

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE ÈS ARTS (ÉTUDES QUÉBÉCOISES)**

**PAR  
HÉLÈNE NAUBERT**

**MATERNITÉ ET PATHOLOGIE:  
Étude du discours médical sur la grossesse  
et l'accouchement au Québec (1870-1900)**

**AVRIL 1990**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord à monsieur Guido Rousseau qui a bien voulu diriger cette recherche et qui a investi beaucoup de temps et de soin à lire et à commenter les nombreuses versions du mémoire. Ses encouragements, sa patience et ses nombreuses suggestions m'ont été d'un précieux secours tout au long de ce travail. Je remercie chaleureusement mon co-directeur monsieur André Paradis qui s'est toujours montré disponible à discuter des nombreuses hypothèses de mon mémoire. Son aide éclairée et sa collaboration soutenue et intense m'ont permis de jeter un nouveau regard sur l'objet de ma recherche.

Mes plus sincères remerciements vont également à la direction du Centre d'études québécoises qui m'a fourni l'opportunité de présenter mon étude lors de colloques et de travailler, à titre d'assistante de recherche, à la création de matériaux pour l'histoire de la médecine au Québec.

Enfin, mes derniers remerciements s'adressent à mes deux meilleurs amis, Charles et Caroline, dont la patience et l'altruisme ont souvent été éprouvés au cours des mois pendant lesquels leur mère était en rédaction.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
SIGLES DES PÉRIODIQUES MÉDICAUX.....	vii
AVANT-PROPOS.....	viii
INTRODUCTION.....	1

### PREMIÈRE PARTIE: MODÈLES DE FEMME ET MODÈLES DE SOCIÉTÉ

Chapitre I: Le statut économique de la femme.....	9
1. La division sociale du travail agricole.....	9
2. L'accès au statut acquis ou la notion de travail <i>utile</i> .....	13
3. Le travail <i>utile</i> .....	15
Chapitre II: Le statut juridique de la femme.....	25
1. L'incapacité juridique de l'épouse.....	25
2. Le mythe de la <i>femme-utérus</i> .....	29
3. Les transgressions de la <i>femme-utérus</i> .....	32
Chapitre III: La femme et l'Église.....	39
1. La femme pécheresse.....	39
2. La femme réhabilitée.....	41
3. La montée de la morale sociale.....	45

## DEUXIÈME PARTIE: LA MATRICE FERTILE

Chapitre IV: De l'importance de la matrice et de ses annexes.....	50
1. D'Aristote aux médecins des Lumières.....	50
2. La menstruation.....	57
3. Les modèles explicatifs.....	62
Chapitre V: La matrice gravide.....	68
1. Les symptômes.....	68
2. Le potentiel pathogène.....	71
3. Prévention et hygiène de la gravidité.....	77
Chapitre VI: La gravidité menacée.....	85
1. Les causes de l'avortement spontané.....	85
2. Les traitements de l'avortement spontané.....	93
3. La gravidité menaçante.....	103

## TROISIÈME PARTIE: LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT

Chapitre VII: La notion de <i>risque</i> .....	109
1. L'accouchement naturel et la question des sages-femmes... 109	
2. La nature médicalement assistée.....	116
Chapitre VIII: Les accouchements <i>contre-nature</i> .....	125
1. L'inséparable tout.....	125
2. Les opérations sanglantes.....	131
3. De la version et du forceps.....	140

<b>CONCLUSION</b> .....	145
<b>LEXIQUE</b> .....	152
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	158

## SIGLES DES PÉRIODIQUES MÉDICAUX

<b>AM</b>	<i>L'Abeille Médicale</i>
<b>CMR</b>	<i>The Canada Medical Record</i>
<b>GMM</b>	<i>La Gazette Médicale de Montréal</i>
<b>JHP</b>	<i>Le Journal d'Hygiène Populaire</i>
<b>MC</b>	<i>The Medical Chronicle or Montreal Monthly Journal of Medicine and Surgery</i>
<b>UMC</b>	<i>L'Union Médicale du Canada</i>

## **AVANT-PROPOS**

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus vaste portant sur les imaginaires du corps dans le discours médical et paramédical québécois de 1850 à 1900. Dirigée par les professeurs Guido Rousseau et André Paradis, l'enquête vise surtout à montrer en quoi l'historicité des représentations médicales du corps malade est solidaire de la dynamique même des institutions, des savoirs, des normes, des valeurs, des pratiques et des idéologies de l'époque. Portées par des hommes de l'art qui n'en sont pas moins des sujets culturels, les représentations médicales du corps et de ses pathologies ne sont jamais des perceptions purement scientifiques; elles sont aussi des représentations valorisées du sain ou du malsain, du fonctionnel ou du dysfonctionnel, du vertueux ou du vicieux. L'enquête implique donc une interrogation fondamentale portant à la fois sur le processus de production des représentations et sur la profession médicale du XIXe siècle. L'on s'interrogera finalement sur la société québécoise qui, tantôt cautionne, tantôt ajuste et même réinvente sa propre organisation sociale à partir de l'évolution des connaissances sur le normal et sur le pathologique.

La densité du corpus a conduit les professeurs Rousseau et Paradis à privilégier deux volets de recherche: les maladies épidémiques et les maladies des femmes. C'est à l'intérieur du second volet et en tenant compte de cette problématique générale que nous avons orienté notre recherche. Jusqu'à présent, deux autres mémoires de maîtrise sont menés à l'intérieur de ce volet. Il s'agit de la recherche de madame Yolande Potvin intitulée La Représentation de la femme dans le discours médical sur l'avortement à la fin du XIXe siècle, et de l'étude de madame Linda Lavoie sur L'Hygiène et la sexualité de la jeune fille dans le discours médical et paramédical québécois (1880-1900). Soulignons enfin l'apport de madame Suzanne Benoît qui déposait à l'automne 1989 un rapport de recherche sur Le Dédoublement hystérique dans le discours médical et paramédical québécois de la fin du XIXe siècle. Tous ces travaux fournissent un nouvel éclairage sur les rapports entre les représentations culturelles et les pratiques médicales au Québec de 1850 à 1900. C'est en suivant cet objectif que nous avons entrepris notre étude du discours médical sur la grossesse et l'accouchement au Québec (1870-1900).

## INTRODUCTION

S'il est une notion polysémique selon les époques, les cultures et la situation sociale de ceux qui s'autorisent à en parler, c'est bien la maternité. Aujourd'hui, pour bon nombre de femmes, toutes catégories confondues, la maternité se pose en terme de désir d'enfanter et de moment opportun pour avoir un enfant. A l'ère des biotechnologies, elle est un événement auquel ont droit la majorité des femmes. Mais au XIXe siècle, la maternité s'impose à la femme; elle est sa raison d'être, son devoir naturel à accomplir. Ni le travail, ni l'école ne doit l'éloigner de son destin. Elle est aussi l'occasion de multiples états morbides. L'éclampsie\*<sup>1</sup>, la métrite\* de l'utérus, les fièvres puerpérales\* et l'hémorragie sont autant de complications et de *maladies* qui éprouvent les primipares\* et les multipares\* au XIXe siècle. C'est en raison des risques et des conséquences fâcheuses souvent encourues qu'il est permis de supposer qu'elle fut saisie comme une maladie, au même titre que la menstruation et la ménopause. Mais c'est sans doute aussi en raison du modèle de la femme désintéressée et vouée à la souffrance que les complications de la maternité ont été perçues comme le destin naturel des femmes.

---

1. L'astérisque renvoie au lexique p. 152-157.

Par ailleurs, pour la médecine québécoise qui tente de s'imposer par diverses mesures, tels l'enseignement officiel et le contrôle de la pratique, la maternité, morbide ou non, inquiète et suscite l'affrontement entre les savoirs populaires féminins et les savoirs médicaux masculins. Par conséquent, il arrive que le corps médical, dans l'élaboration des causes et des traitements de la maternité, dépasse les limites de l'approche scientifique. Ainsi il l'aurait perçue comme un phénomène qui requiert un resserrement de la surveillance médicale. En fait, le désir d'instruire les sages-femmes de l'époque réside peut-être moins dans le souhait de protéger l'humanité des bévues de *personnes ineptes* que dans celui du corps médical d'imposer sa vision de la tocologie\* et de l'obstétrique.

Pourtant, il est certain que les conceptions médicales de la maternité associent cette dernière à un danger manifeste pour la femme. L'involution gravidique\*, les présentations *contre-nature* et la mort in utero sont autant de faits qui persuadent les médecins de la gravité du phénomène. Par ailleurs, c'est dans l'imaginaire social du corps féminin que l'obstétrique naissante puise ses perceptions de la maternité comme événement susceptible d'aggraver l'économie féminine *naturellement* faible. Nous ne cherchons pas à minimiser les rapports de force entre les savoirs médical et populaire, ni à absoudre le discours des médecins. Nous voulons plutôt saisir la dynamique des interactions entre les univers scientifique et symbolique qui engendrent les représentations du corps féminin dans un état spécifique: la maternité.

Par conséquent, nous ne partageons ni l'opinion des historiens des mentalités ni celle des sociologues qui n'ont vu dans ce discours médical que l'affirmation du chauvinisme, l'archaïsme des pratiques obstétricales, ou encore le désir du gain chez les médecins-accoucheurs ainsi que leur usage abusif des forceps. De telles approches qui réduisent la maternité à une sorte d'idéal féminin perdu aux mains de la science obstétricale *mâle* et conquérante, occultent la complémentarité existant entre les modèles médicaux de la maternité et les modèles culturels de la mère dans une société qui s'industrialise rapidement. En effet, la médecine n'évolue pas en vase clos; elle s'insère dans une société en mouvement et les pratiques médicales participent de l'affrontement entre les courants idéologiques. La présence des diverses façons de percevoir et de traiter une seule et même complication de la maternité relève, entre autres, de la pluralité des discours sociaux sur le rôle de la femme.

En fait, comme les autres citoyens influents de l'époque, les médecins québécois ont des préférences idéologiques qui guident leurs démarches tant pour obtenir des chairs d'enseignement, que pour faire adopter des mesures législatives concernant les conditions sanitaires générales des lieux publics. Il y a tout lieu de croire que leurs préférences idéologiques influencent sensiblement leur pratique quotidienne. Comme l'affirme l'anthropologue Allan Young <sup>2</sup>, les modèles explicatifs procèdent d'un raisonnement qui lie entre elles les perceptions, les croyances, les

---

2. "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, 1982, p. 257-285.

connaissances, les pratiques et les réflexions; ce que François Laplantine<sup>3</sup> nomme des rapports de sens. À cause de la nature de ces rapports de sens, il est permis de croire que l'affrontement entre les diverses pratiques obstétricales émane de la pluralité idéologique du Québec de l'époque. Par conséquent, la connaissance médicale de la maladie n'en est pas une purement scientifique; elle se compose de divers types de connaissance, dit encore Allan Young. En plus de celle issue de l'exploration et de l'expérimentation empirique, il y en a aussi une née du contexte culturel d'une époque. Ainsi les explications de la gestation et de la parturition sont-elles aussi des représentations culturelles; c'est à ce titre qu'elles ordonnent le champ de l'intervention et du discours. Comme tout système de représentation, elles expriment les désirs, les craintes, la mémoire et les projets d'une époque. On comprendra alors que ces modèles explicatifs s'affrontent, s'influencent et se modulent entre eux; tout comme ils entrent en interaction avec les modèles culturels, les valeurs sociales, les projets de société, les notions même de progrès, de nature, de justice, etc. Ainsi nourries du vécu et du véhiculé, du tangible et du symbolique, les représentations du corps féminin gravide\* investissent l'élaboration des causes et des traitements ayant trait aux affections de la maternité. Elles se présentent à nous sous la forme de préjugés et de métaphores et d'autres fois, elles sont englobées dans une théorie biochimique du corps.

Les explications sous-tendant les affections de la maternité procèdent de modèles étiologiques et thérapeutiques construits depuis des générations

---

3. Anthropologie de la maladie, p. 43-44.

et constituant également des théories sur les processus physiologiques. Cependant, elles n'en sont pas moins entachées du quotidien et ajustées au contexte médical québécois du dernier tiers du XIXe siècle. Non pas qu'il y ait eu une obstétrique québécoise tout à fait distincte de l'obstétrique américaine, française, allemande, italienne ou britannique; y croire serait minimiser l'influence de l'enseignement et de la pratique acquis souvent en Europe ou chez nos voisins américains. Il ne faut pas oublier les nombreuses références aux traités des maîtres européens, les correspondances entretenues avec les ex-collègues et amis étrangers rencontrés à l'occasion de voyages d'études ou de participation à des congrès. Cependant la pratique québécoise de l'obstétrique n'a pas nécessairement connu les mêmes débats houleux, les mêmes remises en question de ses pratiques médicales et chirurgicales ni les mêmes conditions de développement qu'à l'étranger. Ainsi le corps médical québécois a éliminé les sages-femmes de la pratique alors qu'en France, par exemple, et encore aujourd'hui, les sages-femmes continuent d'intervenir. Bien qu'à compétence limitée, leur pratique est autorisée. Il faut aussi noter la résistance particulièrement tenace des universités québécoises à donner aux femmes l'accès au titre de médecin comme facteur de différenciation culturelle à l'égard des rôles.

Notre intention d'analyser les représentations médicales de la maternité nous a amenée à privilégier deux moments de cet état: la gestation et la parturition. Quoique nous ayons pris connaissance des écrits sur les suites de couches\* et sur l'allaitement, nous nous sommes limitée à en détacher les informations générales sur la perception du rôle social de la

mère. Constitué presque exclusivement d'études médicales québécoises et étrangères parues dans les principaux périodiques médicaux francophones de 1870 à 1903 <sup>4</sup>, notre corpus, quoique volumineux, présente cependant quelques lacunes. La plus évidente est la sous-représentation de la littérature scientifique de langue anglaise. En effet, la pratique des médecins québécois anglophones n'a pas fait l'objet d'un repérage exhaustif. Aussi nous est-il impossible de comparer, d'un groupe ethnique québécois à l'autre, les représentations médicales des affections de la maternité et les pratiques qu'elles ordonnent. En plus des périodiques médicaux, nous avons consulté quelques ouvrages spécialisés sur les maladies des femmes, sur l'accouchement ainsi que sur le rôle de la mère. Nous en fournissons les références complètes dans notre bibliographie.

Notre étude se fixe comme but premier de saisir les rapports entre le contexte culturel d'une époque et les pratiques obstétricales. Elle poursuit aussi comme objectif la recherche des conditions d'émergence de la médicalisation de la gestation et de l'accouchement. Nous avons donc divisé notre travail en trois parties: dans un premier temps la toile de fond de l'époque fera ressortir l'interpénétration des discours sociaux sur la femme et nous instruira sur les présupposés culturels véhiculés par les médecins-

---

4. Nous avons retenu pour fin d'analyse les articles relatifs à l'obstétrique et à la gynécologie en sélectionnant ceux qui nous paraissaient les plus pertinents. Outre les présentation de cas, nous avons retenu les lettres aux éditeurs, les discours d'ouverture, les rapports des sessions de la Société médicale de Montréal et ceux des congrès de médecine, les notes d'obstétrique et de gynécologie, ainsi que divers articles qui discutent du rôle social de la femme et de la mère. Nous avons dépouillé les périodiques francophones suivants: l'Union médicale du Canada, le Journal d'hygiène populaire, l'Abeille médicale et la Gazette médicale de Montréal. Par ailleurs, le Medical Chronicle et le Canada Medical Record ont fait l'objet d'un dépouillement sélectif.

accoucheurs. La deuxième partie abordera de front l'analyse du discours médical sur la gestante; nous insisterons notamment sur la médicalisation des âges de la vie par le biais d'une analyse de la représentation de la menstruation. La médecine propose la médicalisation de la gestation à travers une série de prescriptions hygiéniques. Enfin l'analyse des représentations de l'accouchement formera la troisième et dernière partie. Nous y analyserons les pratiques de l'obstétrique moderne, laquelle s'impose et amorce la médicalisation de l'accouchement, notamment à travers le perfectionnement des instruments.

## **PREMIÈRE PARTIE**

### **MODÈLES DE FEMME ET MODÈLES DE SOCIÉTÉ**

## CHAPITRE I

### LE STATUT ÉCONOMIQUE DE LA FEMME

#### 1. La division sociale du travail agricole

Tourmenté par les crises économiques, les conflits sociaux, les épidémies et les luttes politiques, le Québec des années 1870 à 1900 vit difficilement le passage d'un type de société à un autre. Les anciens rapports avec l'environnement physique, caractérisés par la subordination de l'homme aux exigences et aux rythmes de la nature, se transforment dans une société en voie d'industrialisation et d'urbanisation. Dorénavant les réseaux complexes du *milieu technique*<sup>1</sup> s'interposeront entre l'homme et la nature. Par contre, moins tributaire des aléas de son milieu physique, l'homme de la société moderne apprend à soumettre l'environnement à ses besoins, voire à ses désirs et à ses ambitions, par l'exploitation de ses diverses ressources. Une libération appréciable certes, mais créatrice d'une nouvelle dépendance plus largement liée au perfectionnement de ses propres savoirs et savoir-faire.

---

1. Ce que Georges Freidman, spécialiste de la sociologie urbaine, a appelé le *milieu technique* est en fait le nouveau milieu résultant de la révolution industrielle, c'est-à-dire du passage de l'outil à la machine, et du travail manuel au travail mécanisé. Caractéristique de la société moderne, le milieu technique est la cause et l'effet de la nouvelle société (Sept études sur l'homme et la technique, p. 7-69 et 203-206).

La rupture qui s'établit rapidement entre le milieu naturel et le milieu technique crée un vide culturel. Les deux grands courants idéologiques de l'époque, le conservatisme et le libéralisme, luttent énergiquement pour combler le manque de continuité. D'un côté, les conservateurs, et plus particulièrement les ultramontains, au nom de la suprématie de l'ordre naturel, condamnent les libertés d'une société moderne et critiquent tous ceux qui idolâtrèrent le progrès et la science expérimentale; de l'autre, les progressistes, persuadés d'améliorer les conditions d'existence par la connaissance scientifique, dénoncent l'obscurantisme et le fatalisme de la mentalité traditionnelle qu'ils considèrent comme autant d'obstacles aux élans créateurs des nouveaux bâtisseurs. De fait, libéraux et conservateurs se disputent la définition de la nature économique, juridique et morale de l'être humain. En ce sens, les multiples statuts socio-culturels attribués aux mères de la fin du XIXe siècle apparaissent comme autant d'assises de la représentation collective du corps féminin. De telles assises influent sur les interprétations médicales des états de la maternité. Certes, les statuts économique, juridique et moral de la femme, plus particulièrement de la femme mariée, se complètent et se chevauchent continuellement. C'est leur complémentarité qui permet de comprendre la nature des alliances qui s'établissent entre les diverses classes dominantes lorsqu'elles formulent des modèles sociaux de comportement, ou encore des modèles d'épouses ou de mères.

Dans la dynamique de l'économie industrielle du XIXe siècle, s'élabore un nouveau type d'organisation sociale fondée sur la productivité élevée du travail humain. Progressivement l'innovation technique oblige l'individu à rationaliser son univers de travail. De fait, la société agricole québécoise se transforme dans ses fondements même. Jusque-là conçue pour combler les besoins immédiats d'une famille, l'agriculture de subsistance était plus qu'une solution à la survie. Elle était une façon de produire selon laquelle tous les membres de la famille, père, mère et enfants, dans une relation d'entraide et d'interdépendance, étaient producteurs indispensables de biens essentiels. Or, quand le raffinement de l'outillage, le développement des moyens de transport et l'ouverture de nouveaux marchés engendrent la commercialisation des activités agricoles quotidiennes, il s'en suit une transformation des rapports entre les individus. Une distinction s'élabore entre les activités agricoles rentables et les tâches typiquement domestiques qui ne génèrent aucun profit tangible. Conséquemment, la nature des buts familiaux se modifie, comme se définit autrement l'ordre d'importance des tâches quotidiennes à accomplir. Plus encore, il en résulte une nouvelle évaluation des membres de la famille. L'agriculteur gagne à exploiter rationnellement ses terres et ses cheptels, alors que son épouse perd graduellement sa fonction primordiale de productrice suite au clivage qui s'opère entre la famille et l'atelier de travail.

Certes, les mères rurales ne cessent de travailler par et pour la famille. Mais leurs fonctions se trouvent considérablement transformées dans un monde d'échanges économiques, où la production de multiple biens

manufacturés comble le manque créé par l'exploitation rationnelle de la ferme. Autrefois très actives dans l'exploitation et la transformation des ressources naturelles, les mères deviennent davantage *managers* [ménagères] des biens domestiques que productrices de ces biens. Ainsi détournées de la production agricole rémunérée – tels les vieillards, les enfants, les infirmes et les *sots* – les épouses deviennent des femmes *inactives*. C'est alors qu'apparaissent de nouvelles structures d'échange entre conjoints. En langage économique, les femmes mariées représentent un fardeau financier, une charge pour les époux qui voient leurs tâches de producteurs évoluer plus spécifiquement vers une fonction de pourvoyeurs familiaux. Enfin, les conditions matérielles générales de la famille dépendent dorénavant des habiletés du père à rentabiliser les travaux agricoles.

Ces divers changements d'ordre économique ébranlent non seulement les réseaux de communication et d'interaction [les structures sociales], mais aussi l'environnement symbolique [les représentations sociales], à partir duquel les individus développent leurs motivations et leurs aspirations individuelles et collectives. En définitive, l'exclusion des mères de certaines tâches agricoles contribue à la transformation de leur image économique en milieu rural. Elles sont pour ainsi dire victimes de l'écart qui se creuse entre leur fonction traditionnelle de productrices dans une relation d'entraide et celle, nouvelle, de ménagères dans un rapport de dépendance économique.

\*\*\*

## 2. L'accès au statut acquis<sup>2</sup> ou la notion de travail *utile*

On peut supposer que la perspective d'être ménagères dépendantes incite les jeunes filles de la campagne et leurs parents à dénicher le *bon parti*, celui qui pourra subvenir aux besoins de la nouvelle famille. Cependant, les jeunes prétendants ne sont pas tous propriétaires, réels ou virtuels, d'une exploitation agricole. En effet, des dizaines de milliers de jeunes gens doivent s'exiler dans l'arrière-pays, où la perspective des conditions de vie en forêt n'enchantent guère les femmes, même les plus robustes. D'autres, et en plus grand nombre, émigrent vers les villes industrielles de la Nouvelle-Angleterre. Dans la dernière moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, des centaines de milliers d'hommes et de femmes franchissent ainsi la frontière canado-américaine.

Entre l'exil et l'attente du mari propriétaire rural se dresse alors une nouvelle perspective pour les jeunes filles: le risque de l'autonomie financière. Il s'agit d'une solution intermédiaire et temporaire puisque le mariage demeure toujours l'idéal féminin dans la société catholique et populationniste de l'époque. Choix commandé par la situation pécuniaire des parents ou adopté délibérément, l'affranchissement économique constitue l'expérience de la participation active dans un monde en changement. L'expérimentation même de ce vécu produit une rupture entre l'image de la

---

2. La notion de *statut acquis*— ou *achieved status*— fut développée par l'anthropologue Ralph Linton dans les années 1930, pour désigner le statut social qu'un individu obtient par sa propre activité économique. Le statut acquis s'oppose au statut assigné (*ascribed status*) lequel est reçu à la naissance ou à différentes étapes de la vie sans devoir être gagné ou mérité, tel le statut de fils, de belle-mère ou de tante (Voir Guy Rocher, Introduction à la sociologie générale, Montréal, HMH, Tome II, 1969, p. 220-221).

mère rurale *domestiquée*, dépendante de la réussite matérielle de son époux pourvoyeur et celle de la mère potentielle à domestiquer et à inclure dans l'actif familial, voire sociétal. En effet, la primauté du travail productif confère un statut acquis à toute personne qui échange sa force de travail contre du numéraire. Le statut socio-économique est un instrument de mesure de la *valeur* d'un individu au sein de sa communauté. Dans ce sens, la femme salariée, qu'elle soit célibataire ou mariée, acquiert une valeur au même titre que l'homme salarié. C'est la rémunération qui détermine la position de chacun dans l'échelle socio-économique. Dans une telle économie des corps, la rémunération est établie suivant l'importance accordée à la tâche elle-même et à l'individu qui l'accomplit.

L'histoire de l'accession des femmes au statut acquis met ainsi en relief l'importance accordée à la notion de travail *utile* en opposition au terme travail *productif*, employé pour désigner le rôle socio-économique des hommes; l'un et l'autre types de travail n'excluent pas l'exploitation. De fait, ils la favorisent. Alors que les activités salariées des hommes sont perçues comme des travaux rentables, les emplois offerts aux femmes se présentent souvent comme des dérivés de leurs tâches *maternelles* traditionnelles: tels sont, entre autres, les travaux domestiques, la confection de vêtements [modistes, couturières, etc.], les soins aux malades et aux petits [nourrices], la transmission des valeurs morales et la socialisation des enfants [enseignantes]. Peut être, est-ce une des raisons pour lesquelles le travail des femmes était sous-évalué. Autrement dit, la perception du travail de la femme comme extension de son rôle *naturel*

aurait contribué à maintenir l'habitude de rétribuer plus faiblement le travail des femmes. Plus prosaïquement, un travail féminin ou un travail dit naturel était un travail qui devait s'accomplir gratuitement, ou quasi gratuitement.

\*\*\*

### 3. Le travail "utile"

A la fin du XIXe siècle, le monde du travail urbain propose aux jeunes femmes un éventail d'emplois en harmonie avec leur nature et suivant leur statut civil. Célibataires, elles s'orientent plus particulièrement vers la domesticité qui leur fournit un toit et des repas quotidiens. A une époque où la ville est débordée par le mouvement migratoire des ruraux, cette sphère du travail *utile* offre quelques avantages appréciables. Ainsi le recensement canadien de 1871, dans sa répartition de la population en classes d'occupation, dénombre 21 186 domestiques au Québec, dont plus de 14 500 (68%) sont des femmes <sup>3</sup>. La domesticité québécoise se féminise davantage jusqu'à la dernière décennie du XIXe siècle, alors que les servantes, au nombre de 19 432, représentent plus de 80% de la main d'oeuvre domestique. Quoique l'accroissement de tous les effectifs domestiques se situe à environ 15% pour la période 1871-1891, l'emploi de domestiques connaît, quant à lui, au cours de ces deux décennies, une augmentation de 34% de son

---

3. Recensement du Canada, vol. 2, 1871. Le total inclut les personnes recensées sous le terme *autres occupations domestiques*.

personnel féminin <sup>4</sup>. Assujetties aux règles de leurs employeurs, 16 à 18 heures par jour, six jours par semaine, les domestiques en résidence n'ont guère le temps de participer à la chasse au *bon parti*, sauf peut-être à l'occasion de leur journée de relâche, ou par le biais de la corvée de ravitaillement au marché public. Assurément, un tel horaire conviendrait mal à une mère!

Il existe néanmoins une variante de l'aide domestique adaptée à la disponibilité plus limitée et variable des femmes mariées. En effet, le temps dont disposent ces femmes est intimement lié au rythme de leurs grossesses et à la nature même de leurs accouchements, qui dépendent souvent du mauvais état général de leur santé. Recensés sous la rubrique *autres occupations domestiques*, les travaux d'entretien ménager, de buanderie et de couture effectués pour le compte des foyers extérieurs constituent une source de revenu pour les familles souffrant de l'insuffisance du salaire paternel: une affection endémique. Ainsi domestiques ou en service personnel, célibataires et mariées, les femmes représentent 45% des travailleuses *utiles* en 1891 <sup>5</sup>. Effectivement, la domesticité reproduit ici l'image utilitaire de la femme. Et plus encore, c'est la rémunération qui renforce cette représentation. Autrement dit, c'est bien parce que la domesticité est rétribuée qu'elle devient un instrument de mesure de la valeur économique de la femme au sein de la communauté et qu'elle cristallise sa représentation en une image de la

4. Recensement du Canada, vol. 2, 1891. Le recensement de 1891 ne fait pas la distinction entre *travail domestique* et *autres occupations domestiques*, laissant supposer que l'un englobe l'autre.

5. Micheline Dumont *et al.*, L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles, p. 197.

femme utile et destinée aux tâches dites féminines. La féminisation de la domesticité confirme la montée de l'image de la *femme-ménagère* comme ressource humaine capitalisable.

\*

L'industrie du vêtement et les secteurs connexes forment le deuxième lieu de travail en importance pour les femmes. Plus de 34% des travailleuses québécoises s'y retrouvent quotidiennement en 1891 <sup>6</sup>. Effectué dans des conditions de sécurité et de salubrité plutôt rudimentaires, le travail en manufacture se répartit sur une période de six jours, à raison de 10 heures par jour. Pourtant astreignant, il devient une solution nécessaire au salaire insuffisant et à l'irrégularité de l'emploi du chef de ménage. De fait, le nombre d'enfants inscrits dans les garderies [les salles d'asile] des Soeurs Grises de Montréal, durant les trois dernières décennies du XIXe siècle, vient pour ainsi dire confirmer l'importance du besoin d'un deuxième revenu familial. De 2 848 pour la période 1869-1872, le nombre d'enfants passe à 10 126 pour le lustre 1898-1902, soit une augmentation de 255% <sup>7</sup>. La baisse du taux de mortalité infantile <sup>8</sup> ne peut, à elle seule, rendre compte de l'augmentation des inscriptions dans les garderies, on ne peut davantage expliquer la hausse par le taux de fécondité, qui dans cette même

---

6. *Ibid.*, p. 204.

7. Suzanne Cross, "La majorité oubliée: le rôle des femmes à Montréal au 19e siècle", dans Marie Lavigne et Yolande Pinard, *Les femmes dans la société québécoise*, p. 33-59, aussi p. 49.

8. A. Linteau, R. Durocher et J.-C. Robert, *Histoire du Québec contemporain. De la confédération à la crise*, p. 38.

période, et pour l'ensemble du Québec, connaît une chute de 11.3%<sup>9</sup>. Les conditions matérielles d'existence à Montréal, dans le dernier tiers du XIXe siècle, ainsi que les politiques d'aide au développement industriel de 1879 – la *National Policy* du gouvernement MacDonald – n'ayant pas permis la grande reprise économique tant souhaitée, il devenait impérieux pour les mères montréalaises d'être utiles à leur famille, comme en témoignent les Soeurs Grises à propos de leurs salles d'asile:

[...] le but principal de cette oeuvre [les salles d'asile gratuites] est de donner aux parents de la classe peu aisée, la libre disposition de leurs journées, afin qu'ils puissent se livrer à un travail fructueux pour la famille [...]<sup>10</sup>

L'ère industrielle ouvre de nouvelles avenues aux jeunes filles et aux femmes mariées. Peu qualifiées, dociles et constituant surtout une main d'oeuvre à bon marché<sup>11</sup>, elles cheminent de la domesticité au monde du travail en manufacture, grâce au support moral et physique des religieuses ainsi qu'au désir du gain caractérisant leurs employeurs. Assurément, l'habitude de rétribuer plus faiblement les travailleuses industrielles incite-t-elle certains employeurs à recruter davantage une main d'oeuvre féminine. De plus, dans une conception utilitaire du travail féminin, le salaire de l'épouse, complémentaire à celui du chef de famille, ne tend

---

9. *Ibid.*, p. 32-33.

10. Suzanne Cross, *op. cit.*, p. 49. Cross cite l'ouvrage intitulé, 1747 Souvenir 1897: Description et notes historiques sur la Maison des Soeurs Grises à Montréal, p. 3.

11. Fernand Harvey, Révolution industrielle et travailleurs, p. 150; aussi Micheline Dumont *et al.*, *op. cit.*, p. 205-209.

jamais à l'égalité avec la rémunération de l'homme. Quand, en effet, un regroupement ouvrier exige le réajustement à la hausse des salaires chez les travailleuses, il se heurte à la perception de la femme au XIXe siècle, même si la plus faible rétribution des travailleuses industrielles paraît menacer l'embauche de la main d'oeuvre masculine dans certains secteurs industriels. L'initiative ouvrière n'aura pas réussi à obtenir de meilleures conditions salariales pour les femmes de l'époque. Cependant, l'agitation et le mécontentement grandissants des ouvriers et des ouvrières auront contribué à l'ouverture d'un débat public sur la question de la place des femmes mariées dans la société industrielle. Le tableau I illustre bien le décalage des rétributions selon les sexes:

**TABLEAU I**

**Variations des salaires hebdomadaires  
de certains métiers à Montréal en 1887**

<b>Salaires</b>	<b>Chaussure</b>	<b>Coton</b>	<b>Tailleur</b>
Minimum H.	5,50\$	3,50\$	4,50\$
Minimum F.	1,00\$	2,00\$	2,00\$
Maximum H.	15,50\$	6,00\$	10,50\$
Maximum F.	7,00\$	5,00\$	5,00\$

Source: Micheline Dumont *et al.*, *op. cit.*, p. 207.

En effet, par le biais de la Commission royale d'enquête sur les relations entre le capital et le travail, le pouvoir officiel précise sa position sur la question du travail des femmes. Proposée par le ministre de la Justice, l'honorable J. S. Thompson, la Commission est instituée en décembre 1886. De 1887 à 1889, les commissaires parcourent le Québec, l'Ontario et les Maritimes, récoltant les témoignages des ouvriers et des patrons sur les conditions générales de travail en manufacture. Bien que le travail des femmes ne constitue pas au départ un sujet de grand intérêt pour les commissaires <sup>12</sup>, il le devient quand certains ouvriers expriment leurs inquiétudes face à la promiscuité des sexes au travail. La présence féminine dans les fabriques devient alors une question de convenance ou encore mieux d'inconvenance morale. Jouant "les gardiens de la moralité", selon l'expression de Trofimenkoff, les commissaires cherchent alors à faire ressortir tous les types de situation susceptibles de corrompre les ouvrières. Ils soulignent alors le *problème* du langage grossier des hommes, de l'état des toilettes dans les fabriques, du comportement des patrons face à leurs ouvrières et de la présence de femmes *grosses* dans les ateliers.

Malgré leur obstination, les enquêteurs ne trouvent pas suffisamment d'exemples pour recommander des changements dans la politique de recrutement des manufactures. N'empêche qu'en réduisant les conditions de

---

12. Résultant d'un geste politique du gouvernement John A. Macdonald, la Commission du travail a été instituée pour calmer les tensions entre employeurs et travailleurs. De plus, Macdonald voyait, dans les recommandations qui en découleraient, une façon de répliquer aux initiatives du Québec et de l'Ontario en matière de législations ouvrières. Encore plus, la Commission permettait à Macdonald de tenter une dernière fois de démontrer les avantages de sa "National Policy" de 1879. Voir à ce sujet Susan Mann Trofimenkoff, "Contraintes au silence... Les ouvrières vues par la Commission royale d'enquête sur les relations entre le capital et le travail", dans Marie Lavigne et Yolande Pinard, Les femmes dans la société québécoise, p. 85-98.

travail des ouvrières à des occasions de corruption, les enquêteurs occultent les conditions économiques de vie des familles ouvrières de l'époque. Qui pis est, ils expriment leurs préjugés de classe à l'endroit des ouvrières. Pour tout dire, le rapport des commissaires réfléchit l'idéologie dominante de la femme au foyer. Ce n'est pas par hasard que le *sweating system* connaît à cette époque un essor grandissant. Domestiquement et financièrement utiles à leur famille, à l'abri des conditions infectes de travail en atelier, demeurant encore aux côtés de leurs enfants comme la *nature* l'exige, les *mères travailleuses au foyer* se font forcément de plus en plus nombreuses, pendant que se raffine la représentation collective de la ménagère urbaine, tout entière au service des siens. D'abord comme responsable du bien-être affectif de sa famille, ensuite comme soutien financier de son époux, la travailleuse à domicile répond alors aux conceptions socio-politiques du libéralisme économique. Autrement dit, la communauté économique reconnaît la capacité de la femme de participer à l'essor industriel et ne peut en fait se passer de son travail. Mais les qualifications qui en font une main d'oeuvre recherchée – et qui se résument dans le seul fait d'être du sexe féminin – constituent par le fait même un obstacle au salaire convenable et lui attribuent tout au plus le titre de complément utile, plutôt que celui de pourvoyeur productif.

\*

Parallèlement au modèle de la jeune femme travailleuse utile à l'industrie, s'élabore lentement à la fin du siècle, le modèle de la femme

instruite et utile à la scolarisation des enfants. En 1881, le recensement canadien dénombre 4 573 institutrices contre 702 maîtres <sup>13</sup>. Depuis trois ou quatre décennies, elles ne cessent d'affirmer leur présence dans le domaine scolaire. C'est suite à l'échec des politiques de Pierre-Joseph-Olivier Chauveau en regard de l'amélioration des conditions de travail des maîtres que s'amorce véritablement la féminisation de la profession. Engagées très jeunes à des salaires dérisoires, ces institutrices se retrouvent devant l'impossibilité de subvenir convenablement à leurs besoins quotidiens d'une façon permanente. Elles sont donc amenées à percevoir leur carrière "comme une occupation provisoire en attendant de se trouver un mari <sup>14</sup>". De plus, les jeunes institutrices adolescentes, parfois âgées de moins de 15 ans, ne peuvent assumer indéfiniment leur poste d'enseignante qu'à la condition de s'écarter de l'idéal féminin traditionnel, soit la mère de famille.

En dépit de l'absence de structures adéquates visant à assurer aux femmes une scolarité élevée et un plus grand épanouissement personnel <sup>15</sup>,

13. Avant le recensement de 1881, elles apparaissaient sous la rubrique *instituteurs*, sans distinction du sexe.

14. A. Lindeau, R. Durocher et J.-C. Robert, *op. cit.*, p. 247.

15. Au-delà de la onzième année, l'instruction féminine se vit en anglais. Il faut attendre la dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle pour voir les femmes admises à l'université francophone comme auditrices seulement. Voir à ce sujet A. Lindeau, R. Durocher et J.-C. Robert, *op. cit.*, p. 239-246. Par contre, le droit des femmes à l'enseignement supérieur semble avoir pris une tout autre tournure chez nos voisins américains. En effet, on lit dans un hebdomadaire, que le Woman's Medical College of Pennsylvania accueille les jeunes femmes, américaines et étrangères, depuis 1869. On lit également: "[the graduates] have been appointed as physicians or surgeons at over one hundred and fifty public institutions, chiefly hospitals, dispensaries, infirmaries, refuges, or sanitariums. The college has graduated pupils from more than forty states and Territories of this country, and from Canada, Prince Edward Island, Nova Scotia, ..." (Harry Dillon Jones, "A Famous Medical School for Women", *Leslie's Weekly* 14 janvier 1904, p. 32). C'est en 1875, que le Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario

leur accession aux établissements d'enseignement, même si elle résulte d'une demande pressante pour combler des postes dont ne veulent plus les hommes, permet néanmoins l'ébauche d'une nouvelle conception de la condition féminine: la femina sapiens. Mais, partagée par une minorité, l'idée de la femme intellectuellement active et productive mûrit lentement et difficilement à la fin du XIXe siècle, principalement à cause de la pérennité du modèle socio-politique et moral de la femme *naturellement* désintéressée et sans ambition:

[...] nos constitutions vous interdisent avec raison de les accoutumer [les jeunes filles] à parler en public. Laissez leur la modestie, la timidité qui leur sont naturelles, et qui sont leur plus bel ornement. N'en faites ni des prédicateurs, ni des avocats, ni des viragos <sup>16</sup>.

\*

---

confère, pour la première fois, le titre de médecin à une femme. Il s'agit de Jenny K. Frost, une diplômée du Collège de médecine de Philadelphie [voir "Encore les femmes médecins", UMC, vol. 4, no 5, 1875, p.236]. Dès le début des années 1880, à Kingston et à Toronto, sont établies des écoles de médecine pour les femmes. Il va sans dire que l'établissement de telles écoles ne recevait pas l'assentiment du corps médical canadien en général. En effet, dans un discours prononcé à l'assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne tenue à Chatham en Ontario les 2 et 3 septembre 1885, un éminent médecin québécois, tout à fait dans le ton de l'esprit capitaliste de l'époque, déclare: "On ne peut que regretter que nos amis de ces deux villes se soient mis sur les bras des entreprises aussi inutiles en ce pays. Il est inutile de fabriquer un article qui ne se vend pas, et, en Canada, le public n'est pas encore prêt à recevoir la femme-médecin". Et plus loin il ajoute: "Il est à espérer qu'à l'expiration des cinq années d'existence que de bienveillants et généreux amis ont assurées à ces institutions, ceux-ci mettront leur argent et leur énergie à la disposition des écoles consacrées au sexe fort" (William Osler, "Du développement de la profession médicale en Canada", UMC, vol. 14, no 11, 1885, p. 481-489 et p. 529-539). Peu de temps après la déclaration du docteur Osler, en 1888, le Bureau des gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec accorde la licence à une diplômée de Kingston, Mme Mitchell, en même temps qu'il admettait Mlle Olivia Grace Ritchie "à subir l'épreuve de l'examen préliminaire, épreuve dont, soit dit en passant, elle s'est tirée à merveille, puisqu'elle est arrivée première" [voir "Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec", UMC, vol. 17, no 10, 1888, p. 553-556].

16. Alexis Mailloux, Essai sur le luxe et la vanité des parures, 1882, p. 173. La première édition de cet ouvrage date de 1867.

Ainsi, malgré les transformations dans l'organisation du travail, la mentalité traditionnelle ne cède pas facilement devant les changements structurels de la société. Elle entend plutôt perpétuer les rapports de dépendance vécus par l'ensemble des femmes, non seulement dans les limites de la vie conjugale, mais aussi dans le monde du travail. Socialement désignées comme héritières des emplois mal rémunérés et délaissés par les hommes, les femmes sont maintenues dans l'incapacité de se suffire elles-mêmes. Il serait pourtant abusif d'expliquer l'inaptitude économique féminine uniquement par l'organisation sociale du travail. Il faut aussi en rechercher les fondements dans les imaginaires sociaux du corps. Si le mari demeure le pourvoyeur principal du foyer, c'est pour des raisons beaucoup moins liées aux structures d'emploi qu'aux prégnantes mythifications du corps féminin *naturellement* conçu pour la maternité et non pour le travail salarié. La *nature féminine* de certains emplois consolident ces représentations du travail féminin dit secondaire et utile, tout en justifiant socialement et économiquement la tendance à gratifier plus faiblement l'ouvrière ou l'institutrice.

## CHAPITRE II

### LE STATUT JURIDIQUE DE LA FEMME

#### 1. L'incapacité juridique de l'épouse

A la fin du XIXe siècle, l'industrialisation et l'urbanisation du Québec ont déjà modifié considérablement les structures sociales. Pareils changements socio-économiques n'ont toutefois pas réussi à entraîner une égale transformation dans l'univers culturel. De l'ordre des valeurs, fondée sur les façons d'être et d'agir des individus, la culture est probablement l'élément le plus difficile à modifier; autrement dit, les transformations culturelles nécessitent toujours un long travail de réévaluation des valeurs sociales. Sujettes au changement, celles-ci ne se modifient que progressivement, au point où le droit de la famille, par exemple, accuse très souvent un retard sur la structure familiale en mutation.

\*

Issu de la tradition européenne, le système juridique québécois du XIXe siècle demeure foncièrement dépendant d'une conception politique et

sociale, fondée sur la famille, la tradition, l'autorité divine et la religion d'État. Conséquemment, un tel système défend un modèle d'institutions sociales bâties et développées suivant les traits de la communauté naturelle: l'hérédité, la solidarité et l'inégalité. Issue de la Création, la société se laissera ainsi guider par la Révélation surnaturelle qui procure à la vie sociale les éléments de fait, les déterminations et les directives de base pour construire une politique socialement saine et moralement bien orientée. Tout autre modèle de société est voué à l'échec, comme l'affirme Henry Medine:

Aussi ne peut-il y avoir de paradis sur terre et les tentatives faites pour réorganiser la société suivant une logique purement humaine et naturelle [...] par le moyen de la raison déçue dans un monde lui-même déchu, sont-elles vouées à un échec complet <sup>1</sup>

Autrement dit, il existe un *ordre social naturel*, selon lequel le Créateur a d'abord insufflé la vie à un protecteur fort et suffisamment intelligent – en l'occurrence l'homme – pour apprécier la douceur, la grâce et la fragilité de sa seconde réalisation: la femme. Fraction de l'homme, la femme est *naturellement* accessoire à la réalisation du projet divin, c'est-à-dire à l'élévation de l'homme par la poursuite de l'oeuvre créatrice à travers la famille et les institutions sociales. Incontestablement, sa physiologie le démontre. La femme trouve sa finalité dans la génération et

---

1. Henry Medine, Esquisse d'un traditionalisme catholique, p. 64.

l'allaitement, comme l'affirme le docteur Sévérin Lachapelle en 1878 <sup>2</sup>. La famille est son but unique, et rien ne doit la détourner de cette mission divine. Plus encore, ses caractéristiques physiques et intellectuelles, qui doivent être tout entières conservées pour les efforts de la maternité, lui indiquent la futilité d'espérer détenir un jour, ou même de partager avec l'homme, le commandement socio-politique, économique ou moral de la communauté. Agir à l'encontre de sa nature signifierait une grave atteinte à la logique divine.

Ainsi le principe de l'inégalité *naturelle* entre les sexes guide la collectivité dans l'élaboration de règlements explicites ou implicites pour faire respecter la volonté divine. De fait, la loi civile accorde une place importante à la protection de l'institution familiale. Premier lieu naturel d'apprentissage des règles de la vie, la famille est l'instrument de production et de reproduction des réseaux de communication et d'interaction, et la garantie du maintien de la société. Il est donc important que chacun de ses membres connaisse non seulement ses tâches précises, mais s'y conforme toujours de la même façon. Le droit naturel ayant désigné l'homme comme légataire universel de l'autorité familiale du fait de sa supériorité *naturelle*, il détient un pouvoir décisionnel absolu sur l'ensem-

---

2. Voir "Causerie scientifique", *Revue canadienne*, vol. 15, 1878, p. 225-226. Près de dix plus tard, un périodique québécois, le *Journal d'hygiène populaire*, publiait un article du médecin français L. Grellety, particulièrement apprécié pour ses causeries "humoristiques et morales". Il affirme, entre autre: "La maternité est tellement la raison d'être de la femme, qu'il n'en est pas une, même parmi les moins dignes, qui ne se sente troublée à la vue d'un berceau, et n'ait, au moins un instant, un vague désir de maternité. En ceci, elle ne fait qu'obéir à un instinct sacré que rien ne peut détruire complètement" (L. Grellety, "Les enfants et la maternité", *JHP*, vol. 3, no 5, 1886-1887, p. 52-54 et no 6, p. 63-65).

ble des siens. Comme dans toute autre société occidentale de l'époque, la collectivité québécoise reconnaît le mari en tant que chef suprême de l'unité familiale. Plus encore, l'époux peut non seulement exiger la soumission sans réserve et l'entière fidélité de son épouse, mais également lui interdire le droit de pratiquer unilatéralement toute activité de portée juridique pendant leur vie conjugale <sup>3</sup>.

En effet, lorsqu'elle est fille ou veuve, la femme ne vit pas l'assujétion à l'autre sexe de la même façon que l'épouse. Les rapports qu'elle entretient avec son patron, son père ou les hommes publiques, n'occasionnent pas la perte de ses droits civils. Elle peut contracter, administrer, disposer de ses biens; bref, elle peut décider et agir seule, tant qu'elle ne réside pas sous le même toit qu'eux. Mais consentir à vivre maritalement retire à la femme ses privilèges de décision, et jusqu'à la mort de son conjoint, elle doit obtenir son autorisation pour chaque acte légal, qu'il soit question d'une transaction immobilière ou de l'administration d'un legs. Ainsi la perte de l'autonomie juridique n'est pas que la rançon d'un toit et d'une chance relative d'accéder à de meilleures conditions de vie. Pareille subordination, *librement* acceptée par la femme en contractant l'union, n'est que l'expression juridiquement convenable de son état de charge pour le mari qui

---

3. Selon le Code civil du Québec, de 1866 à 1915, la femme mariée est frappée d'une incapacité juridique générale [art. 184]. Dans ses relations personnelles avec son mari, elle doit son entière soumission à son protecteur [art. 174]. L'article 1424 stipule par ailleurs que le mari ne peut de façon générale donner son autorisation pour des activités légales. L'autorisation du conjoint est exigée à chaque acte. Finalement, au plan familial, l'épouse ne peut consentir seule au mariage d'un enfant mineur [art. 119]; elle ne peut permettre encore à un mineur de quitter la maison [art. 244]; comme elle ne peut congier ses enfants [art. 245], ou être seule tutrice de ses enfants [art. 282]; enfin elle ne peut disposer de ses biens en général [art. 1292, 1422, 1425, 643, 763,...]. Voir A. Linteau, R. Durocher et J.-C., Robert, *op. cit.*, p. 220.

lui assure en retour sa protection matérielle. Le symbole de *l'homme-chef* permet ainsi de replacer les textes de lois dans la perspective politique et morale qui les a engendrés. Par contre, le mythe de l'homme supérieur ne suffit pas pour saisir totalement la représentation socio-politique de la femme mariée: il faut considérer également le mythe de la femme matrice.

\*\*\*

## 2. Le mythe de la *femme-utérus*

A la fin du XIXe siècle, circule encore l'idée que l'utérus est le siège de la vie physique et mentale de la femme. En 1893, à l'une des séances de la Société anglaise de gynécologie, le docteur Macnaughton Jones affirme qu'un progrès dans le traitement des maladies des femmes serait réalisable si:

les médecins et les chirurgiens étaient bien convaincus de ce fait que des affections relativement bénignes de l'appareil utéro-ovarien sont susceptibles de produire des troubles fonctionnels des organes éloignés, comme le cerveau, les yeux, le nez, le coeur, les viscères abdominaux, etc., jusqu'à ruiner la santé et même jusqu'à produire la folie<sup>4</sup>.

Viscère principal, l'utérus fonctionnel est aussi important pour l'accomplissement global de la femme que pour la survie de la société. Dès lors, la femme de l'époque trouve sa finalité dans les maternités qui, en retour, sont

---

4. "Les réflexes utérins", *L'Union médicale du Canada*, vol. 23, no 8, 1894, p. 256.

la garantie de la pérennité de la société. Ainsi, et plus spécifiquement à compter de la période d'adolescence, la femme, dit-on, doit prendre garde de ne pas exciter ou irriter son utérus. À cet effet, elle subit constamment des interdits en raison de sa nature féminine qui, croit-on, est à ce point impressionnable que les moindres modifications de ses habitudes quotidiennes entraînent des bouleversements dans le fonctionnement de l'utérus normal: de l'atmosphère trop humide jusqu'aux lectures de romans, en passant par les longs voyages et l'extériorisation des passions, tout ou presque peut mettre la matrice dans un état morbide, et être la cause de multiples maladies (ménorragies\*, dysménorrhées\* et métrorragies\*), y compris l'hystérie. Lorsque la femme est aux prises avec de telles déficiences physiologiques, elle est dans une position précaire pour amorcer une grossesse *heureuse*. A plus forte raison doit-elle, en période de gravidité\*, garder toute son économie dans le plus grand calme possible, alors que la matrice, berceau des générations futures, pourrait rapidement se transformer en tombeau des innocents!...

Destinée à la procréation par les liens du mariage, l'épouse doit donc prendre soin de contrôler ses passions à la fois pour se préparer à sa vocation matrimoniale qui exige l'oubli de soi, le dévouement et la servitude, et pour assurer la pérennité d'une race forte. En effet, la nature a prévu, estime-t-on, la possibilité pour la femme de vivre de façon harmonieuse malgré sa faiblesse psycho-physiologique. Mais pour que les maternités lui permettent l'atteinte d'un tel équilibre dans les meilleures conditions possible, la femme ne doit pas se soucier des tracés factices d'un

monde trop agité. De telles agitations pourraient imprimer des tares au fœtus qu'elle porte, ou même le tuer. À ce sujet, le docteur Elzéar Paquin avise en 1880 les femmes enceintes de prendre garde à la grande sensibilité de leur âme:

Vous êtes plus impressionnables que les hommes, et, par là même, votre appareil nerveux vous expose constamment à nuire d'une manière plus ou moins grave à ces existences nouvelles qui se forment en vous [...] tous les mouvements de votre âme et de votre corps se transmettent à la vie dépendante, dans le temple de la génération. Si ces mouvements organiques ou moraux sont trop violents, ils deviennent causes éloignées ou prochaines des secousses, qui, trop souvent, ébranlent cette vie au point de la détacher de l'organisme maternel ou déterminent en elle toutes ces modifications, dont il doit vous être facile maintenant de concevoir l'idée. [...] que votre âme soit toujours calme, et le produit de la conception n'en sera que mieux <sup>5</sup>.

À une époque où le taux de mortalité infantile demeure élevé, on comprendra qu'une telle perception de la fragilité de la grossesse, fondée sur la sympathie entre l'âme et l'utérus, ne peut qu'entraîner l'élaboration de mesures restrictives pour les femmes, tant au plan individuel que dans leurs relations personnelles et financières avec leur époux et les agents économiques.

\*\*\*

---

5. Elzéar Paquin, Le Livre des mères, ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine, p. 120-123.

### 3. Les transgressions de la *femme-utérus*

C'est encore au nom de la société naturelle, ou du projet divin de la procréation que sera châtié tout manquement à l'ordre naturel. La femme a résolument pour mission la reproduction de l'espèce, qui est le but essentiel du mariage. De plus,

le mariage est cette union de l'homme et de la femme scellée du sceau divin par un des sacrements de l'Église et protégée par le concours de la loi civile conformément aux dispositions de la loi divine <sup>6</sup>.

Conséquemment, comme l'affirme encore le docteur Elzéar Paquin,

Procréer l'espèce en dehors du mariage, c'est donc violer l'ordre établi par les lois, tant divines qu'humaines <sup>7</sup>.

La femme fécondée hors mariage est ainsi doublement coupable. D'abord en ayant bouleversé l'ordre établi, ensuite en causant un tort, apparemment irrémédiable à l'enfant qu'elle porte. En effet, selon la loi de l'hérédité, les procréateurs transmettent à leur progéniture non seulement leurs caractéristiques physiques, mais aussi tous les traits de leur âme. Ainsi un enfant conçu dans le désordre moral est voué, dit-on, à l'anormalité physique et morale, quand ce n'est pas tout simplement à la mort. Si par un heureux hasard, la coupable mène sa grossesse à terme, ce n'est que pour accoucher

---

6. *Ibid.*, p. 67.

7. *Ibid.*, p. 68.

d'un rejeton de constitution inférieure, à moins qu'elle n'ait pris la précaution de légitimer sa situation en contractant un mariage réparateur! La grossesse illégitime est d'ailleurs rapidement associée aux signes du dérèglement social apporté, croit-on, par le *progrès*. Conséquemment, et au nom de la morale, la femme illicitement fécondée est socialement rejetée. L'intolérance de l'entourage à son égard et la perspective que son enfant aura à subir l'opprobre ont probablement contribué à développer chez elle la recherche d'une alternative encore plus critique et dangereuse: l'avortement clandestin.

[la femme] fera éteindre la vie de ce produit par l'emploi de moyens criminels contre lesquels la nature se révolte. C'est ce qui arrive ordinairement, à moins qu'un sentiment d'humanité ou de religion détourne du crime les personnes de cette catégorie <sup>8</sup>.

L'avortement volontaire est considéré comme un acte odieux et le droit criminel prévoit des peines tant pour les personnes coupables de fait que pour les individus jugés complices avant le fait. Notons qu'avant 1869, les Statuts du Canada n'attribuent pas une responsabilité très claire à la femme enceinte. De plus, la formulation de l'article de loi présente la gestante comme victime de l'avortement, plutôt que comme partie consentante <sup>9</sup>. Cette *présumée innocence* de l'avortée commande une explication. Nous ne

---

8. *Ibid.*, p. 70.

9. En effet, l'article XIII des Statuts du Canada de 1841 et l'article 24 des Statuts Refondus de 1859 prévoient une peine maximale d'emprisonnement à vie et une peine minimale de moins de deux ans pour "quiconque, dans l'intention de procurer l'avortement d'une femme", administre un poison ou une drogue, ou utilise un instrument ou tout autre moyen pour en venir à ses fins (voir *Les Statuts du Canada*, 4-5 Vict., c. 27, art. XIII, 1841 et *Les Statuts Refondus du Canada*, 22 Vict., c. 91, art. 24, 1859).

prétendons pas être en mesure d'en fournir une. Nous croyons cependant qu'en accord avec la loi naturelle, les juristes présument que la gestante a une *incapacité* physique et morale à commettre un tel acte sur l'enfant qu'elle porte. Peut-être même que les juristes d'avant 1869 associent le geste ou le consentement de la gestante à un acte de folie, plutôt qu'à une intention criminelle; et que partant, la démence de la femme enceinte requiert un traitement *moral*, plutôt qu'un châtement physique. Enfin, cette imprécision sur la responsabilité de l'avortée tient peut-être aussi au fait que le code criminel n'entend pas se mesurer au pouvoir d'intervention des curés à cette époque; comme si le droit criminel évitait de légiférer sur une matière jusque-là régie par le droit Canon.

Par ailleurs, l'article XIV des Statuts de 1841 oblige à la prudence quant à la *présumée innocence* de l'avortée. En effet, cette loi prévoit une peine maximale de deux ans d'emprisonnement pour toute femme qui dissimule la naissance de son enfant "en enterrant clandestinement le corps [...] ou en en disposant autrement <sup>10</sup>". Il est probable que cet article de loi entend favoriser un meilleur recensement des naissances et des décès, ainsi qu'un resserrement du contrôle de l'enterrement des pestiférés. Par contre, présumer que cette loi s'applique à toute femme complice de son avortement semble relever de l'hypothèse. Mais celle-ci ne nous paraît pas aussi farfelue, puisque l'article XIV mentionne l'inutilité "d'établir si l'enfant est décédé avant, après ou lors de sa naissance <sup>11</sup>". Aussi est-il probable que la

---

10. Les Statuts du Canada, 4-5 Vict., c. 27, art. XIV, 1841.

11. Ibid.

femme enceinte soit soupçonnée d'avoir participé à son *accouchement forcé* en se faisant complice après le fait.

L'idée de la complicité de l'avortée fait son chemin et les juristes en arrivent à reconnaître l'éventualité d'une intention criminelle de sa part. De l'emprisonnement à perpétuité pour toute femme qui s'avorte ou consent à se faire avorter <sup>12</sup>, la sentence maximale est toutefois réduite à sept années d'emprisonnement lors de la réforme de 1892 <sup>13</sup>. On peut vraisemblablement invoquer la croissance démographique de l'époque et probablement la plus grande contribution économique des enfants au travail comme facteurs déterminants dans les amendements apportés à la législation sur l'avortement. Mais les lois ne font pas que limiter l'action des individus et protéger l'ordre établi. Elles sanctionnent les changements d'habitudes et d'attitudes. Peut-on penser que les lois sur l'avortement auraient aussi servi à légitimer l'usage médical et thérapeutique de drogues et d'instruments abortifs. N'est-il pas vrai que les lois sur l'avortement, de 1841 à 1892, châtient toute personne qui "administre ou fait prendre illégalement quelque drogue, [...] ou qui fait illégalement usage de quelque instrument". Or peut-on supposer que le médecin, dûment identifié, échappe à la loi sur l'avortement, n'étant pas en situation d'illégalité quant à l'administration de drogues ou à l'usage d'instruments abortifs. Il semble

---

12. Voir, Les Statuts du Canada, 32-33 Vict., c. 20, art. 59, 1869 et Les Statuts Révisés du Canada, 49 Vict., c. 162, art. 47, 1886.

13. Voir, Code criminel canadien, Statuts du Canada, 55-56 Vict., c. 29, art. 273, 1892.

que nous ayons là une explication à la pratique des avortements *thérapeutiques* au XIXe siècle.

Les médecins du Québec et d'ailleurs font état des conséquences pathologiques et morales d'un avortement. Ils le font même abondamment, et pour des raisons qui concernent entre autres la promotion de leurs intérêts professionnels. Mais combien d'entre eux pouvaient prouver, hors de tout doute raisonnable, que le cas d'avortement incomplet est bel et bien le résultat d'un acte illicite et non la conséquence naturelle de l'état général de la gestante. Au XIXe siècle, même les experts dans le traitement des maladies des femmes ne parviennent pas à comprendre tous les déchainements soudains de l'utérus gravide\*. De plus, puisque l'avortement volontaire est un crime devant Dieu et devant les hommes, il est raisonnable de croire que les femmes qui y ont eu recours ne s'en confessent pas au médecin. Nous avons pourtant la certitude que de tels avortements se produisent au XIXe siècle, sans qu'ils n'entraînent pour autant l'arrestation de l'avortée ou de l'avorteur. L'analyse de la correspondance personnelle de femmes et l'examen judicieux d'annonces publicitaires "douteuses" viennent le confirmer <sup>14</sup>. Même avant le milieu du XIXe siècle, les sages-femmes connaissent bien l'action d'une infusion de quinine ou d'ergot de seigle. De plus, les médicastres annoncent et vendent des drogues de toutes sortes pour guérir, disait-on, la suppression et l'irrégularité des menstrues. Quoiqu'on ignore la fréquence avec laquelle les femmes pouvaient avoir recours aux services d'un avorteur ou aux recettes maison pour remédier à

---

14. Voir à ce sujet Angus McLaren, The Bedroom and the State.

une situation gênante, il ne s'agissait vraisemblablement pas de cas isolés. En effet, John Charlton, s'adressant à ses collègues de la Chambre des communes en 1892 affirme:

Vile literature is secretly and widely circulated in Canada, literature of a character calculated to undermine the morals of the people, and entail the most disastrous consequences on society. Improper and obscene, or semi-obscene literature is imported into this country and openly sold. Drugs and instruments for procuring abortion and for kindred purposes are advertised secretly and are sold by agents, and this abuse cannot very readily be reached by the law as it now stands <sup>15</sup>

Profondément inquiet des conséquences morales et sociales de l'avortement, le gouvernement canadien modifie, la même année, l'article du Code criminel concernant, entre autres, les abortifs. Mais les contraintes civiles et morales ne se limitent pas aux avortées, aux filles-mères et à leur enfant illégitime. Il est également contraire aux lois divines d'empêcher la famille. Conséquemment, la loi des hommes déclare coupable

et passible de deux ans d'emprisonnement celui qui [...] offre en vente, annonce pour les vendre ou en disposer, quelque médecine, drogue ou article destiné ou représenté comme servant à prévenir la conception ou à causer l'avortement ou une fausse couche, ou publie une annonce de cette médecine, drogue ou article <sup>16</sup>

---

15. Cité par Angus McLaren, *op. cit.*, p. 9.

16. Voir Micheline Dumont *et al.*, *op. cit.*, p. 172.

Les contraceptifs et les abortifs sont illicites parce qu'ils ont pour but de tromper la nature. Et la femme ne peut contrevenir à son destin naturel sans avoir à se repentir de son affront d'une façon ou d'une autre à un moment donné. Autrement dit, le code juridique et la loi naturelle ne font qu'un. Le droit s'appuie sur l'idée que l'homme est un instrument au service de la volonté divine <sup>17</sup>.

---

17. Madame Yolande Potvin prépare, sous la direction du professeur Guido Rousseau de l'Université du Québec à Trois-Rivières, un mémoire de maîtrise qui développe davantage cet aspect juridique du XIX<sup>e</sup> siècle.

## CHAPITRE III

### LA FEMME ET L'ÉGLISE

#### 1. La femme pécheresse

Aux mesures juridiques prises contre la femme s'ajoutent les codes de la morale catholique prônée par l'Église. À tort ou à raison, les sociologues et les historiens ont considéré la censure imposée aux forces progressistes par l'Église catholique comme étant la principale raison de la relative stagnation culturelle du Québec au XIXe siècle. Jusque-là seule à décider des orientations de la société québécoise, il va de soi que l'Église ne pouvait renoncer à son autorité sur les âmes et les consciences sans défendre sa vision du monde. Mais encore fallait-il qu'elle possède l'aptitude d'élaborer son propre discours, et qu'elle soit assurée de l'appui inconditionnel des fidèles, si elle voulait que son autorité lui procure le pouvoir légitime d'agir sur les comportements et les mentalités.

\*

En effet, le pouvoir de définir et d'imprimer une orientation aux conduites collectives ne tient pas qu'au savoir du définisseur. Il repose également sur la capacité de créer une dépendance inconsciente à travers la manipulation idéologique. Il en va ainsi de l'Église qui impose depuis des siècles sa vision de la femme en faisant appel à des croyances, à des vérités surnaturelles, voire à des récits bibliques dans lesquels l'histoire de la femme commence par "une côte de l'homme" <sup>1</sup>, et se termine par la crucifixion du Fils,

qui a versé tout sang divin sur la croix pour relever la femme de sa profonde dégradation et en faire une reine couronnée par la main de la religion aux yeux de la famille chrétienne...<sup>2</sup>

Ève, le modèle de la première femme, – orgueilleuse et séductrice qui perdit le monde – donne lieu à la désignation des femmes par les termes de *personnes du sexe* ou *sexe faible*. En cherchant à outrepasser l'autorité du Créateur, Ève démontrait combien la nature féminine est démoniaque, et combien elle peut entraîner la perte de l'homme. Par sa faiblesse naturelle et sa curiosité pour l'interdit, Ève fit perdre aux femmes des générations futures le respect et l'admiration des hommes. Seul le "sacrement de la

---

1. Il existe deux récits de la création. Le premier raconte que "Dieu créa l'homme à son image, à l'image de Dieu il le créa, homme et femme il les créa" (Genèse, 1, 27). Le second récit, celui dont s'inspirent les ultramontains, affirme que "Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant" (Genèse, 2, 7). Et plus loin: "Il prit une de ses côtes et referma la chair à sa place. Puis de la côte qu'il avait tirée de l'homme, Yahvé Dieu façonna une femme et l'amena à l'homme" (Genèse, 2, 21-22).

2. Alexis Mailloux, Essai sur le luxe et la vanité des parures, 1882, p. 28.

génération <sup>3</sup> pouvait sauver la pécheresse et le monde. L'image de la femme réhabilitée et garante de l'espèce sert bien les intérêts de la société québécoise de l'époque et ses élites. Patriarcales et nationalistes, celles-ci s'autorisent à définir les comportements et les attitudes qui permettent à la femme de s'élever au rang de mère, tout en la préservant, croit-on, de ses instabilités psycho-physiologiques et morales. Apparemment compatibles avec les intérêts sociaux, le modèle de la femme sacrifiée n'est pas un construit issu uniquement de l'univers profane. Il trouve d'abord ses fondements dans la représentation religieuse de Marie, mère protectrice des faibles et des petits.

\*\*\*

## 2. La femme réhabilitée

Appartenant au *sexe faible*, la jeune fille catholique de l'époque apprend à soumettre son corps de chair. Elle doit se conformer au modèle féminin de la virginité mythifiée: pudeur, modestie et chasteté. En s'abstenant ainsi des plaisirs profanes qui souillent "le coeur virginal d'une jeune fille <sup>4</sup>", elle peut mieux se préparer à sa mission chrétienne d'épouse et de mère. En effet, son avenir lui réserve des devoirs difficiles pour l'accomplissement desquels il lui faut apprendre, préférablement dès son adolescence, à ménager ses forces physiques et ses sentiments. Comme l'affirme le

---

3. *Ibid.*, p. 25.

4. *Ibid.*, p. 50.

docteur Paquin dans Le Livre des mères , une conduite exemplaire est presque l'assurance d'une vie féconde:

Heureuses encore sont les femmes qui aiment la pratique du bien, qui s'avancent de plus en plus dans la voie de la perfection chrétienne, car la fécondité se montrera en elles plus éclatante <sup>5</sup>.

On sait maintenant que tout égarement physique, qui compromettrait la mission divine de la femme, risque d'être sévèrement puni à la fois par la morale catholique et les lois civiles <sup>6</sup>. Les femmes *frivoles* et *moralement énervés* courent à leur perte; plus encore, elles risquent d'entraîner des milliers de nouvelles existences dans l'abîme de la dégénérescence. Leur action est grave. Il en est de même de l'action des femmes qui contrôlent leurs maternités pour mieux contribuer au revenu familial. Leurs gestes inquiètent les autorités. Sous l'effet d'une nouvelle répartition des ressources humaines, une telle affluence de personnel féminin dans les sphères du travail manuel, technique ou professionnel, vient dangereusement remettre en question les rapports entre les deux sexes. On craint tout particulièrement toute nouvelle compétition entre les hommes et les femmes. En réalité, l'idéologie religieuse est aussi une idéologie politique; c'est en effet à travers celle-ci que s'ancre son pouvoir de créer la dépendance des autres paliers sociaux. Aussi ne doit-on pas se surprendre de voir l'Église prendre les dispositions nécessaires pour guider les activités de la jeune fille et la protéger ainsi de l'influence néfaste des

---

5. Etzéar Paquin, op. cit., p. 91.

6. Voir *supra*, p. 33-39.

idées progressistes. Dans son Essai sur le luxe et la vanité des parures, un ouvrage maintes fois réédité et proposé à l'éducation des femmes et des jeunes filles, l'abbé Alexis Mailloux écrit notamment en 1882:

On doit éloigner d'elle, [...] tout ce qui pourrait donner atteinte à la candeur et à la pureté de son coeur.[...] Tout livre, toute brochure, tout feuilleton, toute gazette, où elle pourrait trouver des idées fausses, mondaines, dangereuses à son innocence...<sup>7</sup>

Et plus loin l'abbé Mailloux ajoute:

nous avons été *ensorcelés* par un mot magique, que l'esprit du mal avait soufflé sur le monde, comme une maladie épidémique, le mot de *progrès* qui est le choléra des âmes et des intelligences <sup>8</sup>.

Ainsi *le siècle* serait néfaste aux jeunes filles! Ne devrait-on pas plutôt penser que la jeune fille n'y trouve guère, hormis la vocation religieuse ou le mariage, de quoi succomber à quelque ensorcellement du monde! Dans une société qui offre à la jeune fille la domesticité et le travail en manufacture, qui la maintient à un niveau de scolarité très faible, il n'est pas surprenant de voir la vénération de l'image mariale contribuer à l'augmentation des vocations religieuses. Celles-ci se présentent comme une sorte d'assurance contre la misère matérielle et intellectuelle. Ainsi sur une période de 20 ans, la vocation religieuse attire plus de 3 130 jeunes

---

7. Alexis Mailloux, op. cit., p. 50.

8. Ibid., p. 73.

québécoises. En 1891, elles sont 5 462, réparties entre les diverses communautés religieuses, contre 2 329 en 1871, soit une augmentation de 134%<sup>9</sup>.

Il ne faudrait pas y voir cependant une quelconque *stratégie féminine* en vue de se soustraire à la dépendance de l'homme, ou encore une façon de contester le destin de la procréation<sup>10</sup>. Dominées dans toutes les sphères de la vie sociale, les femmes n'ont pas les moyens de construire des stratégies; n'ayant pas encore leur langage ni leur schème conceptuel, elles ont encore moins une prise sur leur avenir. Elles pensent en fonction de ceux qui les dominent et elles s'adaptent aux modèles sociaux qu'on leur propose. Cependant, quoiqu'elles puissent agir en accord avec les valeurs et les symboles dominants, il arrive parfois qu'elles ne leur accordent pas le même degré de représentation mythique. La pauvreté, le chômage et la maladie font perdre aux symboles une part de leur autorité. Enfin, il arrive même que les femmes refusent ces modèles. En ce sens, la baisse de la natalité suggère que les femmes ont su se transmettre un savoir en ce qui concerne leur physiologie, ou qu'elles ont transgressé les pratiques et les lois concernant l'avortement et la contraception.

---

9. Recensement du Canada, vol. 2, 1871 et vol. 2, 1891.

10. Ces hypothèses féministes sont peu convaincantes (Voir Micheline Dumont *et al.*, L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles, p. 226). Il suffit de songer à la répartition du pouvoir dans l'Église pour se rappeler que la vie quotidienne des religieuses dépendait largement de l'autorité ecclésiastique masculine, à commencer par celle de leur confesseur et de leur évêque. De plus, quand les jeunes filles du XIX<sup>e</sup> siècle prennent la route du couvent, c'est aussi fréquemment sous "l'ordre" du père de famille, qui cherche à "bien la placer" à une époque où il est difficile de pourvoir aux besoins matériels et intellectuels de chacun. Dire que c'était un moyen pour ces jeunes filles de contester le modèle maternel, c'est, à notre point de vue, minimiser le poids de l'autorité familiale, d'une part, et celui du modèle marital véhiculé par l'enseignement religieux, d'autre part.

### 3. La montée de la morale sociale

Au Québec comme ailleurs, les anciens rapports entre l'homme et l'univers sacré sont en voie de se modifier dans la société qui s'industrialise. Mais cela ne signifie nullement que la pratique religieuse disparaît pour autant des activités sociales. L'augmentation du nombre de vocations religieuses montre bien qu'il n'en est pas ainsi. Pourtant une sécularisation des mentalités est en voie de se produire; aussi, une morale plus sociale s'oppose aux explications mythologiques des cycles de la vie. En un mot, la pensée scientifique de l'époque permet la distinction entre l'univers sacré et la vie profane. Elle vient ébranler la validité des anciens schèmes de dépendance, qui maintiennent la femme sous l'emprise du *sexu fort*. Mais aux prises avec la mémoire collective de la société québécoise de l'époque, la nouvelle vision scientifique ne peut renverser la logique traditionnelle aussi rapidement qu'elle le voudrait. De plus, en cette fin de siècle où les techniques et les théories se développent à un rythme accéléré, il arrive parfois que la pensée rationnelle s'essouffle, ou qu'elle soit encore contrainte d'adopter le discours moralisateur de son époque.

Contrainte réelle ou alliance masquée, cette union des discours idéologiques et des sociolectes de classe font quelquefois bon ménage, surtout quand il s'agit de définir la place de la femme dans la société civile. Il en est ainsi pour le corps médical qui emprunte au discours religieux les arguments nécessaires, tantôt pour rendre les femmes dépendantes des soins du gynécologue ou de l'obstétricien, tantôt pour les éloigner de

l'exercice de la profession. À ce sujet, retenons les propos d'un médecin, rédacteur à l'Union médicale du Canada, qui affirme en 1883:

Nous sommes radicalement opposés à l'immixtion de la femme dans les choses de la médecine, et avons la conviction que toute tentative ou toute démarche ayant pour but de faciliter au beau sexe l'entrée de nos universités, doit être considérée comme un attentat à la dignité de la femme autant qu'à l'honneur professionnel <sup>11</sup>.

Lisons encore cette plainte d'un médecin, tirée de la Revue de thérapeutique :

Voyez-vous, d'ici, cette femme au ventre proéminent appelée auprès d'un malade pour lui prodiguer des soins dont elle peut avoir elle-même, au premier instant, le besoin le plus pressant? Dans une position aussi intéressante, durant même le cours de la période menstruelle, cette même femme, à laquelle un sentiment de convenances m'interdit de donner un autre qualificatif, osera-t-elle bien s'armer du bistouri pour labourer les chairs d'un pauvre patient? [...] Non, mille fois non, l'organisation nerveuse, impressionnable de la femme, entraîne l'incompatibilité la plus absolue avec l'exercice d'un art qui exige autant de calme que de sang-froid <sup>12</sup>.

\*\*\*

---

11. [Anonyme], "Encore les étudiantes", UMC, vol. 12, no 6, 1883, p. 284.

12. [Anonyme], "Femmes-médecins", UMC, vol. 4, 1875, p. 180.

La culture est une structure complexe, dans laquelle se rencontrent et s'entrechoquent les buts, les idées, les rêves d'un monde passé et ceux d'un monde en devenir. En ce sens, l'étude des représentations économiques, juridiques et morales du corps féminin permet d'évaluer le rôle et la place que la société québécoise de la fin du XIXe siècle réserve à la femme. Certes, et comme nous l'avons vu, les représentations collectives de la femme se donnent d'emblée comme un discours global et fini: la femme est un être châtié qui doit expier sa faiblesse *naturelle* sa vie durant. Et puisque la nature lui a assigné une place, la société se doit, pense-t-on, de construire des structures qui favorisent l'épanouissement de l'ordre naturel. Mais dans la mesure où une nouvelle autorité s'infiltré dans les mentalités, il est alors concevable de voir poindre à l'horizon un bouleversement des habitudes, des croyances, ou tout simplement une modification tangible des modes de vie. C'est alors que les *vérités* enseignées perdent de leur importance. Et c'est encore plus vrai dans une société où prévalent des réalités quotidiennes très dures. Le poids de la misère quotidienne facilite effectivement la remise en question des anciens schèmes de pensée.

Le développement des savoirs, et particulièrement des savoir-faire médicaux, se situe dans cette dynamique contradictoire entre les prégnances issues de la culture traditionnelle et les représentations nouvelles fondées sur l'apport d'éléments, la plupart du temps étrangers. En quête d'une reconnaissance et d'une affirmation de son autorité, et grâce surtout au progrès des sciences, le corps médical du XIXe siècle affirme détenir la réponse aux désordres, tant moraux que physiques, qui sont autant de

conséquences des changements sociaux qui s'opèrent. Mais son discours cache un intérêt non moins important pour lui: le corps médical désire substituer son autorité à celle du clergé, tout au moins en ce qui a trait à l'enseignement des saines habitudes de vie. Il arrive qu'une telle ambition le pousse à reproduire les valeurs du monde cléricale et à cautionner les représentations de l'épouse et de la mère soumise à son destin naturel.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **LA MATRICE FERTILE**

## CHAPITRE IV

### DE L'IMPORTANCE DE LA MATRICE ET DE SES ANNEXES

#### 1. D'Aristote aux médecins des Lumières

Depuis le milieu du XIXe siècle, le médecin québécois cherche à s'imposer par la voie de son incorporation (1847), par l'enseignement officiel et par la promotion de mesures législatives visant à contrôler la pratique de la médecine. Aussi ne doit-on pas se surprendre quand le corps médical oppose aux explications et aux traitements populaires de la maladie des explications et des thérapeutiques formellement plus scientifiques. De fait, l'importance de bien connaître la physiologie de la femme est probablement l'argument le plus souvent soulevé par les médecins dans leurs luttes contre la pratique des sages-femmes. C'est pourquoi l'étiologie des maladies de la maternité et la physio-pathologie de la grossesse ne semblent pas les seules connaissances susceptibles de déterminer le type d'intervention médicale. Pour l'obstétrique naissante, la physiologie *particulière* de la femme commande aussi des explications et des traitements appropriés. Plus encore, le médecin du XIXe siècle est lui aussi prisonnier, dans une certaine mesure, du système de représentations médicales des

organes de la génération dans leur état normal. C'est aussi à travers ces représentations populaires qu'il façonne sa conception médicale de la gravidité\* et de la vacuité accidentelle de son époque. Ainsi le médecin québécois G.-O. Beaudry déclare en 1876, devant l'Union catholique:

En effet, comment pouvoir rétablir l'ordre, remédier aux perturbations de l'organisme, si on ne connaît pas la composition du corps humain, si on ne comprend pas le jeu de ses fonctions? Comment apprécier les ravages de la maladie, déterminer les changements qu'elle occasionne, et en prévoir les suites et les conséquences, si on ignore la nature des organes et les actes qu'ils sont appelés à remplir<sup>1</sup> [...] ?

Voyons qu'elle était l'état des connaissances médicales sur la physiologie normale du corps féminin.

\*

La conception aristotélicienne de la reproduction humaine fut jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle la façon de percevoir le rôle reproductif de l'homme et de la femme. Opérant avec les moyens à sa disposition, Aristote fondait son approche sur l'évaluation quantitative et qualitative de la contribution biochimique de chacun des partenaires. Ainsi son observation minutieuse lui révèle la présence d'éléments liquides, autant chez la femme que chez l'homme, au moment de l'acte procréateur. Mais contrairement au liquide séminal, toujours présent lors du processus de reproduction, la mucosité

---

1. "Nécessité des sciences naturelles appliquées à la médecine", UMC, vol. 5, no 1, 1876, p. 9-10.

utérine, soutient Aristote, n'est nullement nécessaire; plus encore, affirme-t-il, même en l'absence de cette humeur\*, la conception peut avoir lieu. Conséquemment, la mucosité utérine est déclarée facultative et insignifiante dans le processus général de reproduction. Alors s'impose, parallèlement à l'idée de l'homme procréateur unique, l'image de la femme réceptacle, qui fournit le terreau pour la graine. L'erreur d'Aristote est d'avoir supposé que la mucosité utérine pouvait être une semence au même titre que le liquide séminal. Mais quoique les médecins du début du XVIIe siècle affirment l'existence d'une activité utérine périodique, ils ignorent encore tout des mécanismes de la menstruation et de l'ovulation. C'est une des raisons pour lesquelles la thèse d'Aristote se maintient aussi longtemps. Il est par contre important de souligner qu'Aristote et ses successeurs fondent leur connaissance des faits sur leurs expériences individuelles et sur leurs présomptions concernant la nature humaine. Partant de ce qu'ils savent personnellement de leur propre nature d'homme, il leur est permis de présumer que la femme produit aussi une semence. Mais comme l'expérience infirme l'hypothèse et que l'état des connaissances ne permet pas l'exploration de nouvelles pistes, on s'en remet encore au concept d'ordre naturel pour rendre compte du rôle de chacun dans le phénomène de la reproduction.

À la fin du XVIIe siècle, la médecine accomplit par contre un progrès décisif en ce qui a trait à la compréhension de la reproduction humaine. Le développement des sciences, plus particulièrement celui de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryologie, permet de mettre en évidence l'existence

des ovaires et des ovules chez les mammifères. On doit cette découverte au britannique William Harvey dont les recherches en embryologie ouvrent la voie à la reconnaissance du véritable rôle reproducteur de la femme. Cependant, il faut attendre la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle avant de voir s'atténuer les résistances au modèle médical de la femme génitrice à part égale. En effet, malgré le raffinement des techniques d'observation et d'analyse qui permettent effectivement le dévoilement des faits biologiques – soit de la vraie nature humaine – les mœurs et les conceptions de l'époque résistent à ces découvertes. De fait, l'idée de la femme génitrice est toujours repoussée. Il ne faudrait pas croire cependant que le refus de concevoir la femme en tant que productrice d'œufs traduit uniquement un scepticisme de bon aloi pour la nouveauté scientifique. La méfiance des médecins trouve son origine dans un mode de perception qui n'est ni scientifique, ni même médical en soi, mais qui englobe le scientifique, le médical et le culturel. Autrement dit, les préjugés, les superstitions et les tabous sont souvent des obstacles à l'adoption et à la formation d'un esprit scientifique <sup>2</sup>. Pour tout dire, l'univers symbolique dans lequel évoluent les individus de l'époque ne correspond pas à cette nouvelle définition de la nature biologique de la femme qui vient, pour ainsi dire, bouleverser tout le réseau de représentations et de significations culturelles de la femme depuis des siècles. Encore plus, la reconnaissance d'une égalité des rôles biologiques menace de façon tangible l'ordre des choses. Une telle acceptation ne pouvait-elle pas,

---

2. Dans "Survivance de quelques préjugés hippocratiques et aristotéliens relatifs à la reproduction humaine dans les écrits médicaux et biologiques de l'âge baroque" (Revue belge de philologie et d'histoire, vol. LXIV, no 4, 1986, p. 693-703), Simon Byle présente de nombreux exemples "d'obstacles" qui ont causé la stagnation et même la régression des authentiques connaissances scientifiques en embryologie. Il s'inspire largement de l'ouvrage de Pierre Damon, Le mythe de la procréation à l'âge baroque (Paris, Seuil, 1981).

en effet, autoriser éventuellement la redéfinition des rôles sociaux? Or, la probabilité que se produise une telle redéfinition, à cette époque de changements sociaux, était d'autant plus plausible que les anciens schèmes de pensée perdaient graduellement de leur importance. Nous voyons ici l'importance de s'interroger constamment sur les conditions sociales et historiques qui déterminent la nature des enjeux. Non seulement ceux-ci sont-ils d'ordre économique et politique, mais ils affectent aussi la stratégie des classes sociales qui aspirent à participer à la définition des orientations culturelles de la société. Ainsi les résistances ont été suffisamment nombreuses, et les intérêts qui les justifiaient assez diversifiés, pour empêcher la conclusion d'une entente formelle quant à la participation de la femme à la reproduction humaine.

Et pourtant la connaissance de la physiologie de la femme s'impose. Les médecins des Lumières finissent par admettre la participation égale de la femme et de l'homme dans la reproduction humaine compte tenu du fait que la médecine accède progressivement à une compréhension plus claire du mécanisme de production des ovules. En effet, les recherches du docteur Harvey et de ses émules vont connaître un dénouement décisif avec la découverte du cycle ovarien. Amorcée à la fin du XVIIIe siècle, la recherche sur le mécanisme de l'ovulation livre ses meilleurs fruits autour des années 1830-1835. Il est alors reconnu scientifiquement que la femme est mensuellement apte à la maternité. Cette découverte marquera le discours médical sur la femme durant le XIXe siècle. En fait, c'est l'image de la femme physiquement faible et moralement impressionnable qui recevra le

caution de la science médicale. Si la découverte du cycle ovarien permet véritablement de qualifier la femme de génitrice à part entière, elle est aussi une occasion <sup>3</sup> de la disqualifier comme partenaire égale de l'homme. Pour tout dire, plus la spécificité de la nature féminine est dévoilée, plus il devient médicalement évident pour les hommes de science de l'époque que la physiologie *particulière* de la femme est une servitude naturellement imposée en vue de la maternité. Nous ne sommes plus alors uniquement en présence du culte de la matrice: il s'agit bien davantage d'un culte rendu à l'appareil reproducteur saisi dans son ensemble, c'est-à-dire, en tenant compte des *sympathies* qu'il entretient avec toute l'économie de la femme. Ainsi l'affirme le docteur Georges Grenier en 1874:

Chez la femme, les organes reproducteurs exercent une influence beaucoup plus grande que chez l'homme, et leurs maladies ont un retentissement dans toute l'économie animale qu'il est impossible de ne pas apprécier. Souvent on ne peut traiter avec succès les maladies des autres organes tels que ceux de l'assimilation, de la respiration et surtout du système nerveux en négligeant les organes reproducteurs qui en sont la cause <sup>4</sup>.

De fait, ce n'est pas tant la grossesse qui est ici perçue comme un obstacle à l'accession de la femme au titre d'égale, mais bien plutôt le fait de posséder un appareillage *particulier* qui manifeste sa présence mensuellement. En effet, c'est dans la démonstration médicale de l'existence de

---

3. Nous devons retenir que d'autres causes d'ordre socio-économique et culturel sont en jeu dans la disqualification de la femme comme partenaire égale de l'homme.

4. "A Clinical History of the Medical and Surgical Diseases of Women", *UMC*, vol. 3, no 6, 1874, p. 250.

relations intimes entre les organes sexuels et toute la physiologie que cet appareillage spécifique devient la preuve de la dépendance naturelle de la femme. Autrement dit, ce n'est plus seulement parce que la spécificité féminine se manifeste par un écoulement périodique, c'est aussi parce que le sexe est interne et apparemment plus susceptible, croit-on, d'agir sur tout le corps et l'esprit de la femme. En un mot, le destin de la femme est d'être née femme, c'est-à-dire de constitution faible et *physiquement inachevée*. La conduite historique des hommes à l'égard des femmes illustre d'ailleurs une telle conception du corps féminin. Dans son traité De la Génération et de la corruption, Aristote affirme que "le tout premier écart du type génétique est la naissance d'une femelle au lieu d'un mâle <sup>5</sup>". Exprimée de cette façon, l'idée d'inachèvement, de faiblesse ou d'infirmité féminine renvoie aux idées d'imperfection et de maladie. De telles idées ont justifié le fantasme masculin de la toute-puissance – hérité, croit-on, de la création d'Adam sans l'intervention du moindre principe féminin – et elles ont inspiré la recherche, consciente ou inconsciente, de preuves scientifiques de cet *inachèvement* du corps féminin. Le discours médical du XIXe siècle assure la continuité des préjugés hippocratiques et aristotéliens en leur donnant des fondements scientifiques.

\*\*\*

---

5. Cité par Elisabeth Badinter, L'un est l'autre. Des relations entre hommes et femmes, p. 126.

## 2. La menstruation

L'utérus est donc un organe formidable pour les médecins du XIXe siècle qui, de plus en plus, l'observent en action. La matrice est également formidable dans ce qu'elle a de morbide. Réceptacle humide, obscur, non aéré qui émet périodiquement une décharge fétide, l'utérus, croit-on, ne peut être que responsable de l'apparition de désordres. Dans l'introduction à sa Dissertation sur le cancer de l'utérus, le docteur Guillaume J.-L. Vallée expose en 1826 en quoi consiste le sort naturel d'une matrice:

Soumise durant la plus grande partie de la vie à une excitation périodique, et jouissant d'ailleurs d'une grande activité vitale, exposée à une foule de causes d'irritations soit directes soit sympathiques, la matrice est souvent le siège d'un surcroît d'actions et de phlegmasies chroniques inaperçues à leur début, obscures dans leurs progrès, mais dont les suites sont ordinairement fatales<sup>6</sup>.

L'excitation périodique et l'activité vitale dont nous parle le docteur Vallée se résument plus précisément au phénomène de la menstruation qui est en soi, dit-on, une cause directe d'innervation de l'utérus. Effectivement, on ne peut nier que la menstruation se déroule au niveau de l'utérus et de ses annexes. Ce qui inquiète alors les médecins de l'époque, ce n'est pas tant le phénomène menstruel en soi, mais bien plutôt les *réactions* de l'utérus et de ses annexes quand la fonction naturelle s'établit d'une façon anormale. Autrement dit, les médecins du XIXe siècle, tout comme leurs prédécesseurs,

---

6. Guillaume Vallée, Dissertation sur le cancer de l'utérus, p. vi.

redoutent le *pouvoir* morbide de la matrice; pour tout dire, ils personnifient encore l'utérus à travers un certain nombre de fantasmes masculins qui résistent encore à la preuve scientifique.

Par ailleurs, on doit aussi tenir compte du poids de la contribution des femmes à la rémanence des images médicales de leur corps. N'est-ce pas en effet faire preuve d'honnêteté intellectuelle que de reconnaître qu'une part des connaissances provient aussi des récits, vrais ou imaginaires, que les femmes ont communiqués au sujet de leurs malaises menstruels? Et quoi qu'en disent les médecins du XIXe siècle, les hommes ont eux aussi un esprit *impressionnable*. Les médecins affirment donc l'existence d'un rapport physiologique intime entre la fonction cataméniale et la précarité de toute l'organisation de la femme. Ainsi le docteur Mackenzie présente en 1885 ses observations cliniques sur la *sympathie* entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez:

[...] on peut constater une tuméfaction des corps érectiles de cet organe pendant tout le temps de la menstruation, et cette tuméfaction disparaît avec la cessation du flux menstruel [...]. Comme conséquence des excitations génésiques, certains phénomènes se manifestent du côté du nez, tels que éternuements fréquents [...], dans le cours d'une affection nasale, on rencontre une irritation uro-génitale concomitante...?

Dans le même ordre d'idée, le docteur Macnaughton Jones en 1893 rapporte, pendant une séance de la Société anglaise de gynécologie, que

---

7. "Rapport physiologique entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la femme", *UMC*, vol. 14, no 2, 1885, p. 80.

certaines désordres apparaissent ou s'accroissent à chaque époque menstruelle: soit, entre autres, les névralgies dentaires, les bourdonnements d'oreille, la congestion temporaire des seins et les troubles oculaires. En fait, il présente une liste de phénomènes réflexes plus ou moins graves et plus ou moins douloureux qui surviennent quand s'établit un désordre de la menstruation. Le médecin fournit une explication médicale aux phénomènes sympathiques:

On trouve aussi comme conséquences des irrégularités menstruelles, des douleurs dorsales et lombaires, des éruptions herpétiques de la peau, des irrégularités fonctionnelles du système cardiaque, de la gastralgie et des nausées, de petites attaques d'ictère, de l'atonie ou de l'irritabilité de l'intestin [...]. Ces symptômes s'expliquent par des actions vasodilatatrices ou vasoconstrictives en rapport avec l'arrêt ou l'inachèvement d'un processus physiologique <sup>8</sup>.

Cette explication des *accidents* de la menstruation fait appel au principe de la vasomotricité. Selon ce principe, les vaisseaux augmentent ou diminuent leur calibre pour ajuster le débit circulatoire des viscères, des muscles et de la peau aux conditions extérieures ou aux agressions subites. Par exemple, une chaleur intense entraînera une vasodilatation des vaisseaux de la peau, permettant la sudation. Ainsi selon le docteur Macnaughton Jones, la vasomotricité [vasodilatation et vasoconstriction] des vaisseaux de l'utérus détermine des réflexes musculaires, cutanés ou fonctionnels, quand le processus physiologique de la menstruation s'établit anormalement. Autrement dit, et à l'instar des gynécologues de son époque, Macnaughton

---

8. "Les réflexes utérins", *UMC*, vol. 23, no 6, 1894, p. 256.

Jones considère l'irrégularité qualitative ou quantitative de la menstruation comme un agent agresseur. Evidemment, il n'y a rien de nouveau dans le fait de qualifier d'agressive une irrégularité fonctionnelle. En effet, l'image de la dysfonction agressive a souvent contribué à confirmer le présumé caractère impressionnable de la matrice. La nouveauté réside davantage dans la manière d'expliquer l'apparition des malaises, dits symptomatiques, de l'irrégularité menstruelle. L'explication par la variation du calibre des vaisseaux renvoie aux idées de resserrement et d'engorgement. Pis encore, elle renvoie aux idées d'anémie, de rétention et même de stagnation du débit.

Une telle représentation de l'irrégularité, construite à partir du principe de la vasomotricité en rapport avec la menstruation, autorise les médecins du XIXe siècle à confirmer, d'une manière *scientifique*, qu'un trouble de la menstruation expose effectivement toute l'économie du corps à l'intoxication. En effet, la putréfaction intervient quand s'interrompt la circulation. Le discours théorique consacré aux moyens pour remédier à l'irrégularité suggère que les médecins de l'époque attribuent au mouvement, à l'activité, voire à l'agitation, la faculté de restaurer la circulation. Par exemple, le docteur Hector Peltier rapporte en 1854 le cas d'une jeune fille souffrant d'aménorrhée\* très rebelle au traitement emménagogue\* connu. Il fait les recommandations suivantes: "[...] and advised driving out instead of walking [...] I recommended then the country air, expecting that there, by plenty of exercise, menstruation might reappear<sup>9</sup>".

---

9. "Retension of the menses simulating pregnancy", The Medical Chronicle, vol. 1, 1854, p.220.

En 1886, le docteur Irwin, après plusieurs années de pratique à bord des transatlantiques, présente une classification des conditions spéciales qui exercent une influence sur le processus menstruel. A côté des influences psychiques et atmosphériques, on retrouve "les influences motionnelles, résultant du déplacement du navire <sup>10</sup>". En outre, précise le médecin, les "voyages océaniques" sont recommandés "dans certains cas de chloroanémie\*, d'aménorrhée\* douloureuse et de retard de la maturité sexuelle; dans certaines formes de leucorrhée\* et d'hystérie tenant à de l'aménorrhée\* consécutive elle-même à un arrêt de développement de l'organe, ou à un retard dans l'établissement des fonctions utérines <sup>11</sup>". Ainsi, l'insuffisance ou l'irrégularité fonctionnelle est due, croit-on, à l'inachèvement de l'appareillage. Autrement dit, les médecins qui croient connaître la physiologie de la menstruation cherchent à en expliquer les irrégularités non seulement en se référant à la théorie de la circulation, mais en s'appuyant sur une conviction aristotélicienne, en l'occurrence l'image du corps féminin inachevé. Pour tout dire, c'est la représentation de la *déficience naturelle* de la femme – opposée à l'image de toute-puissance de l'homme – complétée par celle du *mouvement bienfaisant*, qui autorise les médecins à reconnaître à l'activité génitale une propriété balsamique. Ainsi le docteur J.H. Keiffer déclare en 1897:

A la puberté [...] les troubles enregistrés appartiennent à une auto-intoxication d'origine génitale. [...] c'est la cessation de tous ces phénomènes lorsqu'une vie

---

10. "Influence des voyages en mer sur les fonctions génitales de la femme", *UMC*, vol. 15, no 2, 1886, p. 77.

11. *Ibid.*, p. 78.

génitale plus intense, le mariage, par exemple, vient développer l'appareil génital, lui donner toute sa valeur, régulariser et compléter son activité fonctionnelle <sup>12</sup>.

Ainsi l'activité génitale serait bénéfique et même vitale à la femme! Ne devrait-on pas plutôt comprendre que la femme est un être *inachevé* qui passerait à la maturité génitale sous la dépendance du *principe masculin*. Certes, les médecins accordent au mouvement un rôle important dans la restauration de la circulation. Si les résultats ne sont pas immédiats, ils se produisent néanmoins et la preuve des secousses stimulantes est démontrée. Mais quels sont les arguments scientifiques utilisés pour affirmer que le mouvement dans l'activité génitale est effectivement responsable de l'achèvement du développement de l'appareillage féminin? Doit-on y voir la croyance populaire en l'action stimulante de la *liqueur masculine*...

\*\*\*

### 3. Les modèles explicatifs

Il n'est pas toujours possible de montrer où débute le réel et où se termine l'imaginaire dans le discours médical. On peut cependant affirmer que dans une large proportion, les accoucheurs et les gynécologues québécois du XIXe siècle observent, entendent, tâtent et parfois reniflent les désordres de l'organisme avant de poser un diagnostic <sup>13</sup>. Encore très peu d'entre eux

12. "La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale", *UMC*, vol. 26, no 10, 1897, p. 493.

13. Dans *Le Miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social XVIIe-XIXe siècles*, Alain Corbin présente les obsessions des aëristes en les replaçant dans un contexte plus général d'une extrême réticence

analysent les humeurs\*. En fait, ils n'ont pas tous les outils nécessaires, encore moins le laboratoire à leur disposition. Aussi arrive-t-il que leurs sens les trompent; que leur vue apporte la confusion plutôt que la précision et que leur toucher stimule davantage leur imagination. Néanmoins, ces médecins ont une *obsession* pour la stagnation des humeurs\*. Cette hantise, doit être replacée dans le contexte plus général de l'antisepsie. Associée à la fétidité et à la putréfaction, la stagnation doit être combattue énergiquement; quant au putride, il doit être évacué le plus rapidement possible.

De façon générale, les médecins s'accordent pour affirmer que l'expulsion périodique, en l'occurrence la menstruation, est nécessaire au maintien d'une bonne santé. Au début du siècle, le docteur Vallée soutient que "la suppression d'une évacuation naturelle comme les menstrues <sup>14</sup>" se retrouve parmi les causes prédisposant aux maladies de l'utérus dont le cancer. Les médecins du XIXe siècle ont la conviction que l'arrêt du flux menstruel et même sa diminution possèdent un potentiel toxique. Autrement dit, le flux cataménial est perçu comme un écoulement de matières infectes; de là les dangers de sa rétention et la vigilance du médecin devant un engorgement de la matrice. Plus encore, une altération, qualitative ou quantitative, de

---

pour la stagnation, pour tout ce qui ne se renouvelle pas, quel qu'en soit le domaine. Voir également, au sujet de l'examen olfactif des humeurs au XIXe siècle, J. William Mount, *UMC*, vol. 1, no 1, 1872, p. 38-41; "Kyste multiloculaire de l'ovaire", *UMC*, vol. 2, no 7, 1873, p. 317-319; "Traitements des fibromyomes de l'utérus par les injections sous-cutanées d'ergoline", *UMC*, vol. 4, no 3, 1875, p. 129-130; T.A. Emmet, "Injections d'eau chaude dans les maladies de l'utérus", *UMC*, vol. 4, no 6, 1875, p. 268-269; ainsi que "Du traitement par les alcalins d'une cause peu connue de stérilité (acidité du mucus utéro-vaginal)", *UMC*, vol. 9, no 8, 1880, p. 358-359.

14. Guillaume Vallée, *op. cit.*, p. 10.

l'évacuation périodique devait faire soupçonner la présence ou l'éventualité d'un mal plus grave.

Lorsqu'on peut ramener à son état normal cette importante fonction de l'utérus [la menstruation], on peut admettre également que l'utérus devient normal et le fait se trouve confirmé <sup>15</sup>.

La définition de la menstruation normale quant à la durée, la quantité et la texture de l'écoulement n'est pas l'objet de notre propos. Notons par contre que les remèdes utilisés pour normaliser la fonction menstruelle sont généralement de trois types: les emménagogues\* [l'armoise, l'absinthe, etc.] pour rétablir la menstruation, les antispasmodiques\* [assa-foetida, chanvre indien, etc.] pour calmer les douleurs de la dysménorrhée\* et les hémostatiques\* combinés aux ocytociques\* pour corriger une ménorragie\*. En tout temps, il s'agit bien de l'application d'un traitement symptomatique. En fait, c'est l'ignorance des causes des désordres de la menstruation qui ordonne le recours à ce genre de traitement. Il est donc attendu que sans une connaissance assez claire de la physiologie de la menstruation les médecins du XIXe siècle ne pouvaient que faire appel aux traitements déjà bien éprouvés.

Ce sont principalement les progrès de la chimie et de la physiologie qui apportent un nouvel éclairage aux explications. En fait, il serait plus juste de dire que les explications sont livrées sous un nouvel emballage. En effet,

---

15. "Traitement de la métrite chronique", UMC, vol. 15, no 2, 1886, p. 76. Ici on pressent le type d'explication suscité par le phénomène de la ménopause.

toujours tracassés par les dangers de la stagnation des humeurs\*, les médecins ont du mal à se départir de l'idée de la toxicité du flux cataménial. Ainsi ils répéteront jusqu'à la fin du siècle que "l'habitude de la femme <sup>16</sup>", lorsqu'elle s'établit de façon régulière et ne pêche ni par son abondance, ni par sa paucité, possède un véritable pouvoir thérapeutique pour tout l'organisme. En fait, le docteur J.H. Keiffer affirme en 1897 que c'est l'essence même de la menstruation.

Il ne s'agit pas d'une fonction locale, inhérente à l'utérus et à ses annexes exclusivement; la menstruation paraît être l'expression ultime excrémentielle des phénomènes sécrétoires internes se passant dans tout l'organisme <sup>17</sup>.

Ainsi l'écoulement menstruel libère tout l'organisme de ses déchets. L'idée de la toxicité de l'humeur\* menstruelle est confirmée. L'image de l'utérus-émonctoire, le leitmotiv des accoucheurs et des gynécologues au XIXe siècle, reçoit la caution de la science médicale. En effet, leur hantise les conduit à l'élaboration d'un modèle explicatif de la menstruation et de ses *accidents* à partir d'un parallèle avec la fonction urinaire. C'est encore le docteur Keiffer qui souligne les dangers de la résorption des substances menstruelles, laquelle détermine, "comme dans l'urémie\* [...] des symptômes de l'ordre des auto-intoxications <sup>18</sup>," dont

A) Vasodilatation, congestion passive des organes du petit bassin, et souvent de tout l'intestin; palpitations

---

16. L'euphémisme est utilisé dans le texte du docteur Irwin, op. cit., p. 77.

17. J.H. Keiffer, op. cit., p. 491.

18. Ibid., p. 492.

cardiaques, bouffées de chaleur, mouches volantes, pâleur et rougeur subites, sueurs froides brusques, congestions viscérales diverses, gonflement mammaire, sécrétions glandulaires cutanées exagérées, congestion des cicatrices et des lésions dermiques (eczéma, naevus, angiome)

B) Anorexie, nausées, vomissements, céphalalgie, courbature, zones douloureuses lombaire, sacrée, hypogastriques, fémorale, interscapulaire; troubles pupillaires, somnolences, troubles de la thermogénèse, troubles psychiques variés momentanés pouvant aller jusqu'à la démence chez les prédisposées <sup>19</sup>.

On reconnaîtra dans l'énumération ci-dessus de multiples symptômes de la gravidité\*. Ce fait nous permet de pressentir qu'une superposition des tableaux cliniques de la ménorrhémie\* et de la grossesse allait s'imposer aux médecins à la fin du XIXe siècle. De plus, la gravidité\* allait *recevoir officiellement* son caractère pathogène. Dorénavant, et jusqu'à preuve du contraire, les nausées, la fatigue et les modifications psychologiques appartiennent moins aux phénomènes réflexes utérins dus, pense-t-on, à la présence de l'embryon: ils sont davantage des signes évidents de toxémie\*.

La proximité entre l'époque cataméniale et l'état gravide\* avait déjà été établie par le docteur Tarnier, de Paris, dans sa thèse intitulée Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches, soutenue en 1857:

[...] la menstruation et l'écoulement menstruel semblent n'être qu'une miniature de la grossesse et de l'accouchement, puisqu'on y retrouve l'hypertrophie de l'uté-

---

19. Ibid.

rus, les douleurs utérines, l'écoulement sanguin et sanguinolent, l'expulsion de l'oeuf [...] <sup>20</sup>.

\*\*\*

Ainsi, de Tarnier à Keiffer, soit de 1857 à 1897, les progrès scientifiques n'auront contribué qu'à justifier les conceptions médicales traditionnelles sur les *maladies des femmes*? Certes, certains progrès ont permis une véritable amélioration des façons de faire; on a qu'à songer à l'antisepsie et à l'asepsie en obstétrique. Mais il apparaît aussi que les exigences, imposées par l'affirmation des savoirs médicaux, ont souvent dicté l'élaboration de modèles explicatifs fondés largement sur des présomptions séculaires au sujet de la nature féminine.

---

20. "De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique et en gynécologie", UMC, vol. 20, no 5, 1891, p. 233.

## CHAPITRE V

### LA MATRICE GRAVIDE

#### 1. Les symptômes

Les signes cliniques de la menstruation et de la grossesse justifient un rapprochement entre ces deux phénomènes, surtout quand la physiologie de l'hypophyse est inconnue et que la présence même d'hormones est ignorée. En effet, la progestérone\* et la folliculine\* ne seront connues qu'au milieu du XXe siècle <sup>1</sup>. L'essentiel n'en reste pas moins que la grossesse s'accompagne de signes "rationnels et sensibles <sup>2</sup>" apparentés à ceux de l'aménorrhée\* ou de la ménorrhémie\*. Ainsi les médecins qui ont déjà conclu aux dangers de la rétention des menstrues voient dans la caractéristique première de la grossesse un danger potentiel pour les neuf mois à venir. Cette croyance en un pouvoir morbide de la suppression des

---

1. Il serait intéressant de vérifier dans quelle mesure la recherche sur la physiologie des hormones a permis une interprétation différente des "phénomènes réflexes", et l'abandon, le cas échéant, de préjugés concernant l'impressionnabilité de l'utérus et de ses annexes.

2. Edouard Moreau, Instructions sur l'art des accouchemens pour les sages-femmes de la campagne, p. 13.

règles, jumelée à la conviction que la femme est affublée d'une faiblesse naturelle, justifie une large part du discours sur les interdits qu'on lance à la gestante du XIXe siècle, souvent sous la forme d'anathèmes. Autrement dit, les causes des accidents de la gestation sont attribuables "à leur [les gestantes] manière irrégulière de vivre <sup>3</sup>", tout autant qu'à la présence du "poison menstruel <sup>4</sup>". Pour tout dire, les médecins craignent *les forces destructives* de la matrice qui pourraient s'éveiller à tout instant pendant la grossesse. Voyons pourquoi.

\*

Les médecins de l'époque nous diront qu'il s'établit, pendant la gestation, une nouvelle crase sanguine\* d'où, affirment-ils, le changement dans les humeurs\*. Le bon fonctionnement de tous les autres émonctoires est alors vital pour maintenir l'équilibre de l'organisme ainsi modifié. En effet, si la menstruation permet habituellement l'élimination complète des déchets organiques, en période de gestation, ce sont, entre autres, les reins et la peau qui doivent pallier à l'arrêt temporaire de l'émonctoire utérin. Conséquemment, les médecins recommandent de voir à ce que rien ne trouble chez la gestante la circulation des liquides organiques, dont la composition plus riche prédispose, croit-on, à la congestion. Dans le contexte global de l'hygiénisme, cette crainte d'une stagnation en général commande des mises en garde contre la morbidité du putride et des odeurs nauséabondes. Les

---

3. Ibid., p. 14.

4. J.H. Keiffer, op.cit., p. 493.

expériences des aëristes, dont celle du physiologiste français Bichat <sup>5</sup>, ont conservé leur effet incontestable sur l'imaginaire médical, même au XIXe siècle. Ainsi, à l'instar des hygiénistes de son époque, le docteur Elzéar Paquin, dans Le Livre des mères, ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine, conseille à la femme gravide\* de renouveler l'air de sa chambre, de ne pas y conserver de plantes, d'éviter l'insalubrité en général:

Les marais, les cimetières, certains ateliers, certaines manufactures fournissent des émanations délétères; il n'est pas bon de vivre dans le voisinage de ces causes qui modifient l'atmosphère. [...] Si les latrines sont placées trop près de la maison, l'air extérieur [...] apportera des gaz qui rendront l'atmosphère de l'intérieur impropre à la respiration <sup>6</sup>.

On dira même qu'il vaut mieux vivre à la campagne qu'à l'ombre des villes, "où des milliers de poitrines se disputent une atmosphère viciée <sup>7</sup>". Certes, à l'époque, ces recommandations ne s'adressaient pas uniquement aux gestantes. Mais les craintes de voir surgir l'issue morbide de l'alté-

---

5. Alain Corbin relate une expérience de Bichat et cite le physiologiste comme suit: "J'ai observé qu'à la suite du séjour des amphithéâtres, mes vents prenaient, fréquemment, une odeur exactement analogue à celle qu'exhalent les cadavres en putréfaction. Or, voici comment je me suis assuré que c'est la peau autant que le poumon qui absorbe alors les molécules odorantes. J'ai bouché mes narines, et j'ai adapté à ma bouche un tuyau un peu long, qui, traversant la fenêtre, me servait à respirer l'air extérieur. Eh bien! Mes vents, après une heure de séjour dans une petite salle de dissection, à côté de deux cadavres très fétides, ont présenté une odeur à peu près semblable à la leur." (Le Miasme et la jonquille, p. 50).

6. Elzéar Paquin, Livre des mères ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine, p. 104.

7. Docteur Godleski, cité par le docteur E. Paquin, op. cit., p. 102.

ration des humeurs\*, la dyscrasie\*, justifient l'insistance des médecins auprès de ces femmes. Quoique la dyscrasie\* ne soit pas exclusive à l'état gravis\*, elle peut effectivement survenir pendant la gravidité\*; il n'en faut pas plus pour aiguillonner l'imaginaire médical. Par ailleurs, tout désordre étant susceptible de se produire à toute époque de la vie, les risques n'augmentent pas moins, croit-on, à l'époque puerpérale. En fait, les médecins se feront de plus en plus insistants pour établir un lien direct entre la grossesse et l'état général de la gestante. On assiste alors à la consolidation de l'image de la grossesse *coupable*. Autrement dit, la grossesse est perçue comme responsable de la complication de maladies qui, en d'autres temps, seraient moins graves. On présume même qu'elle est responsable de l'apparition de maladies. C'est pourquoi, finalement, les médecins soulignent fréquemment que les désordres s'estompent aussitôt qu'a lieu l'accouchement.

\*\*\*

## 2. Le potentiel pathogène

Parmi les désordres de la gestation, outre la suppression des règles, il en existe un commun à la majorité des gestantes: il s'agit des nausées, voire des vomissements spontanés que les médecins qualifient judicieusement d'incoercibles. En effet, ces vomissements surviennent, semble-t-il, indépendamment de l'alimentation ou du rythme général de vie de la gestante. Autrement dit, la cause se trouverait dans l'essence même de la grossesse. C'est ce que nous révèle un examen attentif des traitements

employés pour combattre ces vomissements. L'emploi de purgatifs et de sudorifiques suggère que les médecins y voient un phénomène de congestion ou de rétention de matière nuisible. Les vomissements seraient donc de l'ordre des phénomènes réflexes de l'organisme! Ils sont, affirme-t-on encore, l'expression élective de l'économie visant à se débarrasser du surplus de substances nocives. Ils sont attribuables à la nouvelle crise sanguine\*, ainsi qu'à l'insuffisance fonctionnelle des émonctoires: les nausées et les vomissements, affirme le docteur J.H. Keiffer en 1897, "cessent plus ou moins vite suivant les susceptibilités individuelles, suivant aussi la suppléance des autres émonctoires, la peau, le poumon, le rein, l'intestin <sup>8</sup>". Selon ce médecin, "il s'établit peu à peu une accoutumance au poison menstruel <sup>9</sup>"; seules les gestantes les plus prédisposées ne recouvrent la santé "qu'avec le retour de la fonction cataméniale; [et] l'avortement est parfois nécessaire <sup>10</sup>".

Les traitements médicaux sont donc élaborés en rapport avec cette élimination nécessaire des toxines menstruelles et le rétablissement de l'état normal d'innervation. En effet, *l'impressiannabilité*, la sensibilité et l'irritation produites par la gravidité\* ne doivent pas être excessives dans leurs manifestations; or, quand surviennent les vomissements incoercibles, c'est parce qu'il s'établit, croit-on, une confusion de tous ces symptômes.

---

8. J.H. Keiffer, op. cit., p. 493.

9. Ibid.

10. Ibid. Faut-il rappeler que l'avortement thérapeutique n'obtenait pas la faveur de la majorité des accoucheurs québécois au XIX<sup>e</sup> siècle, entre autres, pour des raisons d'ordre moral et judiciaire. Les médecins ont préféré chercher des solutions moins draconiennes.

Conséquemment, on doit recourir, pensent les médecins, aux sédatifs, telle la morphine, afin d'obtenir la réduction de l'innervation créée par la présence du poison. De toute évidence, ces remèdes visent la réduction des contractions musculaires et le soulagement des douleurs gastriques qui accompagnent parfois les vomissements. Mais parce qu'ils produisent aussi l'accalmie générale chez la gestante, les effets de ces remèdes permettent d'établir que c'est la circulation du poison menstruel qui est à l'origine des désordres de la gravidité\*. Le traitement par inhalation d'oxygène vient encore attester la croyance en l'état d'intoxication qui peut survenir, dit-on, quand il y a insuffisance fonctionnelle d'un émonctoire, tel le poumon. En définitive, c'est toujours l'idée de l'aménorrhée\* et de la putréfaction consécutives à la gravidité\* qui sert à expliquer tous ces phénomènes, qu'il s'agisse de vomissements, de maux de tête, ou même d'évanouissements.

C'est par ailleurs à l'augmentation du volume sanguin ou à la modification de la crase sanguine\* qu'on attribue les congestions de toutes sortes et les troubles de la circulation. Parmi ces *accidents*, on retrouve certaines formes de rhumatisme articulaire, comme nous le révèle en 1886 un article de l'Union médicale du Canada : au cours de la grossesse "on observe quelquefois le rhumatisme mono ou polyarticulaire, rhumatisme a frigore chez les uns [sic], rhumatisme leucorrhéique ou blennorrhagique [sic] chez les autres <sup>11</sup>". Quoique ces affections ne soient pas plus graves pendant la gestation qu'en état de vacuité, il n'en demeure pas moins qu'elles nécessitent des traitements particuliers en raison de l'état de gravidité\*.

11. [Anonyme], "Du rhumatisme articulaire pendant la grossesse", UMC, vol. 15, no 3, 1886, p. 128.

Ainsi les médecins abandonneront l'usage du salicylate de sodium, car il peut "donner lieu à des hémorragies utérines et à l'avortement <sup>12</sup>". Par contre, des complications plus graves peuvent survenir suite à la surabondance des humeurs\*. En effet, l'état pléthorique de la gestante entraîne la distension de l'appareil circulatoire et la dilatation du coeur. Conséquemment, "la grossesse peut frapper le myocarde dans sa nutrition et déterminer même une dégénérescence granulo-graisseuse ou des lésions inflammatoires <sup>13</sup>". Par ailleurs, si le poison menstruel et la pléthore peuvent produire de tels désordres chez une gestante autrement saine, on pressent qu'une femme, a priori malade, s'expose à de graves dangers en devenant enceinte. Tel est le cas des cardiaques nous dit en 1881 le docteur Porak:

Enfin les cardiopathes enceintes sont sujettes à la persistance des règles ou des hémorragies précédant ou suivant la délivrance, aux altérations du placenta, à la mort du fœtus et à son expulsion prématurée, à la débilité des nouveaux-nés et à leur peu de chance de survivre quelque temps <sup>14</sup>.

De plus, il suggère qu'une "cardiopathe ne doit pas se marier; si elle est mariée, elle ne doit pas devenir mère; si elle est mère, elle ne doit pas

---

12. Ibid., p. 130. Probablement suite à l'observation clinique, mais aussi grâce aux progrès de la chimie, les médecins de l'époque semblent connaître assez bien les dangers d'un usage prolongé de ce médicament. En effet, il perturbe la constitution des plaquettes sanguines et conséquemment, il modifie le temps de coagulation.

13. "Influence réciproque de la grossesse et des maladies de coeur", UMC, vol. 10, no 4, 1881, p. 181.

14. Ibid., p. 183.

allaiter <sup>15</sup> ". Des recommandations semblables sont formulées à l'intention des épileptiques, mais on ne peut que douter de la valeur scientifique de ces prises de position. En effet, tout en avouant que les études sont imprécises, qu'elles présentent même quelques contradictions, et que par ailleurs l'influence favorable de la grossesse sur l'épilepsie est passagère, on avoue que "cette influence passagère ne justifierait [...] en aucune façon le mariage, qui a des inconvénients bien plus sérieux que cette amélioration apparente <sup>16</sup> ". Ces inconvénients se bornent à l'action irritante de la copulation et au risque de l'hérédité. On peut lire dans l'Union médicale du Canada de 1885 que:

[...] la copulation exerce une action des plus funestes sur les épileptiques et aggrave toujours leur état. En outre, le seul fait de la menace de l'hérédité pour les enfants doit faire écarter le mariage [...] <sup>17</sup>.

On tente, pour des raisons similaires, d'écarter de la vie maritale les diabétiques en affirmant que cette maladie "semble porter une atteinte profonde au produit de la conception, altérer sa nutrition, abrégé ses jours ou déterminer des vices de développement peu compatibles avec la vie <sup>18</sup> ". D'après les travaux du docteur Duncan, rapportés en 1886, dans sept cas sur 19 l'enfant meurt pendant la gestation. Toutefois, si les chances d'accoucher d'un enfant sain ne dissuadent pas les diabétiques de la maternité, le

---

15. Ibid., p. 184.

16. "Influence réciproque de l'épilepsie et de la grossesse", UMC, vol. 14, no 4, 1885, p. 174.

17. Ibid.

18. "Le diabète chez la femme, et dans ses rapports avec la vie utérine", UMC, vol. 15, no 2, 1886, p. 75.

risque d'aggraver leur maladie ou de mourir au bout de quelque temps <sup>19</sup> suffit certainement pour jeter la confusion dans l'esprit de ces femmes mariées, dont l'un de leurs premiers devoirs est la reproduction humaine.

Il serait excessif de réduire le discours médical du XIXe siècle à la manifestation d'une ruse de classe, qui agite le spectre de la morbidité pour mieux manipuler les esprits profanes. D'autant plus qu'à cette époque, la mortalité périnatale est aussi réelle que celle des femmes en couches. D'autre part, la science médicale a très peu de ressources pour rétablir rapidement une parturiente en crise épileptique ou pour épargner à la gestante les complications du diabète, dont le coma et la cécité. Autrement dit, si certaines recommandations médicales nous apparaissent immodérées, il faut nécessairement revenir au contexte général de l'époque et aux buts mis de l'avant par les médecins. En 1872, les docteurs québécois Jean-Philippe Rottot, A. Dagenais et L.-J.-P. Desrosiers nous rappellent la nature de ces buts dans les termes suivants:

[...] c'est de prolonger autant que possible l'existence de l'homme, c'est de vaincre ces ennemis du dehors et du dedans qui lui ravissent les jouissances de la vie. C'est d'alléger au moins assez ses souffrances pour l'empêcher d'appeler la vie un mal <sup>20</sup>.

---

19. Dans le même article cité dans la note précédente, on écrit encore: "[...] la véritable conséquence de la grossesse, c'est l'aggravation de la maladie dans un délai plus ou moins rapproché, aggravation telle, qu'elle peut déterminer la mort au bout de quelques mois et même de quelques semaines après la délivrance". (*Ibid.*, p. 76).

20. "A nos confrères", *UMC*, vol. 1, no 1, 1872, p. 2-3.

Encore faut-il retenir qu'avec l'avènement de l'hygiénisme, nous assistons à la propagation des connaissances en matière de comportements physiques et moraux visant à garantir la santé. Et puisque les principes hygiéniques ont également pour objet "de perfectionner l'homme comme être physique, intellectuel, social, moral et religieux <sup>21</sup> ", il importe donc aux médecins de rappeler les principes de l'hérédité physique et morale <sup>22</sup>. Sans vouloir prêter de fausses intentions aux hygiénistes du XIXe siècle, on doit cependant reconnaître que c'est souvent dans leurs propos que se retrouvent des opinions exagérées qui s'apparentent même au discours eugénique.

\*\*\*

### 3. Prévention et hygiène de la gravidité

Les médecins affirment donc que la grossesse est un état précaire qui exige l'observance des règles hygiéniques. Et c'est *naturellement* à la femme que revient la tâche de veiller sur sa grossesse, tout autant qu'au développement du fruit de la conception. En effet, la femme plus que l'homme peut, croit-on, imprimer des tares à l'embryon. Quoique les lois de l'hérédité physique et morale s'appliquent aux deux parents au moment de la transmission de la vie, c'est à la mère que revient la plus large part de responsabilité. En effet, la présomption de la plus grande faiblesse physique

---

21. A.B. Larocque, "De l'hygiène et des statistiques vitales", UMC, vol. 2, no 6, 1873, p. 252.

22. A ce sujet, voir Elzéar Paquin, Le Livre des mères, deuxième partie, plus précisément les pages 60 à 126.

et morale de la femme et l'évidence de la dépendance de la vie foetale incitent à sous-estimer la contribution du père.

Je ne crois pas que ce soit trop s'avancer que de rapporter en grande partie à la grossesse, aux accidents qui se sont manifestés chez la mère et qui n'ont pas été combattus, à des frayeurs qu'on n'a pu éviter, à une hygiène mal observée, la différence de tempérament que l'on observe chez les enfants nés d'un même père et d'une même mère <sup>23</sup>.

Pendant neuf mois, le foetus, hébergé dans le *berceau des générations*, est entièrement dépendant du rythme de vie de sa mère. Est-elle moralement calme et heureuse, son enfant sera alors beau! Mais si elle devait laisser ses passions la dominer, elle n'aurait alors qu'à s'en repentir sa vie durant. Les frayeurs subites, les gâteries de la vie mondaine, les efforts physiques au travail, les voyages, les longs repos, enfin, tout ou presque, est préjudiciable à la vie qui se développe. De toute évidence, les interdits sont formulés sans égard à la vie *réelle* des gestantes. En effet, quand les médecins font une distinction entre les comportements des bourgeoises et ceux des ouvrières, c'est trop souvent pour blâmer la crasse des unes et l'oisiveté des autres. En dépit du fait que les médecins du XIXe siècle décrivent le quotidien difficile et pénible des femmes de la classe ouvrière, leurs recommandations s'inscrivent généralement hors de cette réalité matérielle d'existence. Ainsi ils conseilleront à la gestante de respirer l'air de la campagne, de rechercher le calme, de s'abstenir de tout

---

23. Docteur Godfleski, cité par E. Paquin, *op. cit.*, p. 67.

effort physique, alors que la gestante est matériellement incapable d'observer ces consignes.

Le discours sur l'hygiène de la grossesse n'est pas pour autant absurde. En effet, les conseils ne sont pas inappropriés; ils sont plutôt difficilement applicables. Par conséquent, il nous apparaît plausible d'affirmer que le discours médical occulte, dans une certaine mesure, les conditions réelles d'existence au profit du formalisme des savoirs médicaux. Autrement dit, les enjeux politique et économique défendus par les médecins en tant que groupe – particulièrement en opposition avec les savoir-faire des sages-femmes – commandent l'élaboration de règles préventives. Leur souci fréquemment excessif pour la prévention, nonobstant leur intérêt pour la proscription de comportements effectivement malsains et morbides en période gravidique\*, dissimule leur intérêt pour la proscription définitive de la pratique des sages-femmes. C'est dans ce contexte que les médecins élaborent une liste impressionnante d'interdits en rapport avec leur définition de l'état *précaire* de la gestante.

Suite à un examen attentif de ces proscriptions, nous avons élaboré une classification selon les dangers qu'ils engendrent. D'un côté, nous avons identifié les attitudes physiques et morales reliées aux dangers de la stagnation; de l'autre, nous avons regroupé les comportements physiques et moraux qui exposent aux dangers du mouvement. Se retrouvent dans la première catégorie, hormis le sédentarisme au sens le plus large, toute action que les médecins croient être préjudiciable à la libre circulation des

humeurs\*, tels le port de vêtements trop serrés, l'alimentation démesurée, l'insalubrité du lieu de résidence, les chagrins, etc. La seconde catégorie comprend, outre l'activité au sens le plus large, toute action, fut-elle de courte durée, que les médecins jugent susceptible d'engendrer une augmentation dangereusement de la circulation des humeurs\*, telles les secousses d'une voiture, les mouvements passionnels de la copulation, les bains de pieds chauds, l'innervation de l'imagination trop fertile, la danse, etc.

Toutefois, ces interdits prennent tout leur sens si nous les replaçons, non seulement dans le contexte médical, mais dans le contexte social québécois du XIXe siècle. Vus à la lumière des réalités sociales de l'époque, les interdits ne sont pas des frais imposés à la femme par les accoucheurs conquérants: ils font en effet partie d'un projet global de société, qui requiert l'élévation du niveau sanitaire d'existence. Ils traduisent, d'une certaine manière, le déchirement d'une société qui s'adapte encore difficilement aux changements rapides et nombreux, qui surviennent dans toutes les sphères de la vie quotidienne. Les transformations engendrées par l'industrialisation et l'urbanisation posent, entre autres, le problème de la place de l'épouse et de la mère dans la société. Quoique celle-ci vit d'abord pour la famille, il n'est pas exclu que sa participation économique soit sollicitée, ni qu'elle puisse nuire à l'enfant qu'elle pourrait porter. D'autre part, l'intérêt pour l'enfant à naître, que l'on souhaite physiquement et moralement sain, croît sensiblement dans un contexte de changement.

Le discours sur l'hygiène et sur l'hérédité condamne également, il est vrai, les égarements physiques et moraux de l'homme et de la femme. Quoique les proscriptions adressées directement à l'homme ne soient pas l'objet de notre propos, mentionnons par exemple, à propos de l'hérédité, que les médecins du XIXe siècle tiennent aussi l'homme responsable de sa progéniture. Le docteur Elzéar Paquin qui s'appuie notamment sur le Dictionnaire de médecine ... d'Émile Littré et de Charles Robin déclare quant à lui:

[...] les spermatozoïdes [...] pourront transmettre à la cellule embryonnaire femelle [...], dont ils déterminent la naissance aux dépens du vitellus qu'ils ont fécondé, les états particuliers dont eux-mêmes sont affectés, et qui sont propres aux mâles dont ils proviennent: [...] <sup>24</sup>.

Mais le père n'est pas pour autant culpabilisé comme c'est le cas pour la gestante. Les médecins attachent néanmoins une certaine importance à l'attitude de l'époux pendant la gestation. Est-il tendre, patient, compatissant? Son épouse gravide\* trouve-t-elle auprès de lui une consolation à ses souffrances? La traite-t-il avec beaucoup d'égards, qu'elle sera moins chagrinée, moins irritée, et donc moins disposée à l'avortement. C'est évidemment en raison de leur conviction au sujet de

24. Il s'agit précisément du Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent, ouvrage très populaire, maintes fois réédité, dont la première édition a été publiée en 1806 par Joseph Capuron. L'ouvrage fut particulièrement connu sous le nom de Dictionnaire de Nysten, médecin de l'hospice des enfants trouvés de Paris, qui publia en 1814 une réédition refondue (3e édition) de ce Dictionnaire de médecine ... Émile Littré et le docteur Charles Robin reprennent l'ouvrage en 1835, qui connaît encore un vif succès: cinq éditions refondues entre 1835 et 1884. Quant à Elzéar Paquin, il a sans doute consulté la 14e édition, parue en 1877, puisque c'est la seule qui porte à la fois les noms d'Émile Littré et de Charles Robin (voir Elzéar Paquin, op. cit., p. 60-61).

*l'impressionnabilité* et de la *faiblesse* de la femme, que les médecins formulent de telles recommandations au mari. Par contre, on pressent qu'il serait assez difficile de déterminer clairement dans quelle mesure l'avortement spontané est davantage attribué au manque d'égards du mari, qu'à la faiblesse de l'épouse! Quoi qu'il en soit, les médecins se font prudents et prévoyants, surtout en ce qui a trait au *devoir* conjugal pendant la grossesse. Voici ce que le docteur Paquin recommande en 1880:

[...] évitez les rapprochements trop impétueux, parce que ceux-ci déterminent souvent des accidents d'une gravité déplorable [...]. Il faut être très sobre des plaisirs sexuels. Je ne prétends pas que *les droits du mari* doivent être suspendus pendant la grossesse, mais la modération et la prudence dans leur usage sont deux conditions indispensables <sup>25</sup>.

Dans un même ordre d'idée, le docteur Auvard, de Paris, formule en 1889, les recommandations suivantes:

[...] à moins d'accidents de la grossesse (hémorragies génitales, contractions utérines douloureuses, menace d'avortement), il [le médecin] laissera libre cours à la vie sexuelle des époux, tout en donnant quelques conseils de modération. Dans les cas d'utérus irritable et chez la femme prédisposée à l'avortement, toute relation sexuelle devra être interdite pendant la grossesse [...]. Il sera même sage d'exiger deux lits séparés [...] le voisinage de l'époux entraînant souvent une excitation génésique peu favorable au calme que réclame l'utérus pour son développement normal <sup>26</sup>.

25. *Ibid.*, p. 98-99. L'italique est de nous.

26. "Hygiène de la grossesse", *UMC*, vol. 18, no 12, 1889, p. 549.

\*\*\*

Jusqu'à la fin du siècle, les médecins insistent donc sur l'importance d'observer les règles de l'hygiène physique et morale, "pour combattre les causes qui peuvent produire l'avortement <sup>27</sup>". Toutefois, celles-ci demeurent encore très obscures malgré la distinction qui s'est opérée entre les différentes causes, suivant qu'elles soient dites éloignées ou immédiates. En effet, les médecins affirment que les voyages, l'inhalation d'air vicié, le régime alimentaire déficient, l'abus de "rapprochements sexuels", etc., prédisposent aux *accidents* de la grossesse. Ils reconnaissent d'un autre côté les dystocies\* foetales, la toxémie\*, l'irritabilité excessive et toute complication engendrée par les causes éloignées comme pouvant déterminer l'accouchement prématuré et parfois l'avortement. Mais dans l'ensemble, les médecins de l'époque laissent l'impression qu'ils ne savent pas trop à quoi attribuer l'expulsion spontanée de l'oeuf. Leur crainte de voir se manifester le *déchaînement* de l'utérus subsiste toujours. C'est le docteur Elphège A. René de Cotret, médecin de l'Hospice de la maternité de Montréal, qui affirme, en 1899: "le ventre de la femme est une véritable boîte à surprise, comme il est trop souvent une boîte de Pandore <sup>28</sup>".

Par contre, leur méfiance à l'égard de *la force destructrice* de l'utérus contribue à l'élaboration de techniques d'intervention visant à prévenir et à

---

27. Docteur Boissard, "Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier", *UMC*, vol. 27, 1898, p. 291.

28. "Soins à donner avant, pendant et après l'accouchement", *UMC*, vol. 28, 1899, p. 705.

anticiper l'état de détresse physiologique pouvant caractériser la gestante et le fœtus. Ainsi s'impose graduellement l'importance de l'examen gynécologique, du palper, du toucher, de l'analyse des urines, bref de la *visite* complète. En fait, l'habitude d'examiner régulièrement la gestante permet aux médecins, en cette fin de siècle, d'agir en fonction de ce que cette exploration leur révèle; qu'il s'agisse de la précarité de la vie foetale ou de la présence d'une dystocie\* maternelle. Dans le contexte médical et social de l'époque, l'examen prénatal complet soulève entre autres l'épineuse question de la marche à suivre dans le cas où l'on peut certifier l'imminence de l'arrêt physiologique de la grossesse, ou la non-viabilité du fœtus.

## CHAPITRE VI

### LA GRAVIDITÉ MENACÉE

#### 1. Les causes de l'avortement spontané

La méfiance des médecins à l'égard des *réactions* de la matrice gravide\* trouve sa justification quand survient la fausse-couche. C'est alors l'occasion d'apprécier toute la grandeur de *la force destructrice* de la matrice. Appelée blessure<sup>1</sup> ou avortement, l'interruption de la grossesse impressionne, tant par son évolution, qui parfois met en péril la vie maternelle, que par ses causes déconcertantes. Le désir légitime des médecins d'expliquer ce phénomène les amène, à toutes fins utiles, à reprendre les arguments qui leur apparaissent les plus plausibles à l'époque, en l'occurrence la faiblesse morale et physique de la femme ainsi que son ignorance et sa négligence criminelle. Bien que la perception médicale des pratiques sexuelles au XIXe siècle ne soit pas l'objet de nos propos, il

---

1. Métaphoriquement associée à l'avortement volontaire, la "blessure" est aussi une cessation involontaire du phénomène gravide (voir Elzéar Paquin, *Le Livre des mères*, p. 134-188). Les occasions pour la femme de se "blesser" involontairement sont multiples et relèvent principalement, selon ce médecin québécois, de l'inouïence et de la négligence féminine. De là peut être la difficulté des médecins de distinguer l'avortement accidentel de l'accident provoqué. À la limite de la volonté et de la maladresse de la femme, l'avortement involontaire est aussi lié à sa précarité matérielle et constitutionnelle.

importe de souligner quelques faits qui permettront de fournir un meilleur éclairage sur les fondements de quelques conceptions médicales de l'avortement accidentel.

\*

A l'instar d'Alain Corbin, nous affirmons que la perception médicale de l'avortement accidentel est déformée, dans une certaine mesure, par le manque de connaissances ayant trait aux pratiques contraceptives chez les prostituées<sup>2</sup>. Les médecins du XIX<sup>e</sup> siècle prétendent en effet que l'absence de grossesse chez les prostituées révèle automatiquement une *infécondité* fonctionnelle, laquelle serait acquise par l'excès de plaisirs vénériens. Nous ne pouvons dire que les médecins ont totalement tort d'associer la vacuité utérine des prostituées au commerce des hommes. Notre connaissance des conséquences de certaines maladies vénériennes n'entretient plus de doute à l'égard des effets abortifs de la blennorragie et de la syphilis, par exemple. Encore faut-il retenir que ces observations judicieuses des médecins du XIX<sup>e</sup> siècle, et particulièrement leur inférence au sujet de l'infécondité acquise par la prostitution, reposent partiellement sur une conception médico-religieuse de l'absence de grossesse. Autrement dit, les médecins confondent parfois une *infécondité* mécanique avec une autre *naturellement* imposée à la femme ignorante des règles d'hygiène. Quant à la théorie médicale de la circulation des humeurs\*, celle-ci ne démontre-t-elle pas,

---

2. Alain Corbin, "Les prostituées du XIX<sup>e</sup> siècle et le vaste effort du néant", *Communications, Dénatâtité, l'antériorité françaises 1800-1914*, no 44, 1986, p. 259-275.

selon eux, que la femme ne peut exposer impunément son *larrabin* à des secousses morales?

C'est un fait que les médecins québécois n'ignorent pas complètement les effets de certaines décoctions et les conséquences de quelques injections vaginales, dites astringentes. Toutefois, ils s'attachent davantage à démontrer que *l'infécondité* est ici une conséquence du commerce des hommes, alors qu'elle est essentiellement une condition requise et même souhaitable pour pratiquer ce type de commerce. Dans leur effort pour expliquer rationnellement cette absence de grossesse chez les prostituées, les médecins s'appuient sur ce qu'ils connaissent de la physiologie de la femme. Par exemple, la croyance au lien étroit entre l'appareil sexuel et l'état psychologique de la femme permet aux médecins d'affirmer qu'il est préférable de désirer sincèrement la maternité pour qu'elle évolue d'une façon heureuse. En fait, c'est en se référant à la théorie de la circulation des humeurs\* que les médecins expliquent la conséquence physiologique de la pensée positive ou négative. Broyer du noir, rêver en couleur, sont des attitudes dites néfastes pour la matrice. Ce sont aussi des attitudes que la société du XIXe siècle refuse à l'épouse.

La connaissance du mécanisme de l'ovulation vient confirmer le postulat au sujet de la prostitution *coupable* de la vacuité. Plus exactement, c'est la découverte du cycle ovarien qui a permis d'établir une importante distinction entre la stérilité et l'infécondité. En effet, si avant cette découverte, les médecins croient au pouvoir stérilisant de l'abus des

plaisirs de la chair –ce qui semble se confirmer par l'observation d'un nombre restreint de grossesses chez les prostituées– les progrès de la physiologie amènent les médecins du XIXe siècle à soutenir non plus que la prostitution engendre la stérilité de l'appareil reproducteur, mais bien qu'elle rend l'utérus inapte à l'imprégnation. Au sujet des relations sexuelles hors mariage, le docteur Elzéar Paquin affirme, en effet, en 1880:

La vie dépendante ou intra-utérine issue d'un rapprochement sexuel illicite ou défendu est condamnée à rencontrer dans son évolution embryonnaire ou foetale toutes sortes d'obstacles qui le plus souvent l'étouffent et la détruisent sur-le-champ <sup>3</sup>.

Nous croyons qu'il serait hatif de vouloir déceler ici une allusion aux pratiques abortives et contraceptives. En effet, la lecture complète de cette section du Livre des mères révèle l'intention spécifique du docteur Paquin de faire le procès des relations sexuelles hors mariage. Selon ce médecin, de tels comportements illégitimes entravent le développement de la vie utérine. On peut, tout au plus, supposer que le médecin québécois, à l'instar des hygiénistes de son temps, condamne, sous le couvert de la sexualité illégitime et *meurtrière*, les risques d'infection auxquels s'expose la femme qui mène une vie sexuelle active, hors mariage. En effet, les maladies transmises sexuellement abondaient au XIXe siècle et l'absence d'antibiotique ouvrait le champ à toutes sortes de complications parfois morbides <sup>4</sup>. Au sujet des procréateurs illicites, le docteur Paquin ajoute:

---

3. Le Livre des mères, 1880, p. 69.

4. Voir à ce sujet André Paradis et Hélène Naubert, Recension bibliographique: les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux québécois du XIXe siècle (I), Matériaux pour l'histoire de la médecine québécoise, Centre d'études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières

[...] ces personnes mènent une mauvaise vie, soit dans les maisons de prostitution ou ailleurs. Il n'est pas étonnant alors qu'il y ait tant d'aridité, de stérilité sur le champ générateur de ces organisations abandonnées où se commettent tant d'abus, où passe tant de honte, où paraisse tant d'ignominie. [...] les unions sexuelles illégitimes en dehors de la vie conjugale sont accompagnées et suivies d'un nombre immense de circonstances défavorables. Elles nuisent à la vie dépendante du produit ou l'empêchent d'éclore <sup>5</sup>

Autrement dit, les médecins du XIXe siècle croient que l'abus des plaisirs vénériens a le pouvoir de gâter le fruit, ou de décoller l'oeuf de son nid; ce qui explique, croit-on, l'absence quasi absolue de grossesse chez les prostituées. Ce postulat sur la corruption du fruit, commande la formulation de mises en garde contre les dangers de la pratique du coït pendant la grossesse.

Outre l'abus des plaisirs sexuels, les médecins attribuent d'autres causes à l'avortement spontané et involontaire. Comme l'affirme le docteur Edouard Moreau dans ses Instructions sur l'art des accouchements pour les sages-femmes de la campagne, en 1834:

[...] les maladies de la vessie et du fondement, la trop grande quantité de sang, les passions vives, les excitations violentes, les médicaments trop actifs, les vomitifs, les médecines pour purger, etc. Toutes ces causes donnent lieu à un faux travail <sup>6</sup>.

---

5. ibid, p. 70-71.

6. Instructions sur l'art des accouchements pour les sages-femmes de la campagne, p. 15.

La nature des maladies physiologiques dont il est question ici indique que déjà au début du XIXe siècle, les médecins redoutaient les effets à long terme de la nouvelle crase sanguine\*; cependant, ils n'accusent pas uniquement la pléthore. En effet, le docteur Moreau mentionne aussi les "maladies du fondement". Quoiqu'il ne soit pas explicite sur ce sujet, la comparaison de son guide avec le Dictionnaire universel du XIXe siècle nous permet de croire qu'il s'agit là de troubles fonctionnels de l'émonctoire intestinal<sup>7</sup>. Ainsi Moreau s'appuie sur la théorie de la circulation et accuse peut-être la défécation anormale et même le météorisme\* de freiner l'évolution de la grossesse. On compte également parmi les causes de l'avortement spontané l'idée du mouvement nuisible<sup>8</sup>. Ainsi, le "décollement de la suite" [le placenta praevia\*], affirme le docteur Moreau, est déterminé par "les passions vives, les excitations violentes, la toux, la danse, des coups, des chutes, etc.<sup>9</sup>". L'hématome rétro-placentaire\* aurait, croit-on, des causes de même nature.

Comme nous l'avons souligné, l'image du mouvement préjudiciable au foetus se complète par celle de l'oisiveté tout aussi préjudiciable à la vie foetale. Retenons à ce sujet les propos du docteur Elzéar Paquin:

Voici encore une dame de notre grand monde. [...] Elle mène une vie oisive, elle couche sur des lits de plumes, se lève tard le matin, éprouve une constipation qu'elle

---

7. Dictionnaire universel du XIXe siècle, tome VIII, p. 555.

8. Voir supra p. 77-84.

9. Ibid., p. 36.

ne cherche pas à combattre [...]. N'étant pas capable de décider quels soins lui conviennent ou trop négligente pour se les accorder [...] elle éprouve des choses inaccoutumées: [...] tiraillements dans le ventre, perte sanguine, etc. La fausse couche est inévitable. Impossible de l'arrêter. Encore une petite vie innocente précipitée au fond des abîmes <sup>10</sup>.

Ainsi les théories médicales qui servent à expliquer l'apparition des malaises de la gestation sont aussi les théories sur lesquelles les médecins s'appuient pour expliquer l'involution gravidique\*. En fait, les connaissances médicales sont encore nettement insuffisantes, particulièrement en embryologie et en génétique. Il est donc impossible d'identifier clairement les causes de la *blessure*. Encore aujourd'hui, les explications sont souvent vagues <sup>11</sup>. Néanmoins, les médecins accoucheurs de l'époque, pour de multiples raisons liées à leur lutte pour l'affirmation de leur science, se font un devoir de soulager les maux, de les prévenir et surtout d'en expliquer les origines. L'étiologie des affections gravidiques\* est pour eux une priorité professionnelle, et elle est indispensable pour appliquer le traitement approprié. On comprend dès lors pourquoi faute d'explication

10. Elzéar Paquin, Le Livre des mères, p. 138.

11. Au sujet de certaines néphropathies responsables d'avortements spontanés, nous pouvons lire dans une encyclopédie médicale récente: "il est à peine besoin de préciser au début de ce chapitre que les connaissances actuelles restent très fragmentaires, et ne permettent que d'ébaucher de fragiles hypothèses" (J.C. Colau, S. Uzan, M. Beaufils, "Néphropathies gravidiques", Encyclopédie médico-chirurgicale, Obstétrique, Tome 2, éditions Techniques, Paris, 1980, p.3). Aujourd'hui, l'énumération des causes de l'avortement va des altérations génétiques aux altérations hormonales, en passant par les phénomènes de rejet et les problèmes immunologiques, pour ne nommer que ces grandes catégories. En fait, les causes sont si diverses et si nombreuses qu'on ne peut en faire ici l'inventaire complet. Par ailleurs, on peut dire qu'un certain nombre de ces causes sont connues seulement par un diagnostic post mortem: "si la mort n'a pas été expliquée cliniquement, l'autopsie du fœtus après expulsion et l'étude de son placenta permettent d'identifier ses causes"; ce qui, de toute évidence, laisse présager qu'il y a des avortements qui ne peuvent être arrêtés (La Santé. L'encyclopédie pour vivre mieux, vol. 6, p. 236).

adéquate des causes immédiates de l'avortement, il était de mise, chez les accoucheurs, de faire globalement le procès des habitudes morales et physiques de la gestante.

Pour la période qui fait l'objet de notre étude, soit les années 1870 à 1900, il n'y a eu aucune modification fondamentale dans l'identification des causes immédiates de l'invololution gravidique\*. De plus, et malgré le commentaire du docteur Boissard qui spécifie, en 1898, "qu'un certain nombre de ces causes sont aujourd'hui parfaitement déterminées <sup>12</sup>", nous remarquons que la classification des causes est la même que celle fournie par le docteur Paquin en 1880. En effet, celles-ci sont toujours divisées en trois classes: celles qui proviennent du père, de la mère et de l'oeuf <sup>13</sup> lui-même. Les médecins soutiennent que ces causes agissent de trois façons, soit: "en tuant directement le produit de la conception [...], soit en provoquant des contractions utérines exagérées, [...], soit en altérant ou détruisant la circulation inter-utéro-placentaire <sup>14</sup>". Mise à part la terminologie, on constate que les idées n'ont pas évolué depuis le milieu du siècle. Les causes de l'invololution gravidique\* demeurent donc une énigme, et même une curiosité médicale, si on en croit les propos du docteur Boissard qui affirme:

---

12. "Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier", UMC, vol. 27, 1898, p. 289.

13. Lire l'embryon et ses annexes. Au sujet de cette division en trois classes, notons qu'aujourd'hui, les classes sont au nombre de deux: les causes qui tiennent à la mère et celles qui tiennent à l'oeuf: voir Dr A. Fernandez-Cid, "Avortement spontané", La Santé. L'encyclopédie pour vivre mieux, vol. 6, p. 111.

14. Dr. Boissard, "Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier", UMC, vol. 27, 1898, p. 290.

Ce sont là des faits [les causes de l'avortement] en face desquels il n'y a qu'à s'incliner. Le diagnostic ne peut être fait que rétrospectivement, c'est-à-dire par l'inspection du délivre\* après son expulsion <sup>15</sup>.

Ainsi, non seulement les causes de l'avortement spontané sont-elles imprécises et empêchent-elles l'application d'un traitement curatif rationnel, mais le diagnostic est lui aussi biaisé par une mauvaise interprétation ou une absence d'interprétation des signes propres à chaque type d'avortement.

\*\*\*

## 2. Les traitements de l'avortement spontané

L'interruption *heureuse* de l'avortement est généralement au-dessus des ressources théoriques des médecins, qui n'arrivent même pas à identifier l'avortement imminent. En effet, ce sont les cas vraisemblablement rares, telles la grossesse molaire\* et l'hydropisie de l'amnios\* <sup>16</sup>, qui amènent les médecins à s'interroger sur l'étendue de leur connaissance scientifique dans le domaine de la maternité. Confrontés à l'inconnu, les médecins sont tout

15. Ibid., p. 291. Toute proportion gardée, la situation existe encore aujourd'hui. Voir la note 11 du présent chapitre.

16. Nous ne prétendons pas que notre corpus permet d'établir des statistiques sur la fréquence des multiples cas d'avortement spontané. Toutefois, les auteurs de notre corpus font rarement référence à ces pathologies précises, d'où notre doute légitime au sujet de leur rareté. Par ailleurs, nous sommes consciente que le fait qu'il y ait si peu de référence à ces pathologies puisse aussi signifier qu'elles sont peu discutées, parce que mal identifiées par les médecins du XIXe siècle. De plus, l'absence de présentation de cas de cette nature, signifie peut être qu'ils sont l'objet d'une cure maison. En fait, c'est sous toutes réserves que nous disons que la grossesse molaire et l'hydropisie de l'amnios se rencontrent rarement dans la pratique.

aussi impuissants que l'amateur. Nous retiendrons ici les propos du docteur québécois J. William Mount qui éprouve beaucoup de difficulté à identifier la grossesse molaire\*. En fait, il croit d'abord être confronté à un cas de rétention des menstrues, ou à un cancer de la matrice, plutôt qu'à une grossesse dystocique\*:

[...] son état de mollesse [il s'agit de l'abdomen] accusait plutôt un développement de gaz, suite d'un certain degré de putréfaction qui devait exister à l'intérieur de la matrice. [...] ayant raison de craindre qu'en intervenant je pouvais causer un plus grand mal, les symptômes ne l'exigeant pas, je calmai ses craintes en l'assurant que la nature se débarrasserait tôt ou tard de ce qui lui était nuisible <sup>17</sup>.

Il lui fallut attendre l'évolution de la maladie, et l'expulsion du produit, pour reconnaître le faux-germe\*. Certes, entre confrères, les médecins reconnaissent les limites de l'art; mais encore faut-il qu'ils se gardent de l'avouer aux patientes et à leur famille. Soulignons à cet effet les propos du docteur Léonard-Age Fortier, qui fait en 1873 le diagnostic post-mortem d'une hydropisie de l'amnios\*:

Après avoir affirmé avec assurance que la femme n'était pas enceinte et qu'il importait peu d'examiner la matrice [...] je leur présentai l'utérus intact à leur examen, en leur disant: tenez, tout le monde sait que la matrice a une ouverture; eh! bien, voyez, cette tumeur n'en a pas: c'est un sac rempli d'eau – et en disant cela, un coup de

---

17. "Cas extraordinaire", UMC, vol. 1, no 1, 1872, p. 39.

scalpel donné dans le fond du viscère fit échapper les eaux de l'amnios; peu s'en fallut qu'un des pieds du foetus engagé dans l'ouverture ne trahit ma supercherie [...] 18.

En fait, les médecins québécois des années 1870 possèdent très peu d'expérience dans la pratique des accouchements et les moyens pour se ressourcer sont encore limités. Quoique nous ne connaissions pas l'inventaire d'une bibliothèque personnelle moyenne, la lecture du corpus nous indique qu'il s'agit habituellement d'écrits étrangers. Les nombreux renvois aux traités d'obstétrique et de gynécologie des maîtres français et britanniques ainsi que les références aux leçons cliniques et aux articles de périodiques médicaux étrangers révèlent pratiquement l'absence d'une tradition québécoise en obstétrique et en gynécologie 19. De plus, nonobstant la possibilité relative de puiser dans les écrits médicaux occidentaux, on constate que chez certains de ces médecins, c'est l'isolement géographique, culturel et même intellectuel qui nuit largement aux échanges et aux consultations fécondes entre confrères. En fait, tant et aussi longtemps qu'il n'y a pas de structure convenable pour favoriser la formation continue des médecins accoucheurs, ou tout au moins pour leur offrir la possibilité d'un ressourcement fructueux, plusieurs de ces nouveaux

18. "A la recherche d'un diagnostic", *UMC*, vol. 2, no 2, 1873, p. 66-67.

19. Nous ne cherchons pas à minimiser la contribution des E.P. Lachapelle, E.H. Trudel, G.O. Beaudry, A. Dagenais, etc., mais il nous faut souligner le fait que ces médecins renommés répètent l'enseignement reçu de leurs maîtres français, britanniques ou américains. Autrement dit, la médecine québécoise du XIXe siècle ne produit pas ses propres explications scientifiques des phénomènes physiopathologiques de la maternité. Par ailleurs, cette remarque n'exclut aucunement le fait qu'il existe des façons de faire (une clinique) commandées par la réalité sociale et culturelle du Québec de ce temps. On a qu'à songer au poids des croyances religieuses qui commandent les choix dont dispose le médecin dans les cas de mort certaine de la mère ou du foetus.

accoucheurs sont laissés à eux-mêmes, parfois débutant leur carrière avec les cas les plus compliqués, et les plus rares dans la pratique. Enfin, ces nouveaux médecins seront parfois initiés aux *secrets* du métier en suivant la clinique d'un confrère aîné, encore peu instruit des différentes dystocies.

Toutefois, l'expérience s'acquiert et la formation professionnelle des accoucheurs devient plus rationnelle. En effet, les années 1880 connaissent la subdivision des chaires québécoises de tocologie\*, en chaire d'obstétrique, d'une part, et de gynécologie, d'autre part <sup>20</sup>. Cette structuration des chaires d'obstétrique permettra aux étudiants d'assister à des accouchements et même d'en terminer quelques-uns sous l'œil de l'obstétricien. Le nouveau vocable, pour nommer cette branche de la médecine, traduit le désir des médecins accoucheurs d'intervenir au-delà de l'accouchement [tocologie\*], et d'agir aussi sur la gestation. En fait, c'est probablement à ce moment que s'ébauche graduellement la définition de l'accouchement rationnel.

Quoiqu'il en soit, le discours médical sur l'avortement spontané n'en est pas moins entaché de préjugés sur la physiologie *particulière* de la femme. Règle générale, les médecins racontent que l'arrêt de l'évolution de la grossesse, et éventuellement l'expulsion avant terme du fœtus, se produit souvent avec éclat. Il faut se rappeler que le médecin accoucheur arrive

---

20. C'est en 1883 que les facultés de médecine des universités de McGill et de Bishop procèdent à cette division (voir UMC, vol. 12, no 6, 1883, p. 286-287). Toutefois, il faut noter que la nouveauté n'affecte pas, entre autres, l'Université Laval de Montréal, qui offre l'apprentissage de l'ovariotomie dans les cours de médecine opératoire pratique, au même titre que les ligatures, amputations et résections de toutes sortes (voir, UMC, vol. 11, no 1, 1882, p. 43-44).

souvent aux côtés de la parturiente à l'instant même où l'évolution de la *blessure* a pris une tournure particulière: celle-là même que l'enseignement donné aux sages-femmes décrit comme requérant la compétence du savoir médical. Parfois, ce moment morbide se déroule au milieu des gémissements de la parturiente affaiblie et s'accompagne d'un écoulement sanguin copieux, qui peut même faire place à l'hémorragie. On comprend alors pourquoi le ton que prennent les descriptions de certains médecins se fait excessif.

L'avortement spontané nécessite toujours l'administration rapide d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale. En fait, le choix du type de thérapeutique dépend moins souvent de la nature du cas que du type de pratique obstétricale exercée par le médecin traitant. Autrement dit, même si le mode d'élaboration du diagnostic résulte en une indécision quant à la nature de l'avortement, ceci n'empêche aucunement certains médecins de tenter de retarder la marche du processus abortif et même de l'arrêter. Les textes nous révèlent en effet que la thérapeutique utilisée dans les cas d'avortement imminent ne varie pas uniquement en fonction du niveau de développement des savoirs médicaux au XIX<sup>e</sup> siècle. Il existe un écart appréciable entre le discours des médecins qui s'inspirent largement de la description qualitative et celui des médecins qui font abondamment usage de l'analyse quantitative. Chez les premiers, que nous pourrions qualifier d'empiristes, on constate que la spirométrie\*, l'analyse chimique des humeurs\*, le thermomètre, le microscope, le sphygmographe\* et d'autres appareils dits ingénieux ne sont que des auxiliaires occasionnels pour

établir leur diagnostic. Ces médecins affirment que la description exacte, l'observation attentive tout comme l'identification minutieuse des signes perceptibles et visibles permettent de distinguer le souffle foetal du souffle placentaire, par exemple, ou d'évaluer l'âge de la grossesse et même de certifier l'imminence d'une crise éclampsique\*.

En fait, ces médecins observateurs, profondément inspirés de la méthode anatomo-clinique, encouragent le développement de l'acuité auditive, visuelle et tactile, en leur reconnaissant une valeur irremplaçable et même supérieure à l'exactitude relative de l'instrumentation. Ainsi, le docteur G.-O. Beaudry affirme en 1876 que "le tactus eruditus sera toujours considéré comme indispensable à tout médecin habile et expérimenté <sup>21</sup> "; selon lui, il y a des connaissances que l'instrumentation, malgré son perfectionnement, ne peut fournir, et qui ne s'acquièrent qu'à travers la mise en pratique et le développement de l'acuité sensorielle. Evidemment, on pressent que la surévaluation de l'analyse descriptive peut engendrer des implications d'abord sur le type de thérapeutique utilisée, ensuite sur le choix du moment propice pour intervenir et, finalement, sur les raisons pour lesquelles le médecin devrait utiliser tel remède plutôt que tel autre. En somme, les médecins empiristes sont aussi ceux qui attendent que se manifestent les signes visibles avant d'intervenir dans le déroulement d'un processus physiologique.

Par ailleurs, les médecins partisans de l'analyse quantitative sont des

---

21. "Nécessités des sciences naturelles appliquées à la médecine", UMC, vol. 5, no 1, 1876, p. 6.

médecins qui interviennent souvent par anticipation. Loin de nous cependant l'intention de conclure quant à l'efficacité de l'une ou de l'autre de ces deux modes d'intervention médicale. De toute façon, notre témérité risquerait de minimiser le caractère septicémique des procédés obstétricaux au XIXe siècle. Ainsi les débats sur le moment propice à faire l'usage du seigle ergoté, à la pratique de la saignée, tout comme les disputes sur les bienfaits du traitement palliatif et du traitement curatif s'inscrivent dans cette opposition entre les médecins observateurs et veilleurs et les médecins prévoyants. Procédant prudemment, les premiers indiquent tantôt le repos, tantôt le régime tonifiant, la saignée et l'opium, pour calmer l'irritation et retarder l'involution gravidique\* le plus longtemps possible: c'est-à-dire, idéalement, jusqu'à la maturation du fruit. Il s'agit donc pour eux de combattre les effets de la nouvelle crase sanguine\* et ceux de la congestion menstruelle. Par ailleurs, l'aggravation de symptômes et l'apparition d'une hémorragie abondante commandent tout de même l'élimination de ces nouveaux signes de l'imminence de l'avortement, par la façon *habituelle*, c'est-à-dire le recours à la terminaison du processus abortif en dernière instance, quand la *nature* a fourni les preuves incontestables d'un arrêt irréversible. A ce sujet, voici ce que le médecin français Boissard affirme en 1898:

Il est bien évident qu'on ne cherchera pas à enrayer des menaces d'avortement, lorsque celui-ci sera *certainement inévitable*, c'est-à-dire dans les cas où l'on aura la *certitude* que les membranes sont rompues, ou que le produit de la conception a succombé <sup>22</sup>.

22. "Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier", *UMC*, vol. 27, 1898, p. 293.

Pour leur part, les médecins qui s'appuient largement sur les données accumulées par les analyses chimiques s'estiment en mesure d'évaluer les probabilités d'arrêter l'avortement spontané. Autrement dit, ils n'ont pas à attendre les signes manifestes, ou visibles à l'oeil, avant d'appliquer un traitement. Il s'agit pour eux de corriger une altération biochimique avant même qu'elle ne s'extériorise. Cependant, il arrive que ces altérations ne soient pas toutes contrôlables, et c'est là que se pose, pour ces médecins, le problème de la pertinence de maintenir le traitement médical. Stabiliser l'état de la patiente et retarder l'instant de l'expulsion du produit sont des pratiques remises en question par ces médecins interventionnistes. Ils croient qu'il est inutile d'exposer la mère à des souffrances, et même à la mort, quand le savoir médical est là pour indiquer l'impossibilité de rendre la grossesse à terme, et que les progrès de la technique permettent l'expulsion artificielle. Ce à quoi répond le québécois Elphège-A. René de Cotret, en 1896:

*Pour un peut-être des plus problématiques pourquoi se rendre coupable d'un foeticide et exposer la femme à mourir d'un avortement provoqué toujours très dangereux en lui-même? Pour la tirer d'un péril imaginaire, faut-il la jeter dans un danger plus certain! Si elle marche au bord d'un précipice soutenons-la, veillons sur elle, mais ne l'y jetons pas sous prétexte qu'elle peut y tomber* <sup>23</sup>.

---

L'italique est de l'auteur.

23. Elphège A René de Cotret, "Traitement de l'éclampsie puerpérale", *UMC*, vol. 25, 1896, p. 402. L'italique est de l'auteur. Cet article provient en fait de sa thèse présentée au concours de l'Université Laval pour le titre de professeur adjoint à la chaire d'obstétrique [voir *UMC*, vol. 25, 1896, p. 387-404, 463-465, 514-525, et 584-588].

Il faut avouer que l'argumentation est intéressante, particulièrement à une époque où les médecins en sont venus à reconnaître la gravité de la septicémie des interventions obstétricales pratiquées dans des conditions périlleuses. Il ne s'agit pas ici, pour les empiristes de condamner uniquement la terminaison rapide du processus abortif. C'est aussi la critique morale de l'interruption thérapeutique de la gravidité\* qui s'ébauche. En fait, tous ces débats sur la marche à suivre dans les cas d'avortement spontané ou de grossesse menacée et menaçante pour la vie de la mère se situent bien au-delà des rivalités entre les approches médicales. En fait, ils s'inscrivent dans un discours plus large qui porte sur la place de la mère au sein de la société de l'époque. Enfin, si on retient les paroles du docteur québécois Lamarche qui affirmait en 1880: "entre ne savoir rien faire et savoir ne rien faire, il y a toute la distance du charlatan au médecin <sup>24</sup>". Ne pourrait-on pas ajouter qu'entre savoir ne rien faire et savoir procéder à l'avortement thérapeutique, il y a toute la distance entre deux modes d'appréhension de la réalité bio-sociale de la mère!

\*

Cette idée de tout mettre en oeuvre pour ne jamais causer directement la mort du produit s'inscrit aussi dans la lutte des médecins pour élever l'art de l'accouchement au rang de science. Pour se distinguer de la pratique des sages-femmes, les médecins accoucheurs auront donc soin, entre autres, de modérer l'usage de certaines décoctions utilisées à diverses fins et qu'ils

---

24. "Origines de la médecine et préjugés populaires", *UMC*, vol. 9, no 7, 1880, p. 300.

ne jugent pas toujours efficaces. L'ergot de seigle est un de ces remèdes très controversés au XIXe siècle. Apparemment bien connu des sages-femmes, depuis les temps anciens, l'usage de ce remède se retrouve dans la pratique habituelle des médecins au milieu du XIXe siècle<sup>25</sup>. Réputé pour son action tétanisante dans les cas d'avortement menaçant, l'ergot de seigle paraît être un outil précieux quand il s'agit de retarder et même d'éviter l'expulsion du fœtus. En effet, l'utérus tétanisé retient son contenu; de là les bienfaits de l'ergot, disent les uns; mais de là aussi ses méfaits, affirment les autres. Les médecins qui s'opposent ici à l'emploi de l'ergot y voient un danger de putréfaction. Autrement dit, de deux choses l'une: soit que les médecins prétendent que dans ces cas d'avortement menaçant, l'œuf est déjà mort, et qu'il est alors inutile d'empêcher l'avortement; soit qu'ils craignent les complications d'une stagnation des humeurs\* et reconnaissent alors l'urgence de *débarasser* l'utérus de tout son contenu. Si l'expulsion retarde, la femme est exposée, croit-on, à la septicémie et à de grandes souffrances. Par ailleurs, d'autres médecins s'opposent à l'emploi de l'ergot dans les cas d'avortement amorcé. À ce stade du processus, l'ergot, qui tétanise un utérus déjà en travail, accélère les mouvements d'expulsion. La vitalité de l'œuf est ici compromise et la femme est exposée, pensent les médecins, à une rupture de la matrice. En fait, les médecins redoutent les effets néfastes d'une secousse vive.

\*\*\*

---

25. Quoique notre corpus révèle l'emploi de l'ergot de seigle avant le milieu du XIXe siècle, par exemple, chez le docteur Moïse de Québec en 1826 (voir "Puerperal Convulsions", *JMQ*, vol. 1, 1826, p. 116-117), soulignons le fait que le recours à ce remède devient une pratique courante et une habitude à compter du milieu du siècle.

### 3. La gravidité menaçante

Les discussions suscitées par les succès des uns et les revers des autres, d'une part, et celles qui portent sur le moment indiqué pour l'emploi des remèdes ainsi que sur l'usage des manipulations médicales, d'autre part, se déplacent graduellement vers un débat autour de l'aspect médico-légal et déontologique des traitements. En effet, depuis la fin des années 1870, les médecins québécois rapportent les expériences d'opérations thérapeutiques pratiquées par leurs confrères allemands, américains, français et britanniques. Parmi ces avortements et ces accouchements artificiels, plusieurs sont faits sur des diabétiques, des cardiopathes et surtout sur des albuminuriques, c'est-à-dire des parturientes exposées aux convulsions éclampsiques\*. Concrètement, les opérations visent tantôt la sauvegarde de la mère, tantôt celle du fœtus, et plus rarement la sauvegarde des deux malgré le souhait clairement formulé par certains médecins. Toujours à la même époque, l'avortement pour causes de vomissements incoercibles ou toxiques tend à s'imposer, notamment en France et en Autriche <sup>26</sup>. Il semble que plusieurs médecins français approuvent déjà l'avortement thérapeutique au début du XXe siècle, si l'on en croit les propos du docteur Pinard qui affirme, en 1903:

Depuis que le Dr Dubois a si magistralement exposé les indications de l'interruption de la grossesse dans les cas de vomissements dits incoercibles, il n'est plus un

---

26. Voir "Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la lotion du col utérin avec la solution de nitrate d'argent", *UMC*, vol. 12, no 10, 1893, p. 439, et J.H. Keiffer, "La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale", *UMC*, vol. 26, 1897, p. 493.

médecin qui, à l'heure actuelle, conteste cette indication <sup>27</sup>.

Par contre, les opinions sont beaucoup plus partagées chez les médecins québécois. Quoique l'avortement thérapeutique ne soit pas un procédé "habituel", le docteur René de Cotret affirme, en 1896:

les uns pratiquent l'avortement dès qu'il y a albumine\* considérable, quel que soit le temps de la grossesse; d'autres, quand apparaissent certains symptômes du côté du système nerveux, de la vue, ou du rein; d'autres attendent que l'enfant soit viable, ou que les prodromes de l'éclampsie\* soient manifestes; d'autres enfin s'abstiennent complètement <sup>28</sup>.

En cette fin de siècle, les différents procédés médicaux pratiqués dans les cas de détresse foetale et de détresse maternelle n'obtiennent pas toutes la faveur des médecins. Cette absence d'unanimité est loin d'être uniquement imputable aux divergences étiologiques. C'est aussi une question où le débat médical rejoint celui des valeurs sociales en mutation. Autrement dit, les médecins sont parfois partagés entre les préceptes traditionnels concernant la mère et les nouvelles conditions du changement qui accordent un rôle économique à la mère et à l'enfant.

Soupçonne-t-on la mort du fœtus que s'impose alors l'idée d'un avortement comme pratique préventive et hygiénique nécessaire pour accélérer le processus naturel. Dans le cas où le fœtus est vivant, la provocation de l'avortement pratiquée dans le seul but d'épargner la vie de la

27. Dr. Pinard, "De l'interruption thérapeutique de la grossesse", UMC, vol. 32, 1903, p. 401.

28. "Traitement de l'éclampsie puerpérale", UMC, vol. 25, 1896, p. 401.

mère est un défi à la loi divine: d'abord parce qu'il s'agit d'un foeticide, ensuite parce qu'il fait dévier la femme de son rôle *naturel*. Le docteur E.-A. René de Cotret affirme en 1896: "le médecin n'a pas le droit de vie ou de mort sur son semblable. Il doit autant, sinon plus, protection au faible qu'au fort. Et, de plus, depuis quand est-il permis de faire le mal pour arriver au bien <sup>29</sup>?". Il s'agit là assurément d'une légitimation religieuse fort compréhensible dans une société qui n'accorde à l'enfant aucun droit civil spécifique. Mais le docteur québécois ne s'appuie pas uniquement sur l'enseignement de l'Église. En 1896, il affirme en effet dans sa thèse sur Le Traitement de l'éclampsie puerpérale :

la femme en se mariant accepte *tacitement* [l'italique est de nous] toutes les joies et les misères de la vie commune. Elle sait les douleurs qui l'attendent; elle n'ignore pas que sa vie sera souvent exposée; elle connaît la loi inexorable de Dieu: "Tu enfanteras dans la douleur". Et l'expérience du monde lui a déjà appris qu'avant l'enfantement douloureux, elle pourra éprouver de grandes angoisses. L'expérience de sa mère, d'une soeur, d'une amie lui a prouvé que la grossesse est souvent accompagnée de terribles épreuves; que la mort en est souvent le triste apanage. Elle sait tout cela; et par les liens du mariage, elle contracte de sérieuses obligations, entre autres celle d'aimer, de protéger les êtres qui naîtront de cette union; *elle doit les protéger dût-il lui en coûter la vie* [l'italique est de nous] <sup>30</sup>.

Il est vrai que la mortalité des femmes en couches est encore élevée à cette époque. Mais il est tout aussi vrai que la vie des gestantes et des

---

29. Ibid., p. 402.

30. Ibid., p. 402-403.

parturientes est menacée par bien d'autres choses que leur maternité. En effet, il y a le poids des épidémies, il y a aussi les situations économiques de vie et les conditions de travail qui pèsent lourdement sur la vie de ces femmes. De plus, il faut considérer leur histoire de gestante. Peut-être l'utérus a-t-il déjà subi quelques lacérations, dues à des curetages pratiqués de façon maladroite. Il est également possible qu'une nouvelle grossesse dystocique\* vienne ajouter aux risques de complications. Lorsque le docteur René de Cotret sous-entend que le sacrifice de la parturiente a pour but de protéger l'enfant, c'est toute une culture qui se fait entendre par le biais de ce médecin, adjoint à la chaire d'obstétrique de l'Université Laval de Montréal.

\*\*\*

Au XIXe siècle, la mère *contracte* des obligations selon les dispositions du Code civil et du Code criminel de l'époque, tout comme il lui est imposé des *devoirs* suivant l'enseignement de l'Église. Mais il ne s'agit pas ici d'avortement volontaire, tel que décrit et condamné par les lois de l'époque. Il s'agit plutôt d'un traitement chirurgical, pratiqué ou refusé, à la suite ou en l'absence de délibérations entre médecins, et reconnu légitime par un article de loi du Code criminel de 1892.

Nul n'est coupable d'infraction si, par des moyens qu'il croit de bonne foi nécessaires pour sauver la vie de la mère de l'enfant, il cause la mort de cet enfant avant ou

pendant l'accouchement <sup>31</sup>.

Faut-il rappeler que les médecins sont des *êtres culturels* ils répondent aux modèles de société et aux modèles de femmes véhiculés, ainsi qu'aux exigences des alliances contractées avec d'autres agents socio-économiques. Pour toutes ces raisons, on peut affirmer que la décision de procéder ou non à l'avortement thérapeutique et à l'accouchement forcé n'est pas perçue au XIXe siècle comme une décision purement médicale: elle est aussi un choix culturel. Il est incontestable que le refus ou l'acceptation de recourir à cette thérapeutique a contribué à soulager, tout autant qu'à faire mourir. Il est également vrai que les diverses attitudes face à l'avortement thérapeutique ont sanctionné une série de mesures préventives et palliatives, médicales et chirurgicales, utilisées dans les cas de grossesses et d'accouchements dystociques\*. C'est ce que nous abordons dans la discussion sur la marche à suivre dans les cas d'accouchement *contre-nature*

---

31. Code criminel, c. 29, art. 271, 1892.

## **TROISIÈME PARTIE**

### **LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT**

## CHAPITRE VII

### LA NOTION DE *RISQUE*

#### 1. L'accouchement naturel et la question des sages-femmes

Les médecins sont peu bavards, voire muets, quant il s'agit de rendre compte du nombre de fois qu'ils ont observé le déroulement d'un accouchement ordinaire. Pourtant, l'accouchement naturel devrait être la preuve que le potentiel pathogène de la gravidité\* peut être dissipé. Autrement dit, l'accouchement ordinaire devrait légitimer et même autoriser l'ensemble des mesures prophylactiques prêchées à la majorité des gestantes qui consultent les médecins. Le fait est encore plus vrai quand il s'agit d'un accouchement naturel consécutif à l'observance des règles d'hygiène. Est-ce-à-dire que les médecins du XIXe siècle n'auraient pas su tirer profit de la pratique des accouchements naturels? Serait-ce qu'ils étaient trop préoccupés à démontrer leur savoir-faire d'accoucheur, un des fondements de la lutte politique pour la reconnaissance de leur profession?

Dès la fin du XIXe siècle, le nombre d'accouchements dit naturels est à la baisse. Ce ne saurait être assurément que depuis les années 1870, les femmes n'ont guère eu que des accouchements dystociques\*. C'est bien plutôt le signe manifeste de la médicalisation de l'accouchement naturel. L'institutionnalisation de l'enseignement de la tocologie\* et l'intégration des sages-femmes au milieu hospitalier ont contribué à faire de l'accouchement naturel une opération médicalement assistée. Qui plus est, la redéfinition de la parturition normale par les hommes de l'art fait de l'accouchement ordinaire un événement plus rare. Evidemment la médicalisation de la naissance n'en est encore, pour ainsi dire, qu'à ses premiers balbutiements. Et pourtant, les interactions entre les sciences expérimentales – la chimie, la biologie, la physio-pathologie, etc. – et le courant hygiéniste de l'époque confèrent déjà une nouvelle signification à la maternité. C'est alors que s'impose la notion d'accouchement à *risque*<sup>1</sup>.

\*

Comme l'a défini en 1834 le manuel d'instructions du docteur Edouard Moreau, l'accouchement naturel "est celui qui peut s'opérer par les seules forces de la nature et sans aucun secours de l'art <sup>2</sup>". Par définition, un tel accouchement échappe généralement à l'attention des médecins, et ce

- 
1. C'est l'expression utilisée de nos jours. En effet, les médecins reconnaissent deux types d'accouchements: ceux à faibles risques et ceux à hauts risques. Il nous semble qu'il ne s'agisse pas là d'une simple modification du jargon professionnel, mais bien d'une légitimation de la médicalisation de l'accouchement.
  2. Instructions sur l'art des accouchemens pour les sages-femmes de la campagne, p. 17. L'italique est de nous

jusqu'au dernier tiers du XIXe siècle. En fait, l'accouchement heureux suscite peu d'intérêt pour la science obstétricale naissante. Par ailleurs, les cas d'accouchement naturel sont expressément réservés à la sage-femme, tant et aussi longtemps que la profession n'a pas modifié la pratique de l'accouchement ordinaire, ni éliminé la sage-femme. Ainsi, tantôt par la voie de l'enseignement et tantôt par la voie du discrédit, le corps médical rappelle à la sage-femme "que la timidité et la *prudence* lui conviennent mieux que la hardiesse et la *présomption*"<sup>3</sup>. Il est de son devoir de faire appeler le médecin chaque fois que se présente un accouchement laborieux<sup>4</sup>. Il existe des signes prodromiques suivant lesquels la sage-femme avertie et consciente des *limites*<sup>5</sup> de son métier reconnaît son droit à procéder à l'accouchement. Le docteur Moreau en énumère quatre et ce sont, pour ainsi dire, des critères auxquels doivent répondre le fœtus et la mère en travail pour que l'accouchement se produise sans intervention médicale.

1° Que le fœtus présente le sommet de la tête (occiput).

2° Que le bassin soit assez bien conformé pour permettre à la tête d'y descendre facilement dans cette direction [ce] qui permet à

---

3. *Ibid.*, p. 43. L'italique est de nous.

4. Présenté sous la forme de questions et réponses, le manuel d'instructions du docteur Moreau indique à la sage-femme quels sont les manœuvres qu'elle doit éviter et les gestes qu'elle peut poser dans tous les cas d'accouchement. À la section sur les accouchements *contre-nature*, où le docteur Moreau en présente six espèces, nous lisons que dans les cas d'accouchements compliqués de convulsions, d'hémorragie et de déchirures de la matrice, tout comme dans les cas où l'enfant présente tout autres parties de son corps hormis l'occiput, la sage-femme doit "faire appeler aussitôt que possible un homme de l'art, afin qu'il juge des circonstances et procède à l'accouchement" (voir *op. cit.*, p. 33-34, voir aussi p. 26-38). La naissance multiple est un accouchement *contre-nature* pour lequel la sage-femme peut délivrer seul, sauf en cas de mauvaise présentation du second et des autres enfants (voir p. 34-35).

5. Il faut savoir que les limites de la sage-femme sont, ici, celles que leur imposent les médecins en leur refusant le droit à l'usage de certains instruments dont le forceps, mais aussi le basiotribe et les dilateurs mécaniques. De plus, toute l'approche utilisée par les sages-femmes pour limiter la gravité des blessures (massage, endolement, application de chaleur, etc.) apparaissait, dans l'esprit des médecins, comme autant de limites à la féminisation *heureuse* (sans mortalité) de l'accouchement.

- l'occiput ou sommet de sortir de dessous l'arcade du pubis.
- 3° Que la femme ait des *forces suffisantes* pour soutenir la fatigue et la longueur du travail sans *aucune aide manuelle* et qu'il n'y ait *point de danger soit pour elle, soit pour son enfant*.
- 4° Que l'accouchement ne dure *pas trop longtemps* <sup>6</sup>.

On doit avouer que l'imprécision de certains termes peut accorder suffisamment de latitude au médecin-accoucheur. Ainsi, le temps de dilatation, comme le temps d'expulsion et le tonus de la matrice peuvent être autant de raisons pour légitimer l'intervention médicale et réduire les *risques* de complication tant pour le fœtus que pour la parturiente. Mais alors, est-ce que l'accouchement naturel devient *contre-nature* par défaut maternel, ou plutôt par anticipation de la part du médecin? Autrement dit, ne s'agit-il pas d'aider la nature avant que le phénomène ne devienne *contre-nature*? Pourtant, le geste médical ne peut être gratuit. Le médecin doit faire accepter son interposition entre la femme et "les forces de la nature", particulièrement dans ce siècle de bouleversements culturels où il est encore opportun d'affirmer que les forces du *progrès* et l'oeuvre de l'homme *moderne* avilissent la nature.

Le docteur Moreau affirme que l'accouchement est une fonction naturelle accomplie par l'utérus qui "est stimulé par l'oeuf rendu à terme, devenant en contact avec son cou et son ouverture <sup>7</sup>". Or hâter un processus aussi naturel, disent les médecins de l'époque, c'est mettre en péril tant la santé de la mère que celle de l'enfant. En fait, ni le docteur Moreau, ni ses

---

6. *Ibid.*, p. 17. L'italique est de nous.

7. *Ibid.*, p. 16-17.

confrères du début du XIXe siècle ne connaissent le moment exact du terme de la grossesse, tout comme ils doutent des facteurs qui déclenchent le travail. Si la règle est de s'abstenir de toute provocation et "d'attendre que la nature se décide", c'est aussi parce que dans le contexte socio-médical de l'élimination des sages-femmes, un geste trop empressé susciterait la critique. En effet, dans le but d'instruire les jeunes médecins québécois, on associe volontiers la témérité à la présumée ignorance des sages-femmes. Nous retenons les propos du docteur québécois Arthur Ricard qui affirme en 1875:

Il arrive quelquefois, malheureusement trop souvent, dans des cas de faux travail, que des sages-femmes ignorantes et entreprenantes ont fait l'accouchement en forçant la nature. On conçoit facilement le mal qui en résulte, et les accidents qu'entraînent ces manoeuvres intempestives<sup>8</sup>.

Ainsi, la présence de la sage-femme se fait de plus en plus gênante pour les médecins. Non seulement elle prive ces derniers d'un revenu substantiel – les accouchements naturels étant plus fréquents que les accouchements dystociques – mais sa réputation, ou plutôt celle que les médecins voudraient lui donner, risque de freiner l'usage de moyens mécaniques ou tout au moins d'embrouiller momentanément le débat autour de la provocation de l'accouchement. Il devient donc urgent, pour le corps médical, d'orienter ses efforts vers l'élimination certaine de la sage-femme.

En effet, "s'il est impossible de les extirper d'un seul coup, il est du

---

8. "Le Faux Travail et le travail menaçant de l'accouchement chez la femme, par le docteur Mattes", UMC, vol. 4, no 1, 1875, p. 29.

moins possible, par des mesures sages et appropriées, de les faire disparaître graduellement <sup>9</sup> ". Les médecins choisissent donc d'instruire la sage-femme selon leur vision de ce que devrait être son rôle. L'encadrement de la formation comme celui de la pratique prennent alors l'allure d'un contingentement, à peu de choses près. En effet, il n'est pas du tout certain que les aspirantes au titre de sages-femmes soient toutes en mesure de poursuivre le programme de formation structuré par les médecins du Collège, parfois même enseigné par eux, ou que toutes puissent réussir les examens devant le Bureau provincial. Cette formation "sage et appropriée" qui leur donne aussi accès aux hôpitaux de maternité contribue certainement à augmenter l'écart entre la clinique des sages-femmes urbaines et l'intervention de leurs consœurs oeuvrant dans le monde rural. Cette distinction entretient et même amplifie le discours médical moralisateur sur l'ignorance et l'impéritie, dit-on, des sages-femmes de la campagne. Mais plus encore, c'est son intégration au milieu hospitalier qui vient suggérer, ne serait-ce que dans l'esprit des gestantes, sa collaboration sinon son accord tacite à faire de l'accouchement, même ordinaire, un événement que l'on se doit de sortir du foyer.

Loin de nous l'idée que la sage-femme ait adopté la vision médicale de la maternité! Mais pensons que l'assimilation des connaissances accumulées au cours de sa formation a dû modifier sensiblement sa façon de faire, ne

---

9. A. Dagenais, "Au sujet des sages-femmes", *UMC*, vol. 1, no 1, 1872, p. 14-15. C'est le moyen préconisé par un groupe de médecins-accoucheurs québécois dont fait partie le docteur Dagenais, celui-là même qui prend, en 1880, la défense de McBean dans l'affaire Heise contre McBean (voir la note 10 du présent chapitre).

serait-ce qu'en intégrant à sa pratique quotidienne les nouvelles mesures prophylactiques, hygiéniques et antiseptiques enseignées à cette époque; en fait, c'est là que réside tout le paradoxe de l'exercice du métier de sage-femme à la fin du XIXe siècle. Condamnée si elle pratique sans diplôme, n'est-elle pas aussi vouée à une élimination certaine lorsqu'elle acquiert les connaissances et les habitudes exigées, lesquelles en font un témoin des bienfaits des progrès médicaux! Pourtant, ce serait réduire le poids de la puissante organisation du corps médical québécois que de voir dans l'élimination progressive de la sage-femme une simple conséquence de l'évolution des connaissances. On doit retenir en effet que le corps médical du XIXe siècle souhaite intervenir dans tous les domaines de la vie et que tous les moyens pour éliminer les concurrents (charlatans et sages-femmes) leur paraissent valables. Aussi les voit-on s'appuyer tantôt sur des théories médicales dépassées, tantôt sur la morale sociale. Et quand l'argument scientifique et légal ne suffisent pas les médecins modifient l'un ou l'autre et recommencent leur bataille. C'est ce qui se produit en 1880.

En effet, suite à l'affaire Heise contre McBean <sup>10</sup>, les médecins québécois se font beaucoup plus contraignants dans leur définition des droits et devoirs de la sage-femme. Ainsi, par l'amendement à l'article III du chapitre XII des Statuts du Collège des médecins et chirurgiens de la

10. Il s'agit d'une action intentée par une sage-femme pour le recouvrement d'honoraires professionnels exigés pour d'autres services qu'un accouchement. En fait, n'ayant reçu que la moitié des frais exigés pour des soins prodigués à l'endroit d'une gestante, la sage-femme entreprend de réclamer tout son dû. Les témoins de la défense, les docteurs E.-P. Lachapelle et A. Dagenais tentent d'établir la preuve de l'incompétence de la sage-femme à agir hors de la pratique des accouchements. Même en s'appuyant sur les Statuts du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec sanctionnés en 1876, leurs efforts furent vains (voir "Des sages-femmes", UMC, vol. 9, no 6, 1880, p. 275-277).

province, le bureau provincial de médecine décrète l'incompétence médicale de la sage-femme. Parce qu'elle n'est pas licenciée en médecine, ni en chirurgie, la sage-femme accréditée n'a "que le droit de faire des accouchements et non pas de pratiquer la médecine, même dans les cas résultant de l'accouchement <sup>11</sup>". Dès lors, tout accouchement qui nécessite la pratique d'une intervention médicale, sanglante ou non, qu'elle soit dirigée sur le fœtus ou sur la parturiente, avant, pendant ou après l'événement, n'est pas du ressort de la sage-femme. La médecine des années 1880 ne contrôle pas encore tout le domaine de l'obstétrique. Mais s'il lui reste peu d'obstacles à franchir pour placer l'accouchement naturel sous sa dépendance, les dernières étapes vers la conquête du monopole ne sont pas les moindres. En fait, il lui faut éliminer complètement les sages-femmes ou ravir à l'accouchement tout son caractère naturel.

\*\*\*

## 2. La nature médicalement assistée

L'intégration, pour ne pas dire la récupération, de la pratique de la sage-femme n'est pourtant pas le seul élément qui ait contribué à modifier la notion d'accouchement naturel. C'est aussi l'action combinée des progrès médicaux et de la réorganisation de l'enseignement de la médecine qui font de l'accouchement naturel un acte qui nécessite l'assistance médicale. En effet, le recours à la chirurgie transforme la pratique journalière de

---

11. Ibid., p. 277.

l'obstétrique tant à domicile qu'à l'hôpital. L'adoption en l'occurrence des mesures antiseptiques et aseptiques réduit considérablement le nombre de cas d'infection et la mortalité due à la fièvre puerpérale\*. Elle contribue à augmenter en nombre et en *qualité* le temps de clinique formative <sup>12</sup>, qui a pour conséquence une plus grande assurance chez les jeunes médecins.

Même si l'insistance sur l'apprentissage par l'observation active ne plaît pas à tous les étudiants <sup>13</sup>, il n'en demeure pas moins que personne ne peut passer outre à la clinique obstétricale <sup>14</sup>; de l'avis du professeur René de Cotret, l'obstétrique est "une science qu'on n'acquiert qu'en se trempant les doigts dans le plat pour en extraire le gâteau <sup>15</sup>". Certes, l'observation active met les carabins en contact avec les hasards de la clinique, ces *moments précieux* que même les meilleurs ouvrages d'obstétrique n'arrivent pas à décrire. Mais de l'essai formatif à la manipulation abusive, le

12. Depuis la fin des années 1870, l'enseignement de la médecine se transforme considérablement. Non seulement le programme est-il allongé en nombre d'années d'étude mais il est également enrichi par l'enseignement d'une plus grande variété de matières. C'est toutefois l'application des méthodes de Lister qui donne le coup d'envoi à la clinique formative. Dans la dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle, "la loi sur la médecine oblige les élèves à suivre au moins douze accouchements" (voir Elphège A. René de Cotret, "Hospice de la maternité", *UMC*, vol. 26, no 11, 1897, p. 693). C'est en groupes de quatre pour les accouchements ordinaires et de 12 ou au-delà pour les cas de dystocie que les étudiants suivent le professeur dans sa "tournee". "Quand les étudiants ont assisté à deux ou trois accouchements, ils aident eux-mêmes, sous le regard de leur professeur [...]. Ils pratiquent la délivrance [...] assistent à la toilette de la patiente [...] tout en surveillant le pouls et l'état de l'utérus. [...] Il est permis dans l'occasion à l'élève, qui a vu deux ou trois applications de forceps, de se servir lui-même de ces instruments sous la direction du professeur" (voir Elphège A. René de Cotret, *op. cit.*, p. 694-695).

13. "J'ai été quelquefois dans l'obligation de forcer certains élèves à instruire leurs doigts plus que leurs yeux" nous dit le docteur René de Cotret en 1897 (voir "Hospice de la maternité", *UMC*, vol. 26, no 11, 1897, p. 692)

14. "By 1890-91 a clinical examination in obstetrics (aside from the theoretical one which had to be taken as well) was required as a prerequisite to graduation" (voir Rhona R. Kenneally, *The Montreal Maternity 1843-1926: Evolution of a Hospital*, thèse de maîtrise en histoire, McGill, 1983, p. 82).

15. *Op. cit.*, p. 690.

glissement est facile. Lors de leur clinique, les étudiants sont invités en effet à pratiquer le toucher et à faire connaître leur diagnostic; dans le cas où il y aurait divergence d'opinions entre le médecin et les étudiants, précise le professeur, ceux-ci recommencent l'examen "qu'ils prolongent autant qu'il leur est nécessaire <sup>16</sup>". Plus loin il ajoute:

Parfois, la patiente sera soumise (toujours d'après la durée du travail) à cinq ou six examens (un toutes les deux, trois, ou quatre heures) du médecin, de la garde-malade et des deux étudiants. Additionnez six touchers du médecin, autant de la garde-malade et 12 des étudiants, en tout 24 touchers, et, dites-moi si les élèves ne sont pas plus favorisés que les malades protégées? <sup>17</sup>

Il est donc bien révolu le temps où l'hôpital de la maternité n'avait qu'une mission charitable c'est-à-dire: l'accueil des mères illégitimes et les indigentes. Maintenant modernisé et aseptisé, il sert aussi de laboratoire pour l'enseignement pratique des étudiants en médecine. Il devient le lieu électif où se transforme progressivement la notion d'accouchement ordinaire tant dans l'esprit des carabins, que dans celui des gestantes de toutes les classes sociales <sup>18</sup>. En effet, avec une formation plus adéquate en

---

16. Ibid.

17. Ibid., p. 692. Nous ne partageons pas l'opinion de Jacques Bernier, lequel affirme qu'en raison de la morale catholique, "on interdisait presque à l'accoucheur tout toucher ou toute intervention avant la dilatation du col de l'utérus" (voir Jacques Bernier, La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession, p. 154).

18. À compter du milieu des années 1880, les différentes maternités enregistrent une augmentation du nombre de leurs patientes payantes; ceci serait en partie dû au fait que les accoucheurs en milieu urbain sont aussi affiliés à l'un ou l'autre des différents hôpitaux et dispensaires (voir Rhona R. Kennesally, The Montreal Maternity 1843-1926: Evolution of a Hospital, thèse de maîtrise en histoire, McGill, 1983, p. 39-44). Les médecins invitent donc graduellement leurs patientes à se rendre à l'hôpital pour accoucher sous leurs surveillances. Cependant, il n'est pas du tout certain que toutes ces patientes présentent les caractéristiques d'un accouchement dystocique. Ainsi s'accroît non seulement l'importance de la

obstétrique, et la conviction d'apporter les secours que les progrès scientifiques ont permis, la nouvelle génération de médecins-accoucheurs entièrement formés en milieu hospitalier redore progressivement la représentation collective de l'*hôpital-mouroir*. Mais il faudra encore du temps pour que les parturientes s'accomodent de la présence des étudiants en médecine. Il arrive en effet que leur présence en ennuie et même en intimide quelques-unes. Celles-ci, nous révèle le docteur René de Cotret, n'avertiront la garde-malade qu'au moment de l'expulsion du foetus <sup>19</sup>. Les parturientes acquièrent tout de même l'habitude d'accoucher en présence du médecin.

Si l'accouchement eutocique\* soulève encore la question de la légitimité de la présence du médecin en 1870, c'est par contre l'image de l'accouchement potentiellement dystocique\* qui autorise son assistance à la fin du siècle. Tout comme la grossesse est potentiellement pathogène en raison de la *congestion* de l'utérus, l'accouchement est un processus d'expulsion qui mérite une surveillance accrue à cause des divers facteurs qui peuvent en modifier le déroulement. En assistant davantage aux accouchements eutociques\*, les médecins apprennent à reconnaître les étapes de la dilatation et de l'effacement normal du col. Si la nouveauté permet une meilleure connaissance de la physiologie de l'accouchement, elle contribue également à augmenter le nombre de cas de blessures dues à

---

présence du médecin, mais l'importance de l'hôpital comme lieu susceptible de répondre rapidement aux imprévus de la parturition.

19. "Hospice de la maternité", *UMC*, vol. 26, no 11, 1897, p. 691.

l'usage de dilatateurs mécaniques. En effet, estimant que la dilatation doit s'accomplir dans un espace de temps limité, les médecins prévoyants recourent rapidement aux instruments pour terminer un accouchement qu'ils présument dystocique\*. L'application prématurée des forceps et l'usage immodéré de cet instrument résultent d'une définition médicale de ce que doit être la durée idéale de la phase d'expulsion. Ces faits nous indiquent que l'idée de *risque* d'une complication, ou de facteur de risque, s'impose graduellement dès les dernières décennies du XIXe siècle. En 1900, le docteur René de Cotret cite le médecin belge Nicolas Charles comme suit:

Dans le cas le plus heureux, [...] dans l'accouchement naturel, type en quelque sorte, la femme est bien portante, bien constituée, parfaitement conformée; le foetus est à terme, de volume ordinaire, le sommet est en première position et déjà engagé dans le haut de l'excavation; le col est au centre, tout à fait effacé, dilatable; la poche est plate et résiste jusqu'à la dilatation plus ou moins complète, les contractions sont régulières; le canal est normal, ramolli, lubrifié; enfin aucune anomalie ne peut être relevée. Plus un accouchement s'éloigne de ce type, moins il y a de chance qu'il se termine facilement, rapidement <sup>20</sup>.

Les conditions essentielles de l'accouchement naturel sont sensiblement les mêmes pour les docteurs Moreau (1837) et René de Cotret (1900). De plus, à l'instar de son prédécesseur, ce dernier souligne l'importance des forces naturelles de la femme. En effet, il ajoute que de la force expulsive du

---

20. "Des soins à donner à la femme avant, pendant et après l'accouchement", *UMC*, vol. 29, no 3, 1900, p. 159.

muscle utérin, ce qu'il nomme aussi "l'énergie de la *presse abdominale* <sup>21</sup>", dépend largement de "l'état général de la femme, de sa constitution, de son tempérament, de son courage, de la présence ou l'absence de tumeurs ou d'anomalies locales <sup>22</sup>".

\*

Les médecins du XIXe siècle ont utilisé le médicament et l'instrument pour intervenir dans le processus naturel, et faire de l'accouchement ordinaire un événement médicalement assisté. L'emploi du chloroforme ou de tout autre anesthésique dans les cas de douleurs excessives et prolongées est un bon exemple de cette intervention sur la nature. Utilisée depuis la fin des années 1840 dans les cas d'accouchement par version, par forceps et dans les cas d'adhérence exceptionnelle du placenta <sup>23</sup>, l'anesthésie obstétricale est en effet lentement introduite dans la pratique des accouchements naturels. À l'instar de l'ergot de seigle dont l'emploi a soulevé un débat chez les accoucheurs de l'époque <sup>24</sup>, l'anesthésie obstétricale rencontre des résistances de tout ordre. La crainte d'endormir à jamais la parturiente et le fœtus, ou de leur causer un tort irréparable comme la paralysie, le coma, la suffocation, la débilité, etc., sont autant de

---

21. *Ibid.*, p. 158. L'italique est de l'auteur.

22. *Idem*.

23. Le médecin britannique Simpson aurait été parmi les premiers accoucheurs à utiliser le chloroforme en 1847. (Voir "Emploi du chloroforme dans l'accouchement", *AM*, vol. 1, no 1, 1879, p. 12-25).

24. Voir *supra*, p. 102.

raisons, selon certains médecins, pour limiter l'usage d'anesthésiques aux seuls cas de dystocie\* qui requièrent l'intervention sanglante.

Enfin, d'autres, encore au milieu des années 1880, fondent en partie leur opposition sur la malédiction biblique: in dolore paries, en prenant soin d'ajouter que l'évolution des douleurs, – leur fréquence et leur violence –, est le signe important dont dispose le médecin pour évaluer la bonne marche du travail et mesurer son temps d'intervention; ici, les douleurs sont considérées comme "indispensables à la sécurité de l'accouchement <sup>25</sup>". Par ailleurs, d'autres s'étonnent que l'on puisse mettre en question le recours à l'anesthésie générale "à une époque où l'intelligence humaine a atteint de si hautes limites <sup>26</sup>", et dans "une civilisation plus avancée [où] l'organisation nerveuse des femmes perd de sa force de résistance et [acquiert] de la mollesse <sup>27</sup>".

Finalement, en fin de siècle, l'anesthésie obstétricale s'impose: "il est impérieux pour le médecin de protéger celles-là [les femmes en couches] contre les dangers de souffrances excessives et trop prolongées <sup>28</sup>". L'emploi des anesthésiques "est non seulement justifiable, mais [...] il serait

---

25. [Anonyme], "Les douleurs de l'accouchement", UMC, vol. 14, no 4, 1885, p. 188.

26. [Anonyme], "Emploi du chloroforme dans l'accouchement", AM, vol. 1, no 1, 1879, p. 16.

27. [Anonyme], "Des causes de mort subite pendant et après l'accouchement", UMC, vol. 15, 1886, p. 176.

28. ibid.

inhumain de s'en abstenir <sup>29</sup>, affirme en 1895 un médecin américain. Plus loin il ajoute:

Quelle vie lugubre, ennuyeuse et répugnante serait celle du médecin, s'il n'avait les moyens de soulager la douleur. Cependant depuis des siècles et des siècles la femme en proie aux douleurs de l'enfantement devait se résigner à de terribles tortures, sans espoir d'être soulagée avant la fin de l'accouchement.

Pendant le demi-siècle qui vient de s'écouler, la profession médicale a émerveillé tout le monde civilisé par ses découvertes et ses perfectionnements ayant pour objet de soulager la souffrance humaine, d'améliorer la santé et de prolonger la vie, et elle a droit de s'enorgueillir des résultats obtenus. La découverte du chloroforme est certainement un des plus grands bienfaits de la science <sup>30</sup>.

\*\*\*

Que leur motif premier ait été d'atténuer les douleurs de l'accouchement, de minimiser les risques de détresse foetale ou même de terminer rapidement un cas après l'autre pour grossir leur revenu <sup>31</sup>, il ne fait aucun doute que l'accouchement naturel fait l'objet d'une médicalisation. La

29. "Action thérapeutique du chloroforme pendant la parturition, par Bedford Brown, m.d.", UMC, vol. 24, no 9, 1895, p.478.

30. Ibid., p. 483.

31. Le 21 mai 1881, les gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec adoptaient les tarifs suivants:

accouchement ordinaire (soins subséquents extra)	\$15.00
version, application des forceps, extraction du placenta (soins subséquents extra)	\$30.00
avortement, accouchement prématuré (soins subséquents extra)	\$15.00

Voir, "Extrait de la Gazette Officielle, 21 mai 1881", UMC, vol. 10, no 6, 1881, p. 285-286.

distinction entre l'accouchement naturel et l'accouchement *contre-nature* s'estompe. L'intervention du médecin devient acceptable et même préférable, disent les prévoyants, lorsqu'elle est faite dans un but thérapeutique, voire prophylactique. Par ailleurs, affirme en 1897 le gynécologue britannique W. Japp Sinclair, c'est la témérité, parfois l'impatience et même l'appât du gain chez les plus jeunes médecins qui contribuent à transformer la pratique des accouchements ordinaires.

Le jeune praticien voit une femme souffrant des douleurs du travail; il peut les soulager par les anesthésiques; le travail normal est un processus qui demande du temps; le praticien n'aime pas à attendre, et il a une instrumentation avec laquelle il peut abréger le travail normal; il sait qu'il peut faire des blessures, mais elles sont insignifiantes à ses yeux comparés à celles qu'il a l'habitude de voir traitées avec succès par le chirurgien à l'aide des moyens antiseptiques, et l'on peut toujours suturer une déchirure quand elle paraît avoir une importance suffisante. Pourquoi, alors, laisserait-il souffrir sa malade et perdrait-il son propre temps <sup>32</sup>?

C'est aussi la levée de certains interdits associés au corps de la parturiente, naturellement condamnée à souffrir, qui finalement ouvre la voie à l'opération obstétricale moins conservatrice. L'acte d'enfanter devient de plus en plus l'occasion pour l'accoucheur de démontrer son habileté à vaincre les diverses difficultés, maternelles et foetales. Tout comme la maladie et la mort, la naissance est beaucoup moins une affaire que l'on abandonne d'emblée à la nature.

---

32. "Les Blessures de l'accouchement; celles d'autrefois et celles d'hier", *UMC*, vol. 26, 1897, p. 622.

## CHAPITRE VIII

### LES ACCOUCHEMENTS CONTRE-NATURE

#### 1. L'inséparable tout

Nous ne reviendrons pas sur les procédés qui entourent l'avortement dit thérapeutique. Non pas que le débat soit clos, mais parce qu'il s'agit ici d'exposer les différentes opérations pratiquées sur le foetus et sur la mère dans les cas d'accouchement à terme et d'accouchement prématuré. Nous sommes donc, dans l'espace temps de la gestation, en pleine période de viabilité du foetus, ce qui n'était pas le cas pour les avortements provoqués. Notre but n'est pas d'examiner les façons de faire pour ce qu'elles sont. De toute manière la basiotripsie\* reste un broiement du crâne foetal, la décollation reste une décapitation du foetus et la symphiséotomie\*, la pubiotomie\* et la césarienne demeurent des sections dans la chair de la femme. Nous limiterons donc nos descriptions qualitatives de ces opérations à une analyse des modèles étiologiques et thérapeutiques qui guident l'action de l'opérateur. Ce que nous visons, c'est une recherche des rapports de sens qui ont permis leur déroulement à cette époque.

\*

La mutilation du foetus [mort ou viable] rompt avec l'ensemble des valeurs morales et religieuses traditionnelles. Nous croyons que les motivations qui sous-tendent la décision du médecin d'intervenir sur le corps du foetus, plutôt que sur celui de la mère, relève à la fois du développement technologique et de sa façon d'évaluer les possibilités de survie pour les deux corps en détresse. Autrement dit, le choix de l'opération relève aussi d'une économie des corps. Dans les cas de rétrécissement du bassin, certains médecins du XIXe siècle procèdent avec la basiotripsie\*, la craniotomie\* ou l'embryotomie\*, alors que d'autres optent, entre autres, pour la symphiséotomie\*. Certes, le choix du traitement repose sur la démonstration de son efficacité. Mais pour s'imposer et devenir en quelque sorte une pratique courante, il requiert aussi un contexte politique, économique et culturel particulièrement disposé, dirions-nous, à accueillir d'emblée le sacrifice de l'enfant plutôt que celui de la mère. Il en est ainsi pour tous les types de traitements dans le domaine de l'obstétrique, qu'il s'agisse d'une intervention sanglante, de l'emploi d'un instrument ou du recours à un procédé manuel. En effet, l'histoire des sociétés nous fournit une multitude d'exemples de mises en veilleuse et de rejets de façons de faire faute de ressources matérielles et humaines favorables au changement.

D'un autre côté, le débat sur les actes médicaux permis dans les divers cas où il y a détresse foetale ou détresse maternelle, n'est pas propre au

dernier tiers du XIXe siècle. Ce débat a commencé dès que les médecins du Québec et d'ailleurs ont cherché à s'introduire dans le domaine de l'accouchement. Les discussions des médecins du XIXe siècle sur les manoeuvres manuelles et sur les procédés chirurgicaux sont donc aussi vieilles que leur désir d'affirmer leurs savoir-faire. Nous retenons ici les propos du docteur québécois Edouard Moreau qui s'interroge en 1844 sur un sujet "d'embarras professionnel" <sup>1</sup> dans un cas d'accouchement *contre-nature*

N'est-ce pas de l'impéritie ou du cynisme le plus grossier, que de décider d'accord avec une sage-femme, qu'il n'y a que la *craniotomie*\* [l'italique est de l'auteur] ou le démembrement de l'enfant, dans un cas de cette nature après avoir épuisé, suivant eux, toutes les autres ressources que fournit de nos jours, la science des Accouchements?

Ne se croit-on pas, pour un instant, à de telle suggestion, au centre de l'ignorance la plus littérale des vieux siècles, où l'on envisageait qu'avec effroi une telle présentation [il s'agit d'une présentation du bras hors de la vulve, avec protusion du cordon], et persuadés qu'on ne pouvait délivrer la femme sans mutiler le fruit, on tordait, on morcelait inhumainement l'extrémité dans son articulation <sup>2</sup> ?

Ainsi, les opérations destructives, dont le démembrement du foetus [l'*embryotomie*\*], l'utilisation du crochet, du ciseau, ou de tout autre instrument pour perforer le crâne de l'enfant [la *craniotomie*\*], appartiennent à la pratique "ignorante" et "archaïque"!... La dénonciation et la condamnation

1. Extrait d'une lettre aux éditeurs de la Gazette médicale de Montréal, *GMM*, vol. 1, 1844-1845, p. 369.

2. *Ibid.*, p. 370.

*morale* de toute personne [sage-femme et médecin] qui s'adonne à ce genre de pratique est déjà à la mi-siècle d'autant plus pressante que se structurent les premières écoles de médecine au Bas-Canada. On peut cependant reprocher aux sermonneurs d'occulter les conditions réelles dans lesquelles s'exerce alors l'art des accouchements. Les médecins, tout comme les sages-femmes, ne disposent pas en effet du matériel adéquat pour mener à terme tous les différents types d'accouchements dystociques. Ni les médecins avec leurs forceps, ni les sages-femmes avec leur patience, leur tisane et leur technique de massage du périnée ne pouvaient réussir à terminer *heureusement* l'accouchement d'une parturiente au bassin rétréci. La pratique des uns et celle des autres a une limite. Et la limite c'est la destruction du fœtus avant ou pendant son extraction.

\*

À notre avis, le discours médical sur les opérations obstétricales effectuées sur le fœtus ou sur la mère <sup>3</sup>, traduit bien l'ambiguïté du rôle du médecin au XIXe siècle. Comme on disait du prêtre qu'il était le guérisseur des âmes, le corps médical québécois du XIXe siècle se plaisait à pousser l'analogie jusqu'à parler de la médecine rédemptrice "descendue du ciel pour fortifier, soulager et consoler l'homme dans son pèlerinage terrestre <sup>4</sup>". Et

---

3. Cette distinction entre les opérations dirigées sur l'une ou l'autre des parties en cause dans l'accouchement n'exclut nullement le fait qu'il y ait eu des cas d'accouchements dystociques où l'échec d'une ou plusieurs opérations sur le fœtus commandait une opération sur la parturiente.

4. G.-O. Beaudry, "Nécessités des sciences naturelles appliquées à la médecine", UMC, vol. 5, no 1, 1876, p.11.

quoique l'imaginaire de l'époque fasse un tout de la femme grosse et de son enfant, il n'en demeure pas moins que le médecin sait qu'il est en présence de deux vies et de deux corps capables de s'éprouver mutuellement. Il avoue cette réalité chaque fois qu'il doit proscrire à la gestante des attitudes et des comportements jugés nuisibles à l'enfant ou chaque fois qu'il procède à l'accouchement forcé pour rétablir le calme et sauver la mère, dans un cas d'éclampsie\* par exemple. Il est également vrai que certains médecins hésitent longuement à séparer *artificiellement* l'enfant de sa mère. Dans ces cas, c'est finalement le temps ou le cours naturel de l'événement qui aura raison de l'une ou l'autre des parties, et parfois des deux.

Nous avons déjà amorcée l'explication de ces différentes attitudes <sup>5</sup>, en distinguant les médecins prévoyants et plus interventionnistes des médecins observateurs, patients, qui s'abstiennent de changer le cours de la nature tant et aussi longtemps que la situation ne leur fournit pas des signes perceptibles <sup>6</sup>. Cette explication s'avère tout aussi pertinente pour les cas d'accouchement dystocique\*, soit agir ou attendre. Par contre, pouvons-nous soutenir que c'est toujours l'attitude prévoyante du médecin qui lui dicte sur quel corps il doit diriger son intervention? Car il ne s'agit plus ici d'un simple choix de traitement. Bien plus, il s'agit de choisir un corps sur lequel repose le succès du traitement de la dystocie\*. Nous commençons à saisir l'ampleur du dilemme qui représentait l'accouchement

---

5. Voir supra p. 97-100.

6. Nous rappelons au lecteur que les signes perceptibles sont des manifestations visuelles, sonores et palpables de la maladie ou de l'évolution de l'état pathologique. Voir supra p. 97-100.

au XIXe siècle. Rien n'était noir ni blanc. Rien n'allait de soi, même avec les progrès de la chirurgie. Et rien ne relevait du seul désir de s'appropriier le domaine de la maternité et de contrôler les étapes de la parturition. L'hésitation des uns à séparer l'enfant de sa mère, tout comme la hardiesse des autres à intervenir repose sur des rapports de sens aussi complexes que nombreux.

\*

C'est en raison de la nature même de ces *rapports de sens* qu'il nous est impossible de traiter des manoeuvres effectuées sur le corps de l'enfant, par exemple, sans aborder les motifs qui dissuadent le médecin de terminer l'accouchement dystocique\* par une opération sur le corps de la femme. La décision d'inciser le corps de la parturiente sous-entend, en l'occurrence, le refus de manipuler le corps foetal. Les diverses solutions pour terminer l'accouchement dystocique\* sont en d'autres termes intimement liées entre elles par des rapports de sens entre le traitement retenu et la façon de percevoir chacun des corps en détresse. En ce sens, le corps foetal, jugé fautif et agresseur, serait sacrifié au profit du corps maternel, innocent et victime de la parturition dystocique\*. Mais quand il est jugé innocent et victime de l'utérus rebelle, le corps foetal ordonne aussi la pratique d'opérations pour le tirer indemne d'un corps maternel physiquement fautif et physiologiquement agresseur.

\*\*\*

## 2. Les opérations sanglantes

Avant la généralisation de la pratique de l'antisepsie et de l'asepsie, l'accouchement laborieux entraîne une plus forte morbidité chez les parturientes. En effet, le perforateur crânien, plus tard le céphalotribe\* et enfin le tire-noeud\* ne manquent pas de causer quelques blessures à la paroi utérine, au vagin et au périnée. Les plaies mal soignées ou tout simplement négligées se compliquent et donnent lieu à tous les symptômes de la septicémie. De la fièvre puerpérale\* à la métrite\* chronique, en passant par les fistules vésico-vaginales\* et l'hémorragie utérine, le pronostic est souvent le même: la mère mourra. Ce n'est qu'une question de temps.

Parmi les causes immédiates de blessures chez l'accouchée *contre-nature*, on compte aussi les divers procédés de dilatation de l'orifice utérin, tels les incisions pratiquées sur le col à l'aide d'un bistouri ou de tout autre instrument tranchant, l'emploi d'un dilatateur mécanique et le déchiquetage manuel du col par les mouvements de vrille du doigt explorateur. Mais c'est parfois l'insistance du médecin – pour ne pas dire *l'acharnement thérapeutique* – qui irrite et affaiblit toute l'économie de la parturiente. En effet, la répétition des manoeuvres, tant manuelles qu'instrumentales, épuise la mère, la vide de toute force de résistance qui lui aurait été nécessaire pour combattre soit la septicémie des procédés, soit la mort elle-même. Nous présentons à l'appui deux extraits de la pratique de médecins québécois dont un premier provient du médecin de campagne

Léonard-Age Fortier qui exécute en 1872 un accouchement à terme au cours duquel l'enfant se présente en position transversale avec une torsion du tronc. Après plusieurs tentatives entrecoupées de pauses pour permettre à la mère de se reposer, le docteur Fortier atteint l'enfant:

Aux prières et aux cris perçants de la mère, je retirai ma main que j'avais pu cependant introduire jusqu'à l'articulation des phalanges avec le métacarpe. Après une demi-heure [...] j'introduisis de nouveau ma main [...] puis encourageant de mon mieux la malade, je tâchai de vaincre l'obstacle; mais il me fallut faire des efforts qui m'étonnèrent, et lutter pendant longtemps contre la résistance de l'anneau [...] vaincu moi-même par la douleur, je dus [me] retirer [...]. Je demandai du secours et j'envoyai chercher mon confrère Mr. le Dr. A. Valois [...]. Au bout d'une heure et demie, n'ayant pu ni l'un, ni l'autre, opérer la version, nous donnâmes de nouveau une dose de morphine [...] <sup>7</sup>.

L'accouchement se termine finalement par une version pelvienne. L'enfant était mort et "une semaine après, la mère succombait à une métrite puerpérale\* <sup>8</sup>".

Le second cas renvoie à la pratique du docteur A. Dagenais, qui est appelé en 1872 auprès d'une parturiente du docteur Robillard, lequel était incapable de réussir la version et ce malgré l'assistance d'un autre médecin. L'auteur de l'article nous apprend que le second assistant a dû partir se sentant *indisposé* après avoir fait un examen de la situation. En fait, dans ses tentatives pour extraire le foetus par les pieds, le docteur Robillard

7. Léonard-Age Fortier, [sans titre], UMC, vol. 1, no 1, 1872, p. 20-22. L'italique est de l'auteur.

8. ibid., p. 23.

avait fracturé les deux jambes "et même un des pieds lui resta dans la main. [...] dans ces derniers efforts, [enfin], il sépara un bras du tronc <sup>9</sup>". Entre alors en scène le rapporteur de l'accouchement:

Je passai une jarretière en noeud coulant, autour de la jambe qui avait encore son pied, et je fis quelques tractions; cette manoeuvre n'eut pour résultat que la séparation complète du pied d'avec la jambe. [...] je pris le crochet aigu de mon forceps et l'enfonçai dans une épaule; mais les chairs étaient si peu résistantes, qu'elles se déchirèrent aux premières tractions. [...] je fis glisser le crochet sur mon bras jusqu'à ce qu'il fut rendu à la hauteur du cou, [...] je pus au bout de quelques instants, extraire l'enfant tout mutilé et à moitié décomposé, une heure et demie après mon arrivée <sup>10</sup>.

Le docteur Dagenais quitte les lieux en laissant l'accouchée "très souffrante" et même à l'agonie; elle est morte deux heures après son départ. Le médecin termine son rapport en soulignant la nécessité d'administrer le chloroforme dans les accouchements laborieux:

Je suis convaincu, qu'avec le chloroforme, la femme [...] ne serait pas morte, au moins aussi promptement. Ce qui l'a fait mourir, c'est la douleur; douleur qui a tellement ébranlé son système nerveux, qu'elle n'a pu résister au choc <sup>11</sup>.

Certes, la présentation *contre-nature* éprouve toute l'économie de la mère. Cependant, les manoeuvres exécutées et reprises augmentent les risques de blessures et de mortalité. C'est sans doute en raison de cas de

9. A. Dagenais, "Dystocie", UMC, vol. 1, no 12, 1872, p. 534.

10. Ibid., p. 534-535.

11. Ibid., p. 535.

version laborieuse de ce type que des médecins recourent sans hésitation à l'opération destructive. Par ailleurs, il ne faudrait pas croire que ceux qui n'adoptent pas d'emblée l'embryotomie\* ou toute autre opération du genre sont des bourreaux de mères. Leur réticence est probablement tributaire de leurs convictions religieuses qui leur interdisent de causer directement la mort de l'enfant; c'est là que s'inscrit leur opposition majeure aux médecins embryotomistes qui causent *directement* la mort de l'enfant, contrairement aux médecins de l'alternative médicale et chirurgicale, qui parfois entraînent *involontairement* la mort de l'enfant. Voici ce qu'en dit le théologien Eschbach:

[...] pour être licite, la mort de l'innocent ne doit pas avoir été prévue ou voulue par celui qui la donne, parce qu'alors il serait réellement coupable; autrement il faudrait adopter en morale le principe que la fin justifie les moyens. Or dans la craniotomie\*, la mort de l'enfant est-elle voulue par le médecin? Evidemment oui. Car, cette opération qui n'est qu'une suite de manoeuvres, [au cours desquelles le médecin] commence par enfoncer un fer meurtrier dans le crâne, ou si l'opérateur emploie le céphalotribe\*, il broie ce crâne, causant par là immédiatement la mort de l'enfant. Ainsi le premier acte de la craniotomie\* est de tuer le fœtus, et le second de l'extraire; de sorte que le médecin *délibérément et volontairement*, fait périr un innocent pour soustraire la mère à un danger <sup>12</sup>.

En fait, la pratique des médecins-accoucheurs est solidaire des valeurs culturelles de l'époque. C'est là que s'impose, vraisemblablement, la recherche de solutions médicales ou même chirurgicales telles que la

12. Le père Eschbach cité par le docteur A. Dagenais, "La craniotomie", *UMC*, vol. 10, no 1, 1881, p. 51. L'italique est de nous.

version mixte\*, l'usage du forceps, la césarienne et la symphiséotomie\*. Certes, il faudra le développement de l'anesthésie et de l'obstétrique chirurgicale pour que les solutions de remplacement à la mutilation du foetus deviennent pratique courante. Mais on ne peut imputer aux seuls progrès scientifiques le virage qui se dessine au tournant des XIXe-XXe siècles. L'évolution des traitements de la parturition dystocique\* est également solidaire de l'évolution des représentations médicales des corps en détresse.

\*

Parmi tous les procédés connus et éprouvés pour terminer les cas de parturition laborieuse, nous ne pouvons pas dire honnêtement qu'une opération en particulier ait obtenu la faveur du plus grand nombre pendant les trente dernières années du XIXe siècle. Chacune des opérations a connu des instants de gloire et des moments de discrédit, tant au Québec qu'ailleurs. Toutefois, nous pouvons affirmer avec assez de justesse que la craniotomie\*, l'embryotomie\* et la céphalotripsie\* pratiquée sur l'enfant vivant, ou *présumé vivant* et viable, sont probablement des opérations qui n'ont jamais obtenu la faveur de la majorité des médecins québécois, malgré leur grande popularité jusqu'au début des années 1890 en France, en Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis. Dans un exposé sur la craniotomie\* lu devant la Société médicale de Montréal, le médecin québécois A. Dagenais <sup>13</sup> présente en 1881 un historique du débat qui oppose les

---

13. Le docteur Dagenais figure parmi les premiers québécois francophones de l'époque à opter pour la césarienne. En 1875, son choix de procéder à la délivrance abdominale d'un foetus extra-utérin rencontre cependant une opposition de la part de ses confrères: "la femme cédant à la crainte naturelle que provoque toujours une opération aussi sérieuse, et de plus, étant conseillée par quelques

embryotomistes aux partisans de la césarienne <sup>14</sup>. L'auteur s'appuie sur une étude théologique publiée en 1877 par le père Eschbach du Séminaire français de Rome <sup>15</sup>. Toutefois, le docteur Dagenais ne manque pas de présenter la contrepartie du débat, en citant les plus célèbres embryotomistes européens et américains. Il ressort de l'exposé du médecin que leur position s'appuie largement sur l'image de la mère utile à sa famille et à la société. En fait, l'opération destructive est, pour les embryotomistes, une question de droit économique d'une part et de droit naturel, d'autre part :

[...] la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérance, peut-elle être comparée à celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tout ceux qui l'entourent? La survivance de ce pauvre enfant pourra-t-elle combler le vide que laisse la mort de sa mère? Enfin la société peut-elle espérer recevoir jamais d'un enfant naissant les services qu'elle était en droit d'attendre de la mère adulte? L'intérêt de la famille, l'intérêt de la

---

médecins ignorant sa situation [il s'agit d'une grossesse extra-utérine], je n'ai jamais pu la faire consentir". (Voir, "Note sur un cas de grossesse extra-utérine", UMC, vol. 4, no 12, 1875, p. 528). Des recherches supplémentaires, et couvrant l'ensemble des périodiques médicaux québécois, nous permettraient de mieux juger de la popularité de la césarienne chez les médecins québécois des deux groupes ethniques. Nous soulignons que le docteur Albert Laurendeau de Saint-Gabriel de Brandon pratiquait avec succès, en 1897, une césarienne chez une patiente de la campagne (Voir, "Application du forceps à travers la voie opératoire — suture utérine — solution de gélatine comme hémostatique", UMC, vol. 27, no 2, 1898, p. 87-93).

14. "La craniotomie", UMC, vol. 10, no 1, 1881, p. 1-14 et no 2, p. 49-61. Le texte du docteur Dagenais est partiellement repris en 1884 par le docteur N. E. Dionne de Québec (Voir, "De l'embryotomie", UMC, vol. 13, no 7, 1884, p. 294-300). Il n'est pas sans intérêt de rappeler que le 28 mai 1884, sous le nom d'avortement indirect, "la craniotomie est condamnée par un décret du Saint-Office" (Voir, Dictionnaire de droit canonique, Tome I, 1935, p. 1546).

15. N.-E. Dionne, op. cit., p. 294.

société se réunissent donc pour militer en faveur de la mère <sup>16</sup>.

Et plus loin on lit:

[...] nous sommes pleinement justifiés de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent, la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né toutes les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre <sup>17</sup>.

Un autre argument en faveur de la thèse des embryotomistes repose, selon le docteur Cazeaux, sur un principe de justice médicale. C'est alors l'occasion pour les embryotomistes de faire appel aux sentiments des médecins, plus qu'à leur raisonnement scientifique:

[...] le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous nous traiterions nous-mêmes ou nos parents les plus chers: eh bien! quel est le médecin, qui forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier <sup>18</sup>?

La croyance en la vie végétative de l'enfant dans l'utérus et celle qui prône l'inexistence de l'instinct maternel avant la naissance <sup>19</sup> sont autant d'arguments soulevés par les tenants de l'opération mutilante. C'est aussi l'idée que le foetus est un agresseur contre lequel la mère a le droit de se

---

16. Le médecin français Cazeaux cité par le docteur Dagenais, op. cit., p. 5.

17. Ibid.

18. Ibid.

19. Les arguments sont du docteur Osborn (Voir, ibid., p. 6).

défendre, tout comme il lui est permis d'opposer une légitime défense au fou furieux qui l'attaquerait <sup>20</sup>. À cela les adversaires de la mutilation répondent:

Toute attaque suppose une action. Un être passif ne saurait être considéré comme agresseur [...]. Le foetus est resté complètement étranger à l'acte de sa conception, [...] il reste également étranger au travail qui s'établit pour son expulsion <sup>21</sup>.

En d'autres termes, le foetus ne saurait être coupable des douleurs et des périls maternels. C'est bien plutôt la mère physiquement et physiologiquement fautive, disent les adversaires des embryotomistes, qui est coupable de la situation dans laquelle se trouve l'enfant.

Le glissement est facile entre le foeticide involontaire et la suppression volontaire, surtout quand il n'est pas toujours possible de s'assurer de la vitalité du foetus. Or, de deux choses l'une: ou les médecins tentent l'opération mutilante en présumant de la mort du foetus, ou les plus prudents s'abstiennent complètement de pratiquer toute opération qui causerait certainement la mort de l'enfant. Il nous semble que de façon générale la présomption de vie, mais aussi le devoir moral envers l'innocent, celui du médecin à l'endroit du patient et la méfiance à l'endroit des procédés de la chirurgie incitent davantage à rejeter la thérapeutique

---

20. L'argument est développé par le théologien Avanzini (Voir, ibid., p. 51), l'un des rares de son domaine, selon le docteur Dagenais, à avoir appuyé la thèse embryotomiste (Voir, ibid., p. 7).

21. Le docteur Hubert de l'Université de Louvain cité par le docteur A. Dagenais, ibid., p. 51.

mutilante et prédisposent à tenter le tout pour le tout. Le docteur Dagenais affirme en effet:

[...] je dois vous dire que je n'éprouve aucune hésitation à me prononcer contre la craniotomie\* quand l'enfant est *vivant*, et je le fais avec la conviction que les enseignements de la morale sont entièrement d'accord avec ceux de la science. Car si la morale défend dans tous les cas de tuer l'enfant, la science de son côté démontre que la céphalotomie\* est presque aussi dangereuse pour la femme que l'opération césarienne. [...] il me paraît plus raisonnable d'accepter les statistiques telles qu'elles sont: or puisqu'elles prouvent que la gastrotomie\* n'est pas beaucoup plus dangereuse pour la femme, si elle l'est, que la craniotomie\*, on doit en conclure que cette dernière opération doit avoir la préférence lorsque l'enfant est vivant, puisqu'elle offre l'avantage de pouvoir le sauver en même temps que la mère <sup>22</sup>.

De là s'ensuit l'usage fréquent du forceps et de la version podalique\*; mais aussi, peut-être, les efforts soutenus pour améliorer les rendements de l'obstétrique chirurgicale, en particulier la pratique de la césarienne et celle de la symphiséotomie\*. À compter de la dernière décennie du XIXe siècle, les périodiques médicaux reproduisent en plus grand nombre les succès et les revers de l'obstétrique chirurgicale tant chez les accoucheurs européens que chez les nord-américains. À la même époque, on note également une augmentation des divers instruments associés à la pratique de la symphiséotomie\*, telles les pinces, les disjoncteurs et les tranche-pubis pour l'écartement; les bandages de rapprochement pour assurer la soudure ultérieure des os, sans oublier la gamme de mensurateurs pour

---

22. *Ibid.*, p. 54.

déterminer la grosseur de l'occiput et pour mieux évaluer les chances de délivrer sans causer la mort de l'enfant.

\*\*\*

### 3. De la version et du forceps

De toutes les opérations obstétricales, c'est la version podalique\* qui reçoit le plus longtemps, en terme de durée, la faveur des accoucheurs québécois. Cette manipulation interne du foetus connaît toute une révolution dans le dernier tiers du XIXe siècle, au point où elle devient une manipulation externe du foetus: c'est-à-dire que le médecin réussit à modifier sa présentation en le saisissant à travers l'abdomen de la parturiente. Nous croyons que c'est d'abord sous l'influence de la forte mortalité par infection puerpérale que se développe une telle technique de renversement de l'enfant. En effet, les risques d'infecter l'utérus et ses voies d'accès sont diminués en raison de l'absence de contact entre les mains de l'accoucheur et les parties intimes de la parturiente. Nous avons écarté l'hypothèse de la médecine pudique et celle qui ferait de la pudeur féminine un *charme* qui doit être ménagé. Les textes nous apprennent en effet qu'un tel ménagement des *impressions* de la femme s'impose dans des cas bien précis et bien loin des circonstances de la parturition dystocique\*: par exemple, chaque fois que le médecin reçoit en consultation une

adolescente ou une jeune femme célibataire, comme le recommande, en 1891, le gynécologue québécois Arthur Laphorn Smith:

Quand une exploration des organes pelviens est devenue nécessaire chez des jeunes filles [...] il est préférable de se servir du rectum dans ce but, attendu que c'est toujours chose sérieuse, pour le médecin, de pratiquer ce qu'on a appelé *un viol moral* [...]. Tel n'est point le cas, cela va sans dire, chez les femmes mariées; celles-ci, en règle générale, en savent assez long au sujet de leurs ovaires et de leur utérus pour ne pas courir le risque d'avoir ce qu'on a appelé *des ovaires dans le cerveau* <sup>23</sup>.

Nous retenons plutôt l'hypothèse du poids énorme du traitement prophylactique appliqué à l'obstétrique. Dans cette perspective de prévention, l'examen du fœtus à travers l'abdomen [la technique du palper] prend une importance considérable chez tous les médecins prévoyants. Utile au dépistage de la présentation foetale fautive, il n'en fallait pas plus pour que le palper abdominal permette la version externe. Tentée quelques semaines avant la date prévue de l'accouchement, la version abdominale devient l'assurance, pour le médecin et la parturiente, d'un accouchement beaucoup moins difficile. Certains médecins vont même jusqu'à combiner la version interne à la version externe pendant l'accouchement. Cette façon, apparemment plus efficace, de modifier la position de l'enfant donnerait une meilleure prise sur le fœtus et permettrait même d'éviter le démembrement de l'enfant, particulièrement dans les cas de résistance extrême d'un des membres du fœtus.

---

23. "La gynécologie et ses rapports avec la pratique générale de la médecine", *UMC*, vol. 20, no 1, 1891, p. 15. L'italique est de l'auteur.

\*

Avec la version podalique\*, c'est l'usage du forceps qui est sans contredit la manipulation instrumentale la plus répandue au XIXe siècle, au Québec et ailleurs. Utile pour aller chercher un foetus momentanément coincé, les médecins font usage de cet instrument de façon immodérée et souvent inappro- priée. Pour ces raisons, son emploi au XIXe siècle a suscité, plus souvent qu'à son tour, de vives discussions chez les sociologues et les historiens de la médecine. Parce que le forceps distinguait le médecin de la sage-femme, on en a fait *l'instrument* du pouvoir médical, laissant souvent pour compte tous les autres outils et leur usage. Nonobstant l'emploi parfois abusif des fers qui, soit dit en passant, sera dénoncé par les gynécologues à compter du milieu des années 1880, nous aurions tort pourtant d'ignorer le lien étroit entre l'usage du forceps et la redécouverte de la version, à une époque où sont condamnées les opérations volontairement destructives pour le foetus.

Le forceps ne peut en effet être utilisé que dans les cas où la tête foetale est accessible. Or, dans un cas de présentation *contre-nature*, où toute autre partie du corps foetal se présente à l'orifice, le médecin doit procéder au retournement du foetus avant d'appliquer les fers. Le changement de la présentation foetale ne va pas de soi. Dans les cas les moins heureux, il arrive, comme nous l'avons vu, qu'un membre ou plus soit sectionné. Nous ne pouvons prétendre que l'acharnement du médecin à opérer la version de l'enfant – même au point de répéter la manoeuvre trois fois ou

plus avant de demander à un confrère d'en faire autant – relève du désir profond d'en sortir vainqueur et de glorifier l'usage du forceps. Comprendre les événements de cette façon ne ferait qu'occulter toutes les autres raisons *morales* qui empêchent l'accoucheur d'extraire le fœtus morceau par morceau. De plus, une interprétation aussi réductrice n'expliquerait en rien la préférence accordée à la version\* et non à la craniotomie\* que les médecins cherchent à éviter à tout prix. De toute évidence, ce n'est pas l'usage du forceps qui est en cause dans les cas de renversement de l'enfant; c'est davantage le choix entre une méthode qui épargne la vie de l'enfant et une méthode qui l'élimine *directement*.

Il est vrai que la version\* provoque parfois la mort de l'enfant. En effet, ce dernier peut succomber soit par asphyxie, soit par l'interruption accidentelle de la circulation inter-utéroplacentaire ou soit par excès de manipulations qui peuvent parfois le démembrer. Mais si l'enfant expire, pendant ou après la version\*, le médecin, estime-t-on, a tout de même la satisfaction d'avoir tenté de le sauver. Autrement dit, si le fœtus meurt, le médecin est convaincu que c'est en dépit de l'opération obstétricale et non en conséquence du procédé utilisé. En fait, l'intention première du médecin est d'achever la délivrance pour sauver l'enfant.

\*

En cette fin de siècle, où le discours médical sur la maternité emprunte aux croyances religieuses les éléments nécessaires à sa justification, il

arrive aux médecins de brandir le spectre du chaos au moindre ébranlement des valeurs traditionnelles. Mais dans la mesure où l'autorité scientifique désire s'imposer dans une société en changement, elle se doit de combattre l'ignorance et le savoir-faire habituel. C'est pourquoi nous retrouvons d'un côté un discours médical favorable à la reconnaissance d'un statut pour le foetus in utero et de l'autre un discours sensible à l'importance socio-économique grandissante de la mère travailleuse. Le premier traduit la crainte de l'impression que pourrait laisser l'image du médecin charcutier, tandis que le second trahit la peur de nourrir l'image d'une pratique obstétricale opposée au progrès. On reconnaît ici les notions utilitaristes de gain et de perte si chères au discours matérialiste de la société industrielle. Graduellement, ces notions s'infiltrèrent aussi dans le discours médical. Non seulement les retrouve-t-on au coeur des débats sur les honoraires professionnels, mais elles servent aussi à justifier l'urgence d'appliquer certaines mesures prophylactiques pour réduire la perte de main d'oeuvre capitalisable <sup>24</sup>.

---

24. En effet, nous croyons qu'une étude plus approfondie des mesures hygiéniques mises de l'avant pendant le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle permettrait d'exposer, entre autres, les fondements matérialistes de la lutte aux conditions infectes de travail en manufacture.

## CONCLUSION

Les transformations engendrées par l'industrialisation et l'urbanisation posent, entre autres, le problème de la place de l'épouse et de la mère dans la société au XIXe siècle. En effet, quoique les discours économique, juridique et religieux affirment que la femme vit d'abord pour la maternité, il n'est pas exclu que sa participation économique soit sollicitée pour seconder financièrement le mari dans son rôle de pourvoyeur familial. Que la femme puisse nuire, pour quelque raison que ce soit, à l'enfant qu'elle pourrait porter fait également partie des hypothèses appréhendées. D'autre part, l'intérêt pour l'enfant à naître, que l'on souhaite physiquement et moralement sain, croît sensiblement dans un contexte de développement économique. On voit alors les discours économique, juridique et religieux se compléter pour instruire la femme des dangers qu'elle court, lorsqu'elle expose inutilement sa nature faible et impressionnable aux secousses des idées progressistes. Le travail manuel, le travail intellectuel ainsi que les *habitudes du monde* en général ne doivent jamais faire l'objet d'excès. Ils ne doivent pas détourner la femme de son destin *naturel*: la maternité.

À ces discours sur les statuts de la femme s'ajoute celui du corps médical qui, dans ses efforts pour s'imposer au XIXe siècle, s'érige en défenseur de la femme, de l'enfant et de la société à construire. Il propose donc deux types de solutions pour vaincre "les ennemis du dehors et du dedans <sup>1</sup>" qui ravissent à la femme les joies de la maternité et gaspillent la main d'oeuvre potentielle. Il s'agit d'abord d'un ensemble de mesures hygiéniques visant à prémunir la gestante des pires complications de la maternité. Cependant, il arrive que cette première solution se révèle insuffisante et parfois inappropriée. S'offrent alors à la gestante et à l'enfant qu'elle porte la possibilité d'être assistés par les traitements médicaux et chirurgicaux. En effet, les chirurgies obstétricales, en particulier la symphiséotomie\* et la césarienne, comptent des adeptes parmi les médecins francophones au Québec à la fin du XIXe siècle.

Toutefois, la prophylaxie des dystocies\* maternelles obtient la faveur des médecins francophones en général et s'impose nettement comme une nécessité à la fin du XIXe siècle <sup>2</sup>. Nous en trouvons les raisons à la fois dans les images culturelles et dans les représentations scientifiques de la physiologie de la femme. En fait, les unes cautionnent les autres et c'est là que s'ancre le pouvoir des médecins de s'interposer dans les processus de la

- 
1. Jean-Philippe Rottot, A. Dagenais et L.P.J. Desrosiers, "Anos confrères", UMC, vol. 1, no 1, 1872, p.
  2. Notre étude du discours médical met en évidence un certain nombre de raisons pour lesquelles la médecine à la fin du XIXe siècle préfère prévenir les complications que d'avoir à délivrer dans des conditions pouvant être fatales pour la mère et l'enfant. Toutefois, nous croyons qu'une étude détaillée des équipements, des effectifs et de l'enseignement offert dans les maternités québécoises permettrait de jeter un nouvel éclairage sur les raisons qui motivent l'adoption de mesures préventives plutôt que le développement des techniques chirurgicales.

gestation et de la parturition pour le bien-être de la femme et pour celui de l'enfant à naître. Il semble, en effet, que les médecins du XIXe siècle se font insistants à instruire la gestante des règles d'hygiène propres à son état, parce qu'ils croient effectivement que la femme est un être physiquement faible et moralement impressionnable.

C'est la physiologie *particulière* de la femme et sa façon de se manifester périodiquement qui leur en fournit la preuve médicale. En effet, la recherche sur la physiologie de la menstruation livre l'image de *l'utérus-émanatoire* et marque le discours sur la maternité pour toute la période étudiée. À la lumière du principe de la vaso-motricité et de la théorie de la circulation, la croyance en un pouvoir morbide de la suppression des règles s'accroît et justifie une large part du discours sur l'hygiène de la grossesse. Graduellement, la hantise du poison cataménial commande la surveillance étroite des femmes chez qui la menstruation s'établit mal ou ne s'établit pas.

Il n'est du reste, rien de plus intéressant que la grossesse pendant laquelle un état physiologique confine sans cesse à un état pathologique <sup>3</sup>.

La grossesse est donc un phénomène instable parce que survient l'arrêt de "l'expression ultime excrémentielle des phénomènes sécrétoires <sup>4</sup>", la

3. Professeur Peter, "Larévulsion", UMC, vol. 20, no 2, 1891, p. 99.

4. Docteur J. H. Keiffer, "La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale", UMC, vol. 26, no 18, 1897, p. 491.

menstruation. Il n'est pas alors surprenant de voir les médecins formuler des interdictions qui visent d'abord à soustraire la femme grosse des risques d'intoxication. Par ailleurs, nonobstant son intérêt réel pour la proscription de comportements effectivement malsains et morbides en période gravide, il est évident que le discours sur la prévention des affections de la maternité s'inspire aussi des attitudes et des comportements que la société du XIXe siècle refuse à l'épouse et à la mère. En réalité, le discours sur l'hygiène de la gestante s'insère dans l'idéal politique de la société québécoise de l'époque qui confine la femme mariée au statut *d'accessoire utile*, conçue d'abord pour la maternité et non pour le travail intellectuel et le salariat. C'est aussi la raison pour laquelle il arrive souvent au discours hygiéniste d'occulter les conditions réelles d'existence de la gestante au profit du formalisme des savoirs médicaux. En fait, le corps médical cherche aussi à s'imposer comme le dépositaire d'une expertise. Toutefois, l'insistance des médecins pour proscrire toutes activités susceptibles de compliquer l'état de la gestante dissimule aussi la faiblesse des ressources médicales pour rétablir promptement et efficacement l'état d'une gestante en proie, par exemple, à une crise éclampsique\*, épileptique ou cardiaque.

Par ailleurs, si ces mesures cherchent précisément à combattre les effets du poison menstruel et même à éliminer les causes certaines de l'involution gravidique\*, elles sont aussi, pour l'obstétrique naissante, des moyens de réduire les risques de l'accouchement dystocique\*. En effet, les médecins croient que le poison menstruel peut s'activer à n'importe quelle période de la maternité et ils redoutent d'en voir les effets au moment de

l'accouchement. La parturition *contre-nature* inquiète les médecins-accoucheurs pour des raisons qui relèvent, entre autres, de leur habileté à utiliser les médicaments et les instruments de façon efficace. En effet, il n'est pas évident que le médecin-accoucheur maîtrise la technique du chirurgien. C'est dans cette perspective qu'il faut également comprendre la plus grande popularité du forceps et de la version podalique\* chez les accoucheurs. Mais, il est également vrai que les accouchements laborieux soulèvent l'épineuse question de l'usage des instruments qui causent *directement* la destruction de l'enfant.

Le refus inconditionnel de pratiquer l'embryotomie\*, tout comme le souhait de voir se développer la pratique de la symphiséotomie\* et de la césarienne, trouvent une large part de leur fondement dans les valeurs culturelles de l'époque. En effet, les débats des médecins sur la marche à suivre dans les cas d'accouchement dystociques\* nous indiquent clairement que le type d'intervention retenu dépasse la formation clinique du médecin et s'insère dans une polémique sur la place de la mère dans la société. La résistance des uns à choisir entre la mère et l'enfant et la conviction des autres qu'il faille sauver d'abord la mère traduisent, d'une certaine manière, les difficultés d'adaptation aux nombreux changements qui se produisent dans la société. Les médecins sont souvent partagés entre les préceptes traditionnels sur la femme et les nouvelles conditions sociales qui attribuent un rôle économique à la mère et à l'enfant. En effet, l'univers symbolique ne correspond pas toujours aux progrès de l'obstétrique chirurgicale qui viennent, pour ainsi dire, menacer l'ordre établi.

Notre étude du discours médical révèle l'importance de la religion catholique comme facteur influant sur la pratique obstétricale des médecins francophones. Dans l'état actuel des connaissances nous n'avons pas de raison de croire que la culture religieuse ait joué un rôle moins important. Cependant, il faudrait une étude comparative entre la clinique obstétricale des médecins francophones et celle des médecins anglophones pour s'assurer, précisément, de l'importance véritable de la culture dans la détermination de la pratique des obstétriciens. Une telle étude pourrait même permettre de vérifier, le cas échéant, la nature et la fréquence des emprunts entre les pratiques obstétricales des deux cultures.

Les représentations culturelles du corps de la femme au XIXe siècle appartiennent à des générations d'hommes qui ont cherché à saisir la reproduction humaine et à l'encadrer à travers la vision chrétienne et occidentale du monde. La médecine impose donc sa vision de la gestation et de la parturition en faisant appel tantôt à des croyances populaires et à des récits bibliques, tantôt à des vérités scientifiques dans lesquels la maternité se présente comme un état *naturellement* morbide. Les experts de la symptomatologie ont fait de la maternité un objet de la médecine, au même titre que les autres événements pathologiques<sup>5</sup>. Mais c'est aussi à ce titre que la science médicale propose des explications possibles et des façons de faire pour diminuer les risques de mortalité des gestantes et des parturientes. L'intervention du médecin devient acceptable et même préférable, disent les prévoyants, lorsqu'elle est faite dans un but

---

5. Voir, Ann Oakley, Women Confined: Towards a sociology of Childbirth.

thérapeuthique et à plus forte raison dans un but prophylactique. Sous la pulsion du courant hygiéniste, ce sont aussi les habitudes et les attitudes nécessaires à la médicalisation prochaine de la maternité qui se développent sensiblement, tant chez les médecins que chez les gestantes. En 1906, le docteur Elphège A. René de Cotret, accoucheur de la maternité de Montréal, affirme:

Il faut à tout prix diminuer le nombre des victimes de la grossesse. [...] Il faudrait lutter plus énergiquement contre les accidents presque toujours évitables de la grossesse, de la parturition et des suites de couches. Que faut-il faire pour cela? Des choses bien simples: avoir soin de nos femmes enceintes; les entourer d'attentions suivies <sup>6</sup>.

L'analyse régulière des urines, l'examen physique de la patiente, le régime hygiénique physique et moral, la préparation de la femme à la lactation <sup>7</sup>, voilà en résumé le programme que suggère l'obstétrique à la fin du siècle. La médicalisation de la grossesse a pu augmenter les revenus des médecins ou produire, à long terme, une diminution de la mortalité chez les gestantes. Mais l'intervention médicale procède de biens d'autres facteurs que ceux provenant du désir du gain et de l'étalage du savoir scientifique. Dans le contexte urbain et industriel québécois de l'époque, la mère *utile* est aussi un corps exposé aux multiples conséquences du nouveau rythme de vie. L'obstétrique naissante, comme tous les champs de la médecine d'ici et d'ailleurs, s'impose aussi comme une nécessité socio-économique à l'aube du XXe siècle.

---

6. "Nécessité d'examiner la femme enceinte: trop de femmes meurent du fait de la grossesse", *UMC*, vol. 35, 1906, p.225-226. Les italiques sont de nous.

7. *Ibid.*, p. 226.

## LEXIQUE

- Albumine:** protéine du plasma sanguin, elle est aussi une substance organique qui sert à retenir ou attirer l'eau dans les humeurs\*.
- Albuminurie:** état dans lequel l'albumine est anormalement éliminée dans les urines. L'albuminurie rénale constitue le symptôme capital de la néphrite aiguë ou chronique, c'est-à-dire d'une altération plus ou moins profonde du rein. Elle se rencontre aussi au cours de la grossesse [albuminurie gravidique].
- Aménorrhée:** absence, suppression ou diminution pathologique des menstrues.
- Antispasmodique:** se dit des médicaments contre les spasmes d'origine nerveuse. Les principaux sont les bromures, la belladone, le thym, le camphre, le tilleul.
- Basiotribe:** instrument en forme de pince et muni d'un perforateur servant à broyer la tête d'un fœtus dans l'utérus.
- Basiotripsie:** perforation et broiement de la tête d'un fœtus, mort ou vivant, pour l'extraire plus aisément dans les cas de bassin trop étroit, d'hydrocéphalie du fœtus ou de volume excessif du crâne fœtal.
- Céphalotomie:** perforation de la tête d'un fœtus. Pratiquée avec le céphalotome, le tire-noeud\* ou tout autre instrument pointu, elle facilite l'extraction d'un fœtus mort ou vivant, dans les cas de volume excessif du crâne fœtal ou d'hydrocéphalie, comme dans les cas de bassin rétréci chez la mère.

- Céphalotribe:** instrument formé de deux cuillères étroites servant à comprimer la tête d'un foetus dans l'utérus.
- Céphalotripsie:** synonyme de basiotripsie\*, elle est essentiellement une réduction de la tête d'un foetus, mort ou vivant, pour en faciliter l'extraction.
- Chloroanémie:** variété d'anémie qui aurait pour cause, selon les médecins de l'époque, un trouble du métabolisme du fer lié, chez la femme, à un mauvais fonctionnement ovarien.
- Craniotomie:** synonyme de céphalotomie\* c'est une perforation de la tête foetale.
- Crase sanguine:** ensemble des propriétés du sang relatives à la coagulation.
- Délivre:** ensemble des annexes du foetus composées du placenta, du cordon et des enveloppes (chorion, amnios, caduque), communément appelé l'arrière-faix.
- Dyscrasie:** altération des propriétés du sang et des autres humeurs\*, elle est responsable d'affections diverses: eczéma, rhumatismes, asthme, etc.
- Dysménorrhée:** menstruation douloureuse.
- Dystocie**  
**Dystocique:** anomalie d'origine maternelle ou foetale, conduisant à un accouchement laborieux [dystocique].
- Éclampsie**  
**gravidique:** manifestation grave de la toxémie\*, s'observant souvent chez les gestantes qui présentent une albuminurie\* persistante. Précédée de céphalées, de troubles de la vue et de douleur gastrique, elle se traduit par des convulsions pouvant aboutir au coma et entraîner des troubles psychiques permanents.
- Éclampsique:** se dit de la gestante en proie à des convulsions graves causées par une auto-intoxication.

- Embryotomie:** opération destinée à faciliter l'extraction d'un foetus, mort ou vivant, soit en le sectionnant en deux ou plusieurs tronçons, soit en réduisant les parties trop volumineuses à l'aide de l'embryotome, du céphalotribe\* ou du basiotribe\*.
- Emménagogue:** se dit des médicaments et traitements qui provoquent l'apparition des menstrues. Certaines plantes utilisées dans ce but ne sont cependant pas des emménagogues, mais plutôt des abortifs (l'absinthe, l'armoise, le cerfeuil, le romarin et le safran).
- Eutocique:** se dit d'un accouchement normal ou naturel.
- Faux-germe:** tumeur embryonnaire de l'utérus constituée par la dégénérescence kystique des villosités du chorion (enveloppe de l'oeuf foetal).
- Fièvres puerpérales:** Ensemble des accidents dus à l'infection des organes génitaux. Un toucher vaginal septique, des instruments ou des liquides non stérilisés, sont autant de causes d'infection utérine. La rupture précoce des membranes, la déchirure du périnée, la rétention placentaire prédisposent particulièrement à l'infection puerpérale.
- Fistule vésico-vaginale:** lacération profonde des voies génitales résultant parfois d'un geste du médecin, et qui expose à l'infection puerpérale.
- Folliculine:** hormone ovarienne que l'on retrouve dans l'urine de la gestante.
- Gastrotomie:** synonyme de symphiséotomie\*.
- Gravide:** se dit d'un utérus contenant un embryon ou un foetus et, par extension, une femme en état de grossesse.
- Gravidité:** synonyme de grossesse.

- Grossesse molaire:** grossesse caractérisé par un oeuf très hémorragique et en dégénérescence. L'avortement est inévitable.
- Hématome rétro-placentaire:** collection sanguine qui se constitue entre le placenta et la muqueuse utérine, et qui entraîne, dans la grande majorité des cas, la mort du foetus.
- Hémostatique:** se dit de tout procédé, substance ou instrument utilisé pour arrêter une hémorragie.
- Humeur:** ensemble des liquides de l'organisme (le sang, la lymphe, le liquide céphalorachidien). Le pus est une humeur pathologique.
- Hydropisie de l'amnios:** rétention excessive d'eau dans la membrane enveloppant le foetus.
- Involution gravidique:** synonyme d'avortement spontané.
- Leuchorrhée:** écoulement non sanglant par la vulve, appelé aussi pertes ou flueurs blanches.
- Ménorragie:** écoulement de sang menstruel anormalement long et abondant. Peut également signifier, au XIXe siècle, une hémorragie utérine en dehors de la période cataméniale.
- Ménorrhémie:** synonyme d'aménorrhée\*.
- Météorisme:** distension de l'abdomen par la présence d'un gaz accumulé à l'intérieur.
- Métrite puerpérale:** inflammation du col ou du corps de l'utérus. Cette forme d'inflammation désignée aussi sous les noms de métropéritonite, de fièvre puerpérale\*, constitue une affection dangereuse qui frappe les femmes en couches au XIXe siècle. Parmi les causes on trouve l'influence directe exercée par un accouchement laborieux, prolongé des manoeuvres nécessitées par quelque obstacle, les

déchirures du col ou du périnée, l'avortement provoqué, l'inertie de l'utérus après l'accouchement, la rétention d'une partie du placenta ou de caillots putréfiés, etc.

- Métrorragie:** saignement provenant de l'utérus en dehors de la période menstruelle, et de ce fait anormal.
- Multipare:** se dit d'une gestante qui a déjà eu des enfants.
- Ocytocique:** se dit d'une substance qui renforce les contractions utérines (l'ergot de seigle).
- Placenta praevia:** insertion vicieuse du placenta. Au lieu de s'insérer normalement au fond de l'utérus, il se fixe sur la partie basse de celui-ci et se présente avant le fœtus pendant l'accouchement. Il expose à des hémorragies dangereuses tant pour la mère que pour l'enfant.
- Primipare:** se dit d'une femme qui accouche pour la première fois.
- Progestérone:** une hormone sexuelle sécrétée par l'ovaire. Elle exerce une influence sur la contractilité de l'utérus et agit avec la folliculine\* pour transformer la muqueuse utérine et la rendre ainsi apte à recevoir l'œuf fécondé. Sa sécrétion régulière est le garant de cycles menstruels normaux. Son insuffisance se rencontre dans la période qui précède la ménopause.
- Pubiotomie:** section du pubis pratiquée à l'aide d'un tranche-pubis. Elle consiste à écarter les os du pubis pour extraire l'enfant vivant.
- Sphygmographe:** instrument placé au poignet du patient et qui fournit un tracé permettant une mesure des variations du pouls artériel.
- Spirométrie:** étude des mouvements respiratoires et de la capacité pulmonaire. Elle se fait à l'aide d'un spiromètre qui fournit un tracé des altérations avant même que les signes soient perceptibles à l'auscultation et à la percussion.

- Suites de couches:** aussi nommée les lochies. Elles sont essentiellement une évacuation séreuse et sanguinolente après l'accouchement.
- Symphiséotomie:** opération qui s'apparente à la pubiotomie\*. Incision longitudinale des cartillages du bassin pratiquée au-dessus de la symphyse et se prolongeant jusque sur le clitoris.
- Tire-noeud:** instrument pointu pour pratiquer la perforation du crâne (craniotomie\*, céphalotomie\*) d'un foetus pour l'extraire de l'utérus.
- Tocologie:** sciences des accouchements. Du grec tokos, enfantement, et logos, discours. Diffère de l'obstétrique qui se rapporte à la grossesse et à l'accouchement.
- Toxémie gravidique:** Ensemble de manifestations pathologiques (albuminurie, hypertension, prise de poids excessive) survenant en fin de grossesse spécialement chez les primipares\*. Elle peut se compliquer d'éclampsie\* et d'hématome rétro-placentaire\*, et menace donc à la fois la mère et le foetus.
- Urémie:** au sens stricte, désigne le taux de l'urée sanguine. Par extension, l'urémie désigne l'insuffisance rénale chronique.
- Version mixte:** manoeuvre obstétricale de renversement du foetus au cours de laquelle l'opérateur saisit l'enfant à la fois à travers la paroi abdominal de la mère et de l'intérieur de la cavité utérine
- Version podalique:** manoeuvre obstétricale interne qui a pour objet de transformer une présentation foetale fautive en une présentation qui assure une issue heureuse de l'accouchement.

## BIBLIOGRAPHIE

### I- SOURCES

#### 1. SOURCES DE PREMIÈRE MAIN

Notre corpus se compose essentiellement d'articles tirés des périodiques médicaux francophones suivants: l'Union médicale du Canada de 1872 à 1903, le Journal d'hygiène populaire de 1884 à 1895, l'Abeille médicale de 1879 à 1882 et la Gazette médicale de Montréal de 1887 à 1892. Nous avons retenu principalement les articles relatifs à l'obstétrique et aux maladies des femmes en général (la gynécologie) en sélectionnant ceux qui nous paraissaient les plus pertinents et les plus aptes à nous renseigner sur les représentations médicales de la gestation et de la parturition. Outre les présentations de cas, nous avons retenu les lettres aux éditeurs, les discours d'ouverture, les rapports des sessions de la Société médicale de Montréal et ceux des congrès de médecine, les notes d'obstétrique et de gynécologie, ainsi que divers articles qui discutent du rôle social de la femme et de la mère. The Medical Chronicle de 1853 à 1859 et The Canada Medical Record de 1872 à 1904 sont les seuls périodiques médicaux anglophones que nous avons dépouillés.

#### 2. SOURCES IMPRIMÉES

##### 2.1 **Publications gouvernementales**

Recensement du Canada , 1871, vol. 1, 2, 3; 1881 vol. 1, 2, 3; 1891, vol. 1, 2, 3, et 1901 vol. 1, 2, 3.

Statuts du Canada , 1841, chap. 27, p. 217-218; 1859, chap. 91, p.994-995; 1869, chap. 20, p. 189-190; 1886, chap. 162, p. 1980; , 1892, chap. 29, p. 105-106.

## 2.2 Essais contemporains

MAILLOUX, Alexis, Essai sur le luxe et la vanité des parures , Québec, N.S. Hardy libraire éditeur, 1882, 190 p.

MOREAU, Edouard (docteur), Instructions sur l'art des accouchemens pour les sages-femmes de la campagne , Montréal, Fabre, Perrault et cie., 1834, 43 p.

PAQUIN, Elzéar (docteur), Le Livre des mères ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine , Montréal, [s.é.], 1880, 254 p.

VALLÉE, Guillaume J.-L. (docteur), Dissertation sur le cancer de l'utérus, thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, Paris, Didot Le Jeune, 1826, 52 p.

## 2.3 Dictionnaires et ouvrages de références

Dictionnaire universel du XIXe siècle , Paris, Larousse et Boyer, tome III, 1867.

Jurisprudence générale. Supplément au répertoire , Paris, Bureau de la jurisprudence générale, 1887, tome I, p. 748-752.

# II- ÉTUDES

## 1. FEMME ET HISTOIRE

BADINTER, Elisabeth, L'Un est l'autre: des relations entre hommes et femmes, Paris, Odile Jacob, 1986, 361 p.

BOUCHARD, Pauline, L'Apport du manuel des parents chrétiens à la formation d'une idéologie de la femme au Québec (mythe et réalité) , Mémoire de maîtrise, UQTR, 1983, 204 p.

DELAMONT, Sara et Lorna DUFFIN, The Nineteenth Century Woman: Her Cultural and Physical World , London, Croom Helm, 1978, 213 p.

DUMONT, Micheline *et al.*, L'Histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles, Montréal, Les Quinze, 1982, 521 p.

HOFFMANN, Paul, La Femme dans la pensée des Lumières, Paris, Ophrys, 1977, 621 p.

KNIBIEHLER, Yvonne et Catherine FOUQUET, L'Histoire des mères du Moyen-âge à nos jours, Paris, Montalba, 1980, 367 p.

LAVIGNE Marie et Yolande PINARD, Les Femmes dans la société québécoise, Montréal, Boréal, 1977, 214 p.

LINTEAU, P-André, R. DUROCHER et J-C ROBERT, Histoire du Québec contemporain. De la confédération à la crise, Montréal, Boréal, 1979, 658 p.

McLAREN, Angus et Arlene TIGAR McLAREN, The Bedroom and the State, Toronto, McClelland and Stewart, 1986, 186 p.

STELLMAN, Jeanne M., "La rançon économique du travail des femmes; les risques professionnels", Médecine et société, les années '80, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981, p. 249-270.

## 2. FEMME ET MÉDECINE

ARNEY, William Ray, Power and the Profession of Obstetrics, Chicago, University of Chicago Press, 1982, 290 p.

BADINTER, Elisabeth, L'Amour en plus; histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècles), Paris, Flammarion, 1980, 372 p.

EHRENREICH, Barbara, "L'objectivité médicale et les femmes", Médecine et société, les années '80, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981, p. 81-91.

FINE, Agnès, "Savoirs sur le corps et procédés abortifs au XIXe siècle", Communications, no 44, 1986, p. 107-136.

KNIBIEHLER, Yvonne et Catherine FOUQUET, La Femme et les médecins: analyse historique, Paris, Hachette, 1983, 333 p.

LABERGE, Hélène, "La sexualité à travers les âges", Traité d'anthropologie médicale, Québec, Presse Universitaire du Québec, 1985, p. 716-732.

LAFORCE, Hélène, Histoire de la sage-femme dans la région de Québec, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, 237 p.

LÉVESQUE, Andrée, "Mères ou malades: les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins", Revue d'histoire d'Amérique française, vol. 38, no 1, 1984, p. 23-37.

MUMFORD, E. , "Male and Female in Health Care", Medical Sociology, New-York, Random House, 1983, p. 269-274.

RICH, Adrienne, Naître d'une femme: la maternité en tant qu'expérience et institution, Paris, Denoël Gonthier, 1980, 297 p.

SAILLANT, Francine et Michel O'NEIL, Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec, Montréal, Saint-Martin, 1987, 450 p.

SHORTER, Edward, Le Corps des femmes, Paris, Seuil, 1982, 380 p.

VIGNAUX, Georges, "Les mots, les arguments, discours: idéologies, pouvoirs", Connexions, no 27, 1979.

### 3. MÉDECINE ET HISTOIRE

ARSENAULT, André, "Mutations du discours thérapeutique", Traité d'anthropologie médicale, Québec, Les Presses Universitaires du Québec, 1985, p. 75-84.

BERNIER, Jacques, La Médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession, Québec, P.U.L., 1989, 207 p.

KENNEALLY, Rhona Richman, The Montreal Maternity, 1843-1926: Evolution of a hospital, thèse de maîtrise, Montréal, Université McGill, 1983, 163 p.

KNIBIEHLER, Yvonne, "Les médecins et la «nature féminine» au temps du code civil", Annales E S C, vol. 31, no 4, 1976, p. 824-845.

LEBLOND, Sylvio, "La profession médicale sous l'Union (1840-1867)", Les Cahiers des dix, no 38, 1973, p. 163-203.

LÉONARD, Jacques, La Médecine entre les savoirs et les pouvoirs, Paris, Aubier, collection historique, 1981, 384 p.

LOUX, Françoise, Traditions et soins d'aujourd'hui, Paris, Inter, 1983, 315 p.

MORIN, Victor, "L'évolution de la médecine au Canada français", Les Cahiers des dix, no 25, 1960, p. 65-83.

ZOLA, Irving, "Culte de la santé et méfaits de la médicalisation", Médecine et société, les années '80, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981, p. 31-51.

Les Maladies ont une histoire, numéro spécial de L'histoire, Paris, Seuil, 1985, 113 p.

### III- THÉORIES ET MÉTHODES

#### 1. MODÈLES MÉDICAUX

BYL, Simon, "Survivance de quelques préjugés hippocratiques et aristotéliens relatifs à la reproduction humaine dans les écrits médicaux et biologiques de l'âge baroque", Revue belge de philologie et d'histoire, vol. LXIV, no 4, 1986, p. 694-703.

FROHN, Winnie et Gilles MALONEY, "Aux sources de la tradition: Hippocrate", Traité d'anthropologie médicale, Québec, Les Presses Universitaires du Québec, 1985, p. 961-973.

GÉLIS, Jacques, L'Arbre et le fruit, Paris, Fayard, 1984, 611 p.

LAPLANTINE, François, Anthropologie de la maladie, Paris, Payot, 1986, 411 p.

OAKLEY, Ann, Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth, New-York, Schocken Books, 1980, 334 p.

ROUSSELLE, Aline, "Observation féminine et idéologie masculine: le corps de la femme d'après les médecins grecs. Images médicales du corps", Annales E S C, vol. 35, no 5, 1980, p. 1089-1115.

SISSA, Giulia, "Une virginité sans hymen: le corps féminin en Grèce ancienne", Annales E S C, vol. 39, no 6, 1984, p. 1119-1139.

YOUNG, Allan, "The Anthropologies of Illness and Sickness", Annual Review of Anthropology , vol. 11, 1982, p. 257-285.

## 2. IMAGINAIRES SOCIAUX

AUGÉ, Marc, Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort. Introduction à une anthropologie de la répression , Paris, Flammarion, 1977, 216 p.

BRONISLAW, Baczko, Les Imaginaires sociaux, mémoires et espoirs collectifs , Paris, Payot, 1984, 242 p.

CORBIN, Alain, "Les prostituées du XIXe siècle et le vaste effort du néant", Communications , vol. 44, 1986, p. 259-275.

\_\_\_\_\_, Le Miasme et la jonquille: l'odorat et l'imaginaire social XVIIIe-XIXe siècles , Paris, Aubier, collection historique, 1982, 338 p.

DESANTI, Jean-Toussaint, "Le rôle de la science dans la culture", Revue internationale de sciences sociales , no 109, 1986, p. 491-501.

DUMAIS, Alfred. "La santé imaginaire", Recherches Sociographiques , vol. XXIII, no 3, 1982, p. 275-284.

FREIDMAN, Georges, Sept études sur l'homme et la technique , Paris Gonthier, 1966, pp. 7-69, 203-206.

LEGOFF, Jacques *et al.*, Histoire et imaginaire , Paris, Payot, 1986, 150 p.

LINTON, Ralph, The Study of Man , New-York, Appleton-Century-Crofts Inc., 1936, ch. VIII. Traduction française De l'homme , Paris, Minuit, 1968.

MAFFESOLI, Michel, "L'imaginaire et le quotidien dans la sociologie de Durkheim", Revue européenne des sciences sociales , vol. XXI, no 65, 1983.

MOSCOVICI, Serge, "La représentation sociale: sens du concept", La Psychanalyse, son image et son public , Paris, P.U.F., 1961, p. 300-311.

TREMBLAY, Marc-Adélar, "L'anthropologie de la santé en tant que représentation" , Recherches Sociographiques , vol. XXIII, no 3, 1982, p. 253-273.

#### IV- DIVERS

##### 1. DICTIONNAIRES MÉDICAUX

Histoire générale des sciences , Paris, Presse Universitaire de France, 1958, Tome II: la science moderne, "La médecine", p. 620-642.

Histoire générale des sciences , Paris, Presse Universitaire de France, 1961, Tome III: XIXe siècle, "Les sciences médicales", p. 567-601.

Larousse Médical , Paris, Librairie Larousse, 1968.

La Santé: l'encyclopédie pour vivre mieux , Paris, Alpha, 1981, "Donner la vie", vol. 6.

##### 2. OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

LORENZ, Otto, Catalogue général de la librairie française depuis 1840 , Paris, 1887, réimprimé par Krauss Reprint Ltd., Nendeln, Liechtenstein, 1967, Tome X, p. 514.

MEDINE, Henry, Esquisse d'un traditionalisme catholique , Paris, Latines, 1956, 125 p.

Dictionnaire de droit canonique , Paris, Letouzey et Ané, 1935, tome I, p. 1536-1561.