic origin of disease* en 1854, se fait utilisateur convaincu de l'acide carbolique en chirurgie avant de pratiquer probablement la première ovariectomie au Montreal General Hospital en 1868⁵⁷. C'est également le cas pour T. G. Roddick qui sonne l'avènement du listérisme dans le milieu hospitalier

55 On a personnellement repéré une dizaine d'articles de thérapeutique écrits de sa main entre 1880 et 1889, sans oublier la constance avec laquelle il dirigea durant cette même décennie plusieurs rubriques thérapeutiques successives dans la revue, et la publication d'un traité de thérapeutique en 1892. On peut de ce fait considérer H.-E. Desrosiers comme un des piliers de l'*Union médicale du Canada* dans les années 1880–1890, un érudit parmi les plus respectés sachant judicieusement allier fonctions administratives et interventions scientifiques au sein de l'organe de presse médicale de langue française numéro un au Canada.

56 Parlant de production scientifique, il faudrait encore évoquer la publication d'ouvrages et de manuels. Même si la liste est relativement restreinte pour la période, elle met en avant quelques auteurs (environ 25 recensés dont surtout W. H. Hingston, R. P. Howard, S. Lachapelle) et quelques textes d'un intérêt scientifique non négligeable (manuels et traités divers exceptés). En outre, cette production s'avère importante par rapport à celle du reste du Canada (voir sur ce point la thèse de J. J. Connor, « To Advocate, to Diffuse and to Elevate: The Culture and Context of Medical Publishing in Canada, 1630 to 1920 », thèse de doctorat, University of Western Ontario, 1992); elle semble même avoir donné une visibilité particulière, au-delà des frontières souvent, à ses auteurs.

57 Voir « Two Cases of Ovariectomy by R. Craik », *Canada Medical Record*, vol. 6, 1869, p. 1–10.

montréalais et québécois à partir de 1877⁵⁸. C'est encore le cas de T. J. Alloway, rapporté par J. Stewart, qui aurait, dès le début des années 1880, poursuivi plusieurs expériences concluantes sur l'emploi de l'iodoforme en chirurgie⁵⁹.

Ce bref tour d'horizon ne serait pas complet sans quelques lignes sur ces médecins que la presse médicale considère, à l'époque, comme de véritables innovateurs. À nouveau, ce sont les articles de ces individus doublés par une information brute sur leurs activités qui permettent de se prononcer avec certitude. G. P. Girdwood, brillant professeur de chimie et de toxicologie à McGill, aurait été passionné par les rayons X jusqu'à installer un laboratoire à son domicile afin d'y enseigner et de poursuivre ses recherches, arrive en bonne place⁶⁰. Il en est de même de C. Smallwood, connu lui pour ses talents de météorologue et son goût prononcé pour les sciences naturelles, ou encore de J. B. McConnell, botaniste émérite.

Quelques carrières en marge

Ce serait enfin faire une erreur que d'évincer quelques praticiens connus, mais connus pour des fonctions et activités autres que celles de leurs confrères. C'est le cas, entre autres, de quelques médecins investis dans le domaine de la santé publique. L'utilisation « formatée » des critères précédemment définis et illustrés comme étant les plus révélateurs des activités de l'élite médicale du Montréal de la deuxième moitié du XIX^e siècle exclut effectivement quelques figures importantes. C'est notamment le cas de J.-M. Beausoleil, W. E. Bessey, L. Laberge et A.-B. Larocque.

J.-M. Beausoleil n'aurait eu qu'une charge de cours (en histologie à l'École de Médecine et de Chirurgie) dans les années 1880 alors qu'il est déjà membre influent du comité d'hygiène de Montréal et bientôt gouverneur au Collège des médecins, représentant de la ville. Ses activités dans le domaine de l'hygiène publique sont surtout à remarquer, ne serait-ce que parce qu'il fut aussi rédacteur du *Journal d'hygiène populaire* (1879–1886) puis secrétaire de rédaction de la jeune *Gazette médicale de Montréal* (1887–1890). A.-B. Larocque, lui, est nommé officier de santé en 1870 avant de diriger les services sanitaires de la ville jusqu'en 1885 et de servir de consultant à plusieurs associations sanitaires américaines. Quant à L. Laberge, successeur de Larocque au poste de directeur du Bureau sanitaire municipal, il serait bientôt le premier bactériologiste attitré de la ville (1894).

58 Voir C. G. Roland, « The Early Years of Antiseptic Surgery in Canada », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 22, 1967, p. 380–391.

59 *Canada Medical and Surgical Journal*, vol. 12, 1884, p. 400.

60 On sait par ailleurs que G. P. Girdwood fut avec son confrère T. A. Rodgers à l'origine d'un procédé pour reconnaître l'empoisonnement à la strychnine (1864), découverte qui, parmi d'autres et en plus de ses compétences médico-légales, participa à forger son statut de scientifique.

Tableau 2 : Liste nominative des chirurgiens montréalais selon leur origine linguistique

Langue maternelle	Nom de chirurgien
Anglais (7)	James Bell George William Campbell Robert Craik George Edgworth Fenwick William Hales Hingston Thomas George Roddick Thomas A. Rodgers
Français (3)	Alfred-T. Brosseau Pierre-Antoine Conefroy Munro J. A. S. Brunelle

Une élite hétérogène et stratifiée?

Au-delà de toutes les nuances individuelles que l'on a pu mettre en évidence en deuxième partie, au regard également de l'étendue de certaines polyvalences, on perçoit l'existence d'éléments plus forts de stratification et de cloisonnement. On peut se demander dès lors comment cette hétérogénéité se concilie avec la présence de réseaux au sein de cette élite médicale.

Un élément majeur de stratification : l'émergence des premiers « spécialistes »

Alors que plusieurs biographies fondent l'existence d'un sous-groupe particulièrement visible, on pense entre autres à W. H. Hingston, T. G. Roddick, J.-P. Rottot, E.-P. Lachapelle⁶¹, la spécialisation opérerait, selon nous, une stratification majeure au sein de l'élite dans son ensemble; spécialisation perceptible en chirurgie d'abord, puis en gynécologie, ophtalmologie et otorhino-laryngologie (ORL).

Parmi les 76 médecins identifiés, 10 sont reconnus pour leurs talents dans le domaine chirurgical et semblent, de ce fait, se distinguer du groupe (voir le tableau 2)⁶². Le poids grandissant du système hospitalier mais aussi les progrès de la chirurgie — aseptie, antisepsie, anesthésie, nouveaux instru-

61 J. Bernier a su dépeindre en détail, surtout pour ce qui est des médecins francophones, le noyau de ce qu'il définit comme « une petite élite médicale urbaine », particulièrement active dans la structuration de la profession médicale. Nous renvoyons donc le lecteur intéressé à son ouvrage sur l'histoire de la médecine au Québec et à la mise en évidence qui y est faite des personnages qui ont marqué la profession médicale québécoise au XIX^e siècle (*La médecine au Québec*).

62 Sont effectivement considérés comme chirurgiens ceux qui ont fait leurs preuves dans le domaine chirurgical (réputation, premières opératoires...) et non simplement ceux qui ont occupé un poste de chirurgien à l'hôpital, les champs d'activité respectifs des « chirurgiens » et « médecins », *surgeons* et *physicians*, on l'a dit, y apparaissant encore mal dissociés.

ments opératoires — font que les pertes en vies humaines ont tendance à se réduire et que certaines opérations s'avèrent spectaculaires quand elles sont pratiquées avec éclat : d'où la réputation, une réputation autant scientifique que populaire⁶³.

De fait, la célébrité de la plupart de ces médecins tient à leur dextérité consacrée, notamment par certaines opérations : W. H. Hingston pratiquera une excision de l'articulation du genou à l'Hôtel-Dieu dès 1862 et sera un des premiers à procéder à une néphrectomie au Canada en 1868. E. H. Trenholme aurait réussi une ablation de kyste ovarien dès 1873, peut-être la première hystérectomie canadienne l'année suivante et le retrait d'une tumeur fibreuse de l'utérus en 1875⁶⁴. A.-T. Brosseau sera, entre autres, connu pour ses cours de médecine opératoire et ses nombreuses lithotomies (extraction d'un calcul) pratiquées dans les années 1880⁶⁵. D'autres ont laissé leur nom pour avoir vanté les mérites d'un procédé opératoire encore inconnu (T. G. Roddick). À propos de P.-A.-C. Munro, un des trois francophones du groupe, l'*Union médicale du Canada* écrit en 1882 « qu'il est le plus grand chirurgien de la province de son époque⁶⁶ ».

Dans cette dynamique, il ne faut probablement pas négliger le fait que les principaux hôpitaux, ceux affiliés aux universités et en particulier le Montreal General Hospital, avaient pour habitude de recruter des étudiants aux prédispositions prometteuses. On remarque d'ailleurs une forte prédominance anglophone (7 sur 10) qui suggérerait que la société médicale canadienne-française n'a pas encore en 1890 une place équivalente à celle de la société médicale anglophone en termes de fonctions et de réputation.

Sans les dissocier totalement de l'élite dans laquelle ils s'inscrivent, ces chirurgiens se distinguent tous par leur faculté de toucher à tout, la multitude des honneurs qu'ils ont reçus et leur capacité à se faire un nom dans les domaines médicaux et extra médicaux. L'existence d'une stratification au sein de l'élite médicale montréalaise dans la deuxième moitié du XIX^e siècle se trouve renforcée par cette notoriété. La communauté médicale de l'époque abonde d'ailleurs dans cette direction⁶⁷.

À notre sens, les chirurgiens constituent les premiers « spécialistes » en cette époque pivot où la spécialisation reste mal définie⁶⁸. Il s'avère en

63 M. J. Peterson fait le même genre de constatation pour Londres à la même époque et insiste sur la reconnaissance par le milieu médical de l'appartenance des chirurgiens à une minorité respectée et respectable (Peterson, *The Medical Profession in Mid-Victorian London*, p. 136–193).

64 Voir la rubrique « The past year » du *Canada Lancet*, vol. 8, 1876, p. 152.

65 *Union médicale du Canada*, vol. 9, 1880, p. 140. Pour une liste exhaustive des innovations en matière de chirurgie, voir Goulet, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec*.

66 *Union médicale du Canada*, vol. 11, 1882, p. 244.

67 Voir E. Desjardins, « L'évolution de la chirurgie à Montréal », *Union médicale du Canada*, vol. 105, n° 9, septembre 1976, p. 1398–1401.

68 G. Weisz fait le même constat pour la France (« Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries », *Social History of Medicine*, 1994, p. 177–211; « The De-

effet, à la lecture de la presse médicale, que quelques-uns parmi ces chirurgiens revendiquent non seulement un statut de spécialité pour leur pratique, mais également une distinction entre « médecine générale » et « médecine spécialisée⁶⁹ ».

Portée par l'évolution de la chirurgie justement et, plus largement, de la technologie médicale, la spécialisation atteint de fait, au cours de cette période charnière, d'autres domaines, à savoir d'abord l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie, la gynécologie et enfin la pédiatrie⁷⁰. D'une façon générale, les services spécialisés apparaissent dans les hôpitaux anglophones à partir de la fin des années 1870, et francophones avec les années 1880. Il faut cependant relever l'exception que constitue à cet égard le dispensaire d'ophtalmologie du D^r E. Desjardins en activité dès 1873. L'incorporation de l'Hospice de la Maternité de Montréal destiné à la gynécologie et à l'obstétrique a lieu en 1875 : W. Gardner, E. H. Trenholme y pratiquent dès l'ouverture. Suivront surtout la création d'un département *eye and ear* au Montreal General Hospital en 1877 ainsi que d'un service de gynécologie en 1884, services dirigés respectivement par F. F. Buller et W. Gardner. C'est entre-temps, en 1880, que A. A. Foucher entre comme « oculiste » à l'hôpital Notre-Dame. En 1888, M. T. Brennan prend pour sa part la direction d'un dispensaire de gynécologie ouvert par les Soeurs de la Miséricorde à l'Hospice de la Maternité avec A. Dagenais, avant de rejoindre Notre-Dame en qualité de gynécologue dans les années 1890. Tous, sans excep-

velopment of Medical Specialization in Nineteenth-Century Paris », dans *French Medical Culture in the Nineteenth Century*, sous la direction de A. Laberge et M. Feingold, Amsterdam, Rodopi, Wellcome Institute Series in the History of Medicine, 1994, p. 149–188). Plus largement, il opère un rapprochement entre le développement de la spécialisation et de ce qu'il identifie comme « élite académique » (*The Medical Mandarins*).

69 Par ses activités mais également ses propos à ce sujet, A.-T. Brosseau est parmi ces chirurgiens ayant joué de tout leur poids pour faire accepter l'autonomie de la chirurgie et la reconnaissance des spécialités. Ainsi, en 1874, l'*Union médicale du Canada* annonce qu'il a décidé de se livrer exclusivement « au traitement des maladies chirurgicales » (vol. 3, p. 192); en 1874, il fait une intervention à la Société médicale de Montréal sur le laryngoscope et la laryngoscopie. Dès 1875, il organise un cours libre de médecine opératoire à l'Hôtel-Dieu où il pratique; en 1877, il ouvre un dispensaire pour la clinique et le traitement des maladies du larynx et de l'oreille à l'Asile Nazareth. Il n'en exprime pas moins le besoin de relever l'importance de la reconnaissance de la spécialisation et de la séparation de la médecine et de la chirurgie, une nécessité dictée selon lui par le grossissement démographique et l'évolution des connaissances pathologiques (discussion à la Société médicale de Montréal du 11 juin 1873, *Union médicale du Canada*, vol. 2, p. 301–309) alors que les opinions divergent clairement à ce double sujet. On peut quoiqu'il en soit penser que les chirurgiens partageant ses convictions (W. H. Hingston est parmi eux) ont fortement joué sur la reconnaissance de la spécialisation à Montréal.

70 L'historiographie dans le domaine de l'émergence des spécialités et des spécialistes étant particulièrement lacunaire, nous nous permettons de renvoyer à nouveau le lecteur intéressé aux travaux de Weisz (note 68) ainsi qu'au travail universitaire de L. Brodeur sur les débuts de la gynécologie au Québec (« Médicalisation de la femme et consolidation de la profession médicale. Les débuts de la spécialisation en gynécologie au Québec, 1888–1920 », mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 1985).

Tableau 3 : Liste nominative par spécialité des autres premiers spécialistes identifiés au sein de l'élite médicale montréalaise (1869–1890)

Spécialité	Nombre de spécialistes	Nom des spécialistes ¹
<i>Gynécologie</i>		
Anglais	5	Thomas Johnston Alloway James Chalmers Cameron William Gardner Arthur Laphorn Smith Edward H. Trenholme
Français	1	Michael Thomas Brennan
<i>Ophthalmologie et ORL²</i>		
Anglais	2	Francis Frank Buller George Wilson Major
Français	2	Édouard Desjardins Auguste Achille Foucher
<i>Pédiatrie</i>		
Anglais	1	Alexander Dougall Blackader
Total	11	

1 Ne seront ici considérés comme « autres spécialistes » que ceux qui se reconnaissaient comme tels et dont les activités (privées, hospitalières ou universitaires) allaient se concentrer autour de leur spécialité. Ainsi, et par exemple, ne retrouvera-t-on pas dans cette liste S. Lachapelle. Bien que directeur d'un dispensaire de pédiatrie à l'hôpital Notre-Dame à partir de 1887, Lachapelle était également très versé dans le domaine de l'hygiène et de la santé publique. Il ne se considérait d'ailleurs pas comme un « spécialiste ».

2 A. A. Foucher et F. F. Buller sont comptabilisés à la fois parmi les ophtalmologistes et les oto-rhino-laryngologistes (ORL). Il semble en effet qu'en cette époque d'émergence des spécialités les deux champs aient été plus ou moins confondus.

tion, obtiendront dans le même laps de temps un poste universitaire dans leur spécialité.

Parmi ces « spécialistes », on compte encore une majorité d'anglophones (8 sur 11), mais aussi une majorité de gynécologues (6 sur 11). Pour ce qui est de la gynécologie, on perçoit en outre une très nette prédominance anglophone (5 sur 6). Les francophones se seraient davantage consacrés à l'ophtalmologie et l'ORL (voir le tableau 3).

Chez les gynécologues anglophones, W. Gardner est une figure de proue. Pourtant sa carrière se concentre d'abord sur le développement d'une clientèle privée, qui s'est avérée rapidement lucrative avec la fin des années 1860. Il entre ensuite à Bishop et au Montreal General Hospital. Gravissant les échelons dans les deux institutions, il obtient finalement le premier la chaire de gynécologie de McGill. C'est alors qu'il décide d'abandonner la pratique privée. À son retour de formation en Grande Bretagne, il prend la

direction du service de gynécologie du Montreal General puis ouvre une clinique privée sur l'avenue Union (1885) avant de rejoindre finalement l'hôpital Royal Victoria comme gynécologue en chef en 1895. Son confrère francophone A. A. Foucher a commencé pour sa part à séjourner en Europe (1879–1880) après l'obtention de son diplôme à l'École de Médecine et de Chirurgie dans le but de se spécialiser dans les maladies des yeux et des oreilles. Dès son retour, on l'a dit, il entre comme oculiste à l'hôpital Notre-Dame et obtient en même temps la chaire d'ophtalmologie et d'otologie de la succursale Laval. Premier à occuper ce poste lui aussi, il ouvre son cabinet privé (1880) et crée un dispensaire adapté à ses compétences, une première francophone (1881). Dès les années 1880, il voit alors sa réputation dépasser les frontières, sollicité entre autres régulièrement par la Société française d'ophtalmologie.

En scrutant chacune des biographies des médecins concernés, et celles-ci en particulier, on peut penser qu'avec les années 1880, les carrières de ces premiers spécialistes prennent de nouvelles directions. La polyvalence qui était la leur et qui est encore celle de leurs confrères ne résiste souvent pas à certains choix : trop demandés par les hôpitaux, trop pris par une chaire qu'il faut roder, ils abandonnent leur carrière privée. On a repéré aussi la démarche inverse, à savoir le repli sur une pratique privée avec, comme conséquence possible, l'apparition de cabinets spécialisés⁷¹.

L'émergence des spécialités, dont témoignent ces trajectoires de carrières, fait écho à un mouvement similaire dans plusieurs pays, notamment en France⁷². Dans le contexte de l'univers médical montréalais, on peut penser qu'il a été générateur de transformations institutionnelles importantes. La spécialisation a ainsi pu accélérer une restructuration des activités médicales universitaires et hospitalières en intégrant plus harmonieusement théorie et pratique⁷³. L'institutionnalisation de ces spécialités, à travers la création de services hospitaliers et de chaires universitaires, a pu également contribuer à atténuer la suprématie des chefs de service ou *attending physicians* et à en écarter progressivement les « généralistes ».

Cloisonnement entre francophones et anglophones : mythe ou réalité?

Le cloisonnement entre les deux communautés médicales, à défaut d'en être le résultat, est renforcé par l'unilinguisme rapidement de mise dans tous les lieux d'enseignement et de pratique; une ségrégation réelle et réciproque qui se répercute à partir de l'université dans les hôpitaux mais aussi dans les

71 On sait en fait que T. J. Alloway abandonna la pratique privée en 1890 pour se consacrer à ses activités (hospitalières et enseignantes en gynécologie); E. H. Trenholme aurait fait de même l'année précédente. Illustrations de la démarche inverse, A. A. Browne annonce dans la presse médicale qu'il se concentre sur sa pratique privée en 1887.

72 Voir note 68.

73 Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine*, p. 54.

associations, les revues, toutes sortes d'initiatives nées de ces deux principaux lieux collectifs de pratique. Sans oublier que se surajoute souvent à ce critère linguistique un critère religieux : on a vu ce que cela peut signifier notamment en termes d'organisation et de fonctionnement des institutions hospitalières⁷⁴. Mais, dans quelle mesure véritablement la langue pouvait-elle constituer un critère de ségrégation et éventuellement de hiérarchie au sein de la communauté médicale montréalaise?

La très grande majorité des francophones de notre groupe⁷⁵ ont été formés par une université francophone et y ont poursuivi leur carrière. Le schéma est identique du côté anglophone. En milieu hospitalier, il s'avère que seuls les dispensaires, non affiliés en fait aux universités, ont bénéficié d'un personnel mixte. Les associations qui sont liées à ces institutions suivent le même découpage, surtout à partir des années 1870⁷⁶. W. H. Hingston et ses élèves, tel J. A. S. Brunelle, font partie des quelques médecins oeuvrant à la fois dans les milieux anglophones et francophones. On pourrait toutefois encore citer H.-E. Desrosiers, au contact des milieux anglophones de par ses activités professorales, on l'a vu, E.-P. Lachapelle, plusieurs parmi les premiers spécialistes (T. J. Alloway, A. L. Smith sont tous deux présents lors des séances de la Société médicale de Montréal dans les années 1880) ou encore L.-D. Mignault, connu pour ses talents de polyglotte et, on s'en souvient, diplômé de McGill⁷⁷.

S'ensuit un déséquilibre potentiel dans les positions et la réputation professionnelle des deux groupes⁷⁸. On voit en effet que la balance mar-

74 Il faut encore ajouter que ce critère religieux peut primer sur le critère linguistique, dans le cas des médecins d'origine irlandaise entre autres.

75 À l'exception de trois d'entre eux : L.-D. Mignault, J.-G. Bibaud et E. H. Trudel. Il s'avère en fait que deux de ces trois médecins n'avaient pas eu le choix (J.-G. Bibaud et E. H. Trudel), ayant entrepris leurs études médicales à Montréal à un moment (dans les années 1820) où il n'y avait pas de faculté francophone.

76 À la réunion de décembre 1870 de la Medico-surgical Society, seul un Canadien-français (H. Peltier) sur 30 membres est présent et la liste des membres de l'Association de 1893 ne compte que 15 francophones (dont J. A. S. Brunelle, H.-E. Desrosiers, A. A. Foucher, E.-P. Lachapelle et L.-D. Mignault) sur 119 inscrits.

77 Par ailleurs, la dualité de la profession médicale à Montréal ne conduit pas nécessairement à considérer la langue comme un ferment d'opposition. Les conflits qui ont pu agiter le milieu universitaire (Université Laval) ou hospitalier n'avaient pas lieu d'être linguistiques. Pour autant, la langue se serait logiquement mêlée de la partie en cas de conflits extérieurs à ce milieu : au sein du Collège des médecins de la province par exemple, tel que le montrent Bernier et Goulet dans son ouvrage dédié au Collège, ou encore au sein de l'Association médicale canadienne; en cas d'épidémie, celle de variole ayant touché de plein fouet Montréal en 1885 mettant en évidence ce genre de confrontation (voir à ce sujet M. Bliss, *Montréal au temps du grand fléau. L'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre Expression, 1993); peut-être enfin du fait de problèmes croissants (tout au moins dénoncés comme tels par la presse médicale) de concurrence professionnelle.

78 Il faut par ailleurs préciser que la répartition, à peu près équivalente, entre médecins anglophones et francophones dans l'ordonnancier Gray n'est pas représentative de la répartition à l'époque de l'ensemble de la population montréalaise. Ainsi, en prenant les statistiques du recensement du Canada

Tableau 4 : La répartition linguistique des médecins montréalais (1860–1890)

	Anglophones	Francophones	Total
Nombre total de médecins	157	144	301 ¹
« Élite médicale »	43	33	76
Spécialistes	6	15	21

1 Le nombre de médecins total, renvoyant à celui de l'ordonnancier Gray (il est en effet très difficile à partir d'autres sources, comme les recensements, de toujours connaître l'origine linguistique de la population et donc de la population médicale de la ville) correspond au total de 322 moins les 22 noms dont la langue maternelle n'a pu être clairement identifiée. Il s'agit quoiqu'il en soit pour la répartition linguistique de ces 300 médecins d'une estimation reposant sur les données biographiques disponibles et la langue utilisée dans leurs ordonnances.

quant la réputation tend à pencher en faveur des médecines anglophones à mesure que l'on avance vers les groupes particulièrement en vue que constituent les chirurgiens et autres premiers « spécialistes ». Pour autant, ce déséquilibre ne permet pas de parler de fracture. Le statut de certains universitaires francophones et l'investissement d'autres praticiens dans l'organisation et le bon fonctionnement de l'hôpital Notre-Dame laissent penser que les années vont permettre de gommer des inégalités qui transparaissent inévitablement dans une étude sur une période aussi charnière et courte que celle de 1850–1890⁷⁹.

Ainsi, à l'instar de ce que suggère l'historiographie, la langue constitue à l'évidence un élément structurant extrêmement fort. Toutefois, si le cloisonnement au niveau des institutions médicales est indéniable, il n'invalide pas pour autant l'existence de lieux d'échanges, de liens, voire de réseaux, impliquant anglophones et francophones. Ce mouvement, encore dans l'enfance, semble vouloir s'intensifier à partir des années 1880.

Vers une reconfiguration des réseaux

Le portrait de l'élite médicale montréalaise, telle que définie dans cet article, ne saurait s'achever sans l'identification de réseaux, de lieux d'échanges et de sociabilité qui sont autant de vecteurs pour la circulation des idées. Sans être une étude exhaustive ni, à l'inverse, focalisée sur une ou deux figures emblématiques auxquelles on attribuerait toutes les actions majeures, ce portrait permet de restituer des actions, des liens, des caractéristiques communes, des activités qui, formant un ensemble, ont concouru à façonner cette dernière partie.

Outre les lieux d'échange habituels, tels que les associations, milieux de

de 1881, la population anglophone de la ville représenterait seulement un cinquième de sa population totale.

79 Goulet, *Histoire de l'hôpital Notre-Dame*.

pratique, revues médicales, sur lesquels nous n'insisterons pas ici, on constate que l'élite de la profession médicale montréalaise côtoie en divers lieux une élite plus large avec laquelle elle partage une réelle notabilité. C'est le cas de l'Association sanitaire de Montréal qui, dès sa création en 1873, compte 29 membres : 13 médecins et pour le reste notables et hommes d'affaires en tous genres; c'est encore le cas, dix ans plus tard, de la Société d'hygiène de la province de Québec, composée d'une majorité de praticiens francophones mais aussi d'architectes, d'avocats, d'échevins travaillant de concert à l'amélioration de la santé municipale. Preuve, s'il en est besoin, de la place du médecin au sein de la politique municipale et de son accession à un statut de notable⁸⁰.

Mais les associations, revues ou institutions ne constituent pas les seuls lieux susceptibles des créer des rapprochements, voire, des réseaux au sein de l'élite. Les débats idéologiques permettent également d'entrevoir des axes de polarisation parmi les médecins, notamment autour de convictions politiques, scientifiques et médicales⁸¹. Au niveau politique, la Société St-Jean-Baptiste de Montréal, créée en 1834, aurait rassemblé en son sein des médecins patriotes rêvant d'unir tous les Canadiens-français. Parmi les membres de notre élite, on y note l'activité régulière de J.-P. Rottot, de E. H. Trudel, premier médecin de l'Association en 1850, ou encore de E. Desjardins et E.-P. Lachapelle⁸².

Un autre exemple est celui de la Ligue contre la « vaccination compulsatoire » créée en novembre 1874 par J. E. Coderre, qui cherche à s'opposer par tous les moyens légaux à la mise en application de la récente loi sur la vaccination et à en demander le rappel⁸³. Le petit groupe de médecins qui la compose (dont J. E. Coderre, S. Gauthier, A. Dagenais) s'organisera avec difficultés avant de disparaître à la suite de la réaction négative de 150 confrères, tant anglophones que francophones. Ces derniers signeront un *pronunciamento* en faveur du procédé préventif à la suite d'une intervention sur le sujet de W. H. Hingston, alors maire de Montréal, à la Société Médico-chirurgicale de Montréal en 1876.

Plus largement, d'autres rapprochements interviennent autour d'une même conviction théorique : promotion du listérisme pour T. G. Roddick rapidement suivi par G. E. Fenwick, F. J. Sheperd, W. Nelson et T. J. Alloway;

80 Sur la présence médicale au niveau des instances sanitaires de la ville de Montréal, nous renvoyons le lecteur à la thèse de doctorat de B. Gaumer (« Le service de santé de la ville de Montréal de la mise sur pied au démantèlement, 1865–1975 », Université de Montréal, 1997), ainsi que l'article de C. Pierre-Deschênes (« Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870–1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 35, n° 3, décembre 1981).

81 Nous n'évoquons pas ici les débats d'ordre professionnel, étudiés largement par Bernier, *La médecine au Québec*.

82 Voir R. Rumilly, *Histoire de la Société St-Jean-Baptiste de Montréal*, Montréal, Fides, 1975, et *Histoire de Montréal*, vol. 2, p. 331.

83 Voir *Union médicale du Canada*, vol. 4, 1874, p. 46–47.

« antipasteurisme » et « antimédecine de laboratoire » notamment pour J.-P. Rottot et A.-T. Brosseau⁸⁴. On peut également évoquer la défense de la spécialisation médicale mentionnée plus haut, par W. Gardner, E. H. Trenholme, A. L. Smith et le francophone M. T. Brennan. Ces derniers s'associeront d'ailleurs en 1885 pour promouvoir la multiplication d'institutions spécialisées en gynécologie.

De plus, on peut supposer des rapprochements entre médecins liés par les mêmes convictions religieuses. Dans le cas du catholicisme, des visions communes par rapport à la thérapeutique et, plus largement, face à l'intervention du médecin et à la relation entre médecin et patient généreront des collaborations réelles au plan de la pratique quotidienne (par exemple entre E.-P. Lachapelle, J.-P. Rottot et G. O. Beaudry). Le catholicisme semble en outre avoir été déterminant dans les relations d'amitié entre J.-P. Rottot et E.-P. Lachapelle.

Parlant d'amitié, on voudra penser que plusieurs réseaux, plus ou moins étendus, ont été initiés par des affinités plus personnelles que professionnelles. Il existe en effet plusieurs lieux de sociabilité susceptibles d'avoir indirectement contribué à la circulation des idées et au renforcement de réseaux préexistants. C'est notamment le cas du St. James Club (à partir de 1857) et de son pendant francophone, le Club St-Denis (1874). C'est encore celui du *dining club* fréquenté mensuellement par F. J. Sheperd et plusieurs de ses amis (G. Ross, W. Gardner, R. L. McDonnell, A. A. Browne, F. F. Buller, A. D. Blackader, T. J. Alloway) qui constituent à l'époque la « jeune garde » de spécialistes de McGill. C'est à ce même *dining club* que T. G. Roddick et T. A. Rodgers ont pour habitude de se côtoyer⁸⁵.

Enfin, l'étendue des liens que pouvaient entretenir quelques-uns des praticiens parmi les plus réputés, constitue un indice probant de l'existence de réseaux transcendant les frontières linguistiques et institutionnelles au sein de l'élite médicale. Les cas de G. E. Fenwick et de T. E. d'Orsonnens nous fournissent à cet égard des exemples éloquentes. Ainsi, en 1874, on apprend que 56 confrères de G. E. Fenwick se sont cotisés (une moyenne non négligeable de 20 \$ par tête) pour lui offrir un repos bien mérité au soleil⁸⁶; manifestation d'entraide qui, du reste, ne fut sûrement pas un cas isolé si l'on suit J. Bernier sur ce point⁸⁷. Lors du banquet donné pour les

84 Point de divergence d'ailleurs à noter entre J.-P. Rottot et E.-P. Lachapelle, ce dernier profitant de sa nomination au poste de doyen de Laval à la suite de son ami (1910) pour y faciliter la reconnaissance académique des principes de Pasteur. On effleure là un des aspects de la complexité de la question des réseaux, les uns rapprochant les protagonistes sur telle ou telle question ou lien extra professionnel, les autres éloignant ces mêmes médecins pour divergence d'opinion sans pour autant atteindre leurs relations quotidiennes.

85 Howell, *F. J. Sheperd, Surgeon*, p. 100–101.

86 Parmi ces collègues, 11 sont de langue française (*Canada Medical and Surgical Journal*, vol. 2, 1874, p. 431).

87 Bernier, *La médecine au Québec*, p. 88–90.

noces d'or professionnelles de T. E. d'Orsonnens en 1890, on repère parmi les convives les quatre doyens des facultés de médecine montréalaises (R. Craik, J.-P. Rottot, F. W. Campbell et W. H. Hingston), mais également plusieurs des chirurgiens et premiers « spécialistes » identifiés plus haut (J. C. Cameron, A.-T. Brosseau, W. Gardner, E. Desjardins, F. F. Buller, A. A. Foucher, A. L. Smith). On y retrouve également quelques-uns des médecins investis dans la santé publique (dont L. Laberge)⁸⁸.

Si Montréal n'est, à l'époque, pas représentative du reste de la province, elle commence indéniablement à prendre sa place dans les réseaux médicaux et scientifiques étrangers et internationaux⁸⁹. Le rôle prédominant à cet égard de ceux qui ont fait des séjours à l'étranger est notable. Nombreux sont les contacts de ces derniers avec des confrères d'autres pays, leur participation à des associations étrangères, à des colloques. De tels signes sont repérables même si, rappelons-le, ils concernent surtout la dernière décennie de la période étudiée.

Dans ces réseaux à vocation internationale, on retrouve principalement les chirurgiens et autres premiers « spécialistes ». Leur poids à l'étranger se repère par les honneurs qu'ils ont pu recevoir, leur participation active, bien sûr, à différentes rencontres, ou encore leur statut de membre honoraire d'associations étrangères. Ainsi, A. D. Blackader reste connu pour avoir été fondateur de l'American Pediatric Society (dont il sera le président en 1893), membre émérite de l'American Association of Physicians. G. P. Girdwood présida pour sa part la Roentgen Society of America, fut vice-président de la branche canadienne de la Society of Chemical Industry. Mais c'est bien sûr W. H. Hingston qui obtient la palme du nombre d'affiliations à des sociétés étrangères et des titres honorifiques : il fut notamment membre puis président honoraire de la British Medical Association puis de la Société Médicale de Londres (en même temps que T. G. Roddick), membre de l'Académie impériale Léopold, de la Société Généalogique de Boston ainsi que de la Société Pollichia de Bavière, où il devient le premier membre étranger.

Parmi les événements internationaux, le Congrès international de médecine et de chirurgie à Washington en 1887 confirme en outre la participation active des premiers « spécialistes » montréalais à l'internationalisation des savoirs. On y retrouve entre autres W. H. Hingston et A.-T. Brosseau, A. A. Foucher, A. L. Smith et J. C. Cameron. Ce congrès donne notamment lieu à des échanges entre les gynécologues A. L. Smith et Apostoli. C'est d'ailleurs probablement à la suite de cette rencontre que le médecin québécois

88 *Union médicale du Canada*, vol. 19, 1890, p. 615.

89 L'article de Pierre-Deschênes précédemment cité évoque la question. Selon elle, les liens auraient été nombreux, entretenus, renforcés et démontrables par le biais des congrès internationaux et de la portée supranationale de certaines associations (« Santé publique et organisation de la profession médicale », p. 373). On veut croire à cette réalité mais surtout pour les décennies postérieures à 1890.

aurait introduit l'utilisation de la méthode éponyme de son célèbre confrère français à Montréal⁹⁰.

Conclusion

Nous avons tenté de cerner les contours et les caractéristiques d'une élite médicale propre à la ville de Montréal dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Pour ce faire, nous avons circonscrit notre définition d'« élite médicale » aux seules dimensions professionnelles et scientifiques (formation, fonctions, titres et reconnaissance). Partant de la liste des prescripteurs inscrits dans l'ordonnancier de H. R. Gray, liste nominative qui regroupe la très grande majorité des médecins montréalais de l'époque, notre principal critère d'identification de cette élite a été celui de la visibilité de ses membres à travers la presse médicale.

Il convient, au terme de cette étude, de revenir d'abord sur l'importance numérique de cette élite (76 médecins) qui représenterait, en fait, près du quart des praticiens montréalais. Dans quelle mesure peut-on alors considérer ce groupe imposant comme une minorité « hors du commun »? Certes, Montréal constitue à l'époque un pôle d'attraction important pour la communauté médicale québécoise. Mais, on peut aussi penser que les trajectoires étudiées ici témoignent d'une souplesse et d'une fluidité relevant de la relative jeunesse de la société québécoise et, en particulier, de sa profession médicale.

De fait, au niveau de ses caractéristiques, c'est d'abord la polyvalence de cette élite qui frappe; polyvalence reposant systématiquement sur une pratique dédoublée (privée et publique) et presque toujours sur un engagement soutenu, bien que simultané, en milieu hospitalier et universitaire. La grande majorité de ce groupe se serait en outre illustrée dans des activités associatives et journalistiques, révélant par ce biais un certain dynamisme scientifique.

L'élite médicale montréalaise de la deuxième moitié du XIX^e siècle ne constitue pas pour autant un ensemble homogène. Au-delà d'un cloisonnement linguistique déjà connu, nous avons mis en évidence d'autres lignes de stratification, nettement perceptibles à la fin de la période. Le rôle grandissant des chirurgiens, révélé en même temps qu'appuyé par de nouvelles techniques et procédés opératoires, et l'avènement des spécialités le prouvent sans conteste. Enfin, l'attention portée à ce petit groupe de « spécialistes » éminents nous permet d'entrevoir une reconfiguration des axes de stratification. Cette reconfiguration suivrait une nouvelle logique fondée sur la circulation des idées, l'internationalisation des avancées scientifiques et, effectivement, la reconnaissance de la spécialisation en médecine.

90 *Union médicale du Canada*, vol. 16, 1887, p. 513–554. La méthode Apostoli consiste à utiliser l'électricité en gynécologie.

ANNEXE 1

Liste nominative des médecins montréalais concernés par cette analyse

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. ALLOWAY, Thomas Johnston | 40. KENNEDY, Richard A. |
| 2. ARMSTRONG, George E. | 41. LABERGE, Louis |
| 3. BEAUDRY, Georges O. | 42. LACHAPELLE, |
| 4. BEAUSOLEIL, Joseph-Maxime | Emmanuel-Persillier |
| 5. BELL, James | 43. LACHAPELLE, Séverin |
| 6. BENOÎT, Emmanuel-Persillier | 44. LARAMEE, J. Alfred |
| 7. BESSEY, William E. | 45. LAROQUE, Alphonse-Barnabé |
| 8. BIBAUD, Jean-Gaspard | 46. LEPROHON, Jean-Lucien |
| 9. BLACKADER, Alexander Dougall | 47. McCALLUM, Duncan Campbell |
| 10. BOYER, Louis | 48. McCONNELL, John B. |
| 11. BRENNAN, Michael Thomas | 49. McDONNELL, Robert Lea |
| 12. BRODEUR, Azarie | 50. McDONNELL, Richard Lea |
| 13. BROSSEAU, Alfred-T. | 51. MAJOR, George Wilson |
| 14. BROWNE, Arthur A. | 52. MIGNAULT, Louis-Daniel |
| 15. BRUNELLE, J. A. S. | 53. MUNRO, Pierre-Antoine-C. |
| 16. BULLER, Francis Frank | 54. NELSON, Wolfred |
| 17. CAMERON, James Chalmers | 55. PELTIER, Hector |
| 18. CAMPBELL, Francis Wayland | 56. PERRIGO, James |
| 19. CAMPBELL, George William | 57. POITEVIN, Édouard-Amédée |
| 20. CODERRE, Joseph Emery | 58. REDDY, John |
| 21. CRAIK, Robert | 59. REDDY, Herbert-L. |
| 22. d'ORSONNENS, Thomas E. Odet | 60. RICARD, Alexandre G. A. |
| 23. DAGENAIS, Adolphe | 61. RODDICK, Thomas George |
| 24. DAVID, Aaron Hart | 62. RODGERS, Thomas A. |
| 25. DEMERS, Louis Avila | 63. ROSS, George |
| 26. DESJARDINS, Édouard | 64. ROTTOT, Jean-Philippe |
| 27. DESMARTEAU, Nazraël B. | 65. SCHMIDT, Samuel Benjamin |
| 28. DESROSIERS, Hugues-Évariste | 66. SCOTT, W. E. |
| 29. DRAKE, Joseph Morley | 67. SHEPERD, Francis J. |
| 30. DUROCHER, Louis Benjamin | 68. SIMPSON, Thomas G. |
| 31. FOUCHER, Auguste Achille | 69. SMALLWOOD, Charles |
| 32. FENWICK, George Edgworth | 70. SMITH, Arthur Laphorn |
| 33. FRASER, William | 71. STEWART, James |
| 34. GARDNER, William M. | 72. SUTHERLAND, William |
| 35. GAUTHIER, Séraphin | 73. TRENHOLME, Edward H. |
| 36. GIRDWOOD, Gilbert Prout | 74. TRUDEL, Eugène Hercule |
| 37. GODFREY, Robert T. | 75. WILKINS, George |
| 38. HINGSTON, William Hales | 76. WRIGHT, William |
| 39. HOWARD, Robert Palmer | |

ANNEXE 2

Diplômes étrangers octroyés aux 76 médecins de l'élite médicale montréalaise

<i>Intitulé du diplôme et lieu d'obtention¹</i>	<i>Nombre de diplômés</i>
LRCS Edin. (Licenciate of the Royal College of Surgeons, Écosse)	9
LRCP Edin. (Licenciate of the Royal College of Physicians, Écosse)	1
LRCS Eng. (Londres, Angleterre)	9
LRCPL (Licenciate of the Royal College of Physicians, Londres, Angleterre)	2
Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow (Irlande)	3
LKQCP (Licenciate of the King's and Queen's College of Physicians of Ireland, Dublin)	1
LRCSI (Licenciate of the Royal College of Surgeons of Ireland)	1
LRCPI (Licenciate of the Royal College of Physicians of Ireland)	1
Docteur en médecine de la Faculté de Médecine de Paris (France)	2
Faculté de Médecine de Philadelphie (États-Unis)	1

¹ Dans la plupart des cas, il s'agit d'un second diplôme de médecine.