



CANADIAN SOCIETY FOR THE
HISTORY OF MEDICINE
2018 ABSTRACTS

Tara H. Abraham (University of Guelph)
taabraha@uoguelph.ca

Transforming Psychiatry in American Medical Education: The Role of the Commonwealth Fund, 1918-1950

American psychiatry was a fragmented field during the first half of the twentieth century, struggling for legitimacy. Historians have focused on efforts to ground psychiatry in medicine, such as the influence of somatic techniques, Freud and psychoanalysis, and the impact of the two world wars. What has received less attention is the role of reform in psychiatric education as a form of professional legitimation. My paper will address that gap by examining the role of the Commonwealth Fund (CF) and its work with the National Committee for Mental Hygiene (NCMH) in reforming the education of American psychiatrists. Established in 1918 by Anna Harkness, wife of Standard Oil shareholder Stephen V. Harkness, the CF aimed to promote “the welfare of mankind”. Working closely with the NCMH Division of Psychiatric Education, during the 1930s the CF provided support for projects related child welfare and child psychiatry, and pursued reform through a focus on medical education. This support came in the form of fellowships at places such as the Boston Psychopathic Hospital, the development of certification boards in neurology and psychiatry, as well as programs linking psychiatry with medicine more generally.

My paper will analyze this reform in medical education by concentrating on the efforts of two students of Adolf Meyer: Edward Strecker and Franklin G. Ebaugh, who both worked in the Division of Psychiatric Education in the NCMH. This story will be contextualized on two fronts: first, I will examine the social contexts for reform, such as social movements, quackery in treating mental illness, and certification and standardization efforts which shaped the CF agenda. Secondly, I will explore the more specific pedagogical practices promoted by both the NCMH and the CF in the administration of the fellowship programs and in their assessments of the state of

medical education in psychiatry. I will suggest that while reforms in psychiatric education owed much to trends in the evolution of medical education broadly construed, changes in psychiatry had a lot to do with its perceived relevance in the social and cultural landscape of early twentieth-century America.

Transformer la psychiatrie dans l'éducation médicale américaine: le rôle du fonds du Commonwealth, 1918-1950

Au cours de la première moitié du XXe siècle, la psychiatrie américaine demeure une discipline fragmentée luttant pour sa légitimité. Les historiens se sont concentrés sur les efforts pour ancrer la psychiatrie en médecine, tels que l'influence des techniques somatiques, Freud et la psychanalyse, et l'impact des deux guerres mondiales. Ce qui a reçu moins d'attention, c'est le rôle de la réforme dans l'éducation psychiatrique en tant que forme de légitimation professionnelle. Ma présentation comble cette lacune en examinant le rôle du Fonds du Commonwealth (FC) et son travail avec le Comité national pour l'hygiène mentale (NCMH) dans la réforme de l'éducation des psychiatres américains. Fondée en 1918 par Anna Harkness, épouse de Stephen V. Harkness, actionnaire de Standard Oil, le FC a eu pour objectif de promouvoir «le bien-être de l'humanité». Travaillant en étroite collaboration avec la Division de l'éducation psychiatrique de la NCMH au cours des années 1930, le FC a appuyé des projets liés à la protection de l'enfance et à la pédopsychiatrie et des réformes mettant l'accent sur l'éducation médicale. Ce soutien a inclut de bourses d'études à des endroits tels que le Boston Psychopathic Hospital, le développement de comités de certification en neurologie et en psychiatrie, ainsi que des programmes associant la psychiatrie à la médecine en général.

Mon article analyse cette réforme de l'éducation médicale en se concentrant sur les efforts de deux étudiants d'Adolf Meyer: Edward Strecker et Franklin G. Ebaugh, qui travailleront tous deux à la Division de l'éducation psychiatrique de la NCMH. Cette histoire est contextualisée sur deux fronts: premièrement, j'examine les contextes sociaux de la réforme, tels que les mouvements sociaux, le charlatanisme dans le traitement de la maladie mentale, et les efforts de certification et de normalisation qui ont façonné le programme du FC. Deuxièmement, j'explore les pratiques pédagogiques plus spécifiques promues par la FCNM et le FC dans l'administration des programmes de bourses et dans leurs évaluations de l'état de l'éducation médicale en psychiatrie. Finalement, je suggère que si les réformes de l'éducation psychiatrique doivent beaucoup aux tendances dans l'éducation médicale, les changements en psychiatrie ont beaucoup à voir avec sa pertinence perçue dans le paysage social et culturel de l'Amérique du début du XXe siècle.

Annmarie Adams (McGill University)
annmarie.adams@mcgill.ca

Designing Penfield

This paper examines neuro-surgeon Wilder Penfield's collaboration with architects, sculptors, and photographers in the production of two key spaces at the Montreal Neurological Institute (MNI): the operating room and the lobby. Penfield and Montreal-based architects Ross and Macdonald shaped the MNI's "OR1" to privilege view and communication, significant aspects of Penfield's surgical method. Constructed in 1934, it featured a spectators' gallery that was divided from the surgical space by a dramatically canted plate glass screen. Below this gallery was a cellar designed for a photographer tasked with capturing the brain during the surgical procedure. Although today the methods of imaging the brain have changed, OR 1 is still in constant use at the MNI.

Penfield's design collaborations were different in the MNI lobby. Working with New York interior designer Bernet Phillips, Penfield ensured that the entrance lobby to the MNI received staff, patients, and visitors, and oriented them to the unique work being done there. These subliminal messages were expressed through wall decoration, exquisite Art Deco furniture, and a marble copy of a famous statue of a female figure. The copying of the original statue was undertaken in Paris under the watchful eye of American architect Welles Bosworth.

In addition to "unveiling" his collaborative work with these non-medical professionals, this paper remarks on Penfield's own drawings and photography. A central argument is that Penfield's general interest in visual communication was closely linked to his work in medical visualization. His architectural legacy, the MNI, monumentalized his own personal accomplishment as a neurosurgeon, in ways I believe he clearly understood.

Le design Penfield

Cette communication se penche sur la collaboration du neurochirurgien Wilder Penfield avec des architectes, des sculpteurs et des photographes dans la création de deux espaces clés de l'Institut neurologique de Montréal (INM) : la salle d'opération et le hall d'entrée. Le Dr Penfield et les architectes Ross et Macdonald, établis à Montréal, ont conçu la salle d'opération n° 1 de l'INM pour privilégier la vue et la communication, des éléments importants de la méthode chirurgicale du Dr Penfield. Construite en 1934, cette salle est pourvue d'une tribune pour les spectateurs, séparée de l'espace chirurgical par une plaque de verre spectaculairement inclinée. Sous cette tribune se trouve une fosse dans laquelle prenait place le photographe chargé de prendre des clichés du cerveau pendant l'intervention chirurgicale. Même si les techniques pour

obtenir des images du cerveau ont bien changé, la salle d'opération n° 1 de l'INM est encore aujourd'hui utilisée à plein rendement.

L'apport du Dr Penfield au design du hall d'entrée de l'INM a été différent. Travaillant avec l'architecte d'intérieur new-yorkais Barnet Phillips, le Dr Penfield a veillé à ce que le hall d'entrée de l'INM accueille le personnel, les patients et les visiteurs et les initie au travail unique qui se fait dans ce lieu. Ces messages subliminaux ont été exprimés par la décoration murale, un magnifique mobilier Art déco et la réplique en marbre d'une célèbre statue de femme, qui a été réalisée à Paris sous le regard attentif de l'architecte américain Welles Bosworth.

En plus de lever le voile sur sa collaboration avec des professionnels non médicaux, cette communication commente les propres dessins et photographies du Dr Penfield. L'argument principal est que l'intérêt du Dr Penfield pour la communication visuelle était étroitement lié à son travail en visualisation médicale. Son héritage architectural, l'INM monumentalise ses propres réalisations en tant que neurochirurgien, d'une façon qu'il comprenait parfaitement à mon avis.

Ceilidh Auger-Day (University of Saskatchewan)
cea416@mail.usask.ca

No coverage for "...injuries caused by Indians": Early accident insurance and the social and cultural world of late nineteenth-century Canada

Dated 1884, the accident insurance policy of the late Charles Edward Weegar covered him for injuries caused him by other persons, provided he had not been engaged at the time in dueling, rioting, drinking, or gymnastic sports. His policy stated very pointedly, however, that "No insurance [was] granted under this contract against any fatal or non-fatal injuries cause by Indians." Inherent in this statement were important assumptions about insurance and race. First Nations individuals were considered more of an inherent danger than they were potential accident insurance clients, for one.

Weegar's policy likewise assumed that he was male. Women seeking accident insurance had very limited options and, as assumed non-wage earners (regardless of the reality), were liable to be viewed with suspicion for wanting coverage in the first place. Weegar, on the other hand, was assumed to be working in the formal economy. In fact, his occupation was the primary consideration in deciding what kinds of accident insurance, at what rates, he might be eligible for (as a clerk, Weegar was a preferred-level customer).

Insurance was a booming business beginning in the late 1800s, and to a significant extent the industry also epitomized the shifts occurring in Canada towards an increasingly capitalist and industrial society. Drawing on accident insurance policies

and company records to unpack characteristic biases and unstated discrimination, both in who was eligible and what was and was not covered, and exploring differences in treatment based on race, gender, and occupation therefore makes clear some of the social and cultural assumptions in place at the turn of the twentieth century. It likewise allows us to see some of the unequal ways in which accidents impacted dissimilar categories of Canadians, in sometimes advantageous and other times devastating ways.

Aucune assurance pour les "...blessures causées par les indiens": l'assurance-accidents et le contexte social et culturel du Canada à la fin du dix-neuvième siècle

Selon la police d'assurance-accidents, datée de 1884, du regretté Charles Edward Weegar, il était couvert en cas de blessures causées par d'autres personnes outre des cas de duel, d'émeute, d'ivresse, ou de compétition gymnastique. Cependant, la police indiquait clairement que « aucune assurance n'est accordée en cas de décès ou de blessures causées par les indiens. » Des suppositions importantes au sujet d'assurance et de race sont inhérente à cette déclaration. Les membres des premières nations, pour exemples, sont considéré un danger aux autres plutôt que des clients potentiels d'assurance-accidents.

De plus, la police de Weegar prenait comme acquis qu'il était un homme. Les femmes qui avaient besoin d'assurance-accidents avaient peu d'options et, en faisant la demande, elles éveillaient souvent la méfiance à cause de la présomption de leur rôle non-salarié (indépendant de la réalité). Quant à lui, on présumait que Weegar participait à l'économie officielle. En fait, son métier était d'une importance capitale en déterminant son admissibilité à certain niveau d'assurance-accidents, et aux meilleurs taux (Weegar était un commis et donc un client privilégié).

À la fin du dix-neuvième siècle, l'assurance était une industrie qui florissait et elle indiquait que le Canada était en voie de devenir une société plus capitaliste et industrielle. J'utilise des polices d'assurance-accidents et des dossiers d'entreprises pour examiner les préjugés qui influençait l'admissibilité et le taux de couverture. Les différences de traitement fondées sur la race, le sexe, et le métier soulignent certaines présomptions sociale et culturelle. De plus, cela permet de voir la façon inégale que les accidents ont affectées des différentes catégories de canadiens, parfois à leur avantage mais souvent à leur désavantage.

Meghan Bend, Megan Hewson, Helen Vandenberg
(University of Saskatchewan, College of Nursing)
meghanah28@gmail.com mjho63@mail.usask.ca helen.vandenberg@usask.ca

“We have to remember there was a past”: A first glimpse of the Saskatchewan Nursing Oral History Collection 1950-2010

Oral history provides a valuable tool to explore the relationships between nursing and the broader contexts of healthcare history in Western Canada. The purpose of this ongoing five-year project is to capture and preserve the rich history of Saskatchewan nursing in an online Saskatchewan Nursing Oral History Collection. Our aim is to better understand the history of nursing in relation to the shifting social, economic and political context of Saskatchewan from 1950 to 2010. We believe that capturing and preserving the stories of Saskatchewan’s Registered Nurses will help us to explore the relationships between significant social changes and professional developments in nursing in more recent history. Very little has been published to date about the history of Canadian nursing after 1950, and especially after the nursing strikes of the late 1990s. Of the twenty-two interviews conducted so far, participants’ stories revealed overarching themes familiar to nursing practice including justice, advocacy, accountability, and the importance of authentic human relationships. Additional themes touched on the value of teamwork, influential changes in medical science, and shifting nursing roles in leadership, policy, labor, and education. Creating an accessible database for nursing history in Saskatchewan offers opportunities for future educators and researchers to understand past developments in nursing and further inform current and future practices in Saskatchewan. In this presentation we will introduce the project and provide preliminary findings from our first interviews.

Souvenons-nous qu’il y a eu un passé » : Un premier aperçu de la Collection d’histoire orale des infirmières et des infirmiers de la Saskatchewan entre 1950 et 2010

L’histoire orale est un précieux outil pour étudier les liens entre les soins infirmiers et le plus grand contexte de l’histoire des soins de santé dans l’Ouest canadien. Le but de ce projet quinquennal est de saisir et de préserver en ligne la riche histoire des soins infirmiers en Saskatchewan dans la Collection d’histoire orale des infirmières et des infirmiers de la Saskatchewan afin de mieux comprendre l’histoire des soins infirmiers entre 1950 et 2010 par rapport aux changements sociaux, économiques et politiques en Saskatchewan. La saisie et la conservation des récits des infirmières et infirmiers autorisés de la Saskatchewan permettront d’explorer les relations entre les principaux changements sociaux et les développements professionnels en soins infirmiers des dernières années. Jusqu’aujourd’hui, très peu a été publié sur l’histoire des soins infirmiers au Canada après 1950, et plus particulièrement, suite aux grèves

des infirmières et infirmiers de la fin des années 1990. Des vingt-deux entrevues réalisées, de principaux thèmes sont survenus quant à la pratique des soins infirmiers, la justice, la représentation, la responsabilité et l'importance des relations humaines authentiques. D'autres thèmes abordaient la valeur du travail d'équipe, les changements influents dans les sciences médicales et l'évolution des rôles infirmiers dans le leadership, les politiques, le travail et l'éducation. La création et l'accessibilité d'une base de données sur l'histoire des soins infirmiers en Saskatchewan offrirait, aux futurs éducateurs et chercheurs, la possibilité de comprendre les développements antérieurs en soins infirmiers, et informerait davantage les pratiques actuelles et futures en Saskatchewan. Cet exposé présentera le projet et étalera des résultats préliminaires des premières entrevues.

Roland Bertens (UMC Utrecht)
r.m.bertens-2@umcutrecht.nl

Autonomy and/or Solidarity? Culture and Structure in Dutch Health Care 1900-1941

The history of state-backed provision and insurance of health care in The Netherlands provides an interesting case for international comparison, also from a Canadian perspective. For what marks this history is a strong emphasis on local initiatives – emanating from municipalities and regions, but also religious communities and a strong civil society in general – coupled with a historically strong sense of solidarity.

After the late onset of industrialization in The Netherlands, the first half of the 20th century saw several political attempts at instituting mandatory health insurance for the Dutch population. All of these failed, due to Protestant and Catholic parties emphasizing religious 'sphere sovereignty', and liberals wanting 'particular initiative' to provide social arrangements, not the state. And to quite an extent, care for the sick did indeed expand through the large variety of mostly philanthropy-based sickness funds in existence. Nevertheless, in 1941 political gridlock on health care was broken by the German occupier, who instituted a mandatory health insurance arrangement for some 60% of the population.

Following the war, the welfare state expanded rapidly. The rising costs associated with this led to a reorientation towards centralized control in the 1970s. But attempts at state planning of health care were short-lived. By the 1980s, Dutch politicians (re)turned to a focus on decentralized control, calling for giving back power to 'the field' of health care providers as well as more market elements. In 1987 a new blueprint for health care was presented which wedded a universal insurance scheme to market competition among insurers and health care providers, in a bid to bring down costs. When this scheme was finally implemented in 2006, it resulted in an odd mix of

market mechanisms, as well as an unprecedented degree of government-backed solidarity, quality and price control.

In this paper I will focus primarily on the earlier period, in which the fields of both health care and coalition politics (incidentally) led to notions of accessible health care organized at local levels. This history reverberates in the system we currently have, highlighting the deep influence of culture and structure on health care systems.

L'autonomie et/ou la solidarité? La culture et la structure de la Santé publique néerlandaise 1900-1941

L'histoire des services de la santé public et de l'assurance maladie dans les Pays-Bas donne un cas intéressant pour une comparaison internationale, également du point de vue canadien. Cet histoire est définiée par une emphase sur des initiatives locales – des initiatives venues des communes et régions, et aussi des communautés religieuses et de la société civile en général – jointes par un sens fort de la solidarité, qui est le résultat d'une évolution historique.

L'industrialisation dans les Pays-Bas commençant relativement tard, il y a eu, la première moitié du vingtième siècle, plusieurs tentatives politiques d'organiser une assurance maladie qui devrait être obligatoire pour toute la population néerlandaise. Toutes ces tentatives échouaient, en conséquence de la insistance des partis protestants et catholiques sur la 'souveraineté dans le propre milieu religieux', et du souhait des libéraux que les 'initiatives privées' procureraient des services sociaux. Dans une mesure considérablement les soins pour des malades étaient tout à fait organisés par une grande variété des fonds qui étaient – pour la plupart – philanthropique en nature. Cependant, en 1941, le blocage politique était rompu par l'occupant allemand, qui avait établi une assurance maladie obligatoire pour environ 60 % de la population.

Après la guerre, l'État-providence a connu un développement rapide. Les frais accompagnants ont augmentés et ont menés à une réorientation au centralisme dans les années 1970. Ces tentatives se sont avérées éphémères. Dans les années 1980, les politiciens néerlandais se sont (re)tournés vers la préférence pour la décentralisation, à la fois appelant à rendre le pouvoir aux professionnels de la santé publique et aux éléments de marché-libre. En 1987, un nouveau projet pour la santé publique a été présenté, ciblant la réduction de coûts par l'appariement d'un modèle d'assurance universelle au compétition du marché entre assureurs et des services de la santé publique. Cette modèle a été implémentée en 2006, ce qui a résulté en une combinaison curieuse des mécanismes de la marché et une degré de solidarité, qualité et contrôle du prix, soutenus par l'État, qui sont sans précédent.

Dans ce document je me focalise principalement sur la période antérieure, dans laquelle les domaines de la santé publique et la politique de coalition ont conduit

(incidence) aux conceptions de la santé publique accessible et organisée aux niveaux locaux. Ce histoire retentit dans le système actuel, soulignant l'influence profonde de la culture et la structure générale à l'organisation des systèmes de la santé publique.

Kandace Bogaert (Laurier Centre for Military, Strategic and Disarmament Studies)
bogaertkl@gmail.com

Accounts of deaths by suicide among former members of the Canadian Expeditionary Force (CEF) treated at the Ontario Military Hospital at Cobourg, 1918-1936

The issues of war trauma and suicide among Canada's returned veterans are not new, although they often re-emerge into the public view when troops are returning home. The First World War was no exception, and the scale of the war effort was simply monumental – at the end of the war, the Department of Soldiers' Civil Re-establishment (DSCR) was faced with demobilizing and re-integrating 350,000 soldiers, many of whom returned with lasting trauma from the war. Between 1918 and 1936, 11.9% (n=1855) of all deaths among pensioned First World War veterans were attributed to suicide and accidents. Beyond this statistic, however, little is known about these veterans' post-war experiences.

This paper traces the lives and deaths of 17 veterans treated at the Ontario Military Hospital at Cobourg, asking: how did medical authorities and First World War veterans explain attempts and deaths by suicide? To answer this question, I began by record linking hospital records to veterans' pension and service files, and examining the narratives constructed around suicide and psychiatric illness within these sources.

Military and pension officials invariably ascribed the veterans' suicide attempts and deaths to moments of temporary insanity or chronic mental illness, which were in turn attributed to hereditary or personal failing. Veterans' own statements within these files reveal discrepancies between the storylines authored by and about veterans, emphasizing the impact of war and the tension of agency in veteran deaths by suicide.

Les décès par suicide chez les anciens combattants du Corps expéditionnaire canadien : le cas de l'Hôpital militaire de l'Ontario à Cobourg, 1918-1936

La question des traumatismes de guerre et du suicide chez les anciens combattants du Canada n'est pas nouvelle bien qu'ils réapparaissent souvent aux yeux du public lorsque les soldats rentrent chez eux. La Première Guerre mondiale n'était pas une exception et l'ampleur de l'effort de guerre est tout simplement monumental - à la fin de la guerre, le ministère de rétablissement civil des soldats a démobilisé et réintégré 350 000 soldats dont beaucoup sont revenus avec des traumatismes de guerre. Entre 1918 et 1936, 11,9% (n = 1855) de tous les décès parmi les anciens

combattants pensionnés ont été attribués à des suicides et à des accidents. Au-delà de cette statistique, cependant, on sait peu de choses des expériences d'après-guerre de ces anciens combattants.

Cette communication retrace la vie et la mort de 17 anciens combattants traités à l'Hôpital militaire de l'Ontario à Cobourg. Comment les autorités médicales et les anciens combattants de la Première Guerre mondiale ont-ils expliqué les suicides et les tentatives de suicide? Pour répondre à cette question, j'établirai un lien entre les dossiers hospitaliers et les dossiers de pensions et de services aux anciens combattants et j'examinerai les récits construits autour des suicide et des troubles psychiatriques à l'aide de ces sources.

Les responsables des forces armées et des retraites attribuaient invariablement les suicides et les tentatives de suicide des anciens combattants à des moments de folie temporaire ou de maladie mentale chronique, lesquels étaient attribués à des échecs héréditaires ou personnels. Les propres déclarations des vétérans dans ces dossiers révèlent des contradictions entre les scénarios rédigés par et à propos des anciens combattants, ces derniers soulignant l'impact de la guerre et la tension entre ces voix dans les décès de vétérans par suicide.

Fabrice Cahen (Insitut national d'études démographiques)
fabrice.cahen@ined.fr

Comment éviter la sélection ? L'insémination artificielle avec donneur en France (1960-1990)

Le modèle français d'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD), institutionnalisé au début des années 1970 dans un cadre associatif – celui des Centres d'étude des œufs humains et du sperme (Cecos) – repose sur une philosophie « éthique », non marchande et non sélectionniste. Construit à la fois à partir de référents chrétiens et en réaction aux logiques commerciales et héréditaristes des « banques de sperme » nord-américaines ou scandinaves, ce système se voulait aussi indifférent que possible aux caractéristiques ethno-raciales, religieuses, ou physiques des individus.

Comment est-ce que les praticiens français, entre l'époque des premières expérimentations (en général clandestines) d'IAD et l'apparition de l'épidémie de VIH, ont-ils géré la diversité humaine et les conditions minoritaires ? Pour y répondre, nous commencerons par revenir, en mobilisant archives et entretiens, sur les années qui précèdent la victoire définitive du modèle Cecos sur ses concurrents : car en effet, bien que l'histoire l'ait oublié, il a existé en France des centres d'IAD se voulant à la fois plus pragmatiques et moins normatifs dans le recrutement des receveur-s-es comme des donneurs. Puis nous montrerons que le principe d'un don gratuit, anonyme et « de

couple [hétérosexuel et marié] à couple [hétérosexuel et marié] », ainsi que la préférence pour le maintien du secret sur les conditions de la procréation, n'ont pas été sans confronter la doctrine exigeante des Cecos à des contraintes opérationnelles fortes, imposant de contrôler des paramètres individuels (phénotype, groupe sanguin...) et d'intervenir sur des processus d'ordinaire laissés au hasard. Au-delà de ce coût paradoxal de l'exigence éthique, nous analyserons comment la logique de compétence professionnelle et de recherche d'efficacité renforce les effets de sélection. Se demander en quoi tri, catégorisation et mise à l'écart peuvent être véhiculés par la pratique biomédicale quotidienne, c'est aussi, pour l'historien, refuser un tri ou une catégorisation trop abstraits des différentes conceptions de l'assistance médicale à la reproduction.

How to Avoid Selection? Artificial Fertilization with Donor's Sperm in France (1960-1990)

The French system of artificial fertilization with donor's sperm (AID) was institutionalized in the early 1970s, in the frame of a non-profit organization: the Centres d'étude des œufs humains et du sperme (Cecos) (Centers for the Study of Human Eggs and Semen). The Cecos' activity rest upon « ethical » values, which theoretically exclude commodification and selection. Originating from Christian and Republican universalism, it was especially built as a counter-model with regard to the commercial and hereditarian North-American and Scandinavian "sperm banks".

In this communication I will leave out the discussion on abstract principles to focus on biomedical practicalities: how did the French actors of AID cope with the constraints of human diversity? In other words, to what extent was it possible to ignore variables such as race, sexual orientation and disabilities? To answer, I will exploit various archives and oral materials to trace back the history of AID in France, from its first experiences to the VIH crisis. After explaining why the 'ethical' system, among many options, became hegemonic in France, I will demonstrate that the Cecos' practitioners could not avoid controlling phenotypic, blood and to some extent genetic parameters. My main argument will be that this was the under-anticipated, but necessary cost of a very demanding doctrine. It was the price of anonymous, free and 'couple-to-couple' sperm donation, combined to the respect of the parents' choice of keeping AID secret.

Cosimo Calabrò (McGill University)
Cosimo.calabro@mail.mcgill.ca

"I moved it to the bone-house...": Surgical testimonies and character witnesses in the adjudication of dead apprentices in London 19th century Old Bailey Courthouse.

This presentation focuses on the complex relationship involving surgical evidence, ranging from physical examinations to post mortem procedures, and testimonies of good character provided during the legal proceedings of defendants indicted for murder in the death of their own apprentices. To this end I will analyze two trials prosecuted at the Old Bailey Court in 1776 and 1837 in which the charges of murder due to neglect and starvation resulted in manslaughter verdicts.

The legal relationship encompassing Masters and Apprentices makes the specificity of this context permeable to extremely important questions related to the degrees of relevance that surgical and medical evidence possessed in the larger framework of labor relationships, regulated physical discipline as well as local societal relationships, including charitable and medical institutions.

Within this perimeter of inquiry, I will address two main questions: first, to what extent inculpatory surgical evidence were mediated and nuanced by good character testimonies, seemingly calling into question notions of scientific truth and sole objectivity? This issue is particularly relevant when good character testimonies are embedded within exculpatory surgical evidence provided on the behalf of the defendants. Second, in considering the evidence provided by both experts and lay witnesses what was the relevance of surgical evidence in those rare cases where a guilty verdict was finally adjudicated?

The cases related to the deaths of apprentices and the multiple processes by which degrees of criminal responsibility were finally assigned represent an extremely rewarding case study for appreciating how surgical and medical evidence were part of a larger evidentiary system where scientific evidence were simultaneously central and accessorial for the determination of the final verdict.

« I moved it to the bone house... » : Témoignages chirurgicaux et témoins de moralité dans les verdicts rendus au palais de justice d'Old Bailey à Londres au XIX^e siècle concernant le décès d'apprentis.

Cette présentation est centrée sur la relation complexe impliquant des preuves chirurgicales, qui vont des examens physiques aux procédures post mortem, et des témoignages de bonne moralité fournis lors des procédures judiciaires où l'on accusait des individus soupçonnés des meurtres de leurs propres apprentis. À cette fin, j'analyserai deux procès intentés au palais de justice d'Old Bailey en 1776 et 1837, au cours desquels les accusations de meurtre pour négligence et famine ont abouti à des verdicts coupables d'homicides involontaires.

La relation juridique qui englobe les maîtres et leurs apprentis rend la spécificité de ce contexte perméable à des questions extrêmement importantes liées aux degrés de pertinence révélés par les preuves chirurgicales et médicales dans un cadre plus large de relations de travail, de châtiments corporels réglementés ainsi que de

relations sociétales locales, notamment au sein d'institutions à vocations caritatives et médicales.

Dans ce cadre d'enquête, j'aborderai deux questions principales : premièrement, dans quelle mesure les preuves chirurgicales inculpatrices ont-elles été médiatisées et nuancées par des témoignages de bonne moralité, remettant apparemment en question les notions de vérité scientifique et d'objectivité unique ? Cette question est particulièrement pertinente lorsque des témoignages de bonne moralité sont joints à des preuves chirurgicales disculpatoires avancées pour le compte de la défense. Deuxièmement, à la lumière des preuves fournies par les experts et les témoins externes à la profession, quelle était la pertinence de la preuve chirurgicale dans les rares cas où un verdict de culpabilité a finalement été rendu ?

Les cas liés à la mort d'apprentis et les multiples processus par lesquels les degrés de responsabilité pénale ont finalement été attribués représentent une étude de cas extrêmement enrichissante pour évaluer de quelles façons les preuves chirurgicales et médicales faisaient partie d'un système de preuves plus large où les démonstrations scientifiques étaient à la fois centrales et accessoires pour déterminer le verdict final.

Session C1

“Aid for Outmigration?: The Colombo Plan and Education of Healthcare Professionals from South and Southeast Asia in Canada, 1950-1968”

In Canada today, the presence of healthcare professionals from the region of South and Southeast Asia (SSEA) is quite unremarkable. However, prior to the removal of overt racial discrimination from Canada's immigration legislation in 1962, there were few opportunities for students and healthcare professionals from the SSEA region to study and work in Canada. One point of entry came through the Colombo Plan for Co-operative Economic Development in South and Southeast Asia. Founded in 1950 to bring capital, commodities, and technical assistance into the SSEA region, the program was a precursor to later, larger efforts by Canada in the field of international development assistance, including the founding of the Canadian International Development Agency in 1968. As part of the technical assistance program, students were funded through the Colombo Plan to study in Canada. A significant portion of these Colombo Plan scholars were involved in medical fields, including doctors, nurses, and scientists. Using documents from Library and Archives Canada, various university archives, and interviews, I will argue that while the Colombo Plan promised to help develop the economies of SSEA by building the capacity of their healthcare professionals, the benefits did not always accrue to the intended recipients. Though some completed their training and returned to their home countries to practice their

chosen profession, others stayed in Canada, or moved to other countries, often to wealthier areas of the Commonwealth or to the United States. By inadvertently encouraging the out-migration of healthcare workers, easing labour and educational mobility in the Commonwealth, and increasing the cosmopolitan nature of Canadian medical institutions and universities, the Colombo Plan provides an early case study of the factors that encouraged the globalization of the labour market for healthcare professionals. However, these forces have largely benefitted wealthier countries like Canada at the expense of institutions in the Global South, contradicting the initial intentions of the Colombo Plan.

“De l’aide pour l’hors-migration?: Le Plan Colombo et l’éducation des professionnels de la santé de l’Asie du sud et sud-ouest (ASSO) au Canada, de 1950 à 1968”

Aujourd’hui, ce n’est pas du tout remarquable de trouver les professionnels de la santé d’origines de l’Asie du sud ou du sud-ouest (ASSO) au Canada. Par contre, avant 1962 quand on a enlevé la discrimination raciale évidente de la législation d’immigration canadienne, il y avait très peu d’occasions pour les étudiants et les professionnels de la santé du région ASSO d’étudier ou de pratiquer au Canada. Un point d’entrée est venu par le Plan Colombo de développement économique coopérative en Asie du sud et du sud-ouest. Fondé en 1950 avec le but d’apporter des fonds, des commodités et d’assistance technique au région ASSO, ce programme était précurseur aux efforts plus significative par le Canada dans le domaine d’assistance du développement internationale, ainsi que la création de l’Agence de développement international canadien en 1968. Une partie du programme d’assistance technique était le financement des étudiants du Plan Colombo pour étudier au Canada. La plupart des étudiants sous le Plan Colombo étaient impliqués aux domaines médicaux, ci-inclus les médecins, les infirmiers, et les scientifiques. En utilisant les documents de Bibliothèque et Archives Canada, plusieurs archives universitaires, et les entrevues, je vais disputer que bien que le Plan Colombo a promis d’aider le développement des économies du ASSO par bâtir la capacité de leurs professionnels de la santé, les bénéfices n’ont pas toujours accumulées pour les bénéficiaires prévues. Bien que certains ont complété leur entraînement et sont retournés chez leurs pays natals pour pratiquer leur métier choisi, d’autres sont restés au Canada, ou bien sont déménagés à d’autres pays, souvent aux régions plus riches du Commonwealth, ou aux États-Unis. Par inadvertance, l’encouragement de l’hors-migration des travailleurs du domaine de la santé, la facilitation du mobilité d’éducation et de travail dans le Commonwealth, et l’augmentation de la nature cosmopolite des institutions médicaux et universités canadiens, le Plan Colombo fournit une étude préliminaire des facteurs qui ont encouragé la globalization du marché du travail pour les professionnels de la santé. Par contre, ces forces ont plutôt donné des bénéfices aux pays plus riches comme le

Canada au détriment des institutions du sud global, contredisant les intentions initiales du Plan Colombo.

Robert Card (University of Saskatchewan) and Man-Chiu Poon (University of Calgary)
cardh@shaw.ca

First Successful Blood Transfusion of a Hemophiliac: a Collaboration between Samuel Armstrong Lane and James Blundell in London (1840). Why did it take more than 100 years before this became accepted practice?

Hemophilia is a hereditary bleeding disorder now managed by clotting factor replacement. Prior to the 1960s few hemophiliacs lived into adulthood. Prior to the 1940s transfusion was not felt useful in hemophilia care. Osler (1892) stated "Transfusions have been ... without success." This is despite a reported positive outcome in Lancet 1840. Samuel Armstrong Lane, St. George's Hospital, performed surgery on an 11-year old boy with a "hemorrhagic diathesis", certainly "hemophilia". Uncontrollable bleeding continued for 6 days. By the 7th day he was near death from exsanguination. Lane injected blood from a "healthy stout ... woman" into the boy's vein, using James Blundell's advice and device. Dramatically, bleeding stopped, "the boy sat up, drank a glass of wine and water...", and recovered! We have been unable to find further reports of transfusions in hemophilia in the 1800s. We wished to understand lack of follow-up for the next 100 years and reviewed the lives and career paths of the two physicians. James Blundell (1790-1878), obstetrician, is credited with the first human-to-human blood transfusion (1818). He published his studies widely, with readings to learned societies. In 1836 he quit Guy's Hospital in London in a dispute, went into private practice, and enjoyed 31 years in retirement dying wealthy. Samuel Lane (1802-1892), left St. George's also in dispute, founded a School of Anatomy and later was a founder of St. Mary's Hospital (London 1851). He rarely published or promoted his work. His obituary noted continued academic life until his death, but "Mere honours he did not care for." We speculate that the experiment may have been repeated. Death of an otherwise healthy boy from transfusion incompatibility (blood groups unknown in the 1800s) would have been a grave failure. Blundell, transfused women with post-partum bleeding and later admitted that his recipients were moribund or near death at the time of his transfusions! Thus failure could be attributed to the original hemorrhage while success would be a miracle. Lane's paper however predicted routine practice over 100 years later. Lack of contemporary interest may reflect the career pathways of Blundell and Lane.

La première transfusion sanguine d'un hémophile : une collaboration entre Samuel Armstrong Lane et James Blundell à Londres (1840). Pourquoi a-t-il fallu 100 ans avant que la pratique ne soit acceptée?

L'hémophilie est un trouble de coagulation héréditaire qui est désormais traité par le remplacement du facteur de coagulation déficitaire. Avant les années 1960, peu d'hémophiles parvenaient à l'âge adulte. Avant les années 1940, la transfusion sanguine n'était pas jugée utile dans le traitement de l'hémophilie. En 1892, Osler déclarait que « les transfusions ont été ... sans succès », malgré un effet positif rapporté dans *The Lancet* en 1840. Samuel Armstrong Lane, de l'Hôpital St. George, a opéré un garçon de 11 ans avec une « diathèse hémorragique », certainement une « hémophilie ». Les saignements incontrôlables ont continué pendant 6 jours. Au septième jour, il était presque mort d'exsanguination. Lane a alors injecté au garçon le sang d'une « femme corpulente en bonne santé » en utilisant les conseils et le dispositif de James Blundell. De façon spectaculaire, le saignement s'est tari, « le garçon s'est assis, a bu un verre de vin et d'eau... » et s'est rétabli! Nous avons toutefois été incapables de trouver d'autres cas de transfusions chez des patients hémophiles dans les années 1800. Nous avons cherché à comprendre le manque de suivi dans les 100 années ultérieures et avons examiné les parcours professionnels et personnels de ces deux médecins. On attribue à l'obstétricien James Blundell (1790-1878) la première transfusion sanguine entre humains (1818). Ses conférences au sein de sociétés savantes lui ont permis de diffuser ses études à un vaste auditoire. Suite à une dispute, il quitta l'Hôpital Guy de Londres en 1836 et entra dans la pratique privée avant de jouir d'une retraite confortable pendant 31 ans. Quant à Samuel Lane (1802-1892), il quitta également l'Hôpital St. George suite à un conflit, et fonda une école d'anatomie ainsi que l'Hôpital St. Mary à Londres en 1851. Il n'a que rarement publié ou fait la promotion de son travail. Sa notice nécrologique mentionne néanmoins une vie académique continue jusqu'à sa mort, soulignée par « peu d'honneurs pour lesquels il avait peu d'intérêt ». Nous proposons l'hypothèse que l'expérience a pu être reproduite. La mort d'un garçon en santé à cause d'une incompatibilité transfusionnelle (les groupes sanguins étant inconnus au 19^e siècle) aurait été un grave échec. Aussi, Blundell a procédé à des transfusions sur des femmes souffrantes de saignement post-partum, et admis par la suite que les patientes étaient moribondes, voire près du décès, au moment des transfusions! L'échec pouvait ainsi être attribué à l'hémorragie initiale, alors qu'un succès aurait relevé du miracle. L'article de Lane anticipait une pratique devenue chose courante un siècle plus tard. Pour autant, le manque d'intérêt à l'époque n'est pas étranger aux cheminements professionnels de Blundell et de Lane.

J.T.H.Connor (Memorial University of Newfoundland)
jconnor@mun.ca

Sauver le soldat Stone: la reconstruction faciale pendant la Première Guerre Mondiale et ses conséquences dans la vie quotidienne après

George Stone (1895-1977) s'est engagé dans le 1^{er} Newfoundland Regiment le 16 décembre 1914, à l'âge de 19 ans. Stone a combattu à Gallipoli où il a contracté la dysenterie. Le 1^{er} juillet 1916, lors de la bataille de la Somme à Beaumont-Hamel, il a reçu des blessures par balle à la jambe et au visage, et a été invalidé et renvoyé en Angleterre. De 1916 à 1918, il a subi une série d'interventions chirurgicales compliquées afin de faire fonctionner sa bouche et ses mâchoires. À partir du 18 août 1918, à la demande de Stone lui-même, aucun traitement supplémentaire n'a été administré et à la fin du mois, il a été réformé définitivement. De retour à Terre-Neuve le 29 septembre 1918, si Stone a eu la chance d'être l'un des rares Terre-Neuviens à avoir survécu au champ de bataille, à la maladie et à des opérations chirurgicales majeures, son difficile parcours a été ignoré jusqu'à maintenant. Cette présentation rassemble les activités de la vie de Stone grâce à des articles de journaux, mais il existe aussi une mine particulièrement riche d'informations dans son dossier de pension de retraite d'ancien combattant. L'histoire de Stone raconte la vie d'un seul homme, alors qu'il représente une cohorte militaire et civile grandement oubliée et une ère de pionniers de l'histoire médicale. C'est un récit fascinant qui examine les beaux-arts, la photographie et la littérature de l'époque.

Stone a été un cobaye car la reconstruction faciale a été inventée pour ainsi dire pendant la Première Guerre Mondiale par le docteur Sir Harold Gillies qui a traité Stone. Plus tard, son cas figurait dans l'ouvrage de Gillies, *Plastic Surgery of the Face: Based on the Selected Cases of War Injuries of the Face* (1920). Le cas de Stone démontre de façon convaincante la bienfaisance des agences gouvernementales responsables de la santé des anciens combattants dans plusieurs pays : le gouvernement britannique s'est non seulement occupé de ce Terre-Neuvien, mais le gouvernement de Terre-Neuve a payé ses frais médicaux une fois qu'il avait immigré au Canada. Dès le 1^{er} avril 1949, le gouvernement du Canada a réglé toutes les dépenses relatives à la santé de ce nouveau Canadien. De même, il a honoré le coût des examens médicaux, des opérations chirurgicales, des séjours à l'hôpital ainsi que des médicaments soumis par les médecins et les hôpitaux du ministère américain des anciens combattants quand Stone vivait en Californie.

Saving Private Stone: Facial Reconstruction During the First World War and Living Life Afterwards

George J. Stone (1895-1977) enlisted in the 1st Newfoundland Regiment on December 16, 1914, at age 19. Stone fought at Gallipoli where he contracted dysentery. On July 1, 1916, in the Battle of the Somme at Beaumont-Hamel he suffered gunshot wounds to one leg and his face, which invalidated him to England. From 1916 to 1918 he underwent a series of complicated operations to his face to make his mouth and jaws functional. On August 14, 1918, at Stone's own request no more treatment was administered; by the end of the month he was discharged as "permanently unfit." He returned to Newfoundland on September 29, 1918. Stone was perhaps lucky to be one of the few Newfoundland soldiers to survive action in battle, disease, and major surgery, but his saga until now was mostly unknown. This presentation pieces together the activities of Stone's life through notices in newspapers, but an especially rich vein exists in his military, medical, and pension records. Stone's survival story is of one man, but he represents a much overlooked military and civilian cohort and a medical-historical pioneering era. It is also an intriguing narrative that embraces contemporary fine art and photography, along with literary writing.

Stone was a guinea pig, as facial reconstruction was more or less created during the First World War by (Sir) Harold Gillies, who operated on Stone. Later he would also figure as a case in Gillies's *Plastic Surgery of the Face: Based on the Selected Cases of War Injuries of the Face* (1920). Stone's medical history also ably demonstrates the beneficence of government agencies responsible for veterans' health in several countries: Not only did the British government take care of this Newfoundlander, but the Newfoundland government paid the costs for his medical care after he had immigrated to Canada. From April 1, 1949, onwards the Government of Canada paid all health-related expenses for this new Canadian; similarly, it honoured bills for diagnostic tests, surgical procedures, hospital stays, and drugs submitted by American Veterans Affairs hospitals and doctors when Stone later lived in California. Recounting this story in the centennial year of Pte. Stone's army discharge and war's end is fitting.

Mirela Violeta David (Université de la Saskatchewan)
mirela.david@usask.ca

Politiques coloniales de discriminations sexuelles et raciales à Shanghai (années 1920-1930)

Pendant la période Républicaine de la Chine, on considérait les maladies contagieuses et en particulier les maladies vénériennes comme des menaces pour les générations futures et comme des facteurs de dégénérescence raciale. Cette présentation s'attarde sur les politiques coloniales de lutte contre les maladies vénériennes dans la ville portuaire de Shanghai, entre 1919 et 1942, ainsi que sur la façon dont les doctresses chinoises appréhendaient ces maladies. J'examine

principalement les politiques du Conseil municipal de Shanghai, qui s'occupait de l'administration des colonies britanniques et américaines, et des politiques de santé de la concession française de Shanghai. Pendant l'occupation japonaise (1937-1945), les autorités militaires japonaises s'intéressaient également aux maladies vénériennes dans le cadre de leur campagne pour l'hygiène et l'eugénisme. Ce discours a infiltré les autorités locales à Pékin et à Shanghai, toutes deux sous domination japonaise à l'époque. L'économie politique impérialiste s'intéressait tout particulièrement aux maladies vénériennes. Celle-ci s'efforçait de réduire l'absentéisme au travail parmi les employés et les marins du gouvernement colonial.

Des cliniques pour les maladies vénériennes ont vu le jour spécifiquement pour permettre à la population masculine étrangère (principalement blanche) de se faire soigner. Elles avaient pour but d'assurer l'efficacité du projet impérialiste et le bon fonctionnement de la marine, ainsi que celui du gouvernement colonial local. Les politiques de lutte contre les maladies vénériennes des autorités coloniales entraînaient des discriminations sexuelles et raciales. La population chinoise locale n'avait pas accès aux centres de traitement des maladies vénériennes et devait payer des frais de laboratoire élevés. Même si les traitements des autorités coloniales étaient de nature discriminatoire, la déviance sexuelle et les MST constituaient une réalité sociale non discriminatoire. En revanche, les gynécologues chinoises cherchaient avant tout à atténuer les effets dévastateurs des maladies vénériennes sur la santé des mères et des enfants, causées principalement par la transmission de la syphilis héréditaire.

L'hygiène sociale était le cadre idéologique privilégié des politiques de traitement des maladies vénériennes. Ces politiques étaient la conséquence des intérêts coloniaux britanniques et américains durant les années 1920 et au début des années 1930, tandis que l'occupation japonaise en temps de guerre considérait, de manière explicite, le problème des maladies vénériennes comme un mépris des principes eugéniques. Mon étude révèle la façon dont les stratégies locales américaines d'« hygiène sociale », mises en place pour traiter les maladies vénériennes, ont été reproduites dans les politiques du Conseil municipal de Shanghai, en enrôlant diverses organisations civiles religieuses et médicales.

“Gender and Racially Discriminatory Colonial Policies on VD Control in Shanghai (1920s-1930s)”

Contagious disease and especially venereal disease was seen as a menace for future generations as well as something that led to racial degeneration in Republican China. This paper investigates colonial VD policies in treaty port city Shanghai between 1919-1942 as well as other approaches to VD by Chinese female doctors. I examine primarily the VD policies of the Shanghai Municipal Council, which administered the British and American settlements, and the French Concession's health policies. During

the Japanese occupation (1937-1945), the Japanese military authorities were also interested in venereal disease as part of their platform on hygiene and eugenics. That discourse infiltrated local level authorities in Beijing and Shanghai, both under Japanese rule at the time. Venereal disease was a matter of interest for the imperialist political economy, which strove to reduce absence from the workplace among colonial government employees and sailors.

As treatment options, VD clinics were opened specifically for the foreign male population, a predominantly white population. Their aim was to ensure the efficacy of the imperialist enterprise concerning the smooth functioning of the navy as well as that of the local colonial government. The policies of colonial authorities on VD were discriminatory in terms of both gender and race. The local Chinese population was excluded from access to VD treatment facilities and was charged high laboratory fees. Even though colonial authorities administered discriminatory treatment, sexual misconduct and STDs constituted a non-discriminating social reality. By contrast, Chinese female gynecologists prioritized alleviating the devastating effects of VD on the health of mothers and children caused primarily through the transmission of hereditary syphilis.

Social hygiene was the preferred ideological framework for VD policies promoted by British and U.S. colonial interests during the 1920s and early 1930s, while the wartime Japanese occupation explicitly framed the VD problem as a disregard for eugenic principles. My study demonstrates how U.S. domestic strategies of “social hygiene” addressing VD were replicated in the policies of the Shanghai Municipal Council (SMC), by enlisting various civic religious and medical organizations.

Megan J. Davies (York University)
daviesmj@yorku.ca

Accidents in Settler Communities

Early twentieth-century settler accident accounts from the remote regions of BC's Peace River region give us a freeze-frame of the spatial, seasonal and social geography of health in a moment of trauma and immediacy. While the care of the sick centered on the female world of the home, most accidents took place outside the sphere of the home - in the woods, the field or on the road. Settler accidents were seasonal – hands and fingers cut in threshing machines during harvest, shooting accidents during hunting season, and frozen limbs in the cold winter months. While most settler health work was performed by women, the link between work and injury, and the distances involved meant that men often played a more significant role, providing immediate care or transporting the injured to physician or hospital. This process also sets into

relief the communal aspects of injury in regions where the environment posed such a great challenge to a successful outcome.

This paper uses oral histories with settler children, newspaper accounts and local histories as sources for analysis.

La cartographie des accidents dans des communautés colonisatrices.

Cette communication examine les récits des colons euro-canadiens datant du début du XXe siècle dans les régions reculées de la Rivière de la Paix en Colombie-britannique. Ces histoires nous offrent un instantané de la géographie saisonnière et sociale de la santé, saisi dans un moment de crise. Si la sphère féminine de la maison domine le soin des malades, la plupart des accidents ont lieu à l'extérieur de la maison : dans les bois, dans les champs, ou en chemin. Les accidents des colons suivent un rythme saisonnier : des mains ou des doigts coupés dans des batteuses au cours des récoltes, des coups de feu accidentels pendant de la saison de chasse, ou des membres gelés pendant la froidure de l'hiver. Les femmes ont contribué la majeure partie du travail des soins chez les colons. Néanmoins, des hommes ont aussi joué un rôle signifiant, étant donné les liens entre travail et blessures. Aussi, les distances font en sorte que les hommes ont dû fournir des soins immédiats ou ont transporté les blessés chez le médecin ou à l'hôpital. Le processus met en relief les aspects communaux des blessures dans les régions où l'environnement pose un défi de taille devant le résultat espéré.

Cette analyse se base sur des entrevues avec les enfants des colons, des récits dans les quotidiens locaux, et des histoires locales publiées.

Emmanuel Delille (Humboldt Universität)

emmanuel.delille@cmb.hu-berlin.de

Un objet curieux, impalpable mais persistant dans la recherche en santé mentale au Canada: la culture! Sur les débuts de la psychiatrie transculturelle (McGill, 1955-1962)

Si la recherche fondamentale en psychiatrie est essentiellement biomédicale, en revanche nombre d'innovations et de dispositifs alternatifs sont marginalisés par les scientifiques eux-mêmes ou méconnus faute de travaux historiques. Tel est le cas de la psychiatrie transculturelle, qui s'est professionnalisée dès les années 1940-60 en Amérique du Nord, mais dont il est difficile de trouver une trace dans l'historiographie actuelle. Pourtant, cet axe de recherche, particulièrement bien représenté au Canada (équipes spécialisées, plusieurs générations d'enseignants et de praticiens, principal journal international, etc.) pose nombre de questions intéressantes. En effet, comment le fait culturel est-il objectivé en santé mentale ? Quels sont les outils qui ont été mobilisés dans l'immédiat après-guerre, alors que l'épidémiologie psychiatrique était

encore balbutiante, mais aussi les projets de prises en charge communautaire et les études transnationales ? Enfin, pourquoi identifier des facteurs culturels, en plus des facteurs biologiques et psychosociaux, dans un modèle explicatif des troubles mentaux ? En dernière analyse, l'émergence de consultations spécialisées avec des migrants et des patients issus des Premières Nations ne renvoie-t-elle pas aussi à l'identité de médecins et de thérapeutes européens en exil et issus de minorités ? Telles sont les questions que nous voulons aborder en mobilisant à la fois des documents d'archive peu connus et la mise en série de biographies des pionniers de ce champ au Canada.

A curious, intangible but persistent object of the research on mental health in Canada: culture! On the early history of transcultural psychiatry (McGill, 1955-1962)

While fundamental research in psychiatry is essentially biomedical, a number of innovations and alternatives are marginalized by scientists themselves or ignored because of the lack of historical studies. Such is the case of transcultural psychiatry: although its professionalization took place as early as the 1940s-60s in North America, it left few traces in the actual historiography. Yet this field of research – which is particularly active in Canada through specialized research teams, several generations of teachers and practitioners, the publication of a main international magazine, etc. – poses a number of interesting questions. Indeed, how is the cultural fact objectified in mental health? Which were the tools that were used in the immediate post-war period – while not only psychiatric epidemiology, but also the projects of community-based care and transnational studies were still in their early days? Finally, why should cultural factors, on top of biological and psychosocial factors, be identified in an explanatory model of mental disorders? Couldn't the emergence of specialized consultations with migrants and First Nations patients be linked to the identities of European doctors and therapists in exile and of minority background? It is these questions we wish to confront, using little known archives and a serialization of biographies (prosopography) of the pioneers of this field of research in Canada.

Jacalyn Duffin, Queen's University
duffinj@queensu.ca

Why 1957? The Founding and Early Travails of the Queen's University Department of Psychiatry

The Rockwood asylum in Kingston was founded in 1856. But Queen's university waited more than a century, until 1957, to create a department of psychiatry. Academic departments had been established at the University of Toronto and McGill in 1907 and 1943, respectively. Using the Queen's University Archives and interviews with former faculty members, resident trainees, and the families of key players, this paper

addresses the circumstances that fostered creation of the department and the travails that beset its first head, Robert Bruce Sloane (1923-2007).

During that long century of exclusion, psychiatry had not been ignored. Medical students trooped to the Rockwood asylum (later hospital) to see patients illustrative of various diagnostic categories of mental illness. Their supervisor in the 1940s was Queen's graduate, Homer C. McCuaig, a member of the department of internal medicine. By 1955, McCuaig was exhausted by obligations in the psychiatric hospital, at Kingston General Hospital ward, and in teaching to students and residents. He was aware of burgeoning research in psychiatry: the uses of physical modalities, such as malaria infusions, insulin and electroshock therapy, and the advent of psychoactive drugs. His recommendation for a department and a student health centre was grudgingly accepted by Dean and the University Principal.

The search committee settled on British-born Sloane, who had just completed a residency at McGill with Ewen Cameron. Keen on research and eclectic in his interests, Sloane arrived with many ideas for investigations involving patients and students. But his ideas met with hostility. The correspondence reveals that his bosses little understood how mental health research could be conducted at all. Furthermore, they resented the minimal requests for funds and repudiated the notion that a University should care for the mental health of its students. After seven years and frustrated by the "provincial" attitudes to psychiatric research, Sloane left for the United States where he conducted the research that had been denied to him at Queen's.

Far from aiming to demonize the one institution which is its focus, this paper illustrates contemporary attitudes to psychiatry across Canada and contributes to our understanding of professional differences that persist today.

Pourquoi 1957? L'origine et les difficultés de la Département de Psychiatrie à Queen's University

L'asile de Rockwood à Kingston a été fondé en 1856. Mais l'université Queen's a attendu plus d'un siècle, jusqu'en 1957, pour créer un département de psychiatrie. Des départements académiques de psychiatrie avaient été établis à l'Université de Toronto et McGill en 1907 et 1943, respectivement. À l'aide des Archives de l'Université Queen's et d'entrevues avec d'anciens membres de la faculté, des psychiatres, des résidents, et des familles d'intervenants clés, cet article traite des circonstances qui ont favorisé la création du département et les difficultés de son premier chef, Robert Bruce Sloane (1923-2007).

Pendant ce long siècle d'exclusion académique, la psychiatrie n'avait pas été ignorée. Les étudiants en médecine se sont rendus à l'asile de Rockwood (plus tard l'Hôpital Rockwood) pour visiter des patients et apprendre les différentes catégories de diagnostic de la maladie mentale. Leur superviseur dans les années 1940 était Homer

C. McCuaig, diplômé médical de Queen's et membre du département de médecine interne. En 1955, McCuaig était épuisé par son travail : les obligations de l'hôpital psychiatrique ; du service de l'Hôpital général de Kingston ; et de l'enseignement aux étudiants et aux résidents. Il était au courant de l'essor de la recherche en psychiatrie et l'utilisation de modalités physiques, telles que le traitement de paludisme, de choc par l'insuline et l'électricité, et l'avènement des médicaments psychoactifs. Sa recommandation pour un département académique et un centre de santé mentale pour les étudiants universitaires a été acceptée à contrecœur par le Doyen et le Principal de l'Université.

Le comité de recrutement a choisi Sloane, d'origine britannique, qui venait de terminer une résidence à McGill avec Ewen Cameron. Passionné par la recherche et éclectique dans ses intérêts, Sloane est arrivé avec de nombreuses idées pour les enquêtes impliquant des patients et des étudiants. Mais ses idées se sont heurtées à l'hostilité. La correspondance révèle que ses patrons comprenaient mal comment mener la recherche en santé mentale. En outre, ils ont ressenti ses demandes minimales de fonds, et ils ont répudié la notion selon laquelle une université devrait prendre soin de la santé mentale de ses étudiants. Après sept ans et frustré par les attitudes «provinciales» envers la recherche psychiatrique, Sloane est parti aux États-Unis où il a mené les recherches qui lui avaient été refusées à Queen's.

Loin de vouloir diaboliser la seule institution qui est son centre d'intérêt, cet article illustre les attitudes contemporaines à l'égard de la psychiatrie au Canada et contribue à notre compréhension de l'origine des différences professionnelles qui persistent aujourd'hui.

Erika Dyck (University of Saskatchewan)
erika.dyck@usask.ca

Diversity and Deinstitutionalisation: Doing History in Healthcare teams

Mental health care shifted significantly in the second half of the 20th century. It transformed from a system of custodial care to outpatient and community-based services. The process that came to be known as deinstitutionalization, or the closing down of large psychiatric hospitals, occurred differently across the country. It also transferred the focus of care away from hospitals and into diverse settings relying more on primary care teams and community services to fill gaps in care needs. Transferring people into a system of care in the community also revealed many non-medical factors required in mental health care. Tracing this historical shift in defining and designing mental health care in Canada engages historians in a study of diverse networks of care. In this presentation I explain how we created a team-based approach to researching and writing about deinstitutionalization in Canada. Our co-produced book emulates

some of the tensions, challenges, as well as the benefits of working together with diverse perspectives to solve complex problems. Our team congealed around the central idea that mental illness and poverty are intrinsically linked, and then we drew from our differences in experience, skill, and training to articulate a historical narrative that wove together input from ex-patients, psychiatrists, administrators, trainees, psychologists, and historians, sharing authorship.

“Diversité et désinstitutionnalisation : Faire de l’histoire en équipes de soins”

Les soins en santé mentale ont considérablement évolué durant la seconde moitié du XX^e siècle. Ils sont passés d’un système de soins reposant sur l’hospitalisation à des services ambulatoires et communautaires. Le processus connu sous le nom de désinstitutionnalisation, ou de fermeture des grands hôpitaux psychiatriques, s’est produit différemment d’un bout à l’autre du pays. Il a également contribué au transfert de services des hôpitaux vers divers milieux comptant davantage sur des équipes de première ligne et des services communautaires pour combler les brèches dans l’offre de soins. Le transfert des gens vers un système de soins extra-hospitaliers a aussi révélé l’importance de nombreux facteurs non médicaux nécessaires aux soins en santé mentale. Retracer ce changement historique dans la définition et la conception des soins en santé mentale au Canada invite les historiens à étudier les divers réseaux de soins. Cette communication explique la façon dont nous avons élaboré une approche collaborative afin de mener la recherche et la rédaction sur la désinstitutionnalisation au Canada. Produit de cette collaboration, notre livre reflète certaines des tensions et des défis, mais aussi les avantages, qui découlent de la réunion de perspectives diverses dans le but de résoudre des problèmes complexes. Partant d’une perspective commune voulant que la maladie mentale et la pauvreté soient intrinsèquement liées, nous avons puisé dans nos différentes expériences, compétences et formations afin d’articuler une perspective historique réunissant les voix des anciens patients, des psychiatres, des administrateurs, des stagiaires, des psychologues et des historiens qui ont contribué à l’écriture de cet ouvrage.

Delia Gavrus (University of Winnipeg)
delia.gavrus@utoronto.ca

Penfield and Social Engineering

In the wake of his retirement from medical practice, the Canadian neurosurgeon Wilder Penfield swapped one directorship for another. As the founder of the Montreal Neurological Institute, he had built and led that institution for decades, and in 1965 he stood poised to do the same for another institute – one whose aim was social, rather than medical, control. The Vanier Institute for the Family was established by former

Governor General George Vanier and his wife with the purpose of gaining knowledge about and supporting Canadian families. The Vaniers, alarmed by what appeared to them to be a rapidly changing society damaged by a number of factors including science, chose Penfield to lead their institute precisely because the neurosurgeon was appealing to science to defend traditional values while at the same time limiting the role that science played in understanding the human psyche.

This paper will shed light on the ways in which Wilder Penfield, through the Vanier directorship, forged a relationship between social values and neuroscience. On the one hand, he claimed that "It is in the nature of man to desire home and family," (Penfield 1970, p. 65) essentially appealing to his concept of biologically-rooted human nature to naturalize his vision of social values, which were infused with religious sentiments. He also anchored morality in scientific epistemology, urging that "man should begin to use the scientific method in an effort to control his own civilization" (69). On the other hand, Penfield's vision of the psyche as a transcendent element merely interacting with the brain (rather than an emergent property of the brain) informed his discourse on individual morality and free will and limited the role that science could play in understanding the self. Thus, this paper looks beyond the surgical work for which Penfield is celebrated, to document his collaboration with the Canadian political establishment for the purposes of social engineering.

Penfield et d'ingénierie sociale

Après s'être retiré de la pratique médicale, le neurochirurgien canadien Wilder Penfield est passé d'un poste de directeur à l'autre. En tant que fondateur du Montreal Neurological Institute, il avait construit et dirigé cette institution pendant des décennies et, en 1965, il était prêt à faire de même pour un autre institut dont le but serait le contrôle social plutôt que médical. L'Institut Vanier de la famille a été créé par l'ancien gouverneur général George Vanier et son épouse dans le but de mieux connaître et soutenir les familles canadiennes. Les Vanier, alarmés par ce qui leur apparaissait comme une société en évolution rapide, endommagée par un certain nombre de facteurs, notamment la science, ont choisi Penfield pour diriger leur institut précisément parce que le neurochirurgien faisait appel à la science pour défendre les valeurs traditionnelles, tout en limitant le rôle joué par la science dans la compréhension de l'esprit humain.

Cet article mettra en lumière la façon dont Wilder Penfield, par le biais de l'Institut Vanier, a forgé une relation entre les valeurs sociales et la neuroscience. D'une part, il affirmait que « la nature de l'homme est de désirer son foyer et sa famille » (Penfield 1970, p.65), faisant essentiellement appel à son concept d'une nature humaine enracinée biologiquement pour naturaliser sa vision des valeurs sociales, elles-mêmes infusées par des sentiments religieux. Il a également ancré la moralité

dans l'épistémologie scientifique, insistant sur le fait que «l'homme devrait commencer à utiliser la méthode scientifique pour contrôler sa propre civilisation» (69). D'autre part, la vision de Penfield de l'esprit comme un élément transcendant interagissant simplement avec le cerveau (plutôt qu'une propriété émergente du cerveau) a informé son discours sur la moralité individuelle et le libre arbitre et a limité le rôle que la science pouvait jouer dans la compréhension de soi. Ainsi, cet article va au-delà du travail chirurgical pour lequel Penfield est célébré, pour documenter sa collaboration avec l'establishment politique canadien à des fins d'ingénierie sociale.

Kim Girouard (CÉRIUM, Université de Montréal)
kimgirouard@hotmail.com

« De la femme médecin à l'aide-soignante : Les femmes comme figures de proue de la médicalisation de la maternité en Chine du Sud (1879-1938) »

Tout en portant une attention particulière aux rapports de pouvoir entre les genres, mais également au sein de chacun des groupes de genre, ce papier s'intéresse très précisément au rôle joué par les différentes actrices de santé féminines dans la prise en charge médicale des mères et des jeunes enfants de la province méridionale chinoise du Guangdong à la fin du XIXe et au début du XXe siècles. Il souhaite montrer comment, dans ce contexte particulier, les femmes d'origine occidentale et chinoise, qu'elles aient été médecins, infirmières, sages-femmes ou aides-soignantes, sont devenues les figures de proue de la médicalisation de la maternité. En raison notamment de la ségrégation sexuelle qui prévalait encore dans la société chinoise de l'époque, mais aussi parce que, de manière générale, la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie sont demeurées relativement plus ouvertes aux femmes que d'autres spécialités médicales « traditionnellement » plus masculines et conséquemment considérées supérieures, les différentes intervenantes féminines ont largement et durablement investi le domaine de la santé maternelle et infantile dans cette province du sud de la Chine. Même si dans les faits leur pratique était loin d'être circonscrite aux cas gynécologiques, obstétricaux et pédiatriques, comme ces cas particuliers leurs étaient a priori réservés, elles ont été en mesure de se présenter comme des expertes en la matière et de se distinguer de leurs collègues masculins sur le terrain. Dans cette région du monde, ce sont donc les femmes qui ont été le véritable moteur de la médicalisation de la maternité. Non seulement elles ont été pratiquement les seules fournisseuses de soins pour les mères et leurs jeunes enfants, mais elles ont également été les principales détentrices, productrices et courroies de transmission du savoir spécialisé rattaché à ce domaine médical.

"From Doctors to Caregivers: Women as Leaders of the Medicalization of Maternity in South China (1879-1938)"

While being attentive to power relations between gender, as well as inside each gender group, this paper examines the role played by the various female health workers in providing medical care for mothers and their infants in the southern Chinese province of Guangdong at the end of 19th and the beginning of 20th centuries. It aims to show how, in this particular context, Western and Chinese women, whether they were doctors, nurses, midwives or caregivers, became the leaders of the medicalization of maternity. Because gender segregation still prevailed in Chinese society at the time, but also because in general gynecology, obstetrics and pediatrics remained relatively more open to women than other medical specialties “traditionally” more masculine and consequently considered superior, female health workers largely and permanently invested the field of maternal and infant health in this province of South China. Although in reality the practice of these women was not limited to gynecological, obstetrical and pediatric cases, as these particular cases were de facto attributed to them, they were able to present themselves as experts in the field and to distinguished themselves of their male colleagues on the ground. In this part of the world, it is therefore women who have been the real driving force behind the medicalization of maternity. Not only they have been virtually the only healthcare providers for mothers and their infants, but they have also been the main holders, producers, and transmitters of the specialized knowledge related to this medical field.

Nancy Gonzalez Salazar (EHES, France)
nancy.gonzalez-salazar@ehess.fr

Être immigrant pauvre et malade dans les villes de Buenos Aires et Montevideo.
Stigmatisation médicale et discrimination dans l'accès aux soins (1857 - 1886)

Peuplés dès l'origine essentiellement par des étrangers, l'Argentine et l'Uruguay ont dû faire face à l'apparition de nombreuses maladies dans la seconde moitié du 19ème siècle, période pendant laquelle le flux migratoire vers la région augmenta fortement. Appartenant aux couches sociales les plus pauvres des pays européens, ces immigrants furent très vite perçus comme les vecteurs des maladies exotiques – auparavant méconnues dans la région – et tenus comme responsables d'une dégradation sanitaire générale des villes puisque, très souvent, ils étaient porteurs de maladies chroniques qu'il était nécessaire de prendre en charge à leur arrivée dans la Plata. Pointés du doigt par l'ensemble de la société locale, ils ont fait l'objet d'un traitement singulier de la part des membres de la communauté médicale locale.

S'appuyant exclusivement sur des sources primaires (rapports médicaux, mémoires officiels, journaux médicaux), cette communication analysera en profondeur l'accueil et le secours thérapeutique offert aux malades dans la région de la Plata. Nous mettrons ainsi en exergue les différences existantes entre les soins prodigués à la

population locale et ceux impartis aux étrangers et tenterons de comprendre les motivations ayant mené les médecins, à titre individuel ou institutionnel, à faire une nette distinction entre les soins accordés à ces divers patients. Nous allons, également, chercher à savoir si les médecins étrangers, nombreux dans la région, ont développé avec leurs compatriotes des liens particuliers pouvant favoriser l'amélioration de leurs rapports mutuels. En effet, peu connues et inexploitées, de nombreuses plaintes émanant de la population civile attestent des leurs relations conflictuelles avec les membres de la communauté médicale et en soulignent ses conséquences néfastes pour la santé publique. Mettant en lumière la voix des malades étrangers, ces plaintes nous permettront de dresser un tableau plus complet des divers moyens de prise en charge des malades et des maladies et de saisir, à quel point, ces moyens se trouvaient en lien direct avec le pays d'origine et l'appartenance sociale des individus soignés.

Being a poor and sick immigrant in the cities of Buenos Aires and Montevideo. Medical stigma and discrimination in access to care (1857 - 1886)"

Originally inhabited mainly by foreigners, Argentina and Uruguay had to cope with the emergence of many diseases in the second half of the 19th century, time during which the flow of migrants to the region increased sharply. Belonging to the poorest social strata of European countries, these immigrants were quickly perceived as the vectors of exotic diseases - previously unknown in the region - and held responsible for the general health degradation of cities since, very often, they were the carriers of chronic diseases that had to be taken care of when they arrived in the La Plata region. Singled out by the whole local society, they have been the subject of a specific treatment by the members of the local medical community

Based exclusively on primary sources (medical reports, official memoirs, medical journals), this communication will analyze in depth the reception and therapeutic support offered to patients in the region of La Plata. We will highlight the differences between the care provided to the local population and that provided to foreigners and try to understand the motivations that led physicians, individually or institutionally, to make a clear distinction between the care given to these various patients. We will also investigate whether foreign doctors, numerous in the region, have developed with their compatriots special links that could improve their mutual relationship. In fact, and this is little known and unexploited, many complaints from the civilian population attest to their conflictual relations with members of the medical community and highlight its adverse consequences for public health. Highlighting the voices of foreign patients, these complaints will enable us to draw up a more complete picture of the various means of care for the sick and the diseases and to understand to what extent these

means were in direct connection with the country of origin and social belonging of the cared individuals

Geoffrey L. Hudson (Northern Ontario School of Medicine)
ghudson@nosm.ca

Accidental history and war in early modern England, c. 1590-1810

Accidents in war and peace are defined and interpreted differently by societies over time. This paper will examine the experience of men who survived accidental injury in naval and military forces as well as with, and within, home-based hospitals and relief schemes. It will also explore the experience of war widows. In doing so it will question both contemporary perceptions of the difference between non-martial and martial accidents, and injuries, as well as the extent to which accidents became normalized in certain contexts. The import of disability and gender will be explored. In addition, the handling of accidents and risk over time will be examined, including the role of medics with respect to relevant factors (e.g. alcohol).

To explore this topic I will use materials from the English county pension scheme for ex-servicemen (1593-1679), including petitions from the men, letters from military and other patrons, as well as administrative orders from over a dozen counties and corporations. In addition I will employ records from the Royal Hospitals of Greenwich and Chelsea (created in the late seventeenth-century), including administrative records as well as petitions and support letters.

L'historique des accidents de guerre dans l'Angleterre pré-moderne (c 1590-1810)

Les sociétés définissent et interprète les accidents en temps de guerre et de paix différemment au cours du temps. Ce document examinera l'expérience des hommes qui ont survécu des blessures accidentelles dans les forces navales et militaires ainsi qu'avec et à l'intérieur des hôpitaux à domicile et des régimes de secours. L'expérience des veuves de guerre sera aussi explorée. Dans ce cadre, on questionnera la perception contemporaine de la différence entre les accidents et les blessures civiles et militaires ainsi que le degré auquel les accidents se sont banalisés dans certains contextes. De plus, le traitement des accidents est du risque courant seront examinés, y compris le rôle des techniciens médicaux par rapport aux facteurs pertinents (par ex. : l'alcool).

Pour explorer ce sujet, on utilisera des matériaux du régime de pension des contés anglais pour les anciens militaires (1593-1679), y compris les pétitions des hommes, les lettres de l'armée et autres commanditaires, ainsi que les ordres administratifs de plus d'une douzaine de contés et de corporations. De plus, on

utilisera les dossiers des Royal Hospitals of Greenwich and Chelsea (créés à la fin du 17e siècle), y compris les dossiers administratifs, les pétitions et les lettres de soutien.

Letitia Johnson, University of Alberta
lbjohnso@ualberta.ca

The Case of Dr. Masajiro Miyazaki -- Japanese Canadian Health Care in World War II

The forcible relocation of Japanese Canadians during World War II has been widely examined by scholars, however, there are no studies that discuss the impact on the medical services provided to, and by, Japanese Canadians. My study highlights the issue of medical care and the experiences of one Japanese Canadian physician, Dr. Masajiro Miyazaki. The inclusion of his story, and his voice, in this history illustrates both the limitations in the health care provided to the Japanese Canadian community during relocation and the struggle for Japanese Canadian medical professionals to continue their practice during the war.

By looking at Dr. Miyazaki's experiences, I work to add complexity to the discussion of Japanese Canadian World War II history. His personal experiences also add diversity to our understandings about the history of "country doctors", Indigenous health provisions, hospitals, and the impact of mass relocation on health care. Furthermore, the agency of Japanese Canadians – who constantly balanced resistance and adaptation to oppressive conditions – comes to the forefront with this case study.

My study draws on the original manuscript of Dr. Miyazaki's self-published memoir located at the Library and Archives of Canada. In addition, I look at his letters and personal notes to illustrate the importance of health care to the Japanese Canadian experience of World War II. Dr. Masajiro Miyazaki's story proves that health care professionals, from doctors to nurses' aids who were both Japanese and white, provided extraordinary medical services to Japanese Canadians, during their mass relocation of World War II, despite significant constraints.

Le cas du Masajiro Miyazaki – soins de santé pour les Canadiens d'origine Japonaise pendant la Deuxième Guerre mondiale

La relocalisation forcée des Canadiens d'origine japonaise pendant la Deuxième Guerre mondiale a été largement examinée par les chercheurs, mais aucune étude ne discute de l'impact sur les services médicaux fournis aux Canadiens d'origine japonaise. Mon étude porte sur la question des soins médicaux et des expériences d'un médecin canadien japonais, Masajiro Miyazaki. L'inclusion de son histoire et de sa voix dans cette histoire illustre à la fois les limites des soins de santé offerts à la communauté canadienne japonaise pendant la relocalisation forcée et la lutte pour que

les professionnels médicaux japonais canadiens continuent leur pratique pendant la guerre.

En examinant les expériences du Miyazaki, je travaille pour ajouter de la complexité à la discussion de l'histoire de la Deuxième Guerre mondiale. Ses expériences personnelles ajoutent également de la diversité à notre compréhension de l'histoire des «médecins de la campagne», des dispositions sur la santé des Autochtones, des hôpitaux et de l'impact de la relocalisation forcée de masse sur les soins de santé. De plus, l'agence des Canadiens d'origine japonaise - qui a constamment équilibré la résistance et l'adaptation à des conditions d'oppression – sont évidents avec cette étude.

Mon étude se concentre sur le manuscrit original des mémoires auto-publiés du Miyazaki à la Bibliothèque et Archives du Canada. De plus, je regarde ses lettres et ses notes personnelles pour illustrer l'importance des soins de santé pour l'expérience canadienne japonaise de la Deuxième Guerre mondiale. L'histoire du Masajiro Miyazaki prouve que les professionnels de la santé, des médecins aux aides infirmières, ont fourni des services médicaux extraordinaires aux Canadiens d'origine japonaise, lors de leur relocalisation massive de la Deuxième Guerre mondiale, malgré des contraintes importantes.

Alexandre Klein (Université Laval)
alexandre.klein.1@ulaval.ca

Suivre le processus de désinstitutionnalisation psychiatrique québécois sur la longue durée. Un historien et une sociologue à l'Hôpital des Laurentides.

On connaît assez peu de choses sur le déroulement du processus de désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec après la tenue, en 1961, de la commission Bédard qui engagea sa mise en place dans l'ensemble de la province. L'histoire de cette politique de santé mentale reste en effet trop souvent associée au récit héroïque de son instauration ou à son seul volet législatif. C'est pour combler ce manque que nous avons choisi, avec la sociologue Laurie Kirouac, de nous pencher en 2016, dans le cadre de la préparation d'un collectif sur l'histoire de la désinstitutionnalisation dans le monde psychiatrique francophone, sur l'histoire de l'Hôpital des Laurentides. Nous souhaitons en effet retracer, dans cet hôpital choisi, dès 1962, comme un lieu d'expérimentation de la sectorisation psychiatrique par le gouvernement Lesage, l'installation puis le développement de cette nouvelle politique de santé mentale.

Si notre association disciplinaire, entre histoire et sociologie, visait tout d'abord à permettre une étude sur la longue durée, soit entre 1960 et 2012, nous constatâmes rapidement qu'elle assurait surtout l'écriture d'une autre histoire de la

désinstitutionnalisation psychiatrique dans cette institution. En effet, le peu de sources historiques disponibles se contentait de répéter le tableau idyllique d'un centre psychiatrique avant-gardiste et choyé. Or, le réexamen de verbatims d'entrevues réalisées entre 2010 et 2013 avec des personnels soignants de l'établissement en poste entre les années 1970 et 2000 nous offre une tout autre vision des événements. Au-delà des espoirs et des ambitions affichés dans les années 1960, cette plongée historique dans la réalité de terrain de l'hôpital nous dévoilait surtout les difficultés inhérentes à la mise en place de cette désinstitutionnalisation, et révélait finalement les échecs d'une politique publique sous-financée et parfois incohérente avec les enjeux locaux. Ainsi, la mutualisation des approches historique et sociologique nous a permis de dresser un portrait plus complet et plus complexe du devenir de la politique de désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec depuis son implantation. C'est sur cette expérience d'interdisciplinarité que je souhaiterais revenir dans cette présentation, afin d'en préciser les apports pour le travail de l'historien et d'en analyser les conséquences pour l'historiographie de la psychiatrie québécoise.

Following psychiatric deinstitutionalisation in Quebec in the long term. An historian and a sociologist at the Hôpital des Laurentides.

We don't know much about how psychiatric deinstitutionalisation took place in Quebec after it was inaugurated by the Bedard Commission in 1961. In histories of this famous public policy on mental health, it is often reduced to its legislative aspects alone. Recognizing that the implications of the Bedard Commission are far broader, I have teamed with sociologist Laurie Kirouac to investigate historical developments at l'Hôpital des Laurentides. This research is part of a bigger book project on psychiatric deinstitutionalisation in francophone contexts. In this examination, we retrace in specific terms how the new public policy was applied at this particular hospital, which was chosen as an experimental model for psychiatric sectorization by Jean Lesage's government beginning in 1962. Focusing closely on l'Hôpital des Laurentides, we are able to re-examine how the policy was developed and implemented.

Our disciplinary association, between history and sociology, was initially aimed at cultivating a long-term study l'Hôpital des Laurentides between 1960 and 2012. We quickly noticed, however, that it provided us an opportunity to write a different history of psychiatric deinstitutionalisation in this hospital. Popular historical accounts tend to perpetuate the same story about an avant-gardist and pampered psychiatric hospital. Re-examination of verbatim transcripts from interviews with care givers working there between 1970 and 2000 (conducted between 2010 and 2013) provided another gaze on these events. Beyond the hopes and official ambitions advertised by the Bedard Commission during the 1960's, our historical inquiry sheds light on the many concrete difficulties of implementing deinstitutionalisation. It also reveals the shortcomings of an

under-funded and occasionally incoherent public policy with regard to local issues. We show how bringing together historical and sociological approaches allowed us to build up a more complete and complex portrait of the inauguration of psychiatric deinstitutionalisation policy in Quebec. Our paper re-interrogates our original collaboration in order to demonstrate how interdisciplinarity can be useful for historians in general, and how it could be employed to re-evaluate the historiography of Quebecoise psychiatry.

Erna Kurbegović (University of Calgary)
ekurbego@ucalgary.ca

Eugenics and Birth Control: A Case Study of the Winnipeg Birth Control Society, 1934-1950s

During the late 19th and early 20th centuries the impact of urbanization, industrialization, wars, declining birth rates, and declining overall health of the population in many Western countries led to an ongoing preoccupation of professionals, social reformers, and politicians with “race degeneration.” Within the context of these anxieties eugenics and birth control grew in tandem as political issues that shaped social policy and reproductive debates for years to come. The relationship between eugenics and birth control has been a complex one, as early birth control movements straddled the divide between women’s reproductive rights and the growing desire to limit the fertility of those considered “unfit.”

This paper traces the development of The Winnipeg Birth Control Society (later The Family Planning Association of Winnipeg) under the leadership of social reformer, eugenicist, and birth control advocate, Mary Speechly (1873-1968). The Society was founded in 1934 with the goal of providing contraception advice to poor and working women, at a time when such activities were illegal under the 1892 Criminal Code. With the assistance from Canadian businessman and eugenicist, A.R. Kaufman (1885-1979), the Society was able to hire public health nurses to make home visits and provide birth control guidance. Using Speechly’s personal papers and correspondences, along with the Society’s annual reports, this paper shows that while the Society sought to provide contraception access to women who wanted it, it was nevertheless motivated by eugenics ideology. The intersections between aspects of eugenics and the early birth control movements provide a more complex picture of the politics of reproduction than would be evident by approaching these movements separately.

Eugénique et contrôle des naissances: une étude de cas de la "Winnipeg Birth Control Society," 1934-1950

Au cours du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, l'effet de l'urbanisation, de l'industrialisation, des guerres, de la baisse du taux de naissance et d'un déclin de la santé en général dans beaucoup de pays occidentaux causa une préoccupation de longue durée avec « la dégénération raciale » parmi les professionnels, les réformateurs sociaux et les politiciens. C'est dans le contexte de ces inquiétudes que l'eugénisme et le contrôle des naissances ont pris de l'essor en tandem en tant que questions politiques qui forgèrent la politique sociale et les débats sur la reproduction pendant les années à suivre. Le rapport entre l'eugénisme et le contrôle des naissances s'est avéré complexe car les premiers mouvements du contrôle des naissances chevauchaient le fossé entre les droits de reproductions et le désir croissant de limiter la fertilité de ceux qui étaient considérés comme « inaptes ».

Cet article retrace le développement de la « Winnipeg Birth Control Society » (qui devint plus tard « The Family Planning Association of Winnipeg ») sous la tutelle du réformateur social, eugéniste et défenseur du contrôle des naissances, Mary Speechly (1873-1968). La Société fut fondée en 1934 dans le but de procurer des conseils sur la contraception aux femmes pauvres et ouvrières, à une époque où de telles activités étaient illégales sous le Code Criminel de 1892. Avec l'aide de l'homme d'affaires canadien et eugéniste, A.R. Kaufman (1885-1979), la Société fut capable d'embaucher des infirmières de la santé publique pour consulter à domicile et procurer des conseils sur le contrôle de naissances. À l'aide de documents et de la correspondance personnels de Speechly ainsi que des rapports annuels de la Société, cet article démontre que, bien que la Société ait cherché à procurer l'accès à la contraception aux femmes qui en voulaient, c'était néanmoins l'idéologie eugénique qui la motivait. Les intersections entre les aspects de l'eugénisme et les premiers mouvements du contrôle des naissances peignent une image plus complexe de la politique de reproduction qu'on ne le percevrait si on traitait ces mouvements séparément.

Caroline Lieffers, Yale University
clieffers@gmail.com

Disability and the Panama Canal: The Spatial Politics of Productivity

This presentation examines the history of injury, debility, and madness during the United States' occupation of the Panama Canal Zone (1903-1979). While scholars such as Julie Greene have written extensively on the labour politics of the canal's construction, this presentation draws on the records of the Canal Zone administration to trace the spatial politics of disability, productivity, and citizenship in an imperial context. Specifically, I focus on the case of the Corozal Cripple Farm, also known as the Corozal Hospital, which operated as a refuge for disabled Canal workers as well as a hospital for "insane" patients and "chronics," usually men rendered homeless after

injuries during the Canal's construction or operation. As US citizens, Panamanian nationals, and foreign contract workers came together to live and work on the Farm—which, at its peak, was about eighty percent self-supporting—labels of pathology and productivity superseded and complicated those of citizenship. Building on work by scholars such as Achille Mbembe, Jasbir K. Puar, and Susan Burch, the case of the Corozal Cripple Farm allows us to read the history of human difference through the politics of space, violence, and power. Disability is created at both the macro-imperial and micro-agricultural scales through the control and manipulation of landscapes as well as people in order to render them productive by the imperialists' standards. Understanding how disability works through imperialism, pathology, and a spatial politics of productivity also helps us understand the capitalist, medicalized, and spatial politics of disability in the present.

Le handicap et le canal de Panama : les politiques spatiales de la productivité

Cette communication analyse l'histoire des blessures, du handicap physique et de « l'incapacité » pendant l'occupation de la Zone du canal de Panama par les États-Unis (1903-1979). Des historien/nes comme Julie Greene ont étudié les politiques du travail pendant la construction du canal. Mes recherches examinent quant à elles les archives de l'administration de la Zone du canal pour retracer et analyser les politiques spatiales du handicap, de la productivité et de la citoyenneté en contexte impérial. Cette communication se concentre plus spécifiquement sur l'histoire de la Ferme des estropiés de Corozal (aussi connu comme l'Hôpital Corozal), un refuge pour les ouvriers handicapés lors de la construction du canal ainsi qu'un asile pour les fous et les « chroniques », c'est-à-dire les hommes devenus sans-abris à la suite de blessures. Les citoyens des États-Unis, les ressortissants panaméens et les travailleurs étrangers contractuels ont vécu et travaillé ensemble sur cette ferme qui, à son apogée, était autosuffisante à 80 %. Nous verrons comment, dans ce contexte, les catégories de pathologie et de productivité ont supplanté et complexifié celles de citoyenneté. En s'appuyant sur les travaux de chercheurs comme Achille Mbembe, Jasbir K. Puar et Susan Burch, l'étude du cas de la Ferme des estropiés de Corozal permet d'examiner l'histoire du handicap et de la différence humaine à travers les notions de politique de l'espace, de violence et de pouvoir. Le handicap est créé à la fois à l'échelle macro-impériale et micro-agriculturelle par le contrôle et la manipulation des terrains ainsi que des individus afin de les rendre productifs selon les normes des impérialistes. Comprendre comment le handicap était créé à l'époque au sein des systèmes d'impérialisme, de pathologie et de politique spatiale de la productivité nous permet également d'interroger les relations entre le capitalisme, la médicalisation et la politique spatiale du handicap de nos jours.

Katerina Liskova (Masaryk University)
katerina@fss.muni.cz

Fixing sex in a psychiatric ward. Learning heteronormativity and improving married life in late state-socialist Czechoslovakia

Marriage and the family were important institutions in really existing socialism throughout its existence. The focus got even sharper in Czechoslovakia during the late stage of socialism, in the period called Normalization (1969-89). The already existing medical expertise, particularly in sexology and psychiatry, linked with the heightened priority the state placed on lasting marriage and strong family. The individuals who did not conform to the familial norm or spouses whose union was threatened by sexual difficulties were newly sent for treatment to specialized wards in psychiatric hospitals.

The first group of inmates were heterosexual men who committed an act of sexual aggression towards a woman, yet the court did not send them to prison. Based on expert examination by sexologists, the judges deemed such "sexual delinquents" ill rather than simply criminally liable. These men were sentenced to the sexological wards of psychiatric hospitals where they underwent a treatment comprising of hormonal suppression of aggressiveness and learning of proper heteronormative behavior. Czechoslovak sexologists began experimenting with the treatment of aggressive heterosexual men in the 1970s and the treatment protocols consolidated in the following decade.

The second group were married men and women whose sexual lives were inflicted by dysfunctions such as anorgasmia or lack of desire (in women) or erectile problems or premature ejaculation (in men). Such spouses were invited for a voluntary sojourn in a psychiatric hospital where a Masters-and-Johnson style treatment was being introduced. After achieving high success rates, the treatment spread to out-patient clinics across the country.

In this paper, I will present two clinical approaches through which the institution of family was "normalized" in late socialist Czechoslovakia. My research on gender, sexuality and expertise under state socialism is forthcoming in a monograph titled *Sexual Liberation, Socialist Style: Communist Czechoslovakia and the Science of Desire, 1945–89* by Cambridge University Press in 2018.

Réparer le sexe dans un service psychiatrique. Apprendre l'hétéronormativité et améliorer la vie conjugale dans la période tardive de l'état socialiste tchécoslovaque

Le mariage et la famille étaient des institutions importantes dans le socialisme d'État tout au long de son existence. La chose s'est encore accentuée en Tchécoslovaquie à la fin du socialisme, à l'époque de la Normalisation (1969-1989). L'expertise médicale

déjà existante, notamment en sexologie et en psychiatrie, est liée à la priorité accrue accordée par l'État à un mariage durable et à une famille forte. Les individus qui ne se conformaient pas à la norme familiale ou les conjoints dont l'union était menacée par des difficultés sexuelles ont été nouvellement envoyés dans des services spécialisés d'hôpitaux psychiatriques.

Le premier groupe d'internés étaient des hommes hétérosexuels qui ont commis un acte d'agression sexuelle envers une femme, mais le tribunal ne les a pas envoyés en prison. Sur la base d'un examen d'experts par des sexologues, les juges ont estimé que de tels «délinquants sexuels» étaient malades plutôt que simplement criminellement responsables. Ces hommes ont été condamnés au département de sexologie des hôpitaux psychiatriques où ils ont subi un traitement comprenant la suppression hormonale de l'agressivité et l'apprentissage d'un comportement hétéronormatif approprié. Les sexologues tchécoslovaques ont commencé à expérimenter le traitement des hommes hétérosexuels agressifs dans les années 1970 et les protocoles de traitement ont été consolidés au cours de la décennie suivante.

Le deuxième groupe était composé d'hommes et de femmes mariés dont la vie sexuelle était due à des dysfonctionnements tels que l'anorgasmie ou l'absence de désir (chez les femmes) ou de problèmes érectiles ou d'éjaculation précoce (chez les hommes). Ces conjoints ont été invités à un séjour volontaire dans un hôpital psychiatrique où un traitement de type Masters-and-Johnson a été mis en place. Après avoir atteint des taux de réussite élevés, le traitement s'est étendu aux cliniques externes dans tout le pays.

Dans cette communication, je présenterai deux approches cliniques à travers lesquelles l'institution de la famille a été «normalisée» à la fin de la Tchécoslovaquie socialiste. Mes recherches sur le genre, la sexualité et l'expertise dans le cadre du socialisme d'État sont présentées dans une monographie intitulée *Libération sexuelle, style socialiste: Tchécoslovaquie communiste et Science du Désir, 1945-1989* par Cambridge University Press en 2018.

Vincenza Mazzeo, McGill University
vincenza.mazzeo@mail.mcgill.ca

SPEAKing a History of "Medical Feminism" and Women's Health Activism in South Africa,
1982-1994

Motivated by liberation movement, members of the Durban Women's Group formed the SPEAK Collective and produced SPEAK magazine in 1982. Positioned as a vehicle for women's liberation from sexism and political marginalization, SPEAK grew to become a national magazine with head offices in Durban and Johannesburg and a

circulation of 9000 copies across South Africa with spokes to Mozambique and Canada. By its final publication in 1994, SPEAK was celebrated by activists for its coverage of women's issues and recognized for its unique approach to women's health.

Despite its wide circulation, medical historians of South Africa seldom address SPEAK's impact on local and global histories of women's health activism. Using SPEAK, interviews, and the silences of the archive, I will consider how SPEAK magazine, as alternative media, became the prevailing forum for discussions regarding women's health activism. I will argue that SPEAK became a hub for discussions regarding cross-organizational and non-racial mobilization for women's health activism in South Africa during the 1980s. In doing so, I will demonstrate how SPEAK facilitated both local and global women's health activism and was a product of the entanglements between broader historical formations of apartheid capitalism, women's rights movements, and "medical feminism."

SPEAKing d'une histoire du « Féminisme Médical » et de l'activisme pour la santé des femmes en Afrique du Sud, 1982 - 1994

Motivé par le mouvement de libération, les membres du groupe de femmes de Durban formèrent le collectif SPEAK et créèrent le magazine SPEAK en 1982. Positionné en tant que véhicule affranchissant les femmes du sexisme et de la marginalisation politique, SPEAK émergea comme un magazine d'envergure nationale avec des sièges à Durban et Johannesburg, avec une distribution de 9000 copies en Afrique du Sud et un rayonnement au Mozambique et au Canada. Au moment de sa publication finale en 1994, SPEAK était acclamé par les activistes pour sa avoir abordé les problèmes rencontrés par les femmes et reconnu pour son unicité dans son approche de la santé des femmes.

Malgré sa large diffusion, les historiens de la médecine en Afrique du Sud ont rarement traité l'impact de SPEAK au niveau local et global auprès du militantisme de la santé des femmes. En m'appuyant sur SPEAK, des entrevues et les non-dits des archives, j'argumenterais de la méthode selon laquelle le magazine SPEAK, en tant que media alternatif, est devenu le principal forum de discussion de l'activisme de la santé des femmes. J'attesterais que SPEAK est devenu une plateforme de discussion en ce qui concerne la mobilisation trans-organisationnelle et non-racial pour l'activisme de la santé des femmes en Afrique du Sud pendant les années 1980s. Ce faisant, je démontrerais comment SPEAK a facilité l'activisme de la santé des femmes à la fois au niveau local et global et; se révèle être un produit de l'imbraglio enchevêtré entre la formation historique global du capitalisme de l'Apartheid, les mouvements luttant pour le droit des femmes et finalement le « féminisme médical »

Daniel McCormack (University of Calgary)
daniel-mccormack@hotmail.com

Mental Health Gender Dichotomies in 18th Century Scotland.

This paper presents upon the gender dichotomies of mental health treatments in Scotland during the Enlightenment. During the 18th century, Scottish medical philosophy surrounding 'madness' was to use physical treatments upon patients. Although the reforms for these treatments were soon to come about, in this period, mental health physicians relied on established practices to treat patients. Medical history often has shown how female patients were much more quickly diagnosed with pseudo mental health issues. What physicians of the period considered as the "lesser" or "fairer sex," was more prone to hysteria, and even disregarded as only attention-seeking. Contrasting the male example whose illnesses resided in the realm their psychology, the female situation was fraught with adversity in attaining astute diagnoses and receiving sound medical treatment. In addition to navigating a male-centric system, female patients received different treatments for madness than that of men, and because of this, endured a health regimen based upon gender rather than disease. In reference to the works of R.A. Houston and Roy Porter which highlight 'madness' in society in 18th century Scotland, and medicine in the Enlightenment, respectively, I seek to highlight the tension between differences of diagnoses of male and female mental health patients and the treatments used in the execution of their rehabilitation programs. Making this distinction will illustrate how the mental health system in Scotland marginalized female patients and prioritized male patients.

La dichotomie genrée de la santé mentale en Ecosse du 18^{ième} siècle

Cette présentation a pour sujet la dichotomie, basée sur le sexe, des traitements des maladies mentales en Ecosse pendant la période des Lumières. Pendant le 18^{ième} siècle la philosophie médicale de « la folie » prônait des traitements physiques. Avant qu'il y ait eu des reformes des traitements des maladies mentales, les médecins comptaient sur des pratiques établies. L'histoire de la médecine a souvent démontré comment des patientes (donc, des femmes) étaient diagnostiquées avec des maladies pseudo mentales plus vite. Appelées « le sexe faible » par les médecins, les femmes étaient plus susceptibles à l'hystérie, et méprisées car les médecins pensaient qu'elles cherchaient à attirer l'attention. Contrairement à l'exemple du patient mâle dont la maladie habitait la psychologie plus familière, la situation féminine était pleine de difficultés pour atteindre un diagnostic avisé et un traitement approprié. Non seulement elles étaient immergées dans un système de santé centré autour du masculin et dominé par des hommes, mais en plus les patientes recevaient des traitements différents pour leur « folie » que les hommes. A cause de ça, elles devaient

tolérer un système médical basé sur le sexe et non sur les maladies. En référant R. A. Houston et Roy Porter qui ont respectivement travaillé sur « la folie » dans la société de l'Écosse du 18^{ème} siècle et sur la médecine pendant la période des Lumières, je cherche à étudier la tension entre les différences de diagnostic des patients hommes et femmes et les différences entre les traitements utilisés pendant leurs programmes de réhabilitation. En établissant cette distinction je vais illustrer comment le système de santé écossais a marginalisé les patientes (les femmes) et a accordé une importance capitale aux patients (les hommes).

Sasha Mullally (University of New Brunswick) and
Ricarda M Konder (Dalhousie Medicine New Brunswick)
sasham@unb.ca r.m.konder@gmail.com

Writing as a work cure? Creativity, empathy and social class in experimental OT, 1905-1923

At the turn of the last century, Dr. Herbert J. Hall managed his patients' emotional and physical pain through therapeutic arts and crafts, practiced at his medical workshop at Marblehead, Massachusetts. Since 1905, this general practitioner offered treatments for neurasthenia as well as other physical and emotional illness, distress and disability by engaging patients in communal craft work. Though a pioneer of early occupational therapy, few are aware that Hall suffered chronic pain from a hip injury in early adulthood. He also sought a rest cure for unspecified emotional distress before becoming interested in the therapeutic arts and crafts. He managed his pain with periods of intense creative writing, which carried him over difficult periods so he could maintain an otherwise extremely high degree of professional productivity. Toward the end of his life, Herbert Hall engaged in correspondence with famous children's writer Cornelia Meigs, a former patient whose friendship provided him with critic feedback for his work and a sounding board for his thoughts on how creativity mediated the burden of pain, which for both had physical and psychological manifestations.

This paper will analyze the largely unexamined correspondence between physician and former patient to discuss how creative work was thought to bring forth relief from physical and emotional pain a century ago. Using mixed methods qualitative analysis, we examined poems and letters from Meigs' collection at the Hagley Library in Wilmington, Delaware. While Hall is well known for deploying therapeutic arts and crafts as treatments at Marblehead, his correspondence with Meigs suggests that he valued the literary arts equally, allowing patients to pursue creative writing as they recovered learned to deal with physical and psychological pain. Their exchanges shed

new light on Hall's experimental programs, revealing more details about the variety of creative activities he considered therapeutic.

Écrire comme un remède? Créativité, empathie et classe sociale dans l'expérimentation d'ergothérapie, 1905 – 1923

Depuis 1905, le Dr Herbert Hall, un médecin de famille à Marblehead Massachusetts, a commencé à offrir des traitements pour la neurasthénie et d'autres maladies physiques et psychologiques en prescrivant les arts et l'artisanat. Hall était un pionnier de l'ergothérapie, mais peu sont conscients qu'il souffrait lui-même de douleurs physiques et psychologiques chroniques. Il a géré sa douleur avec des périodes d'écriture créative intenses. Son écriture l'a aidé à traverser des périodes difficiles afin qu'il puisse maintenir sa productivité professionnelle.

Au cours des dernières années de sa vie, Herbert Hall a échangé des lettres avec une ancienne patiente, la célèbre écrivaine pour enfants, Cornelia Meigs. Cet article va analyser cette correspondance entre le médecin et sa patiente. Nous discuterons de la façon dont le travail créatif a été pensé pour apporter un soulagement de la douleur physique et psychologique au début du XXe siècle. Plus qu'une simple distraction, les lettres suggèrent que Hall (et Meigs) a évalué les arts littéraires pour leur valeur thérapeutique intrinsèque, surtout dans le cadre de sensibilités raffinées des classes supérieures de cette époque. Leurs échanges apportent un éclairage nouveau sur les programmes expérimentaux de Hall et leurs lettres soulignent l'importance de l'empathie. En même temps, ces lettres révèlent l'importance de l'aspect social des arts et de l'artisanat, ainsi que l'idée de «créativité communautaire», à l'origine de l'ergothérapie.

Karissa Patton (University of Saskatchewan)
karissa.patton@uleth.ca

"I learned things about birth control that I thought I already knew:"¹ Educational Outreach Initiatives from Southern Alberta Birth Control Centres, 1971-1979

From 1970 to 1979 birth control centres in southern Alberta offered educational outreach services to "all interested groups."² According to the archival records from these centers, many Albertans were interested in learning more about birth control, VD, and sexuality. Staff responded to these inquiries often by distributing information in pamphlets and, more often than not, running educational workshops. By 1972, rural communities became of particular interest and, in the case of the CBCA, earned their

¹ M-7265-100: Educational Outreach, 1974-1975. Calgary Birth Control Association Collection, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

² Description of Birth Control Education at the CBCA, pg 1. M-7265-100: Educational Outreach, 1974-1975. Calgary Birth Control Association Collection, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

own designated outreach programs. Moreover, as news spread of the new birth control centres in Southern Alberta, surrounding Indigenous communities began to request more information and opportunities to participate in educational workshops. Indeed, in 1973 Mrs. Dorothee Haenschke from the Slave Lake Friendship Centre wrote to the CBCA about attending their training session,³ most likely in preparation for the Friendship Centre's own Family Planning Services opening later that year.⁴ My presentation will focus on the particular educational outreach for rural and Indigenous communities.

This paper will examine and analyze the relationships between these communities and the Southern Alberta activist birth control centres. In particular, this paper will investigate the specific barriers to such education within rural and Indigenous communities. In doing so, I hope to complicate the binaries drawn between rural and urban spaces, as well as put Indigenous communities' experiences in conversation with the often White story of reproductive rights activism in the 1970s. Highlighting these complexities and the various communities who used these educational outreach services illuminates the multifaceted strains of reproductive and sexual health activism in Southern Alberta in the 1970s.

«J'ai appris des choses sur le contraception que je pensais déjà savoir: »⁵ Initiatives de éducation de proximité des Centres de contraception du Sud de l'Alberta, 1971-1979

De 1970 à 1979, les centres de contraception du sud de l'Alberta offraient des services éducatifs à tous « les groupes intéressés. »⁶ Selon les archives de ces centres, de nombreux Albertains souhaitaient en apprendre davantage sur le contrôle des naissances, la VD et la sexualité. Le personnel a souvent répondu à ces demandes en distribuant des brochures ou même plus souvent, en organisant des ateliers éducatifs. En 1972, les communautés rurales sont devenues d'un intérêt particulier et, dans le cas de l'Association de contraception de Calgary, ont obtenu leurs propres programmes de sensibilisation. De plus, à mesure que les nouveaux centres de contraception dans le sud de l'Alberta se sont répandus, les communautés autochtones environnantes ont commencé à demander plus de renseignements et ont participé plus fréquemment à des ateliers éducatifs. En effet, en 1973, Mme Dorothee Haenschke du Slave Lake

³ Letter from Dorothee Haenschke to Rosalee Lewis, August 31, 1973. M-7265-82: Correspondence 1973. Calgary Birth Control Association Collection, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

⁴ "Family Planning Grants Program: Projects Supported 1973/74." This is a list of all projects funded through the Family Planning Federation of Canada (supported by the federal Department of Health and Welfare). M-7265-20: Alberta Family Planning Co-Ordinating Committee 1975. Calgary Birth Control Association Collection, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

⁵ M-7265-100: Sensibilisation à l'éducation, 1974-1975. Collection de l'Association de contraception de Calgary, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

⁶ Description de l'éducation sur le contraception à la CBCA, pg 1. M-7265-100: Sensibilisation à l'éducation, 1974-1975. Collection de l'Association de contraception de Calgary, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

Friendship Centre a écrit à l'Association de contraception de Calgary au sujet de leur participation à la séance de formation,⁷ en prévision de l'ouverture de leur propre centre de planning familial l'année suivante.⁸ Mon exposé portera sur les activités de sensibilisation à l'intention des communautés rurales et autochtones.

Cet présentation examinera et analysera les relations entre ces communautés et les centres de contraception activistes du sud de l'Alberta. En particulier, ce document examinera les obstacles spécifiques à une telle éducation dans les communautés rurales et autochtones. Ce faisant, j'espère compliquer les binaires qui se dessinent entre les espaces ruraux et urbains, et mettre les expériences des communautés autochtones en contact avec l'histoire souvent blanche de l'activisme des droits reproductifs dans les années 1970. Soulignant ces complexités et les diverses communautés qui ont utilisé ces services éducatifs de sensibilisation éclairent les tensions multiformes de l'activisme de santé reproductive et sexuelle dans le sud de l'Alberta dans les années 1970.

Isabelle Perreault, University of Ottawa
iperreault@uottawa.ca

Suicide patterns in Québec during the 20th Century: What History tells us about "death by suicide"?

Based on the coroner's inquests of violent death by "suicide" from 1900 to 1986, the intent of this presentation is to examine and analyze the scenarios reflecting the most commonly used method of suicide during this period in Canada. This quantitative analysis will allow us to categorize "types" of suicide prior to developing a preliminary typology of the most frequently performed scenarios. Intrinsically linked to the available means to commit suicide and the new technologies which enabled it, death by suicide allows us to consider the daily life of the individual shortly before their final act. Concurrently, this analysis will also question the tension between various variables such as gender, age, residence or the social status of the main stakeholders.

While military members employed an almost exclusive use of firearms to commit suicide by in the early 20th century, the method spread increasing over time, enveloping recreational shooters and hunters alike. In contrast, the Vert de Paris (Rough on rats poison), technique widely used by women in the first quarter of the last century, diminished in favour of overdose. Which methods are most frequently

⁷ Lettre de Dorothee Haenschke à Rosalee Lewis, le 31 août 1973. M-7265-82: Correspondence 1973. Collection de l'Association de contraception de Calgary, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

⁸ « Programme de subventions pour la planification familiale: projets soutenus en 1973/74. »

Voici une liste de tous les projets financés par la Fédération de planification familiale du Canada (avec le soutien du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social). M-7265-20: Comité de coordination de la planification familiale de l'Alberta 1975. Collection de l'Association de contraception de Calgary, Glenbow Archives, Calgary Alberta.

used? By whom, where and when? What do these data reveal about the broader socio-political context? How to interpret them? This presentation will allow us to systematically analyze previously collected data however only the investigations that concluded as "suicide" will be taken; investigations that concluded as "probable suicides" or "accidental deaths" precipitated by cessation of medical treatment or food, for example, will be excluded.

Les scénarios suicidaires au Québec au cours du 20e siècle : Que nous apprend l'Histoire au regard des "décès par suicide"?

À partir des enquêtes de décès par suicide effectuées lors d'une mort violente par le Bureau du coroner sur le territoire québécois de 1900 à 1986, cette communication propose d'interroger et d'analyser les scénarios et les moyens létaux les plus couramment utilisés au cours de cette période. Cette analyse quantitative nous permettra de qualifier les « types » de suicide pour élaborer une typologie préliminaire des scénarios les plus fréquemment performés. Intrinsèquement liés à la disponibilité des moyens qui sont disponibles et à l'arrivée de nouvelles technologies, les décès par suicide nous donnent à penser la vie quotidienne des suicidants peu avant leur passage à l'acte. Cette analyse sera également soumise à la mise en tension de variables diverses comme le genre, l'âge, le lieu d'habitation ou encore le statut social des principaux intéressés.

Si l'on constate une utilisation quasi exclusive des armes à feu par les militaires au début du 20^e siècle, cette technique se répand avec l'utilisation de plus en plus grande de cet outil au fil du temps, incluant chasseurs et tireurs du dimanche. À l'opposé, le Vert de Paris (Rough on rats), technique largement répandue et utilisée par des femmes dans le premier quart du siècle dernier, se voit disparaître au profit des intoxications médicamenteuses. Quels moyens sont les plus fréquemment utilisés? Par qui, où et quand? Que nous révèlent ces données sur le contexte sociopolitique plus large? Comment les lire? Cette communication permettra de soumettre des données déjà recueillies à une analyse systématique et, mentionnons-le, seulement les enquêtes qui ont conclu à un décès par suicide. Seront de fait exclues les enquêtes sur les « suicides probables » et les « morts accidentelles » précipitées par un arrêt de traitement ou de nourriture par exemple.

Yvan Prkachin (Harvard University)
yvanprkachin@fas.harvard.edu

Penfield and Psychiatry: Two Solitudes

It is generally accepted that Wilder Penfield was a fierce opponent of the mid-century craze for psychosurgery and lobotomy. Beginning almost immediately after the

procedure's invention in the 1930s, Penfield was a strong skeptic of its medical value, and refused to participate in discussions of it at medical conferences. It is also generally accepted that Penfield had a cool relationship with the McGill psychiatrist Ewen Cameron, whose experimental 'psychic driving' treatment of schizophrenia at Montreal's Allen Memorial Institute constituted a major ethical violation, and was later revealed to have been partly funded by the Central Intelligence Agency's MK-Ultra 'mind control' program.

While there is some truth to both of these claims generally, close archival research reveals a much more complex relationship between Penfield and Cameron, one that cut right to the very heart of Penfield's vision for a multi-disciplinary neuroscience clinic. This paper examines the relationship between Penfield and Cameron - which led to a brief series of experimental psychosurgeries in 1944 - as an example of failed 'trading' in the brain and mind sciences. Historians of science have frequently argued that the emergence of new scientific fields results from a process akin to the 'trading' behavior that anthropologists have observed between different cultures. Here, Penfield and Cameron can be seen as an example of failed trading among medical practitioners, a fact that was not lost on in the Montreal medical community, who used linguistic and political metaphors from the broader environment of Quebec to make sense of this broken relationship. By examining the breakdown of relations between neurology and psychiatry, and between Penfield and Cameron, this paper will situate Penfield's contributions within in the broader medical and scientific debates that shaped the development of modern neuroscience.

Penfield et la psychiatrie: deux solitudes

C'est généralement reconnue que Wilder Penfield était un farouche opposant de la psychochirurgie et de la lobotomie, des phénomènes de mode du milieu du siècle. Presque juste après l'invention de ces interventions en 1930s, Penfield était un fort sceptique de leurs valeurs médicaux. Il a refusé de les discuter pendant des conférences médicaux. C'est aussi généralement reconnue que Penfield avait une relation détachée avec Ewen Cameron, psychiatre de McGill. Ces traitements expérimentaux de la schizophrénie à l'Institut Allan Memorial, Montréal, « psychic driving », était une violation éthique ; il s'est avéré ultérieurement que le programme MK-Ultra « mind-control » de l'agence central de renseignement avait lui partiellement financé.

Même s'il y un fond de vérité de ces déclarations, les recherches laborieuses dans les archives révéler une relation beaucoup plus complexes entre Penfield et Cameron, une qui frapper au cœur de la vision de Penfield de une clinique neurologiques multidisciplinaire. Cette communication examine la relation entre Penfield et Cameron, qu'aboutier à quelques psychochirurgies expérimentales en 1944

comme un exemple « d'échanges » faillite dans les sciences du cerveau et de la cognition. Les historiens des sciences avaient affirmé souvent que l'émergence d'un domaine scientifique résultait d'un processus comparable à « l'échange », comme des anthropologues observaient entre des cultures différents. En ce cas, l'échange entre Penfield et Cameron peuvent être compris comme un échange rate entre des professionnels médicaux, un fait qui n'a pas échappé aux chercheurs de la communauté médicale de Montréal. Ils ont utilisé des métaphores linguistique et politique québécois pour donner un sens à ce relation raté. En examinant la dégradation de le lien entre neurologie et psychiatrie, et en plus entre Penfield et Cameron, cette communication située les contributions des Penfield dans des débats médicaux et scientifique plus larges, qui ont forme le développement des sciences neurologiques modernes.

Fedir Razumenko (University of Saskatchewan)
fvr771@mail.usask.ca

The Beginnings of Canadian Cooperative Clinical Cancer Trials Program and Diverse American Influences, 1962-1972.

Clinical cancer research in Canada entered a new phase in 1971. That year, the National Cancer Institute of Canada agreed to launch and support a multidisciplinary cooperative clinical trials program. The first collaborative randomized controlled trial (RCT) for the treatment of advanced Hodgkin's disease got underway in medical centers across the country in December 1971. Simultaneously in the United States, the National Cancer Act came into effect. To what extent were these Canadian and American developments coincidental? I argue that the cooperative clinical trials program in Canada was timed to coincide with the US declaration of war on cancer, but it was not its corollary. Evolution of the Hodgkin's disease trial serves as a good example to demonstrate how a growing collaboration among Canadian and American doctor-investigators brought about a large-scale national study. The latter became a prototype of further cooperative RCTs in Canada over the 1970s.

Although major Canadian cancer specialists collaborated sporadically in clinical trials conducted by American NCI-sponsored groups since at least the mid-1950s, conditions to organize the cooperative clinical trials program became optimal later. I analyze constituents of this favorable situation historically to explain why a relatively rare lymphoma, Hodgkin's disease, came into focus for leading Canadian chemotherapists and therapeutic radiologists in the process of their interaction with American colleagues in the late 1960s. I conclude that certain professional interests and practices in radiotherapy and chemotherapy became accommodated within one cooperative program owing to a particular Canadian-American nexus. Importantly, the Hodgkin's trial protocol development reconciled contending evidential paradigms of

radiotherapists and chemotherapists through epistemological and political means.

I build on the work of Peter Keating and Alberto Cambrosio to show how the RCT method made it possible not only to sideline inter-professional disagreements on innovative cancer treatments, but also to cross borders and form clusters of investigators in a transnational network. Drawing on archival records from the clinical trial committees, doctor-investigators' correspondence, and documents from associated Canadian and American institutions, I trace the emergence of the cooperative clinical trials program in Canada.

Le début du Programme des essais cliniques coopératifs canadiens du cancer et diverses influences américaines, 1962-1972.

La recherche clinique du cancer au Canada est entrée dans une nouvelle période en 1971. C'est l'année quand l'Institut national canadien du cancer a consenti de lancer et de soutenir un programme multidisciplinaire et coopératif d'essais cliniques. Le premier essai collaboratif randomisé contrôlé (RCT) pour le traitement de la maladie de Hodgkin avancée a eu lieu dans des centres médicaux parmi tout le pays en décembre 1971. En même temps, dans les États Unis, l'Acte national du cancer est entré en vigueur. Dans quelle mesure ont été ces développements coïncidents ? Je propose que le programme coopératif d'essais cliniques ont été calculés à coïncider avec la déclaration des États Unis d'une guerre contre le cancer, non pas son corollaire. L'évolution de l'essai de la maladie de Hodgkin sert d'un bon exemple pour démontrer comment une collaboration croissante parmi les médecins-investigateurs canadiens et américains a amené une étude nationale de grande échelle. Celle-ci est devenue un prototype des RCTs coopératives au Canada pendant les années 1970.

Bien que des plus grands spécialistes canadiens en cancer aient collaboré que rarement dans d'essais cliniques menés par des groupes sponsorisés par le NCI américain depuis au moins les moyens-1950, les conditions nécessaires pour organiser le programme d'essais cliniques coopératives sont devenues plus tard optimales. J'analyse les constituants de cette situation favorable dans un moyen historique afin d'expliquer pourquoi un lymphome relativement rare, la maladie de Hodgkin, s'est mis au point pour des principaux chimiothérapeutes et radiologistes thérapeutes canadiens dans leurs interactions avec des collègues américains dans la fin des années 1960. Je conclus que certains intérêts et pratiques en radiothérapie et chimiothérapie ont été accueillis à l'intérieur d'un programme coopératif en raison d'une certaine connexion canadien – américain. Aussi important, le développement du protocole d'essai de la maladie de Hodgkin a permis de réconcilier les paradigmes évidents des radiothérapeutes et des chimiothérapeutes parmi des moyens épistémologiques et politiques.

J'utilise et développe le travail de Peter Keating et Alberto Cambrosio pour montrer comment la méthode RCT a rendu possible non seulement de mettre à l'écart des désaccords interprofessionnels sur des traitements innovants contre le cancer, mais aussi pour traverser les frontières et former des groupes d'investigateurs dans un réseau transnational. Tirant sur des documents archives des comités d'essais cliniques, de la correspondance entre les médecins-investigateurs et des documents provenant d'établissements canadiens et américains associés, je trace l'émergence du programme d'essais cliniques coopératifs au Canada.

Lucas Richert (University of Strathclyde)
lucas.richert@strath.ac.uk

Break on Through: LSD Treatment, End-of-Life Therapy, and the 'Other Side'

On November 22, 1963, Aldous Huxley, author of *The Doors of Perception* and *Brave New World*, passed away peacefully in his California home with his psychotherapist wife, Laura, at his side. Suffering through the late stages of laryngeal cancer, Huxley requested of his wife a hit of LSD, 100 micrograms to be exact. Having lost the ability to talk, he scribbled the message for Laura, and she dutifully administered the drug by needle. Huxley, well read on the subject of psychedelics (he had co-created the word after all), had long suggested that psychedelics might be of use among terminal cancer patients, aiding them in the process of dying. Many physicians and researchers agreed, including Stanislav Grof and Eric Kast, who embarked on this type of psychedelic therapy in the United States. Their extensive work with LSD and cancer patients ultimately revealed a "lessening of the patients' physical distress and a lifting of their mood and outlook that lasted about ten days." This paper places a spotlight on the use of LSD as an adjunct to end-of-life therapies, and it recounts how physical spaces, individuals, as well as senses and emotions were impacted by the use of psychedelics in the treatments of the dying. It is part of a larger project on substances, death, and reaching the "other side." Using documents from the Cicely Saunders Collection (King's College) in London, the RD Laing Collection (Glasgow University), medical literature, and news coverage, I will attempt to highlight an alternative way means of approaching palliative care in the late 1960s-early 1970s.

'Break on Through': Le Traitement thérapeutique de la fin de vie, le LSD et «l'au-delà»

Le 22 novembre 1963, Aldous Huxley, l'auteur des *Portes de la perception* et du *Meilleur des mondes*, est décédé paisiblement dans sa maison de Californie avec sa femme psychothérapeute, Laura, à ses côtés. Souffrant d'un cancer du larynx avancé, Huxley a demandé à sa femme une dose de LSD, 100 microgrammes pour être exact. Ne pouvant plus parler, il griffonna le message pour Laura et elle lui injecta

consciencieusement la drogue. Huxley, qui en savait long sur les drogues psychédéliques (mot dont la paternité lui revient en partie, après tout), suggérait depuis longtemps que ces drogues pourraient être utilisées chez les patients en phase terminale du cancer pour les aider à mourir. Cette opinion était partagée par de nombreux médecins et chercheurs, dont Stanislav Grof et Eric Kast, qui se lancèrent dans ce type de thérapie psychédélique aux États-Unis. Leurs travaux de recherche approfondis sur l'utilisation du LSD chez les patients atteints du cancer ont finalement révélé une « diminution de leur souffrance physique et une amélioration de leur moral, pour une durée d'environ dix jours. » Cette communication met l'accent sur l'utilisation du LSD comme supplément aux thérapies de fin de vie. Elle détaille comment l'utilisation de drogues psychédéliques chez les patients en fin de vie a eu un impact sur la société, les sens et les émotions des individus, ainsi que leur perception spatio-temporelle. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet plus vaste sur les drogues, la mort, et le passage à l'au-delà. En me basant sur des documents de la Collection Cicely Saunders (King's College) à Londres, la Collection RD Laing (Université de Glasgow), la littérature médicale et la couverture médiatique, je tenterai de mettre en évidence une autre façon d'aborder les soins palliatifs durant la période de la fin des années 1960 au début des années 1970.

Irving Rosen (University of Toronto)
helirv@hotmail.com

" Dr Ray Fletcher Farquharson ("Farky") and Equity Issues at UT Medical School, 1947-1960"

Dr Ray Fletcher Farquharson, nicknamed Farky, the son of a Presbyterian minister, was born in small town Ontario, in 1897 who became the second Lord and Lady Eaton Professor of Medicine at University of Toronto (UTM) from 1946-60 where he was beloved and respected by all. A quota system for student selection existed for Jewish and female students at UTM. In 1952 Farky recommended Dr B. Barris, son of a Jewish immigrant for a staff position which was rejected by medical and governor staff alike. Farky threatened to resign which resulted in the appointment of Dr Barris and the permanent correction of a racist policy. At present UTM has a diversity coordinator who directs a diversity program thanks to the effective action by Dr Farquharson.

Dr. Ray Fletcher Farquharson et les problèmes de l'équité à l'Université de Toronto 1947-60

Dr Ray Fletcher Farquharson, surnommé Farky, le fils d'un pasteur presbytérien, était né en un petit village d'Ontario en 1897 qui a devenu le deuxième "Lord and Lady Eaton" Professeur de Médecine à l'Université de Toronto (UTM) de 1945-1960 où il était bien

aimé et admiré par tout. Un système d'un quota pour la sélection des étudiants juifs et femelles a existé. En 1952 Farky a recommandé Dr B. Barris, le fils d'un immigrant juif, pour un position officiel. Tous les médecins et administrateurs ont refusés ce recommandation. Farky, puis a offert donner sa démission. En effet, Dr. Barris était accepté et la politique raciste était supprimé en permanence. Aujourd'hui UTM a un directeur d'un program d'une diversité grâce à Dr. Farquharson

Maximilian Smith (York University)
smithm21@yorku.ca

"The world outside these walls": The Provincial Lunatic Asylum and the Public Sphere in Upper Canada, 1830-1857

The first years of the Provincial Lunatic Asylum in Upper Canada were characterized by public controversies surrounding its management. Fears of political patronage within the institution reflected widespread anxieties in Upper Canada about the exclusionary nature of the province's "public" and the limited nature of democracy, defined as it often was by partisan allegiance. Little thought was given in the public discourse to medical treatment, or the institution's patients. Instead, the asylum came to reflect the growing divide between notions of public advantage and private self-interest in Upper Canadian society. Critiques of the asylum between 1837 and 1857 also reveal something of the more general hopes and fears of mid-nineteenth-century Upper Canadians, about topics including not only politics, but also professional, class, and gender identities.

"The World Outside these Walls": l'asile et la sphère publique dans le Haut-Canada, 1830-1857

Les premières années de l'asile d'aliénés provincial dans le Haut-Canada ont été caractérisées par des controverses publiques au sujet de sa gestion. Les craintes à propos de favoritisme politique dans l'institution reflétaient des inquiétudes plus répandues dans le Haut-Canada au sujet de la nature d'exclusion du «public» et de la nature limitée de la démocratie, définie souvent par allégeance partisane. Il y a eu peu de réflexion dans le discours public sur les traitements médicaux ou les patients de l'institution. Au lieu de cela, a reflété la division croissante entre les notions d'avantage public et d'intérêt personnel dans la société du Haut-Canada. Les critiques de l'asile entre 1837 et 1857 révèlent aussi les espoirs et les craintes plus générales de la population du Haut-Canada du milieu du dix-neuvième siècle sur des sujets incluant non seulement la politique, mais aussi les identités professionnelles, de classe et de genre.

Erin Spinney (University of Saskatchewan)
erin.spinney@usask.ca

Pour soigner les infirmières : Soins médicaux pour les infirmières britanniques dans les hôpitaux marine 1790-1815

« Quand maladie ou blessures prévient les travailleurs, infirmières, blanchisseuses, ou les autres domestiques des hôpitaux, de préformer leur devoir, ils sont placés dans les salles des malades ... »

Des Instructions pour les Hôpitaux de la Marine royale à Haslar et Plymouth (1808), 12.

Des hôpitaux de la Marine royale à Haslar et Plymouth préformé un métier essentiel durant les guerres françaises et napoléoniennes. Ils ont pris soin des marins malades et blessés, et lorsque possible, retourné ces marins à leur bateau en bonne santé. Les maladies contagieuses sont importées dans les hôpitaux et les travailleurs, qui travaillent dans ces hôpitaux, y compris les infirmières, sont mis en contact avec ces maladies. Beaucoup du personnel des hôpitaux devenu malade ou averti des accidents du travail qui ont besoin de soins médicaux. Mais qui sont supposés de prendre soin des infirmières ? Cette note explore les soins médicaux pour les infirmières blessées et malades aux hôpitaux de la Marine royale à Haslar et Plymouth, y compris des restrictions placées sur ces soins par les règlements, et les circonstances particulières quand ces règlements sont relâchés.

Des règlements pour le soin médical pour les infirmières ont été mis en place en 1772. Ces règlements concernent le salaire d'infirmière malade et dit « si une infirmière, blanchisseuse, ou travailleur, continue malade et qui ne peut pas préformer leur devoir, pour plus de 28 jours, ils sont arrêtés leur salaire » (TNA, ADM 98/105, p. 185). Mais, malgré ces règlements pour les soins médicaux pour les infirmières malades ou blessées, des lettres du Conseil Malade et Blessé montrent beaucoup d'infirmières classées comme patients dans les hôpitaux de la Marine royale, et des listes de rémunération démontrent que ces infirmières ont leurs salaires arrêtés. Dès 1808, comme indiqué ci-dessus, les règlements disent que les infirmières doivent être placées dans les salles de malades des hôpitaux comme patients. Ces provisions médicales démontrent trois éléments de médecine marine. En premier, la valeur des infirmières pour le système médical de la Marine royale. En deuxième, les connections entre la structure institutionnelle des hôpitaux marins et le travail domestique civil, démontré par la conviction que ces infirmières doivent être prises en charge par leur employeur. Finalement, la construction et la représentation des 'salles pour les infirmières malades' sur les plans des hôpitaux signifient le rôle anticipé par l'état pour prendre soin des employées civiles.

Nursing the Nurses: Medical Care for Nurses in British Naval Hospitals 1790-1815

“When sickness or hurts shall prevent any of the labourers, Nurses, Washerwomen, or other Servants of the Hospital, from performing their duty, they are to be received into the wards as Patients”

Instructions for the Royal Naval Hospitals at Haslar & Plymouth (1808),
12.

Britain’s naval hospitals at Haslar and Plymouth performed an essential service during the French Revolutionary and Napoleonic Wars: caring for sick and injured sailors and when possible returning them healthy to their ships. This brought hospital the hospital workforce, including nurses, into contact with contagious and infectious diseases. Many hospital staff, unsurprisingly, became ill with diseases, or suffered workplace accidents that required medical care. Yet, who would care for the carers? This paper considers the care provided to sick and injured nurses at Plymouth and Haslar Naval Hospitals, restrictions placed on that care by official regulations, and special circumstances when regulations were relaxed.

Regulations for medical care to nurses had been in place since 1772. These regulations concerned the pay of the hospital staff member in question by stating “if any Nurse, Washerwoman or Labourer continues Sick and unable to do their duty for more than 28 Day successively, they are to be chequed of their Pay.” (TNA, ADM 98/105, p. 185) However, despite the ambiguity of these regulations surrounding medical care for sick and injured nurses, letters to the Sick and Hurt Board show that sick nurses were received into the naval hospital as patients, and pay list records confirm that they were docked their pay. By 1808, as shown above, regulations state that nurses are to be received as patients. These medical provisions illustrate three broad elements of naval medicine. First, the value of nurses to the naval medical system. Second, the connections between the intuitional framework of the naval hospital and civilian domestic labour, through the belief that servants should be cared for by their employers. Finally, the construction of ‘sick nurses’ wards on hospital plans, demonstrates the state’s anticipated role in the provision of medical care to civilians.

Frank W. Stahnisch (University of Calgary)
fwstahni@ucalgary.ca

Ambivalent Diversity: On the Early Stances of the Max Planck Society regarding previous Forced Migrants in North America, 1948-1958

“I quite know that the Senate of the Max-Planck-Gesellschaft had decided on July 18, 1948, to ask all emigrated Scientific Members, whether they would be inclined

to accept our invitation to become External Corresponding Members [...]. However, what I don't know, and what I could not find in the available documentation, is how intensively and systematically the burgeoning Max-Planck-Gesellschaft tried to actively hire those former members of the Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft back [...]" (President Markl, 1998, op. cit. Schuering, 2006, p 7; author's transl.).

The above quote can be seen as quite symptomatic for the Max-Planck-Society (MPG) and many other research institutions in West and East Germany, regarding their troubles to (re-)embrace previous diversity destroyed and dislocated during the Nazi period, when scientists and physicians were ousted from the German-speaking countries due to their race, political, and religious views.

MPG's stances towards scholars, forced to emigrate from its predecessor organization, the Kaiser Wilhelm Society (KWG) is of particular interest, to clarify to what extent the society sought to reintegrate and compensate refugee scholars – among them more than a dozen Nobel laureates – into postwar West-Germany. The founders of the Max Planck Society, among them its first president Otto Hahn (1879-1968), openly expressed their wish to continue the KWG tradition to reinvigorate its international reputation.

However, some former KWG members claimed compensation for the loss of their careers and personal property. As a consequence, the specific legal status of the MPG as a private yet publicly-financed research organisation led to painful negotiations. Three specific case examples of émigré-neuroscientists will be presented in this paper: Karl T. Neubuerger (1890-1972) in Colorado, Marthe Vogt (1903-2003) in California, and Karl Stern (1906-1975) in Quebec.

This paper draws on archival materials from the MPG (Berlin), as well as from specialized institutes in Munich, Berlin, and Frankfurt. The project is aligned with the "Presidential Commission on the History of the Max Planck Society;" and its kind support for this historical research is thankfully acknowledged.

Une ambivalente diversité : Quelques réflexions concernant des positions précoces de la Société Max Planck à l'égard des réfugiés en Amérique du Nord, 1948 à 1958

« Je sais bien que le Sénat de la Société Max Planck a décidé au 18 Juillet 1948 de contacter tous les membres réfugiés scientifiques, pour leur demander s'ils accepteraient notre invitation de devenir Membres Correspondants Externes [...]. Néanmoins, ce que je ne sais pas et que je n'arrive pas à trouver dans la documentation disponible, est l'intensité et le systématisme avec lesquels la jeune Société Max Planck a essayé d'offrir un emploi aux anciens membres de la Société Kaiser Wilhelm [...] » (Président Markl, 1998, op. cit. Schuering, 2006, p. 7 ; traduit par l'auteur).

Cette citation peut être vue comme symptomatique des difficultés de la Société Max Planck (SMP) et d'autres institutions de recherches similaires en Allemagne de l'Ouest et de l'Est, à (ré)-embrasser la diversité d'autrefois, détruite et disloquée par la montée du nazisme. C'est pendant cette période, que les scientifiques et médecins ont été bannis des pays germanophones à cause de leur race, de leurs avis politiques ou religieux.

Les vues de la SMP envers les académiques forcés à quitter l'organisation précédente, la Société Kaiser Wilhelm (SKW) est d'intérêt particulier, pour clarifier les efforts la société pour réintégrer et récompenser les académiques réfugiées – parmi ces réfugiés on trouvait près de douze lauréats du Prix Nobel – dans l'Allemagne de l'Ouest après la guerre. Ainsi, les fondateurs de la Société Max Planck, parmi eux le premier président Otto Hahn (1879-1968), ont déclaré leur désir de continuer la tradition de la SKW pour réanimer la réputation internationale de l'organisation.

Au même moment, quelques membres de la SKW ont cherché à être compensés pour la perte de leurs carrières et de leurs biens. Par conséquence, le statut légal de la SMP, comme une organisation privée qui est financée publiquement a été douloureusement négocié. Trois exemples de neuroscientifiques émigrés seront examinés dans cette présentation : Karl T. Neuburger (1890-1972) au Colorado, Marthe Vogt (1903-2003) au Californie, et Karl Stern (1906-1975) au Québec.

Cette recherche est basée sur les archives de la SMP (Berlin), et aussi des instituts spécialisés à Munich, Berlin et Francfort. Ce projet est relié à la « Commission du Président sur l'histoire de la Société Max Planck ». Son soutien financier apporté à la présente recherche est grandement apprécié.

Rebecca Stieva (McGill University)
rebecca.stieve@mail.mcgill.ca

“The Best Sort of Smallpox”: An Examination of the Gender Roles Produced by Medical Crises in Eighteenth-Century Anglo-America

Inoculation in eighteenth- and early-nineteenth-century Anglo-America remained a controversial practice since its introduction in 1721. Fears of intentionally allowing smallpox into an otherwise-healthy community sparked disagreement between physicians, clergy, town authorities, and civilians. Inoculation was most effective as a preventative measure, though Anglo-American communities relied on it only after an epidemic had given birth to a medical crisis. The sporadic nature of smallpox meant that North American cities and towns were filled with panic and confusion in the face of an outbreak. These episodic times of crisis, sometimes becoming near states of pandemonium, defined and reinforced unique gender roles. Women's involvement in the crises reinforced an elite woman's influence in public

health measures, the professionalization of female nurses, and the domestic role of caring for her family. Men's engagements were coloured by their familial roles as husbands and fathers, by positions of authority within the government, and their careers as physicians.

This paper will examine inoculation practices in the Eastern World, as observed by Lady Mary Montague in Constantinople, and the Western World, as revealed through the writings of George Washington, Abigail and John Adams, Benjamin Franklin, Charles Carroll, and Simeon Perkins, who was a Justice of the Peace in Liverpool, Nova Scotia. The comparison will highlight the gendered nature of inoculation as a routine and seasonal practice in the Eastern World, and contrast it against the gender roles that existed in Anglo-America, where smallpox inoculation was only used in response to the threat of a smallpox epidemic. The gendered nature of inoculation is revealed through correspondence and journal entries of prominent Anglo-Americans. Analyzing these sources reveals the gendered characteristics of smallpox management in the Anglo-Atlantic world and sheds light on the unique social configuration of the roles of women and men in the early modern era.

"La meilleure sorte de variole": un examen des rôles sexospécifiques produits par les crises médicales dans l'anglo-américain du dix-huitième siècle

L'inoculation au XVIIIe et au début du XIXe siècle Amérique anglo-saxonne reste une pratique controversée depuis son introduction en 1721. Les craintes d'autoriser intentionnellement la variole dans une communauté autrement saine ont suscité des désaccords entre les médecins, le clergé, les autorités municipales et les civils. L'inoculation était la mesure préventive la plus efficace, bien que les communautés anglo-américaines ne s'en soient prévaluées qu'après une épidémie ayant donné lieu à une crise médicale. La nature sporadique de la variole signifiait que les villes et les villages nord-américains étaient remplis de panique et de confusion face à une épidémie. Ces périodes épisodiques de crise, devenant presque parfois des états de panique, définissaient et renforçaient des rôles de genre uniques. L'implication des femmes dans les crises a renforcé l'influence d'une femme d'élite sur les mesures de santé publique, la professionnalisation des infirmières et le rôle domestique de s'occuper de sa famille. Les engagements des hommes étaient colorés par leurs rôles familiaux en tant que maris et pères, par les postes d'autorité au sein du gouvernement et leur carrière en tant que médecins.

Cet article examinera les pratiques d'inoculation dans le monde oriental observées par Lady Mary Montague à Constantinople et le monde occidental, telles que révélées par les écrits de George Washington, Abigail et John Adams, Benjamin Franklin, Charles Carroll et Simeon Perkins, qui était juge de paix à Liverpool, en Nouvelle-Écosse. La comparaison mettra en évidence la nature sexospécifique de

l'inoculation comme pratique routinière et saisonnière dans le Monde Oriental, et la comparera aux rôles sexospécifiques qui existaient en Amérique anglo-saxonne, où l'inoculation de la variole n'était utilisée qu'en réponse à la menace d'une épidémie de variole. La nature sexuée de l'inoculation est révélée par la correspondance et les entrées de journal des éminents Anglo-Américains. L'analyse de ces sources révèle les caractéristiques genrées de la gestion de la variole dans le monde anglo-atlantique et met en lumière la configuration sociale unique des rôles des femmes et des hommes au début de l'ère moderne.

David Theodore, McGill University
david.theodore@mcgill.ca

Medicine, Architecture, Geography, and Crime in Montreal's Square Mile

The story starts from a tragedy. On 3 June 1901 the New York Times reported that 26-year-old Jocelyn Clifford Redpath and his sickly 62-year-old mother Ada Maria Mills Redpath (b. 1842) were found dead of gunshot wounds in their Square Mile mansion in Montreal, Canada. Two days later, a coroner's jury convened in the home and determined that the son had killed his mother and then himself due to an epileptic fit. The tragedy garnered international attention because the victims were Redpaths, that is, members of Montreal's preeminent elite family. The family was well connected to elite medical circles, too, although Cliff's sister Amy did not marry Thomas Roddick, later Dean of the Faculty of Medicine at McGill University, until 1906.

In this presentation, I argue that the Redpaths, due to their entitlement as wealthy property owners, had a distinct set of medical experiences. For them, diagnosis and treatment depended on their wealth, and in turn on their location in environments their wealth gave them access to. Cliff's brother Peter, for example, diagnosed with tuberculosis, experienced his illness not so much as a clinical problem, but rather as a set of voyages between his Montreal residence and therapeutic landscapes in Ste-Agathe-des-Monts, Saranac Lake, Colorado, and Redlands, California (where he eventually died). Many of the family's quotidian ailments—insomnia, headaches, hypochondria, dyspepsia, melancholia, hysteria, epilepsy, and insanity—are linked to city life: the modern, urban, bourgeois condition of "neurasthenia," a term popularized by American doctor George M. Beard.

Overall, I claim that attention to the architecture and geography of their lives will deepen our understanding of how such families experienced illness. In particular, I will show that we can understand elite health practices by looking at three medical conditions lived by the Redpath family tragedy: gunshot, tuberculosis, and neurasthenia. Notarial records, photographs, newspaper reports, family diaries, and

coroner's reports create an intriguing picture of the entanglements between crime, illness, domesticity, and therapeutic landscapes among fin-de-siècle Montreal elites.

Un peu partout Médecine, architecture, géographie et criminalité dans le Square Mile de Montréal

L'histoire commence à partir d'une tragédie. Le 3 juin 1901, le New York Times signalait que Jocelyn Clifford Redpath, âgé de 26 ans, et sa mère Ada Maria Mills Redpath, âgée de 62 ans, avaient été retrouvés morts de leurs blessures par balles dans leur hôtel Square Mile à Montréal. Canada. Deux jours plus tard, un jury du coroner s'est réuni à la maison et a déterminé que le fils avait tué sa mère et ensuite lui-même en raison d'une crise d'épilepsie. La tragédie a attiré l'attention internationale parce que les victimes étaient des Redpath, c'est-à-dire des membres de la grande famille élite montréalaise. La famille était également bien branchée sur les cercles médicaux, bien que Amy, la sœur de Cliff, n'ait pas épousé Thomas Roddick, plus tard doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, jusqu'en 1906.

Dans cette présentation, je soutiens que les Redpath, en raison de leurs droits en tant que riches propriétaires, avaient un ensemble distinct de vécus médicaux. Pour eux, le diagnostic et le traitement dépendaient de leur richesse et, à leur tour, de leur localisation dans des environnements auxquels leur richesse leur permettait d'accéder. Le frère de Cliff, Peter, par exemple, a reçu un diagnostic de tuberculose, a connu sa maladie non pas comme un problème clinique, mais plutôt comme un ensemble de voyages entre sa résidence montréalaise et ses paysages thérapeutiques à Ste-Agathe-des-Monts, Saranac Lake, Colorado, et Redlands, en Californie (où il est finalement mort). Beaucoup des maux quotidiens de la famille - insomnie, maux de tête, hypocondrie, dyspepsie, mélancolie, hystérie, épilepsie et folie - sont liés à la vie urbaine: la condition moderne, urbaine et bourgeoise de la «neurasthénie», terme popularisé par le docteur américain George M. Beard.

Dans l'ensemble, j'affirme que l'attention accordée à l'architecture et à la géographie de leur vie nous permettra d'approfondir notre compréhension de la façon dont ces familles ont été touchées par la maladie. En particulier, je montrerai que nous pouvons comprendre les pratiques de santé d'élite en examinant trois conditions médicales vécues par la tragédie de la famille Redpath: le coup de feu, la tuberculose et la neurasthénie. Les dossiers notariés, les photographies, les journaux, les journaux familiaux et les rapports des coroners donnent une image intrigante de l'enchevêtrement du crime, de la maladie, de la domesticité et des paysages thérapeutiques chez les élites montréalaises de la fin du siècle.

Marie-Claude Thifault (Université d'Ottawa)
mthifaul@uottawa.ca

'Imaginaire et sensibilités': La mise en récit de la déshospitalisation psychiatrique en Ontario

La perspective des parcours de vie, souvent présentée comme une théorie par les professionnels de la santé, a été utilisée, entre autres, dans le cadre du collectif *La fin de l'asile ?* (PUR) pour rendre compte de trajectoires de vie atypiques ayant comme moments décisifs des espaces temps caractérisés par des crises familiales, de grandes désorganisations, des tentatives de suicides ou de profondes dépressions qui nécessitent un arrêt d'agir... une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Afin d'illustrer les parcours transinstitutionnels des patients psychiatres de la capitale nationale, nous avons mis en récit plusieurs décennies de suivis psychiatriques. Plutôt que de restreindre notre analyse à des comportements associés à un diagnostic ou de décortiquer un épisode psychiatrique en particulier, nous avons documenté la récurrence des troubles psychiques et leurs conséquences. La mise en récit des parcours de vie psychiatriques est originale et inédite pour comprendre l'impact de la maladie mentale de type chronique sur la vie des personnes touchées et sur leurs proches. Cette approche, influencée par les travaux de Corbin, a le souci de percer « le secret des comportements de ceux qui nous ont précédés, au croisement des émotions et des représentations, de l'imaginaire et des sensibilités » (Demartini et Kalifa : 2005, p. 5).

Des centaines de pages de dossiers, surtout des notes d'observations nursing et d'évaluation psychiatrique, ont été consultées pour documenter un parcours de vie psychiatrique présenté dans *La fin de l'asile ?* À partir de cette source, pour révéler la trajectoire et les points tournants dans la vie d'une femme qui a fréquenté le programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort pendant une vingtaine d'années, nous avons dû nous en remettre aux observations et aux mots des autres (infirmières, psychiatres, travailleuses sociales), lire entre les lignes et être sensibles aux silences (Bourgault : 2015). Nul doute, notre enquête est rigoureuse et construite sur des faits. Toutefois, l'historienne est-elle libre ou non dans la mise en forme du récit ? Quelle valeur scientifique accorde-t-on aux textes qui s'éloignent des cadres habituels, des formes traditionnelles et quelle place l'historiographie accorde-t-elle aux trames narratives ou aux écritures créatives ?

"Imaginary and sensibilities": Narratives of psychiatric dehospitalization in Ontario

Life course perspective, often presented as a theory by health professionals, is one of several approaches used as part of the collection, *The End of Asylum?* (PUR 2018) to account for atypical life trajectories in mental health patients whose psychiatric

care is precipitated by family crises, social disruptions, suicide attempts or depressive episodes – which required admittance to institutional psychiatric care.

To illustrate the trans-institutional pathways of psychiatric patients in Canada's national capital, we have compiled several decades of psychiatric follow-up interviews into a narrative. Rather than restricting our analysis to diagnostic-related behaviours or deconstructing a particular psychiatric episode, we documented the recurrence of psychiatric disorders and their many social consequences. The resulting narrative, centred around the lived experience of chronic mental illness of psychiatric patients and their loved ones, is original and rarely documented. This approach, influenced by the works of Corbin, is concerned with piercing "the secret of the behavior[s] of those who preceded us, at the crossroads of emotions and representations, of the imaginary and the sensibilities" (Demartini and Kalifa: 2005).

Hundreds of pages of records, including nursing observation notes and psychiatric evaluations, were consulted to craft the narrative of the psychiatric journey presented in *The End of Asylum?* These sources reveal the trajectory and turning points in the life of one woman, a patient of the Montfort Hôpital mental health program, over the course of twenty years. We relied on the observations and printed word of "experts" (nurses, psychiatrists, social workers) but also read between the lines of these reports to identify, and interpret, the silences (Bourgault: 2015). While our narrative is systematically researched, we also ask, is the historian free or not in shaping the story? What scientific value is accorded to texts that move away from the usual interpretative frameworks, traditional forms, and what place does historiography give to narrative frames or creative writing?

Rogelio Velez Mendoza (University of Calgary)
rogelio.velezmendoza@ucalgary.ca

Debates, Therapeutics, and Experiments in the Atlantic Medical Setting: Guaco and Cholera in the Nineteenth Century.

During the cholera epidemics of the nineteenth century, physicians in Europe and the Americas published several prevention manuals and therapeutic methods to curtail the spread and mortality of the disease. One of the suggested cures that gained some attention by physicians during this time was the *mikania guaco*, a plant normally used for treating snakebites. Guaco was used and discussed as a treatment of cholera in several countries including Mexico, Cuba, Colombia, and France, and was presented as a potential solution for the outbreaks.

In this paper, I examine the debates surrounding the use of guaco to treat cholera in the Atlantic setting, focusing on the medical publications that mentioned its therapeutic properties. Some of these publications include *Apuntes sobre el cholera-*

morbus, y su curacion con la mikania-huaco o guaco, by Mexican physician Juan Luis Chabert; Remarques et observations sur le choléra-morbus au Mexique en 1833, et sur l'emploi du guaco, by French M. Ed. de Chaniac; and Memoria sobre el Bejuco del Guaco, by Cuban Ramon de la Sagra. Although a few of these publications discussed experiments and positive results in the treatment for cholera, others warned that despite some successes, there was no general consent about the efficacy of guaco as a remedy.

In this presentation, I will discuss the mentioned publications, the proposed therapeutic methods, the allegedly successful experiments, and the general debates about this remedy. This case study will be useful to analyse how physicians debated diseases and therapeutics in an Atlantic medical setting. Furthermore, it will examine how considerations of location, trust, race, and nationality influenced the search for scientific knowledge and authority by physicians.

Débats, thérapeutiques et expériences dans le contexte médical de l'Atlantique: guaco et choléra au XIXe siècle.

Au cours des épidémies de choléra du XIXe siècle, les médecins en Europe et dans les Amériques ont publié plusieurs manuels de prévention et développé des méthodes thérapeutiques pour réduire la propagation et la mortalité de cette maladie. L'un des remèdes suggérés qui a attiré l'attention des médecins pendant cette période était le mikania guaco, une plante normalement utilisée pour traiter les morsures de serpent. Guaco a été utilisé et discuté comme traitement du choléra dans plusieurs pays dont le Mexique, Cuba, la Colombie, l'Allemagne et la France, et a été présenté comme une solution potentielle pour les épidémies.

Dans cet article, j'examine les débats entourant l'utilisation du guaco pour traiter le choléra, en particulier les publications médicales qui ont discuté ses propriétés thérapeutiques. Certaines de ces publications comprennent Apuntes choléra sobre el Morbus, y su curacion con la Mikania-huaco o guaco, par le médecin mexicain Juan Luis Chabert; Remarques et observations sur le choléra-morbus au Mexique en 1833, et sur l'emploi du guaco, par M. M. Ed. de Chaniac; et Memoria sobre el Bejuco del Guaco, par le Cubain Ramon de la Sagra. Bien que quelques-unes de ces publications passent état d'expériences et de résultats positifs dans le traitement du choléra, d'autres avertissent que, malgré quelques succès, il n'y pas de consensus général quant à l'efficacité du guaco comme remède.

Dans cette présentation, je discuterai des publications mentionnées, des méthodes thérapeutiques proposées, des expériences prétendument réussies et des débats généraux sur ce remède. Cette étude de cas sera utile pour analyser comment les médecins ont débattu des maladies et des traitements dans le contexte médical de l'Atlantique. En outre, elle examinera comment les considérations de lieu, la confiance,

les caractéristiques ethno-raciales, et la nationalité ont influencé la recherche de la connaissance scientifique et de l'autorité par les médecins.

Jaipreet Viridi (University of Delaware)
jviridi@udel.edu

Capitalizing Hearing Loss: "Deafness Fighters" in the Hearing Aid Industry, 1910-1980

Hearing aid firms have always ensured their salespeople were trained on technical matters of their products and on strategies for direct selling. By the 1940s, however, the top American firms compiled elaborate training manuals for their fleet of salespeople and managers, merging direct selling with medical advice. These manuals are crucial for tracing how sales strategies frequently shifted in response to customer frustration and apathy over hearing aids. This period of technological transformation in the hearing aid industry certainly manifested broader ideologies of citizenship, eugenics, and health, but it was also mediated by capitalism: advertisers, salesmen, and consumers became essential in shaping expectations of health governance by reflecting medical ethos of aural rehabilitation and defining parameters of medical quackery. Capitalism, as much as the medical infrastructure, shaped the meaning of what it meant to be a "normal" deaf person in America.

From the invention of the first electric hearing aid in 1902 up to the 1980s, nearly every hearing aid was sold and fitted by hearing aid dealers, the "key men" in the industry. I argue the capitalizing of hearing loss included more than selling a product. Dealers disseminated and promoted deeply held cultural values of what it meant to be an American citizen, even exploiting hearing impaired consumers' tendency for vanity, in order to sell normalcy through "better hearing." Moreover, dealers were an integral aspect of the network of engineers, manufacturers, otologists, and advertisers collectively referred to as "Deafness Fighters" who were placed at the frontlines of the never-ending campaign to eradicate hearing loss. In tracing the history of the hearing aid industry and interpreting how dealers engaged with consumers—who they referred to as "prospects"—I make an epistemological case for capitalism and medicine, in which the propagation of cultural values, such as what is defined as "normal," can frame contingent consequences that define and shift meanings of consumption and identity.

Capitaliser sur l'audition : « Les combattants de la surdité » dans l'industrie de l'aide auditive, 1910-1980

Les entreprises d'aides auditives ont toujours veillé à ce que leurs vendeurs soient formés à propos des questions techniques liées à leurs produits et des stratégies de vente directe. Ainsi, dès les années 1940, les meilleures entreprises

américaines produisirent des manuels de formation élaborés pour leur flotte de vendeurs et de gestionnaires, associant la vente directe avec les conseils médicaux. Ces manuels sont cruciaux pour retracer comment les stratégies de vente se déplaçaient fréquemment en fonction de la frustration du client et de l'apathie relative aux appareils auditifs. Cette période de transformation technologique dans l'industrie de l'aide auditive manifesta certainement des idéologies plus large de citoyenneté, d'eugénisme, et de santé, mais elle a également été influencée par le capitalisme : les annonceurs, les vendeurs et les consommateurs sont devenus essentiels dans l'élaboration des attentes en matière de gouvernance de la santé, en se faisant l'écho de la philosophie médicale de la rééducation auditive et en définissant les paramètres du charlatanisme médical. Le capitalisme, tout comme l'infrastructure médicale, a déterminé ce que signifie être « normal » pour une personne sourde en Amérique.

À partir de l'invention de la première aide auditive électrique en 1902 jusqu'aux années 1980, presque tous les appareils auditifs ont été vendus et installés par des marchands d'aide auditive, les « hommes clés » de l'industrie. Je défends ici que la capitalisation de la perte auditive inclut davantage que la vente d'un produit. Les marchands ont diffusé et promu des valeurs culturelles profondément enracinées autour de ce que signifie être un citoyen américain, exploitant même la tendance des consommateurs malentendants pour la vanité, dans le but de vendre de la normalité à travers l'« entendre mieux ». De plus, les marchands ont été partie prenante du réseau des ingénieurs, fabricants, otologistes, et annonceurs, collectivement appelés « les combattants de la surdité », qui ont été placés sur la ligne de front de l'interminable campagne d'éradication de la surdité. En retraçant l'histoire de l'industrie de l'aide auditive et en interprétant la manière dont les marchands collaboraient avec les consommateurs – qu'ils nommaient des « opportunités » - je fais valoir ici un argument épistémologique en faveur du capitalisme et de la médecine, selon lequel la propagation des valeurs culturelles, comme ce qui est défini comme « normal », peut avoir des conséquences contingentes qui définissent et transforment les significations même de la consommation et de l'identité.

Lucy Vorobej (University of Waterloo)
lucy.vorobej@gmail.com

Aesculapian Activists or Status-Quo Students? Medical Students and Social Engagement in Mid-Century Ontario

For Queen's University medical student SB, to be a physician in 1954 implied acceptance of a social duty. In an article published in the Queen's Journal that year, SB explained that while "Osler may have been correct in his time when he advised physicians to stay out of politics, [we now] believe that the physician today... must be

ready and eager to play an active part in shaping the government and patterns of our society." For S.B. to be a medical student was to learn to embrace this responsibility.

But what exactly did a duty to society entail? Moreover, how was society defined? Did it extend beyond the university? Did it include the impoverished? Indigenous peoples? Women? How were medical students to be involved beyond their faculty, their school, their region? Using the records of the Aesculapian societies at Queen's University and the University of Ottawa, this paper offers an examination of the meaning and form of medical student engagement. With a focus on the 1950s and 1960s, this paper reveals the degree to which medical students at Queen's and the University of Ottawa responded to matters of their time, including debates about the places of Indigenous peoples in society and the implementation of Medicare. In particular, it considers whether engagement equalled activism or if medical students, in general, subscribed to the status quo.

This case-study assessment of medical students' social engagement will further historians' understanding of how physicians develop their sense of place in, and duty to, society. As a social history of medical education, this paper offers insights into how social contexts influence medical students as well as explores how medical students defined and acted upon the subjects important to them. Moreover, in light of contemporary medical education's use of the CanMED's flower on which petals read "health advocate" and "leader," this paper offers historical context to the question if and when physicians were "trained for activism."

Activistes Esculape ou étudiants du statu quo

Étudiants en médecine et l'engagement social en Ontario au 20e siècle

Pour SB, étudiant en médecine à Queen's University, être médecin en 1954 sous-entendait une acceptation d'une responsabilité sociale. SB expliqua dans un article publié cette même année dans la Queen's Journal que même si "Osler may have been correct in his time when he advised physicians to stay out of politics, [we now] believe that the physician today... must be ready and eager to play an active part in shaping the government and patterns of our society." Être étudiant en médecine, pour SB, incluait apprendre à apprivoiser cette responsabilité.

Mais qu'était cette responsabilité sociétale? De plus, comment définir société? Est-ce qu'elle s'étend au-delà des frontières de l'université? Est-ce qu'elle incluait les démunis? Les autochtones? Les femmes? Comment est-ce que les étudiants en médecine pouvaient être engagés au-delà de leur faculté, de leur école, et de leur région? À l'aide des archives et documents des sociétés d'Esculape de Queen's University et de l'Université d'Ottawa, cette présentation offre une analyse de la signification et type d'engagement des étudiants en médecine. Mettant de l'emphase sur les années 1950 et 1960, cette présentation révèle le degré auquel les étudiants à

Queen's et à Ottawa ont répondu aux préoccupations de leur époque. Ces préoccupations incluaient des débats concernant la place des peuples autochtones dans la société et l'implantation du régime d'assurance-maladie (Medicare). Plus précisément, on considère si l'engagement équivalait activisme, ou si les étudiants en médecine, en général, souscrivaient au statu quo.

Cette analyse de cas de l'engagement social des étudiants en médecine aidera les historiens à mieux comprendre comment les médecins ont développé leur propre sens de leur place à l'intérieur, ainsi que leur responsabilité envers leur société. En tant qu'historienne sociale de l'éducation médicale, ce papier offre des perspectives concernant comment le contexte social influence les étudiants en médecine. Il explore également comment ces étudiants ont défini et agit par rapport au sujet d'intérêt pour eux. De plus, à la lumière de l'utilisation de la fleur CanMED, les pétales duquel lisent "health advocate" et "leader," par les l'institution d'éducation médicale contemporaine, cette présentation offre un contexte historique à la question de si et quand les médecins ont été formés pour l'activisme.

Matthew S. Wiseman (University of Toronto)
wise5300@mylaurier.ca

Cold War Psychiatry: Research and Patronage at McGill University

Upon reflection about the early history of psychiatry at McGill University, the eminent physician endocrinologist and Professor Emeritus R.A. Cleghorn, wrote, "The success of the training system was such that able graduates moved to positions of responsibility in the rest of Canada." In his article, published in the prestigious Canadian Journal of Psychiatry, Cleghorn explained the 1943 wartime origins of McGill's Department of Psychiatry. He emphasized the role and significance of his early-career colleague, D. Ewen Cameron, the first head of psychiatry at McGill and the individual who he believed fostered clinical, biological and social psychiatric research in Canada. Funding was also key to Cameron's success. He secured major research grants from private and government agencies in both Canada and the United States, establishing McGill as a premier medical school of research and graduate training.

Shortly after Cleghorn published his article, Cameron received widespread media attention for his role in controversial medical experimentation during the early Cold War. In the 1950s, Cameron received funding from a U.S. Central Intelligence Agency (CIA) front to conduct 'mind control' experiments under the umbrella of psychiatric medical treatment. Because of this research implicating Cameron and the CIA, historical scholarship about the early years of psychiatry at McGill has fundamentally ignored the graduate student experience. Four medical students earned doctorates as part of CIA-funded research, while many more may have unwittingly

performed medical research utilized by defence establishments in Canada and the United States. Were medical students at McGill aware of the origins of their research funding, and did military patronage shape or influence the scope and character of psychiatric research at Canada's top medical school in the early postwar period?

This paper argues that McGill's reputation in psychiatry was a product of the Cold War. I focus on the graduate student experience to examine the influence of militarization on medical education in Canada during the 1950s. Recently declassified archival sources from McGill and Library and Archives Canada illuminate the significance of this period, and are particularly valuable for understanding the entangled histories of medicine and national security.

Psychiatrie de la guerre froide : recherche et patronage à l'Université McGill

En se penchant sur les débuts de la psychiatrie à l'Université McGill, l'éminent médecin endocrinologue et professeur émérite R.A. Cleghorn a écrit : « Le succès du système de formation a permis à des diplômés compétents d'occuper des postes de responsabilité dans le reste du Canada ». Dans son article, publié dans la prestigieuse Revue canadienne de psychiatrie, Cleghorn a expliqué les origines du département de psychiatrie de McGill en temps de guerre en 1943. Il a souligné le rôle et l'importance d'un ancien collègue, D. Ewen Cameron, premier directeur de psychiatrie à McGill et celui qui, selon lui, a favorisé l'avancement de la recherche clinique, biologique et psychiatrique sociale au Canada. Le financement a également été essentiel au succès de Cameron. Il a obtenu d'importantes subventions de recherche d'organismes privés et gouvernementaux à la fois du Canada et des États-Unis, faisant de McGill l'une des meilleures écoles de médecine et de formation aux cycles supérieurs.

Peu de temps après que Cleghorn ait publié son article, Cameron a reçu une attention médiatique généralisée due à son rôle dans l'expérimentation médicale controversée au début de la guerre froide. Dans les années 1950, Cameron a reçu un financement d'un front de l'agence centrale de renseignement américaine (CIA) pour mener des expériences de « contrôle de la pensée » sous l'égide du traitement médical psychiatrique. En raison de ces activités de recherche impliquant Cameron et la CIA, les recherches historiques portant sur les premières années de psychiatrie à McGill ont fondamentalement ignoré l'expérience des étudiants aux cycles supérieurs. Quatre étudiants en médecine ont obtenu un doctorat dans le cadre de recherches financées par la CIA, alors que plusieurs ont peut-être, sans même le savoir, mené des recherches médicales utilisées par des établissements de défense au Canada et aux États-Unis. Est-ce que les étudiants en médecine de l'Université McGill connaissaient les sources du financement de leurs recherches ? Le favoritisme militaire a-t-il influencé la portée et le caractère de la recherche psychiatrique de la meilleure faculté de médecine du Canada au début de l'après-guerre ?

Cet article soutient que la réputation de McGill en psychiatrie fut un produit de la guerre froide. Je me concentre sur l'expérience des étudiants aux cycles supérieurs afin d'étudier l'influence de la militarisation sur l'éducation médicale au Canada pendant les années 1950. Des sources archivistiques récemment déclassifiées de McGill et de Bibliothèque et Archives Canada soulignent l'importance de cette période et sont particulièrement d'intérêt pour comprendre les histoires intriquées de la médecine et de la sécurité nationale.

Whitney Wood (University of Calgary)

whitney.wood@ucalgary.ca

“By no means a unanimity of opinion”: Conceptualizing Labour Pain in Canadian Medical History

The pain women experience in giving birth is a universal, cross-cultural, biological reality. The ways in which women experiences these pains, as well as the ways they were perceived by physicians and depicted in wider medical discourses, however, are historically and culturally specific. In turn-of-the-twentieth century English Canada – a key period in terms of both the medicalization of birth and the professionalization of obstetrics – “birth pangs” were understood in a number of varying (and at times competing) ways. While expectant mothers might desire and actively seek to bring on the onset of labour pains – and, accordingly, the arrival of a new child – many Anglo-Canadian women routinely expressed fear, anxiety, and dread at the seemingly unprecedented levels pain they expected to experience in the birthing room. Canadian physicians also expressed a variety of opinions concerning the nature of labour pain. Throughout the nineteenth century, doctors emphasized the broader utility of pain as a diagnostic tool and a physiologically necessary part of the birthing process. With the advent of anesthetics including chloroform and ether, however, a growing subset of the medical profession simultaneously lauded the professional, physiological, and humanitarian benefits of pain relief. By the first decades of the twentieth century, shifting understandings of labour pain – and particularly, growing distinctions between “pain” and “contraction” in mainstream medical discourses – underscored the increasing use of obstetric anaesthesia. Drawing on a broad range of archival and print sources including medical textbooks, lecture notes, professional medical journals, popular advice literature, women’s diaries, and private correspondence, this paper unpacks shifting understandings of labour pain, highlighting the many slippages between multiple and competing conceptualizations of women’s birth pangs in modern Canadian medical history.

«En aucun cas une unanimité d'opinion »:Conceptualisation de la douleur du travail dans l'histoire médicale canadienne

La douleur ressentie par les femmes lors de l'accouchement est une réalité universelle, interculturelle et biologique. Les façons dont les femmes éprouvent ces douleurs, ainsi que les façons dont elles ont été perçues par les médecins et décrites dans des discours médicaux, sont toutefois spécifiques du contexte historique et culturel. Au Canada anglais du tournant du vingtième siècle - une période clé en termes de médicalisation de la naissance et de professionnalisation de l'obstétrique - les douleurs de naissance ont été comprises de manières différentes (et parfois opposées). Bien que les femmes enceintes puissent désirer et chercher activement à provoquer l'apparition des douleurs de l'accouchement - et, par conséquent, l'arrivée d'un nouvel enfant - de nombreuses femmes anglo-canadiennes exprimaient régulièrement peur, anxiété et crainte à des niveaux apparemment sans précédent à l'idée de ce qui les attendait dans la salle d'accouchement. Les médecins canadiens ont également exprimé diverses opinions concernant la nature de la douleur du travail. Tout au long du dix-neuvième siècle, les médecins ont souligné l'utilité au sens large de la douleur en tant qu'outil de diagnostic et partie physiologiquement nécessaire du processus d'accouchement. Avec l'avènement des anesthésiques comprenant le chloroforme et l'éther, cependant, un sous-ensemble croissant de la profession médicale a loué simultanément les avantages professionnels, physiologiques et humanitaires du soulagement de la douleur. Au cours des premières décennies du vingtième siècle, la compréhension changeante de la douleur du travail - en particulier la différenciation croissante entre «douleur» et «contraction» dans les discours médicaux dominants - soulignait l'utilisation croissante de l'anesthésie obstétricale. S'appuyant sur un large éventail de sources archivistiques et imprimées, notamment des manuels médicaux, notes de cours, revues médicales professionnelles, documents de vulgarisation, journaux intimes de femmes et des correspondances privées, cet article dévoile l'évolution de la compréhension et de la conceptualisation des douleurs de l'accouchement dans l'histoire médicale canadienne moderne

Dimitry Zakharov (University of Saskatchewan)
diz284@mail.usask.ca

The Limits of Surgery: The Puzzle of Cancer Recurrence and the Transformation of Cancer Etiology, 1890-1910.

Cancer care advanced considerably in the 19th century with developments in the treatment and the understanding of cancer. The cellular level of analysis which was developed during this century allowed for a more nuanced and scientific understanding of how the disease developed, spread, acted, and reacted to different

treatments. Despite these advances, surgery remained the most successful treatment for certain types of cancer, but the likelihood of recurrence was high and survival rates were tragically low. Surgeons developed more complex and extensive operations to combat cancer, but the recalcitrant disease was often one step ahead of the surgeon's knife. In a sense, it was still treatment by trial and error. Basic questions behind the processes of metastasis and recurrence continued to baffle medical science and prevented surgeons from developing more standardized and effective forms of surgical treatment.

This confusion and anxiety about the limits of surgery as the primary form of cancer treatment resulted in many attempts to reformulate the theoretical basis for understanding the disease. Other scientific fields including bacteriology, virology, and evolutionary biology entered the cancer etiology discourse as possible explanatory frameworks. In this paper I carefully track the responses and contributions from surgeons to the changing etiology of cancer in the late 19th to the early 20th century. Particularly, I will focus on attempts of surgeons during this time to place the discourse and language of then emerging evolutionary theory into the discourse of cancer biology as a mechanism for understanding the nature of the disease. What role did ideas of inheritance and so-called habits of change begin to play in cancer biology before the advent of Mendelian hereditary genetics? I demonstrate that surgeons were not docile actors as these new approaches entered the discussion. Indeed, by focusing on the surgical discourse, I show that surgeons were deeply engaged in theoretical thinking that sought to better understand cancer biology, even when it meant moving the locus of care and treatment away from surgery.

Les limites de la chirurgie: le puzzle de la récurrence du cancer et la transformation de l'étiologie du cancer, 1890-1910.

Les soins contre le cancer ont considérablement progressé au 19^{ème} siècle avec des développements dans le traitement et la compréhension du cancer. Le niveau d'analyse cellulaire qui a été développé au cours de ce siècle avait permis une compréhension plus nuancée et scientifique de la façon dont la maladie s'est développée, s'est propagée, a agi et a réagi à différents traitements. Malgré ces progrès, la chirurgie resté le traitement le plus efficace pour certains types de cancer, mais la probabilité de récurrence était élevée et les taux de survie sont tragiquement bas. Les chirurgiens avait développé des opérations plus complexes et plus vastes pour combattre le cancer, mais la maladie récalcitrante avait souvent une longueur d'avance sur le couteau du chirurgien. Dans un sens, c'était toujours un traitement par essais et erreurs. Les questions de base derrière les processus de métastase et de récurrence ont continué à déconcerter la science médicale et ont empêché les chirurgiens de développer des formes plus standardisées et efficaces de traitement chirurgical.

Cette confusion et cette anxiété quant aux limites de la chirurgie en tant que principale forme de traitement du cancer de abouti à nombreuses tentatives pour reformuler la base théorique de la compréhension de la maladie. D'autres domaines scientifiques, notamment la bactériologie, la virologie et la biologie de l'évolution, avait sont entrés dans le discours sur l'étiologie du cancer en tant que cadres explicatifs possibles. Dans cet article, je fais un suivi attentif des réponses et des contributions des chirurgiens à l'évolution de l'étiologie du cancer de la fin du 19ème au début du 20ème siècle. En particulier, je me concentrerai sur les tentatives des chirurgiens durant cette période pour placer le discours et le langage de la théories évolutionniste émergente dans le discours de la biologie du cancer comme un mécanisme pour comprendre la nature de la maladie. Quel rôle ont joué les notions d'hérédité et les soi-disant habitudes de changement dans la biologie du cancer avant l'avènement de la génétique héréditaire mendélienne? Je démontre que les chirurgiens n'étaient pas des acteurs dociles comme ces nouvelles approches sont entrées dans la discussion. En effet, en mettant l'accent sur le discours chirurgical, je montre que les chirurgiens étaient profondément engagés dans une réflexion théorique qui visait à mieux comprendre la biologie du cancer, menant a de soins et de traitement loin de chirurgie.