

**2024 Conference**  
Canadian Society for the History of Medicine  
**19-21 June 2024**  
McGill University, Montreal

# ABSTRACTS



# RÉSUMÉS

**Colloque 2024**  
Société canadienne d'histoire de la médecine  
**19-21 juin 2024**  
Université McGill, Montréal

*Abstracts in this book appear according to  
the conference program, by panel.*

*Les résumés dans ce livre apparaissent selon  
le programme de la conférence, par session.*

## **Alphabetical List by Author**

## **Liste alphabétique par auteur**

[Abraham \(p. 30\)](#)  
[Almassi \(p. 5\)](#)  
[Arnold-Forster \(p. 54\)](#)  
[Bhattacharya \(p. 75\)](#)  
[Boddice \(p. 59\)](#)  
[Brody \(p. 21\)](#)  
[Burghardt \(p. 41\)](#)  
[Burton \(p. 4\)](#)  
[Cameron \(p. 27\)](#)  
[Carlson \(p. 34\)](#)  
[Carlyle \(p. 26\)](#)  
[Dastjerdi \(p. 64\)](#)  
[David \(p. 53\)](#)  
[de Bruin \(p. 20\)](#)  
[Doyle \(p. 25\)](#)  
[Dubus \(p. 12\)](#)  
[Dysart \(p. 14\)](#)  
[Fadeyi \(p. 76\)](#)  
[Fernández-Fontecha \(p. 61\)](#)  
[Fortier \(p. 6\)](#)  
[Fraser \(p. 38\)](#)  
[Gallagher-Cohoon \(p. 29\)](#)  
[Gentilcore \(p. 3\)](#)  
[George \(p. 74\)](#)  
[Girault \(p. 28\)](#)  
[Gwynne \(p. 62\)](#)

[Hage \(p. 69\)](#)  
[Haire \(p. 55\)](#)  
[Hanson \(p. 51\)](#)  
[Harper \(p. 49\)](#)  
[Healey \(p. 48\)](#)  
[Hudson \(p. 46\)](#)  
[Ice-ton \(p. 73\)](#)  
[Jones \(p. 13\)](#)  
[Klein \(p. 19\)](#)  
[Kline \(p. 56\)](#)  
[Kroupa \(p. 15\)](#)  
[Leng \(p. 22\)](#)  
[Lewis \(p. 72\)](#)  
[Lieffers \(p. 23\)](#)  
[Liu \(p. 63\)](#)  
[Lourdusamy \(p. 74\)](#)  
[Lutz \(p. 33\)](#)  
[Magnan-St-Onge \(p. 40\)](#)  
[Martinen \(p. 37\)](#)  
[Matchim \(p. 43\)](#)  
[Mawdsley \(p. 39\)](#)  
[Mazzeo \(p. 68\)](#)  
[McHalsie, Si:yemiya \(p. 35\)](#)  
[McKellar \(p. 17\)](#)  
[Miron \(p. 67\)](#)  
[Monteyne \(p. 66\)](#)

[Mossey \(p. 70\)](#)  
[Motluk \(p. 10\)](#)  
[Mrazek \(p. 42\)](#)  
[Mullally \(p. 71\)](#)  
[Naismith \(p. 32\)](#)  
[Nichols \(p. 24\)](#)  
[Pache \(p. 40\)](#)  
[Patton \(p. 57\)](#)  
[Peterson \(p. 50\)](#)  
[Poleksic \(p. 16\)](#)  
[Robert \(p. 31\)](#)  
[Ryan \(p. 9\)](#)  
[Slaunwhite \(p. 44\)](#)  
[Smith \(p. 8\)](#)  
[Spinney \(p. 73\)](#)  
[Story \(p. 36\)](#)  
[Swaby \(p. 45\)](#)  
[Tunç \(p. 65\)](#)  
[Valen \(p. 11\)](#)  
[Valiquette \(p. 48\)](#)  
[van Haaster \(p. 60\)](#)  
[Vanier \(p. 52\)](#)  
[Viridi \(p. 58\)](#)  
[Vorobej \(p. 47\)](#)  
[Vouligny \(p. 7\)](#)  
[Wan \(p. 18\)](#)

David Gentilcore, Ca' Foscari University Venice

## **Public Health and the Managing of Water Quality in Early Modern Europe: The Venetian Case**

In the world today, 2.2 billion people lack safely managed drinking water, including 703 million without a basic water service. Ensuring clean water quality and sanitation is one of the “sustainable development goals” of the United Nations: a human right, essential to health. We tend to assume that in pre-modern Europe, people did not drink the water, considering it too unsafe, risky and generally unhealthy. When looking to the past, as Christopher Hamlin (2000) has suggested, we need to “re-examine the assumptions we bring to the questions of water quality”. What were these assumptions? As I have shown elsewhere (Gentilcore, 2019), early modern Europeans knew, through long experience, which waters were “best” (as they saw them), and to take certain precautions when it came to the consumption and use of water. Of course, the rationale behind these measures was necessarily couched in a different medical philosophy and their efficacy would often be questionable from the perspective of modern bio-medicine. In the Republic of Venice, a flourishing and independent state until 1797, fresh water quality was monitored by the “Provveditori alla Salute” (or Health Office), the body responsible for overseeing public health and hygiene, established in late fifteenth century to deal with plague epidemics. One of the largest and most economically vibrant of early modern European cities, Venice was uniquely dependent on rainwater capture for all of its freshwater needs, which fed several thousand “well-cisterns” located in the city’s public squares (campi), courtyards, private houses and religious institutions. Nowhere else was the approach to their use so systematic and widespread, the city concerned so populous, the technology so sophisticated and the management so carefully regulated as in Venice. My paper will present the results of research in progress into the role of the Venice’s Health Office in monitoring and managing the city’s fresh water supply during the sixteenth and seventeenth centuries. Although Venice’s drinking water was not necessarily pure and safe by our standards, pre-modern societies did not take water quality for granted and did indeed have methods for evaluating and managing it.

## **La santé publique et la gestion de la qualité de l'eau dans l'Europe moderne : le cas vénitien**

Aujourd'hui, dans le monde, 2,2 milliards de personnes ne disposent pas d'une eau potable gérée en toute sécurité, incluant 703 millions qui ne bénéficient pas d'un service d'eau de base. Garantir la qualité de l'eau et l'assainissement est l'un des "objectifs de développement durable" des Nations Unies : c'est un droit de l'homme, essentiel à la santé. Nous avons tendance à penser que dans l'Europe prémoderne les gens ne buvaient pas l'eau, la jugeant trop dangereuse, risquée et généralement malsaine. En regardant vers le passé, comme l'a suggéré Christopher Hamlin (2000), nous devons "réexaminer les hypothèses que nous apportons aux questions de qualité de l'eau". Quelles étaient ces hypothèses ? Comme je l'ai montré ailleurs (Gentilcore 2019), les Européens de l'époque moderne savaient, grâce à leur longue expérience, quelles étaient les eaux "meilleures" (selon eux) et savaient prendre certaines précautions lorsqu'il s'agissait de la consommation et de l'utilisation de l'eau. Bien entendu, le raisonnement qui sous-tendait ces mesures s'inscrivait nécessairement dans une philosophie médicale différente et leur efficacité était souvent discutable du point de vue de la biomédecine moderne. Dans la République de Venise, un État florissant et indépendant jusqu'en 1797, la qualité de l'eau douce était contrôlée par les "Provveditori alla Salute" (ou bureau de santé), l'organisme chargé de superviser la santé publique et l'hygiène, créé à la fin du XV<sup>e</sup> siècle pour faire face aux épidémies de peste. Venise, l'une des villes européennes les plus grandes et les plus dynamiques sur le plan économique au début de l'époque moderne, dépendait exclusivement du captage des eaux de pluie pour tous ses besoins en eau douce, qui alimentaient plusieurs milliers de citernes, situées dans les places publiques (campi), les cours, les maisons privées et les institutions religieuses. Nulle part ailleurs qu'à Venise l'approche de leur utilisation n'a été aussi systématique et répandue, la ville concernée aussi peuplée, la technologie aussi sophistiquée et la gestion aussi soigneusement réglementée. Mon intervention présentera les résultats d'une recherche en cours sur le rôle du bureau de santé de Venise dans la surveillance et la gestion de l'approvisionnement en eau douce de la ville au cours des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Même si l'eau potable de Venise n'était pas nécessairement pure et sûre selon nos critères, les sociétés prémodernes ne considéraient pas la qualité de l'eau comme allant de soi et disposaient de méthodes pour l'évaluer et la gérer.

Christopher Burton, University of Lethbridge

### **A Soviet Sustainable Future? The Pavlovian Past of “Healthy” Air**

This paper takes an unusual approach to “sustaining shared futures,” the overall theme of Congress. Communal hygiene was the Soviet equivalent of our science of environmental health. The latter is a field of medicine and distinct from environmentalism, predating it in its modern form. Both communal hygiene and environmental health were concerned with anthropogenic threats to human health. I will examine one field of communal hygiene, Soviet science on the health effects of air pollution. Despite the infamy of the USSR as a health and environmental disaster, the Soviet scientific understanding of air pollution was for a number of years the most advanced in the world, drawing the attention of putative world leader, California. Here I will examine the reasons for that superiority. Much of it has to do with a side effect of early Cold War politics, specifically, the “Pavlovian turn” in Soviet science from 1950 onward, as Stalinist functionaries sought to differentiate Russian culture and science from “the West,” and to promote them. Although the Pavlovian turn did much to repress Stalinist science, its influence can be found in unlikely forms and places. The most striking departure from the conventional understanding, and from which this paper takes its lead, is Paula Michaels’ recent work on the Lamaze Method, showing how Lamaze, famous for its patterned breathing to dispel the labour pain of childbirth, largely originated in the Soviet Union as a Stalinist adaptation of the ideas of Ivan Pavlov. Returning to the science of healthy air, elsewhere in the world in the 1950s the thresholds for industrial emissions into the air were founded in sensory perception, usually of odor, but this required a conscious response. Partially through a Pavlovian change in focus to reflex reactions, which were sub-conscious, the Soviet science pushed down the thresholds and thereby tightened Soviet air quality standards. There were other influences which I shall examine but, regardless of their comparative importance, the Soviet science of environmental health made a foundational contribution in the 1960s to the World Health Organization’s guidelines on air quality.

### **Un avenir soviétique durable ? Le passé pavlovien de l’air « sain »**

Cette présentation adopte une approche inhabituelle pour « soutenir un avenir partagé », le thème général du Congrès. L’hygiène communautaire était l’équivalent soviétique de notre science de la santé environnementale. Il s’agit d’un domaine de la médecine distinct de l’environnementalisme, antérieur à celui-ci dans sa forme moderne. L’hygiène communautaire et la santé environnementale étaient toutes deux concernées par les menaces anthropiques pour la santé humaine. J’examinerai un domaine de l’hygiène communautaire, la science soviétique sur les effets de la pollution atmosphérique sur la santé. Malgré l’infamie de l’URSS en tant que désastre sanitaire et environnemental, la compréhension scientifique soviétique de la pollution atmosphérique a été pendant plusieurs années la plus avancée au monde, attirant l’attention du leader mondial putatif, la Californie. J’examinerai ici les raisons de cette supériorité. Cela est en grande partie dû à un effet secondaire de la politique du début de la Guerre froide, en particulier le « tournant pavlovien » dans la science soviétique à partir de 1950, alors que les fonctionnaires staliniens cherchaient à différencier la culture et la science russes de « l’Occident » et à les promouvoir. Même si le tournant pavlovien a largement contribué à réprimer la science stalinienne, son influence peut se manifester sous des formes et dans des lieux improbables. L’écart le plus frappant par rapport à la compréhension conventionnelle, et duquel s’inspire cet article, est le récent travail de Paula Michaels sur la méthode Lamaze, montrant comment Lamaze, célèbre pour sa respiration structurée destinée à dissiper les douleurs de l’accouchement, est en grande partie originaire du L’Union soviétique comme adaptation stalinienne des idées d’Ivan Pavlov. Pour en revenir à la science de l’air sain, ailleurs dans le monde, dans les années 1950, les seuils d’émissions industrielles dans l’air étaient fondés sur la perception sensorielle, généralement de l’odeur, mais cela nécessitait une réponse consciente. En partie grâce à un changement d’orientation pavlovienne vers des réactions réflexes, qui étaient inconscientes, la science soviétique a abaissé les seuils et a ainsi resserré les normes soviétiques de qualité de l’air. Il y a eu d’autres influences que j’examinerai mais, quelle que soit leur importance relative, la science soviétique de la santé environnementale a apporté une contribution fondamentale dans les années 1960 aux lignes directrices de l’Organisation mondiale de la santé sur la qualité de l’air.

Ben Almassi, Governors State University

### **Revaluations of ‘Paiute Forestry’: Prescribed Burns as Traditional and Scientific Ecological Knowledge**

The relationship between traditional and scientific ecological knowledge is a dynamic one. Consider the use of fire in resource ecology land management. In the 1910s and 1920s, Aldo Leopold and other foresters dismissively campaigned against burning as Paiute forestry, denigrating and driving out indigenous land management as though it had never existed, as though there was no credible ecological knowledge before settlement. Fire suppression as a longstanding policy across the US and Canada not only failed in reading historical tribal burning practices and in applying that knowledge to settler resource management, but also systematically undercut contemporary tribal ecological knowledge in significant ways. Now a century later, scientists and restorationists are coming to better understand the dangers of fire suppression, the benefits of burns, and the fact that these aren’t new insights but epistemically marginalized ones. If prescribed burning is a complex assemblage of epistemic practices, and settler-colonial reactions have perpetrated epistemic injustices against indigenous peoples, how can modern (tribal, settler, and collaborative) burning practices be better? In this project, I offer a close reading of the early 20th Century light-burning debate, with particular focus on Leopold’s testimonial injustice and willful hermeneutical ignorance in his characterization of indigenous ecological knowledge. I then turn to critically evaluate several 21st Century prescribed burn projects (with particular focus on the US and Canadian Pacific Northwest and Great Lakes regions) for their reparative potential in both social-ecological and social-epistemic terms.

### **Réévaluations de la « foresterie Paiute » : le brûlage dirigé en tant que savoir écologique traditionnel et scientifique**

La relation entre les connaissances écologiques traditionnelles et scientifiques est dynamique. Envisager l’utilisation du feu dans la gestion des ressources écologiques des terres. Dans les années 1910 et 1920, Aldo Leopold et d’autres forestiers ont fait campagne avec dédain contre le brûlage sous le nom de foresterie Paiute, dénigrant et chassant la gestion autochtone des terres comme si elle n’avait jamais existé, comme s’il n’existait aucune connaissance écologique crédible avant la colonisation. La suppression des incendies, en tant que politique de longue date aux États-Unis et au Canada, a non seulement échoué à comprendre les pratiques historiques de brûlage tribal et à appliquer ces connaissances à la gestion des ressources des colons, mais a également systématiquement sapé les connaissances écologiques tribales contemporaines de manière significative. Aujourd’hui, un siècle plus tard, les scientifiques et les restaurateurs commencent à mieux comprendre les dangers de la suppression des incendies, les avantages des brûlages et le fait qu’il ne s’agit pas là d’idées nouvelles mais d’idées épistémiquement marginalisées. Si le brûlage dirigé est un assemblage complexe de pratiques épistémiques et que les réactions coloniales ont perpétré des injustices épistémiques contre les peuples autochtones, comment les pratiques de brûlage modernes (tribales, de colonisation et collaboratives) peuvent-elles être meilleures ? Dans ce projet, je propose une lecture attentive du débat brûlant du début du XX<sup>e</sup> siècle, avec un accent particulier sur l’injustice des témoignages de Leopold et l’ignorance herméneutique volontaire dans sa caractérisation des connaissances écologiques autochtones. Je me tourne ensuite vers l’évaluation critique de plusieurs projets de brûlage dirigé du XXI<sup>e</sup> siècle (avec un accent particulier sur les régions du nord-ouest du Pacifique et des Grands Lacs aux États-Unis et au Canada) pour leur potentiel réparateur en termes à la fois socio-écologiques et socio-épistémiques.

Chloé Fortier, Birkbeck College

## **Women as Either a Refrigerator or a Helicopter: The Pathologization of Motherhood and Disability in the Mid-twentieth Century**

This paper will dissect the concept of ‘the refrigerator mother’ and her intellectually disabled child within the larger context of American psychoanalysis and the evolution of the neurodiversity movement. In the aftermath of the Second World War, the perpetuation of democratic ideals became of paramount concern to child-rearing authorities. During this rebuilding period, specialists encouraged heads of state to invest in infant development, value mothers within the context of the home and deter authoritarian attitudes within the family (Marks et al., 2018). Despite this renewed emphasis on the value of mothers, psychiatrists and pediatricians were upheld as the ultimate authority on parenting. While mothers’ responsibilities increased, the value afforded to their experiences and generational knowledge decreased. Coined by Kanner in the 1940s, the term “Refrigerator mother” was used to designate a mother whose cold, emotionally detached demeanour traumatized her child into developing autism (Zeavin, 2021). This stereotype was popularized by the Austrian Researcher Bruno Bettelheim, who sought to cure the autistic subject (Zeavin, 2021). By placing responsibility on the mother, Bettelheim reinforced a patriarchal Anglo-protestant family structure in which women were expected to dedicate their entirety to motherhood. I will argue that this patriarchal structure sets the tone for all future constructions of the ‘autism’ mother as well as relationships of authority between parents, clinicians and neurodivergent folk. Furthermore, this paper will echo Epstein’s argument that Bettelheim’s own experience of antisemitic violence was projected onto his patients and their careers. Epstein posits that Bettelheim’s own experiences of concentration camps translated into the prolonged separation of children from their families as well as many instances of physical and sexual abuse within the Orthogenic school (Epstein, 2014). Through a close reading of Kanner and Bettelheim, I concur that the same psychoanalytic clinicians who sought to foster self-sacrificing democratic citizens contributed to the veneration of scientific authority, the pathologization of motherhood and the systematic institutionalization of disabled children and adults. To supplement these readings, I will engage in an analysis of the documentary *Refrigerator Mothers* as well as several memoirs documenting women’s experiences mothering autism throughout the decades.

## **Les femmes comme réfrigérateurs ou hélicoptères : la pathologisation de la maternité et du handicap au milieu du XX<sup>e</sup> siècle**

Cet article analysera le concept de « la mère réfrigérateur » et de son enfant mentalement handicapé dans le contexte plus large de la psychanalyse américaine et de l’évolution du mouvement de la neurodiversité. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la perpétuation des idéaux démocratiques est devenue une préoccupation majeure pour les autorités chargées de l’éducation des enfants. Au cours de cette période de reconstruction, les spécialistes ont encouragé les chefs d’État à investir dans le développement des nourrissons, à valoriser les mères dans le contexte du foyer et à dissuader les attitudes autoritaires au sein de la famille (Marks et al., 2018). Malgré cet accent renouvelé sur la valeur des mères, les psychiatres et les pédiatres étaient considérés comme l’autorité ultime en matière de parentalité. Alors que les responsabilités des mères augmentaient, la valeur accordée à leurs expériences et à leurs connaissances générationnelles diminuait. Inventé par Kanner dans les années 1940, le terme « mère réfrigérateur » était utilisé pour désigner une mère dont l’attitude froide et émotionnellement détachée a traumatisé son enfant et l’a poussé à développer l’autisme (Zeavin, 2021). Ce stéréotype a été popularisé par le chercheur autrichien Bruno Bettelheim, qui cherchait à guérir le sujet autiste (Zeavin, 2021). En confiant la responsabilité à la mère, Bettelheim renforçait une structure familiale patriarcale anglo-protestante dans laquelle les femmes étaient censées se consacrer entièrement à la maternité. Je soutiendrai que cette structure patriarcale donne le ton à toutes les constructions futures de la mère de « l’autisme », ainsi qu’aux relations d’autorité entre les parents, les cliniciens et les personnes neurodivergentes. En outre, cet article fera écho à l’argument d’Epstein selon lequel la propre expérience de Bettelheim en matière de violence antisémite s’est projetée sur ses patients et leur carrière. Epstein postule que les propres expériences de Bettelheim dans les camps de concentration se sont traduites par la séparation prolongée des enfants de leurs familles, ainsi que par de nombreux cas d’abus physiques et sexuels au sein de l’école orthogénique (Epstein, 2014). Après une lecture attentive de Kanner et Bettelheim, je conviens que les mêmes cliniciens psychanalystes qui ont cherché à encourager des citoyens démocratiques et dévoués ont contribué à la vénération de l’autorité scientifique, à la pathologisation de la maternité et à l’institutionnalisation systématique des enfants et des adultes handicapés. Pour compléter ces lectures, je me lancerai dans une analyse du documentaire *Refrigerator Mothers*, ainsi que de plusieurs mémoires documentant les expériences de femmes maternant l’autisme au fil des décennies.

Alexandra Vouligny, Université de Sherbrooke

### **Criminelles, mendiante et patientes : les multiples visages des femmes de la Salpêtrière**

Fondée en 1656 à Paris, la Salpêtrière accueille des femmes marginalisées comme des personnes prostituées, des mendiante, des criminelles et des insensées. L'historiographie a principalement mobilisé des sources normatives comme des documents institutionnels et médicaux afin d'observer la gestion de cet hôpital. Qui plus est, l'histoire de l'établissement a été particulièrement négligée concernant le XVIII<sup>e</sup> siècle et même le début du XIX<sup>e</sup> siècle, malgré son importance à Paris. Les chercheurs ont alors révélé une transition plutôt linéaire d'une Salpêtrière qui enferme sa clientèle à une médicalisation de l'établissement qui permet sa transformation en un asile réputé. Nous proposons de diriger notre regard vers les journaux parisiens qui, entre 1774 et 1815, abordent la Salpêtrière et sa clientèle à de multiples reprises. Pour ce faire, un corpus composé de 463 articles tirés de *RetroNews* fut étudié. Comment les femmes de l'institution sont-elles dépeintes? Quelle est la place laissée dans la presse aux malades? Les identités, ou les étiquettes, attribuées aux femmes de la Salpêtrière dans les journaux à travers la période sont autant d'indices d'une certaine compréhension du monde au sens large, mais aussi du genre et de la santé. À travers la période, trois identités émergent, soit celles de criminel, d'indigent et de malade. Si ces identités peuvent être utilisées individuellement dans les articles, à d'autres moments, elles se superposent, car les journaux brouillent les frontières entre les différentes étiquettes. En plus de s'additionner, ces identités évoluent dans le temps et forment de nouvelles combinaisons. Étudier les étiquettes accolées à ces femmes permet de mieux comprendre les préconceptions associées à leur statut qui guident leur prise en charge. Si les fonctions influencent inévitablement les identités des femmes de la Salpêtrière, le processus inverse s'opère également. Ainsi, l'idée qu'il faut aider les nécessiteux de l'institution mène à leur prise en charge médicale. Or, pendant le lent processus de médicalisation, l'état de malade ne mène pas nécessairement au statut de patiente qui permet les soins. Le danger associé aux délinquantes influence aussi la gestion de l'ensemble de la population de la Salpêtrière, dont les malades.

### **A Criminal, Indigent, and Ill Population: The Numerous Faces of the Salpêtrière's Women**

Opened in Paris in 1656, the Salpêtrière receives a number of marginal women, among them prostitutes, indigents, criminals, and some who are sick or insane. The historiography mobilized principally normative sources like institutional and medical documents to look at the hospital's management. Also, studies of this establishment have particularly neglected the XVIII<sup>e</sup> and the beginning of the XIX<sup>e</sup> centuries even if it is one of the biggest institutions in France. Researchers saw a linear transition from a coercive establishment to a hospital. We will look in the Parisian journals that, between 1774 and 1815, talk multiple times about the Salpêtrière and its people. To do so, we used 463 articles found on *RetroNews*. How the women of the Salpêtrière are depicted? What is the place given in the journals to the ill? The identities, or conceptions, attributed to them in the press between 1774 and 1815 help to understand a precise image of the world, but also of gender and health. During this period, the identities of the criminals, the indigents, and the ill emerge. If these labels can be used individually, in some moments, they come on top of one another because the press scrambles with the limits of these identities. However, they don't only add, they change to form new combinations adapted to the context. Studying these labels stuck on those women helps to understand the preconceptions associated with their status that influence their management. If the functions inevitably guide their identities, the opposite is also true. In so, the idea that helping the indigents is necessary leads to their medical care. But, during the long process of medicalization, the state of the sick does not always give them treatments. The risk associated with delinquents also influences the management of the Salpêtrière's population, including those who are ill.

Kira Smith, York University

### **Pathologizing Betty: Encoding Gendered Norms into Psychiatry and Girlhood**

While girls embraced the global emergence of the modern woman, who symbolized a new way of life after the First World War, adults combatted this with a conservative modern ideal of girlhood. When it came to the colonial girl, adults in the British Empire emphasized their future roles as maternal figures. As a result, girls were presented with images of a moral and ethical baseline that was English, patriotic, colonial, and white. However, when some girls transgressed gendered norms, they could be pathologized and institutionalized. In this paper, I will offer a case study, Betty, who was pathologized for defying these norms and consequently admitted into the Selkirk Asylum in 1924. Her case file demonstrated how reformers were concerned with regulating gender appropriate emotions and actions. Efforts to instill discipline into girls like Betty was a class-based project that focused on poor and working-class girls. As such, Betty was subject to an apparatus of surveillance and control that sought to correct her gender performance along settler norms of whiteness, domesticity, and compliance.

### **La folie de Betty: le codage des normes sexospécifiques dans la psychiatrie et la jeunesse**

Après la Première guerre mondiale, les filles adoptent l'émergence globale des femmes modernes comme une nouvelle façon de vivre. En même temps, les adultes de l'Empire britannique ont combattu cet idéal moderne avec un idéal conservateur qui a souligné les futurs rôles des filles comme figures maternelles. En conséquence, les filles étaient présentées avec les images des normes morales et éthiques qui étaient anglaises, patriotiques, coloniales et blanches. Mais, quand les filles avaient transgressé les normes et les pratiques propres à chaque sexe, elles pourraient être pathologisées et institutionnalisées. Dans cette présentation, j'offrirai une étude de cas sur Betty, une fille qui était pathologisée et institutionnalisée à l'asile Selkirk en 1924. Son dossier démontre comment les réformistes étaient préoccupés par la régulation des émotions et des actions propres à chaque sexe. Les efforts pour inculquer une discipline chez les filles comme Betty était un projet basé sur les différences de classes qui s'intéressait aux filles pauvres et des classes ouvrières. En conséquence, Betty était soumise à un dispositif de surveillance et de contrôle qui cherchait à corriger les filles suivant les normes coloniales, blanches et sexospécifiques.



Shaelyn Ryan, Western University

### **Tools of the Trade: Medical Instruments as a Source of Authority, Knowledge, and the Site of Shared Futures Between Doctor and Patient**

Medical instruments, in all their varied forms, are inextricable from the image of the physician in our collective imaginations. Rarely do we think of today's physician without their characteristic stethoscope, or of a physician who practiced decades, even centuries ago, without their doctor's bag, their head mirror, or possibly their matula for urine collection. In this paper, I will argue that instruments play a role beyond the medical purpose for which they were explicitly created, and can act as an important and oft-overlooked source for medical historians. Instruments can reinforce a physician's authority, and their use by physicians may generate tacit knowledge about the body and medical interventions. The Medical Artifact Collection at Western University houses numerous sets of instruments that belonged to London, Ontario physicians. Through an examination of a selection of these instrument sets, this study will explore what the material culture of medical instruments, used in conjunction with related archival sources, can reveal about late nineteenth and early twentieth-century physicians in Southwestern Ontario. The role of tacit knowledge will be discussed alongside themes of authority and expertise. Selected oral histories conducted with retired London physicians will supplement this investigation of practitioners' relationships to their instruments and the ways these instruments can be sites of medical knowledge and authority. As the use of medical technology increases in today's health care system, this paper uses a historical examination of medical instruments to explore their changing role in the creation of medical knowledge and authority, and in the shared futures of physicians and patients in continuing to negotiate the technological and the human aspects of medicine.

### **Outils du métier : les instruments médicaux comme source d'autorité, de connaissances et lieu d'avenirs partagé entre le médecin et le patient**

Les instruments médicaux, en toutes leurs formes variées, sont indissociables de l'image du médecin dans nos imaginaires collectifs. On pense rarement au médecin d'aujourd'hui sans son stéthoscope caractéristique, ou à un médecin qui a exercé il y a des décennies, ou des siècles, sans sa trousse de médecin, son miroir de tête ou peut-être sa matula pour l'uroscopie. Dans cet article, je soutiendrai que les instruments médicaux jouent un rôle au-delà du but médical pour lequel ils ont été explicitement créés et peuvent constituer une source importante et souvent négligée pour les historiens de la médecine. Les instruments peuvent renforcer l'autorité d'un médecin, et leur utilisation par les médecins peut générer des connaissances tacites sur le corps et les interventions médicales. La Collection d'Artefacts Médicaux à l'Université Western abrite de nombreux ensembles d'instruments ayant appartenu à des médecins de London, Ontario. En examinant une sélection de ces ensembles d'instruments, cette étude explorera ce que la culture matérielle des instruments médicaux, utilisée conjointement avec des sources d'archives connexes, peut révéler sur les médecins de la fin du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup> siècle dans le sud-ouest de l'Ontario. Le rôle de la connaissance tacite sera abordé aux côtés des thèmes de l'autorité et de l'expertise. Des histoires orales sélectionnées menées avec des médecins retraités de London compléteront cette enquête sur les relations des praticiens avec leurs instruments et sur la manière dont ces instruments peuvent être des sites de connaissances et d'autorité médicales. Alors que l'utilisation de la technologie médicale augmente dans le système de santé actuel, cet article utilise un examen historique des instruments médicaux pour explorer leur rôle changeant dans la création du savoir et de l'autorité médicales, ainsi que dans l'avenir partagé des médecins et des patients dans la poursuite des négociations entre les aspects technologiques et humains de la médecine.

Sophia Motluk, McGill University

### “Like A Virgin”: Virginité, Prostitution and the Speculum in Nineteenth Century Britain

In the mid-nineteenth century, the gynaecological instrument known as the speculum became the focus of debate in the medical community. Though the speculum existed in some form or another for centuries, it was during the Victorian era that it began to regain popularity, right at the moment that the male profession of gynaecology was attempting to establish its legitimacy. The following paper will be exploring how the speculum became relevant for the masculinity of the emerging medical profession in Britain between 1850 and 1900, by examining its use under the Contagious Diseases Acts to gain control of the bodies of prostitutes, and the refusal to use it on virginal bodies whose virtue it was seen as jeopardizing. In short, it will be argued that the debates in the nineteenth century were about the power of the speculum as a symbol of masculinity more than about its physical functions. The speculum ordered the prostituted body by imposing male authority onto it, while simultaneously corrupting the virginal body by exposing it. That the same instrument caused such different reactions based on the perceived morality of the bodies it was used on shows both the extent to which the physical and moral were blurred in the Victorian era, and the ability of instruments to become historical actors. In the nineteenth century the speculum could save women or condemn women regardless of the intentions of the physicians using it. These debates can be followed through the examination of articles in the well-known medical journal *The Lancet*, as well as in the published writings of individual physicians. These print sources allow an in-depth look at an anxiety that existed not just in the public consciousness but in the medical profession itself. This paper hopes to add to the work being done in the history of medicine, material culture studies and the history of emotions, by showing the value of further exploring the cultural and emotional histories of medical instruments.

### « Like A Virgin » : virginité, prostitution et le spéculum dans la Grande-Bretagne du XIX<sup>e</sup> siècle

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, l'instrument gynécologique connu sous le nom de spéculum a fait l'objet d'un débat au sein de la communauté médicale. Bien que le spéculum ait existé sous une forme ou une autre depuis des siècles, c'est à l'époque victorienne qu'il a commencé à regagner en popularité, à un moment où la profession gynécologique masculine tentait d'établir sa légitimité. L'article suivant explorera la manière dont le spéculum est devenu pertinent pour la masculinité de la profession médicale émergente en Grande-Bretagne entre 1850 et 1900, en examinant son utilisation dans le cadre des lois sur les maladies contagieuses pour contrôler les corps des prostituées, et le refus de l'utiliser sur des corps virginaux dont la vertu était considérée comme menacée. En bref, il sera soutenu que les débats du XIX<sup>e</sup> siècle portaient davantage sur le pouvoir du spéculum en tant que symbole de la masculinité que sur ses fonctions physiques. Le spéculum ordonne le corps prostitué en lui imposant l'autorité masculine, tout en corrompant le corps virginal en l'exposant. Le fait que le même instrument provoque des réactions si différentes selon la moralité perçue des corps sur lesquels il était utilisé montre à la fois à quel point le physique et le moral étaient flous à l'époque victorienne, et la capacité des instruments à devenir des acteurs de l'histoire. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le spéculum pouvait sauver des femmes ou les condamner, quelles que soient les intentions des médecins qui l'utilisaient. Ces débats peuvent être suivis en examinant les articles de la célèbre revue médicale *The Lancet*, ainsi que les écrits publiés par des médecins. Ces sources imprimées permettent d'examiner en profondeur une anxiété qui existait non seulement dans la conscience publique, mais aussi au sein de la profession médicale elle-même. Cet article espère contribuer aux travaux menés dans le domaine de l'histoire de la médecine, des études sur la culture matérielle et de l'histoire des émotions, en montrant l'intérêt d'explorer plus avant l'histoire culturelle et émotionnelle des instruments médicaux.

Dustin Valen, Toronto Metropolitan University

### **Environmental Pathologies and Technological Empiricism in British India**

This paper explores how nineteenth-century environmental medicine and climate control co-evolved in British India, as fear of climate change spurred technological empiricism and the medicalization of building interiors. I argue that rather than alleviate Europeans' fear of colonial disease environments, architectural-medical technologies imposed strict bodily and building regimes in their stead, while inflecting existing medical theories with indigenous knowledge and practices. Thermantidotes are a case in point. An amalgam of the words *thermae* and *antidote*, thermantidotes incorporated native technologies in ways that made them appear to be the sophisticated products of industrial modernity. They consisted of a rotating fan operated manually to force air through a series of wetted, woven mats to produce evaporative cooling, making them one of the earliest examples of an industrially produced, self-contained air conditioner prior to widespread electrification. Medical writers championed thermantidotes for their seeming ability to mitigate the effects of hot and humid climates, a suspected source of contagion according to environmental theories of morbidity. However, when this technology failed to curb the spread of endemic diseases among white settlers, medical writers responded by identifying new threats and prescribing new behaviours to prevent people's exposure to sudden, climatic changes. These bodily habits were embedded in colonial building culture, too, where sealed darkened rooms animated by the rhythmic thumping of the thermantidote paddle soon became the norm. Viewing architectural-medical technologies through the lens of colonial scientific culture reveals how nineteenth-century environmental pathologies are at once integral to our understanding of climate change, as well as the dialectical power of design practices to alter understandings of human health.

### **Pathologies environnementales et empirisme technologique en Inde britannique**

Cet article explore comment la médecine environnementale et le contrôle climatique au XIX<sup>e</sup> siècle ont co-évolué dans l'Inde britannique, alors que la peur du changement climatique a stimulé l'empirisme technologique et la médicalisation des intérieurs des bâtiments. Je soutiens que plutôt que d'atténuer la peur des Européens face aux environnements de maladies coloniales, les technologies architecturales et médicales ont imposé à leur place des régimes corporels et constructifs stricts, tout en infléchissant les théories médicales existantes avec les connaissances et les pratiques autochtones. Les thermantidotes en sont un bon exemple. Amalgame des mots *thermae* et *antidote*, les thermantidotes ont incorporé les technologies natives de manière à les faire apparaître comme des produits sophistiqués de la modernité industrielle. Ils consistaient en un ventilateur rotatif actionné manuellement pour forcer l'air à travers une série de tapis tissés mouillés afin de produire un refroidissement par évaporation, ce qui en faisait l'un des premiers exemples de climatiseur autonome produit industriellement avant une électrification généralisée. Les auteurs médicaux ont défendu les thermantidotes pour leur capacité apparente à atténuer les effets des climats chauds et humides, source présumée de contagion selon les théories environnementales de la morbidité. Cependant, lorsque cette technologie n'a pas réussi à freiner la propagation des maladies endémiques parmi les colons blancs, les auteurs médicaux ont réagi en identifiant de nouvelles menaces et en prescrivant de nouveaux comportements pour empêcher l'exposition des populations à des changements climatiques soudains. Ces habitudes corporelles étaient également ancrées dans la culture de la construction coloniale, où les pièces fermées et sombres animées par le battement rythmé de la pale du thermantidote sont rapidement devenues la norme. Examiner les technologies architecturales et médicales à travers le prisme de la culture scientifique coloniale révèle comment les pathologies environnementales du XIX<sup>e</sup> siècle font à la fois partie intégrante de notre compréhension du changement climatique, ainsi que du pouvoir dialectique des pratiques de conception pour modifier la compréhension de la santé humaine.

Zoë Dubus, University of Saskatchewan

### **Joyce Martin and the Exploration of the Power of Touch in LSD-assisted Psychotherapy, 1956-1969**

Since at least the 1990s, the underground world of psychedelic-assisted therapy has been frequently accused of sexual abuse. While the “psychedelic renaissance” has been legitimizing this therapeutic model for some years now, cases of physical and sexual violence, as well as power struggles, are also emerging in clinical trials. The elements put in place to prevent such abuses (always having two therapists with the person, filming sessions) don’t seem to systematically protect patients. Many therapists using or studying psychedelics are now very sensitive to the issue of touch and informed consent during sessions, without reaching a consensus on how to proceed. Indeed, physical contact with patients under the influence of psychedelics has become an essential part of this therapeutic model. The image of the therapist holding the patient’s hand in a comforting attitude has even become one of the visual symbols of psychedelic-assisted therapy. But where does the idea come from that physical contact, so taboo in medicine and particularly in psychiatry, is at the heart of the therapeutic process enabled by the psychedelic experience? Using never-before-seen archives, patient testimonials and forgotten articles, I’ll show how English psychiatrist Joyce Martin, one of the pioneers of LSD use in psychotherapy, who treated over 1,000 patients with this method, helped revolutionize LSD therapy. Putting physical contact at the heart of her practice, sometimes going so far as to lie in bed with her patients in her arms “like a good mother,” Martin proposed some particularly controversial techniques. Yet she quickly became one of the most productive and recognized psychedelic therapists of her time, inspiring many of her colleagues. I’ll be looking at how she saw the benefits of touch, how she protected herself from possible aggression, and also how she ensured her patients’ consent, at a time when this issue was of no importance to most of her confreres. But this work will finally enable us to understand how her methods were subsequently used to legitimize aggressive and abusive practices for some of the therapists of later generations. Exploring this history will enrich current discussions on these sensitive subjects within the psychedelic therapy community.

### **Joyce Martin et l’exploration du pouvoir du toucher dans la psychothérapie assistée par le LSD, 1956-1969**

Depuis au moins les années 1990, le milieu clandestin de la thérapie assistée par les psychédéliques est fréquemment accusé d’abus sexuels. Alors que la « renaissance psychédélique » tente de légitimer depuis quelques années ce modèle thérapeutique, des cas de violences physiques et sexuelles, ainsi que des cas d’emprise, émergent également dans les essais cliniques. Les éléments mis en place pour prévenir de tels abus (présence systématique de deux thérapeutes auprès de la personne, filmage des séances) ne semblent pas protéger systématiquement les patients. De nombreux thérapeutes utilisant ou étudiant les psychédéliques sont aujourd’hui très sensibles à la question du toucher et du consentement éclairé lors des séances, sans parvenir à un consensus sur la manière de procéder. En effet, le contact physique avec les patients sous l’influence des psychédéliques est devenu un élément essentiel de ce modèle thérapeutique. L’image du thérapeute tenant la main du patient dans une attitude réconfortante est même devenue l’un des symboles visuels de la thérapie assistée par les psychédéliques. Mais d’où vient l’idée que le contact physique, si tabou en médecine et particulièrement en psychiatrie, soit au cœur du processus thérapeutique permis par l’expérience psychédélique ? À partir d’archives inédites, de témoignages de patients et d’articles oubliés, je montrerai comment la psychiatre anglaise Joyce Martin, l’une des pionnières de l’utilisation du LSD en psychothérapie, ayant traité plus de 1000 patients avec cette méthode, a contribué à révolutionner la thérapie par le LSD. Mettant le contact physique au cœur de sa pratique, allant parfois jusqu’à s’allonger dans un lit en prenant ses patients dans les bras « comme une bonne mère », Joyce Martin proposait des techniques particulièrement controversées. Pourtant, elle devint rapidement l’une des thérapeutes psychédéliques les plus productives et les plus reconnues de son époque, inspirant nombre de ses collègues. Je m’intéresserai à la manière dont elle comprenait les bienfaits du toucher, dont elle se protégeait d’éventuelles agressions, ainsi que la manière dont elle s’assurait du consentement de ses patients, à une époque où cette question n’avait aucune importance pour la plupart de ses confrères. Mais ce travail nous permettra en outre de comprendre comment ses méthodes ont été utilisées par la suite pour légitimer des pratiques agressives et abusives chez certains thérapeutes des générations suivantes. L’exploration de cette histoire enrichira les discussions actuelles sur ces sujets sensibles au sein de la communauté des thérapeutes psychédéliques.

Andrew Jones, University of Toronto

### **Preventing “Mental Arterio-Sclerosis”: Psychedelics and Childhood in the Early American Counterculture**

In a 1955 letter to his brother, the British novelist Aldous Huxley suggested that “We both...belong to that fortunate minority of human beings who retain the mental openness and elasticity of youth...why the majority of men and women, and even adolescents, should develop mental arterio-sclerosis forty or fifty years before they develop physical arterio-sclerosis is a great mystery.” As he later expressed in *Island*, if children took psychedelics in a ceremonial context as they transitioned into adolescence, then the threat of developing such “mental arterio-sclerosis” would be greatly reduced. With such a system in place, children would retain their natural “openness” and “elasticity” into adulthood. This presentation examines *Island* and its influence to explore the connection between psychedelic drugs and childhood that emerged in the American counterculture. For early pathfinders of this counterculture, Huxley’s novel offered a blueprint for building a community that avoided the pitfalls of advanced industrial societies. I argue that through *Island*, Huxley’s views about childhood, which were shaped by a long history of romantic thinkers, became tied to countercultural understandings of what psychedelic drugs do. In other words, *Island* constructed an influential way of thinking about drug effects that was deeply infused with Huxley’s ideas about childhood. This construction continues to shape social and scientific discourse surrounding psychedelic drugs today. Not only do current researchers talk about psychedelics as inducing “plasticity,” “openness,” or a “child-like mind state,” but there is also a growing number of calls to consider whether children or adolescents should have access to psychedelic experiences, for medical or for spiritual purposes. With several recent studies suggesting that psychedelic therapy benefits individuals with treatment-resistant conditions, researchers are anticipating that there will be calls to provide psychedelic treatment to younger people who suffer from these same conditions. In addition, in 2004 the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies launched its “Rites of Passage Project,” which sought to rethink drug awareness policy and raise questions about whether parents have the right to undergo psychedelic experiences with their teenagers. Uncovering the historical roots of these perspectives is important for informing the future trajectory of psychedelic medicine and culture.

### **Prévenir l’« artériosclérose mentale » : les psychédéliques et l’enfance dans la première contre-culture américaine**

Dans une lettre adressée à son frère en 1955, le romancier britannique Aldous Huxley déclarait : « Nous appartenons tous deux à cette heureuse minorité d’êtres humains qui conservent l’ouverture d’esprit et l’élasticité de la jeunesse... La raison pour laquelle la majorité des hommes et des femmes, et même des adolescents, développent une artériosclérose mentale quarante ou cinquante ans avant de développer une artériosclérose physique est un grand mystère ». Selon lui, ainsi qu’il l’exposa plus tard dans *Island*, si les enfants prenaient des psychédéliques dans un contexte cérémoniel lors de leur passage à l’adolescence, la menace de développer une telle « artériosclérose mentale » serait considérablement réduite. Avec un tel système en place, les enfants conserveraient leur « ouverture » et leur « élasticité » naturelles jusqu’à l’âge adulte. Cette présentation examine *Island* et son influence pour explorer le lien entre les substances psychédéliques et l’enfance, un thème ayant émergé dans la contre-culture américaine. Pour les premiers pionniers de cette contre-culture, le roman d’Huxley offrait un modèle de construction d’une communauté qui évitait les pièges des sociétés industrielles avancées. Je soutiens qu’à travers *Island*, les opinions d’Huxley sur l’enfance, façonnées par une longue histoire de penseurs romantiques, sont devenues liées à la compréhension contre-culturelle des effets des psychédéliques. En d’autres termes, *Island* a construit une manière influente de penser leurs effets, profondément imprégnée des idées d’Huxley sur l’enfance. Cette construction continue de façonner le discours social et scientifique sur les psychédéliques aujourd’hui. Non seulement les chercheurs actuels parlent des psychédéliques comme induisant la « plasticité », l’« ouverture » ou un « état d’esprit enfantin », mais il y a également un nombre croissant de questionnements pour savoir si les enfants ou les adolescents devraient avoir accès aux expériences psychédéliques, à des fins médicales ou spirituelles. Avec plusieurs études récentes suggérant que la thérapie psychédélique est bénéfique pour les personnes souffrant de maladies résistantes aux traitements, les chercheurs s’attendent à ce que des appels soient lancés pour offrir des traitements psychédéliques aux personnes plus jeunes souffrant de ces mêmes maladies. En outre, en 2004, l’Association multidisciplinaire pour les études psychédéliques (MAPS) a lancé son projet « Rites de passage », qui vise à repenser la politique de sensibilisation aux psychotropes et à soulever la question de savoir si les parents ont le droit de faire vivre des expériences psychédéliques à leurs adolescents. Il est important de découvrir les racines historiques de ces perspectives pour éclairer la trajectoire future de la médecine et de la culture psychédéliques.

Taylor Elizabeth Dysart, University of Pennsylvania

## **Making Space for Multiplicity in Global Psychedelic Histories: Or, Where Did the Witches Go?**

In recent years, clinicians and patients alike have heralded ayahuasca as a potential breakthrough for numerous psychiatric disorders, including anorexia nervosa and post-traumatic stress disorder (PTSD). According to this narrative, the boiled combination of the bark of a liana and the leaves of a shrub, from *Banisteriopsis caapi* and *Psychotria viridis*, respectively, offer a glimmer of hope for those whose suffering has been unaffected by biomedical therapeutics. Obscured from this narrative is ayahuasca's longer and entangled history with the very thing it now seeks to cure—mental suffering. More specifically, curanderos (healers), ayahuasqueros (ayahuasca practitioners), and brujos (sorcerers) in the northwestern Amazon have deployed numerous plant species and brews known as ayahuasca in service of benevolent *and* malevolent causes since at least the early nineteenth century. These malevolent aspects, however, have been largely omitted from emerging popular and historical narratives about ayahuasca amidst the enthusiasm of the so-called “psychedelic renaissance.” In this talk, I begin by arguing that the ontological collapsing of ayahuasca into two Linnean species, *Banisteriopsis caapi* and *Psychotria viridis*, has concealed broader histories of psychedelic plants. More specifically, I turn to the case of *toé*, a plant often associated with witchcraft and the malevolent uses of ayahuasca, to demonstrate how a more capacious understanding of ayahuasca can lead to richer psychedelic histories. While historians have increasingly begun to explore a “global history” of psychedelics (Jay 2019; Dyck and Elcock, 2023), this work has yet to fully explore how local knowledge of and relations with these substances shaped psychedelics as a contested category of global knowledge. In telling this story from the northwestern Amazon, I draw from previously unexamined archival material, oral histories, and fieldwork across Brazil, Colombia, and Peru, and bridge the history of psychedelics with the history of science and medicine, Native and Indigenous studies, and modern Latin American history.

## **Faire de la place à la multiplicité dans les histoires psychédéliques mondiales : où sont passées les sorcières ?**

Ces dernières années, des cliniciens et des patients vantent de plus en plus les mérites de l'ayahuasca en tant que percée potentielle dans le traitement de nombreux troubles psychiatriques, notamment l'anorexie mentale et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Selon ce récit, la combinaison bouillie de l'écorce d'une liane et des feuilles d'un arbuste, provenant respectivement de *Banisteriopsis caapi* et de *Psychotria viridis*, offre une lueur d'espoir à ceux dont la souffrance n'a pas été soulagée par les thérapies biomédicales. Ce récit occulte la longue histoire de l'ayahuasca avec la chose même qu'elle cherche à guérir, la souffrance mentale. Plus précisément, les *curanderos* (guérisseurs), *ayahuasqueros* (praticiens de l'ayahuasca) et *brujos* (sorcières) du nord-ouest de l'Amazonie ont utilisé de nombreuses espèces de plantes et de breuvages connus sous le nom d'ayahuasca au service de causes bienveillantes et malveillantes depuis au moins le début du XIX<sup>e</sup> siècle. Ces aspects malveillants ont cependant été largement omis dans les récits populaires et historiques émergents sur l'ayahuasca au milieu de l'enthousiasme de la prétendue « renaissance psychédélique ». Dans cette présentation, je commencerai par argumenter que l'effondrement ontologique de l'ayahuasca en deux espèces linnéennes, *Banisteriopsis caapi* et *Psychotria viridis*, dissimule des histoires plus larges sur les plantes psychédéliques. Plus spécifiquement, je me tourne vers le cas du *toé*, une plante souvent associée à la sorcellerie et aux utilisations malveillantes de l'ayahuasca, pour démontrer comment une compréhension plus large de ce mélange peut conduire à des histoires psychédéliques plus riches. Alors que les historiens ont de plus en plus commencé à explorer une « histoire mondiale » des psychédéliques (Jay 2019 ; Dyck et Elcock, 2023), ce travail n'a pas encore pleinement exploré comment les connaissances locales et les relations avec ces substances ont façonné les psychédéliques en tant que catégorie contestée de la connaissance mondiale. En racontant cette histoire du nord-ouest de l'Amazonie, je m'appuie sur des documents d'archives, des récits oraux et des travaux sur le terrain au Brésil, en Colombie et au Pérou qui n'ont pas encore été examinés, et je fais le lien entre l'histoire des psychédéliques et l'histoire de la science et de la médecine, les études autochtones et indigènes, ainsi que l'histoire moderne de l'Amérique latine.

Sebastian Kroupa, McGill University

### **On Jesuits, Bezoars, and Other Healing Stones: Making Medical Knowledge Across Indo-Pacific Worlds, c.1700**

Early modern worlds were gripped by a veritable craze for different sorts of healing stones found inside animals and plants. In addition to searching for precious metals, gems, and useful plants, enterprising individuals were scouring animal and plant bodies for stony concretions: most prominently bezoars, which were considered powerful antidotes in different Eurasian healing systems. This paper uses these objects to revisit early modern histories of medicine in the Indian and the Pacific Oceans. By tracing the trajectories of the stones, I will show how different colonial communities turned the objects into medicines, curiosities, or magical and religious objects. The stones' geographical and semantic movements had serious real-world repercussions, shaped by shifting colonial hierarchies of power, patterns of labour, and understandings of legitimate knowledge and religion. Indigenous Filipinos used their labour and knowledge to claim their stake in the enterprise but were also confronted by Jesuit missionaries who worked to overwrite Indigenous natural and spiritual worlds. As the stones traversed oceanic waves and sites of knowledge making, the objects became entangled in and disentangled from different systems of economy, knowledge, and labour in processes that shed light on the complex dynamics of medical exchanges in early modern worlds.

### **Les jésuites, les bézoards et d'autres pierres médicinales : production de connaissances médicales dans les mondes indo-pacifiques, v.1700**

L'époque moderne antérieure a été marquée par un grand enthousiasme pour différentes sortes de pierres médicales trouvées à l'intérieur des animaux et des plantes. Des agents entreprenants cherchaient non seulement des métaux et des pierres précieuses et des plantes utiles, mais aussi des concrétions pierreuses dans les corps animaux et végétaux: en particulier les bézoards, considérés comme de puissants antidotes dans différents systèmes eurasiens de médecine. Cette lecture utilise ces pierres pour revisiter les histoires de la médecine dans les océans Indien et Pacifique. En traçant les trajectoires de ces pierres, je montre comment différentes communautés coloniales transformaient les objets en médicaments, en curiosités ou en objets magiques et religieux. Les mouvements géographiques et sémantiques des pierres ont eu de graves répercussions, façonnées par les hiérarchies coloniales de pouvoir et de travail et par les conceptions légitimes du savoir et de la religion. Les Philippins autochtones ont utilisé leur travail et leurs connaissances pour participer dans cette entreprise, mais ils ont également été confrontés aux missionnaires jésuites qui ont travaillé à écraser les mondes naturels et spirituels autochtones. Comme les pierres traversaient les vagues océaniques et les sites divers de production de connaissances, ces objets se sont trouvés emmêlés et démêlés à différents systèmes d'économie, de connaissances et de travail dans des processus qui mettent en lumière la dynamique complexe des échanges médicaux pendant l'époque moderne antérieure.

Jelena Poleksic, University of Toronto

### **Birds, Birdcages, and Bedlam: Visualizing the Victorian Asylum through Material Culture**

Nineteenth-century asylums have traditionally been associated with familiar “icons” such as straight jackets, beds, and padded cells, as well as other objects that could signify isolation and discipline. However, visitors to the London Science Museum may come across a birdcage that once housed four parrots, an essential piece of asylum-based material history overlooked until now. Donated to the Sussex Lunatic Asylum in 1872, the birdcage and its former inhabitants were sources of comfort, colour, and song for patients. As symbols of the natural world, birds had significant therapeutic potential in the asylum environment by helping patients cultivate the moral virtues of sensibility, sociability, and cheer. Birds were an institutionally sanctioned way for patients to practice their caretaking skills to prepare for their return to society. They mediated domesticity and domestication, teaching behaviours corresponding to a bourgeois and gendered identity. This paper situates the birdcage in its proper context to enrich our understanding of moral treatment, domesticity, and recreation in 19th-century English asylums. This paper begins by examining the history of birds as pets in asylums and their utility as therapeutic and disciplinary tools within the moral treatment regime. It addresses how birds may have enhanced the domesticity of the asylum environment and domesticated patients. The analysis of the materiality of the birdcage itself is supplemented with patient records, annual asylum reports, and medical superintendent records. By viewing the history of psychiatry through the lens of material culture – or the bird’s eye view – this paper argues that birds may have acted as means of recreation and occupation but also mediated socialization and patient resistance. Unraveling this material history can humanize the inner life of an asylum and dismantle the stigmatization of psychiatry and its patients.

### **Oiseaux, cages à oiseaux et Bedlam : visualisation de l'asile victorien à travers la culture matérielle**

Les asiles du XIX<sup>e</sup> siècle sont traditionnellement liés aux « icônes » telles que les camisoles de force, les lits et les cellules matelassées, ainsi qu'à des autres objets qui signifiaient l'isolement et la discipline. Cependant, les visiteurs du Musée de la Science de Londres (London Science Museum) peuvent trouver un élément essentiel de l'histoire matérielle de l'asile négligé jusqu'à présent : une cage à oiseaux qui abritait quatre perroquets. Donnée à l'asile psychiatrique de Sussex (Sussex Lunatic Asylum) en 1872, la cage à oiseaux et ses anciens habitants pourraient être des sources de confort, de couleurs et des chansons pour les patients. En tant que symboles du monde naturel, les oiseaux avaient un potentiel thérapeutique dans l'environnement de l'asile en aidant les patients à cultiver les vertus morales de sensibilité, de sociabilité et de joie. Les oiseaux étaient un moyen sanctionné par l'institution par lesquels les patients pourraient pratiquer comment prendre soin des autres afin de faciliter leur retour dans la société. Les oiseaux étaient des médiateurs de la domesticité, de la domestication et des comportements qui correspondaient à une identité bourgeoise. Cet article situe la cage à oiseaux dans son contexte pour enrichir notre compréhension du traitement moral, de la domesticité et des loisirs dans les asiles de l'Angleterre pendant l'époque victorienne. Cet article commence par examiner l'histoire des oiseaux dans les asiles et leur utilité en tant qu'outils thérapeutiques et disciplinaires par rapport au régime de traitement moral. Ensuite, l'article explique comment les oiseaux ont pu améliorer la domesticité de l'environnement de l'asile et des patients domestiqués. L'analyse de la matérialité de la cage à oiseaux est enrichie par les dossiers des patients, les rapports annuels de l'asile et les dossiers du surintendant médical. En examinant l'histoire de la psychiatrie à travers le prisme de la culture matérielle, cet article soutient que les oiseaux n'ont pas seulement agi comme moyen de loisirs et d'occupation, mais ont également servi comme des médiateurs de socialisation et de résistance. Cette histoire matérielle peut humaniser la vie intérieure d'un asile et démanteler la stigmatisation de la psychiatrie et de ses patients.



Shelley McKellar, Western University

### **‘To cut or not to cut?’: The sentiments and implications rooted in the materialities of surgery**

When is surgical intervention deemed to be the appropriate course of action, and when is it not? Who decides when to cut and when not to cut? And does the answer differ if you are the surgeon or the patient or another stakeholder? This presentation examines the role played by the materialities (or physical ‘things’) of surgery – focusing on the surgical blade (instrumentation) and the ‘cut’ (‘doing’) – in surgical decision-making in the 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries. It explores the instruments and intentions that influenced the surgical profession’s shifting views on how and why to ‘cut’ into the living body. Surgeons debated blade edges and length, operator speed and precision, and more. Liston’s amputation knife, Physick’s tonsil guillotine, Gigli’s chain saw, Galt’s trephine, and Hey’s saw are some of the eponymous instruments that will be discussed. Alongside the iconic ‘thing’ (the surgeon’s knife) in surgery, there are other important grasping, clamping, and retracting instruments in the surgeon’s armamentarium. There are also mundane, even invisible, ‘things’ (towels, gloves, lighting, wash pans, and more) that will not be discussed, however all are embodied in routines of surgical practice and entangled in operating spaces, actions, and relationships. This research draws from contemporary surgical catalogues, medical publications, personal papers, and medical artifact collections to explore tacit knowledge and decision-making in the history of surgery. My research leans into the ‘materiality of the artefact’ more than that ‘materiality of space’, in reference to the work of anthropologist Daniel Miller. It draws from the scholarship in the fields of material culture and the history of surgery including the important work of Thomas Soderqvist, Clare Jones, Thomas Schlich, Annmarie Adams, among others. My work takes an object-centred approach, with its focus on the use-context and use-value of surgical objects within broader theories of materiality and meaning, and I shall offer some thoughts on the value of this methodological approach for historians of medicine.

### **« Couper ou ne pas couper ? » : les sentiments et les implications ancrés dans les matérialités de la chirurgie**

Quand l’intervention chirurgicale est-elle considérée comme la solution appropriée, et quand ne l’est-elle pas ? Qui décide quand couper ou ne pas couper ? Et la réponse diffère-t-elle selon que vous êtes le chirurgien, le patient ou une autre partie prenante ? Cette présentation examine le rôle joué par les matérialités (ou « choses ») physiques de la chirurgie – en se concentrant sur la lame chirurgicale (instrumentation) et la « coupe » (« faire ») – dans la prise de décision chirurgicale au XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle. Il explore les instruments et les intentions qui ont influencé l’évolution des points de vue de la profession chirurgicale sur comment et pourquoi « inciser » le corps vivant. Les chirurgiens ont débattu des bords et de la longueur des lames, de la vitesse et de la précision de l’opérateur, et bien plus encore. Le couteau d’amputation de Liston, la guillotine des amygdales de Physick, la scie à chaîne de Gigli, le trépan de Galt et la scie de Hey sont quelques-uns des instruments éponymes qui seront discutés. À côté de la « chose » emblématique (le couteau du chirurgien) en chirurgie, il existe d’autres instruments importants de préhension, de serrage et de rétraction dans l’arsenal du chirurgien. Il existe également des « choses » banales, voire invisibles (serviettes, gants, éclairage, cuvettes de toilette, etc.) qui ne seront pas abordées, mais qui sont toutes incarnées dans les routines de la pratique chirurgicale et empêtrées dans les espaces opératoires, les actions et les relations. Cette recherche s’appuie sur des catalogues chirurgicaux contemporains, des publications médicales, des documents personnels et des collections d’artefacts médicaux pour explorer les connaissances tacites et la prise de décision dans l’histoire de la chirurgie. Mes recherches portent davantage sur la « matérialité de l’artefact » que sur la « matérialité de l’espace », en référence aux travaux de l’anthropologue Daniel Miller. Il s’appuie sur les recherches dans les domaines de la culture matérielle et de l’histoire de la chirurgie, notamment les travaux importants de Thomas Soderqvist, Clare Jones, Thomas Schlich, Annmarie Adams, entre autres. Mon travail adopte une approche centrée sur l’objet, en se concentrant sur le contexte d’utilisation et la valeur d’usage des objets chirurgicaux dans le cadre de théories plus larges de la matérialité et du sens, et je proposerai quelques réflexions sur la valeur de cette approche méthodologique pour les historiens de la médecine.

Wan Shu, University of Buffalo

### **Francis G. Benedict and Racialization of Chinese Basal Metabolism in the Early 20th Century**

This paper mainly examines American biochemist Francis G. Benedict's project of investigating the Chinese racial features in basal metabolism between 1927 and 1937. To demonstrate the origin and progress of this project, this paper consists of three sections, which discuss the concurrent birth of the Harris-Benedict and Aub-Harris standards and their use in measuring Asian American subjects, Benedict's project of examining local subjects' basal metabolism in China, and its resonance in the medical and chemical professions in China and America respectively. The first section examines the origin of basal metabolism studies as an academic field, the dispute between Benedict and Du Bois on establishing basal metabolism standards, the negligence of the racial issue among scientists in the early 1920s, and Benedict's breakthrough in discovering Asian female students' lower basal metabolism. Fostered by the initial discovery of a racial difference between the Asian and Caucasian people in basal metabolism, Benedict attempted to remotely gather data from residents in China, which will be examined in the second section of this paper. It proceeds to discuss how Benedict, on his behalf, appointed British physician Herbert G. Earle sought three Western physicians' assistance, who resided in Chengdu, Peking, and Moukden. From 1927 to 1937, they consistently and independently gathered data of different ages of the Chinese population. Based on the Asian American data, Benedict's discovery might strengthen his conclusion regarding the Asians' racial distinction in basal metabolism, which was insensitive to environmental factors. This paper concludes with the argument against oversimplifying the ramification of Benedict's racialized basal metabolism studies in a linear narrative characterized by collaboration of the participants of his project. By fostering the passion of an international scientific community, which involved China-based physicians and scientists in collecting local subjects' data, Benedict's efforts to confirm his observation about Asian American subjects in Asia failed in Kilborn's discovery of the Miao people's extraordinary data and Wang's employment of the Aub-Du Bois standard in proof of the equilibrium between Chinese and Caucasian basal metabolism. The examined deviant example from the traditional narrative of the history of basal metabolism studies reaffirmed the significance of researchers working in the non-Western world in the evolution and extension of biochemical knowledge in the twentieth century.

### **Francis G. Benedict et la racialisation du métabolisme basal chinois au début du XX<sup>e</sup> siècle**

Cet article examine principalement le projet du biochimiste américain Francis G. Benedict d'étudier les caractéristiques raciales chinoises dans le métabolisme basal entre 1927 et 1937. Afin de démontrer l'origine et l'évolution de ce projet, cet article se compose de trois sections, qui traitent de la naissance simultanée des normes Harris-Benedict et Aub-Harris et de leur utilisation pour mesurer les sujets américains d'origine asiatique, du projet de Benedict d'examiner le métabolisme basal de sujets locaux en Chine, et de sa résonance dans les professions médicale et chimique en Chine et en Amérique respectivement. La première section examine l'origine des études sur le métabolisme de base en tant que domaine universitaire, le différend entre Benedict et Du Bois sur l'établissement de normes de métabolisme de base, la négligence de la question raciale parmi les scientifiques au début des années 1920 et la percée de Benedict dans la découverte du métabolisme de base plus faible des étudiantes asiatiques. Encouragé par la découverte initiale d'une différence raciale entre les Asiatiques et les Caucasiens en matière de métabolisme basal, Benedict a tenté de recueillir des données à distance auprès de résidents en Chine, ce qui sera examiné dans la deuxième partie de cet article. Nous verrons ensuite comment Benedict, en son nom, a chargé le médecin britannique Herbert G. Earle de solliciter l'aide de trois médecins occidentaux résidant à Chengdu, Pékin et Moukden. De 1927 à 1937, ils ont recueilli de manière cohérente et indépendante des données sur les différents âges de la population chinoise. Sur la base des données concernant les Américains d'origine asiatique, la découverte de Benedict pourrait renforcer sa conclusion concernant la distinction raciale des Asiatiques en matière de métabolisme basal, insensible aux facteurs environnementaux. Cet article se termine par un argument contre la simplification excessive de la ramification des études de Benedict sur le métabolisme de base racialisé dans un récit linéaire caractérisé par la collaboration des participants à son projet. En encourageant la passion d'une communauté scientifique internationale, qui a impliqué des médecins et des scientifiques basés en Chine dans la collecte de données de sujets locaux, les efforts de Benedict pour confirmer son observation sur les sujets américains d'origine asiatique en Asie ont échoué dans la découverte par Kilborn des données extraordinaires du peuple Miao et dans l'emploi par Wang de la norme Aub-Du Bois pour prouver l'équilibre entre le métabolisme basal chinois et caucasien. L'exemple déviant examiné par rapport au récit traditionnel de l'histoire des études sur le métabolisme basal a réaffirmé l'importance des chercheurs travaillant dans le monde non occidental dans l'évolution et l'extension des connaissances biochimiques au cours du XX<sup>e</sup> siècle.

Alexandre Klein, Université d'Ottawa

### **Aux sources du développement de l'hygiène mentale à Québec : la Clinique Roy-Rousseau et l'École La Jemmerais (1926-1939)**

Si le mouvement d'hygiène mentale a vu le jour aux États-Unis, grâce à l'engagement de Clifford W. Beers (1876-1943), avant de se répandre rapidement dans le Canada anglais, notamment suite à la création en 1918 du Canadian National Committee for Mental Hygiene, c'est par le truchement de la France qu'il va en partie s'institutionnaliser et prendre son envol au Québec. En effet, c'est sur le modèle de l'hôpital Henri-Rousselle, premier service ouvert de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris, que le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, le Dr Arthur Rousseau (1871-1934), décide de fonder une clinique de neuropsychiatrie en milieu ouvert à Beauport qu'il nomme la Clinique Roy-Rousseau et dont il confie la direction au médecin français Albert Brousseau (1888-1955). Nous sommes en 1926. Deux ans plus tard, c'est la colonie pour enfants arriérés de l'asile de Perray-Vaucluse et l'œuvre de son médecin-chef, le fameux Théodore Simon (1873-1961), qui servent de modèle pour la création, toujours sur le terrain de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, de l'École La Jemmerais dont la direction est confiée au Dr Jean-Charles Miller (1898-1952), un ancien élève de Simon. Or, c'est à partir de ces deux institutions singulières et par l'action motivée de leur directeur respectif, en particulier Miller, que le mouvement d'hygiène mentale va prendre corps et forme dans la région de Québec. C'est ce que nous entendons démontrer dans cette communication qui reviendra sur la fondation de ces deux institutions et sur leur rôle dans le développement du mouvement d'hygiène mentale à Québec.

### **At the origins of mental hygiene in Quebec: The Roy-Rousseau Clinic and La Jemmerais School (1926-1939)**

If the mental hygiene movement emerged in the United States, thanks to the commitment of Clifford W. Beers (1876-1943), before quickly spreading in English Canada, notably following the creation in 1918 of the Canadian National Committee for Mental Hygiene, it is through France that it will partly become institutionalized and take off in Quebec. It was on the model of the Henri-Rousselle hospital, the first department opened at the Sainte-Anne Hospital in Paris, that the dean of the Faculty of Medicine at Laval University, Dr. Arthur Rousseau (1871 -1934), decided to found a neuropsychiatry clinic in an open environment in Beauport. He named it the Clinique Roy-Rousseau and entrusted its management to the French doctor Albert Brousseau (1888-1955). We are in 1926. Two years later, it was the colony for « retarded children » at the Perray-Vaucluse asylum and the work of its head doctor, the famous Théodore Simon (1873-1961), which served as a model. for the creation, still on the grounds of the Saint-Michel-Archange Hospital, of La Jemmerais School, the management of which is entrusted to Dr. Jean-Charles Miller (1898-1952), a former student of Simon. However, it is from these two unique institutions and by the motivated action of their respective directors, in particular Miller, that the mental hygiene movement will take shape and form in the Quebec region. This is what we intend to demonstrate in this communication which will studie the founding of these two institutions and their role in the development of the mental hygiene movement in Quebec.

Tabitha de Bruin, The Canadian Encyclopedia

### **A Woman Apart? Dr. Marion Ross of the CAMC**

This paper explores the relationship, both professional and personal, between Dr. Marion Ross and her male colleagues in the Canadian Army Medical Corps during the Second World War. It focuses on her experience in North Africa at No. 15 Canadian General Hospital (CGH), where she was the only female doctor. Ross was a graduate of the University of Toronto medical school, as was the hospital's commanding officer, Dr. G.R.D. Farmer, and other members of staff. At the time, women made up only 10 percent of medical graduates from the University of Toronto; female doctors were even rarer in the armed forces. Nurses had served with Canadian military forces since the North-West Resistance and nursing sisters had been an integral part of the CAMC since 1904. Female doctors, however, were first commissioned into the armed forces in the Second World War. Ross was therefore one of the first female doctors to serve in the Canadian military. How did her male colleagues react? Did Ross's experience differ from that of nursing sisters at No. 15 CGH? Drawing from a variety of sources, including official reports, newspaper accounts, personal correspondence and diaries, I will show that Ross was accepted by her male colleagues, both professionally and personally. She was respected for her professional competence and included in social events at the officers' mess, where she was the only woman. The relationship between Ross and her male colleagues was mediated by their common cultural and social background. Moreover, middle-class gender ideals and expectations played an important role in the interactions between the male and female staff of No. 15 CGH more generally.

### **Une femme à part ? Dre Marion Ross du CMAC**

Cet article explore d'un point de vue professionnel et personnel la relation entre la Dre Marion Ross et ses collègues masculins au sein du Corps médical de l'armée canadienne pendant la Deuxième Guerre mondiale. Il se concentre sur l'expérience de la Dre Ross en Afrique du Nord, à l'Hôpital général canadien n° 15, où elle était la seule femme médecin. Dre Ross était diplômée de l'école de médecine de l'Université de Toronto, à l'instar du commandant de l'hôpital, le Dr G.R.D. Farmer et d'autres membres du personnel. À l'époque, les femmes ne représentaient que 10 % des personnes diplômées en médecine de l'Université de Toronto ; les femmes médecins étaient encore plus rares dans les forces armées. Les infirmières avaient servi dans les Forces armées canadiennes depuis la Résistance du Nord-Ouest et les infirmières militaires avaient fait partie intégrante du CMAC depuis 1904. Pourtant, les femmes médecins ont été engagées pour la première fois dans les forces armées au cours de la Deuxième Guerre mondiale. La Dre Ross a donc été l'une des premières femmes médecins à servir dans l'Armée canadienne. Comment ses collègues masculins ont-ils réagi ? L'expérience de la Dre Ross à l'Hôpital général canadien n° 15 a-t-elle été différente de celle des infirmières militaires travaillant au même endroit ? En m'appuyant sur diverses sources, notamment des rapports officiels, des comptes rendus de journaux, sa correspondance privée et ses journaux intimes, je montrerai que la Dre Marion Ross a été acceptée par ses collègues masculins, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Elle a été respectée pour sa compétence professionnelle et a été invitée à participer aux événements sociaux organisés au mess des officiers, où elle était la seule femme. La relation entre la Dre Ross et ses collègues masculins était médiée par leur milieu culturel et social commun. En outre, et de façon plus générale, les idéaux et les attentes de la classe moyenne en matière de genre a joué un rôle important dans les interactions entre le personnel masculin et féminin à l'Hôpital général canadien n° 15.

Meygan Brody, McGill University

## **Mortality in Medicine: How Palliative Care and Euthanasia Reframe Our Relationship with Death**

Palliative care and euthanasia are often portrayed as incompatible disciplines incorporating opposite views about appropriate end-of-life care. Palliative care's founder, Cicely Saunders, was strongly opposed to euthanasia. Throughout her lifetime, Dr. Saunders developed an innovative model of medical care for dying patients that encompassed adequate symptom control, rigorous scientific research, a multidisciplinary care team, and an emphasis on interpersonal relationships. While it may seem unusual to contest the very founder of palliative care on her views about euthanasia, a deeper look into both disciplines reveals that they are underpinned by many of the same fundamental ideas. Both view the "good death" as one that is not overly medicalized or technological; both share a deep respect for the dying patient's autonomy; and both engage deeply with the concept of human suffering and are committed to its relief. The common ground between both disciplines suggests that it may be plausible to view euthanasia as the natural extension of palliative care. The Flemish region of Belgium serves as a case example for this idea. After Belgium legalized euthanasia at the turn of the 21st century, the Flemish Palliative Care Federation developed a clinical model of integral palliative care, which supposes that euthanasia ought to fall under the scope of palliative care. The model challenges the field of palliative care to reflect on how its core values align with the practice of euthanasia. From a broader perspective, the debate about whether euthanasia can be conceptualized as an extension of palliative care asks us to reflect on the values that sustain medicine's relation to death. Medicine has historically thought of death as shameful and unnatural—as a personal enemy who physicians are meant to fight using all means at their disposal. Palliative care and euthanasia both challenge this narrative of shame and of confrontation. No matter what the correct conclusion to the debate may be, we should recognize the deep truths that both disciplines reveal and learn to care for our dying patients with more humility and compassion.

### **La mortalité en médecine : comment les soins palliatifs et l'euthanasie redéfinissent notre relation à la mort**

Les soins palliatifs et l'euthanasie sont souvent présentés comme des disciplines incompatibles intégrant des points de vue opposés sur les soins appropriés de fin de vie. La fondatrice des soins palliatifs, Cicely Saunders, était fermement opposée à l'euthanasie. Tout au long de sa vie, la Dre Saunders a développé un modèle novateur de soins médicaux pour les patients mourants qui englobait un contrôle adéquat des symptômes physiques, une recherche scientifique rigoureuse, une équipe de soins multidisciplinaire et une grande importance accordée aux relations interpersonnelles. Bien qu'il puisse sembler futile de contester l'opinion de la fondatrice des soins palliatifs elle-même, une exploration plus approfondie des deux disciplines révèle qu'elles sont étayées par bon nombre des mêmes idées fondamentales. Toutes deux considèrent la bonne mort comme une mort qui n'est pas trop médicalisée ou technologique; toutes deux partagent un profond respect pour l'autonomie du patient mourant; et toutes deux s'immergent profondément dans le concept de la souffrance humaine et s'engagent à la soulager. Les points communs entre les deux disciplines suggèrent qu'il est plausible de considérer l'euthanasie comme le prolongement naturel des soins palliatifs. La région flamande de Belgique sert d'exemple pour cette idée. Après que la Belgique ait légalisé l'euthanasie au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle, la Fédération flamande des soins palliatifs a développé un modèle clinique de soins palliatifs intégraux, qui suppose que l'euthanasie devrait être incorporée aux soins palliatifs. Le modèle met le domaine des soins palliatifs au défi de réfléchir à la façon dont ses valeurs fondamentales s'alignent avec la pratique de l'euthanasie. D'un point de vue plus large, le débat sur la question de savoir si l'euthanasie peut être conceptualisée comme une extension des soins palliatifs nous invite à réfléchir aux valeurs qui soutiennent la relation de la médecine à la mort. Historiquement, la médecine a considéré la mort comme honteuse et contre nature, comme un ennemi personnel que les médecins doivent combattre en utilisant tous les moyens à leur disposition. Les soins palliatifs et l'euthanasie remettent en question ce récit de honte et de bataille. Quelle que soit la conclusion du débat, nous devons reconnaître les vérités profondes que révèlent les deux disciplines et apprendre à prendre soin de nos patients mourants avec plus d'humilité et de compassion.

Kirsten Leng, University of Massachusetts Amherst

### **Historicizing the Medicalization of Perinatal Grief**

This paper explores the medicalization of grief following perinatal loss over the course of the twentieth century. As scholars such as Robert Woods, Barbara Katz Rothman and Wendy Simonds, Sasha Turner, LaKisha Simmons, and Katherine Parkin have shown, parental mourning over the loss of babies and desired pregnancies is not a new phenomenon: families, mothers in particular, recorded their sorrow privately in diaries and letters, and publicly in oral histories, stories, poetry, newspaper announcements, and even photographs of the deceased. For much of the twentieth century, however, obstetricians, psychiatrists, and psychologists ignored the existence and effects of this grief; instead, they tended to blame mothers for causing the loss through negative thoughts and negligent behavior, discouraged families from viewing or bonding with their dead babies, and urged them to “go on with their lives.” Today, conditions are much different: many hospitals across the continent have developed protocols around pregnancy and infant loss that proceed from an awareness of the profound, often traumatizing impacts, of these events. So how, when, and why did grief following perinatal loss become recognized as a problem for the fields of psychology and obstetrics that required greater study and new practices? In this paper, I maintain that perinatal grief’s status as a condition deserving psychological and medical attention and care was co-created by physicians, social workers, and bereaved parents themselves as a result of developments that unfurled within and beyond medicine beginning in the 1970s, specifically changing conceptualizations of grief; a proliferation of studies that attended to the postnatal experiences of bereaved parents; the publication of self-help books written by bereaved parents; and the creation of bereavement support groups by parents and social workers.

### **Historiciser la médicalisation du deuil périnatal**

Cet article explore la médicalisation du deuil suite à une perte périnatale au cours du XX<sup>e</sup> siècle. Comme l'ont montré des chercheurs tels que Robert Woods, Barbara Katz Rothman et Wendy Simonds, Sasha Turner, LaKisha Simmons et Katherine Parkin, le deuil parental suite à la perte d'un bébé et à une grossesse désirée n'est pas un phénomène nouveau : les familles, les mères en particulier, ont enregistré leurs le chagrin en privé dans des journaux et des lettres, et publiquement dans des histoires orales, des histoires, de la poésie, des annonces dans les journaux et même des photographies de défunts. Cependant, pendant une grande partie du XX<sup>e</sup> siècle, les obstétriciens, les psychiatres et les psychologues ont ignoré l'existence et les effets de ce chagrin; au lieu de cela, ils avaient tendance à blâmer les mères pour avoir causé la perte par des pensées négatives et un comportement négligent, décourageaient les familles de voir leurs bébés morts ou de créer des liens avec eux, et les exhortaient à « continuer leur vie ». Aujourd'hui, les conditions sont très différentes : de nombreux hôpitaux à travers le continent ont développé des protocoles autour de la grossesse et de la perte du nourrisson qui découlent d'une prise de conscience des impacts profonds, souvent traumatisants, de ces événements. Alors, comment, quand et pourquoi le deuil consécutif à une perte périnatale a-t-il été reconnu comme un problème dans les domaines de la psychologie et de l'obstétrique qui nécessitait des études plus approfondies et de nouvelles pratiques ? Dans cet article, je maintiens que le statut du deuil périnatal en tant que condition méritant une attention et des soins psychologiques et médicaux a été co-créé par les médecins, les travailleurs sociaux et les parents endeuillés eux-mêmes à la suite des développements qui se sont déroulés au sein et au-delà de la médecine à partir des années 1970, spécifiquement les conceptualisations changeantes du deuil; une prolifération d'études portant sur les expériences postnatales des parents endeuillés; la publication de livres d'auto-assistance écrits par des parents endeuillés; et la création de groupes de soutien aux personnes en deuil par les parents et les travailleurs sociaux.

Caroline Lieffers, King's University

### **“The Art of Communicating Love”: Histories of Spiritual Care and Aging in Western Canada, 1950s-1980s**

Despite recent work by scholars such as Wendy Cadge and Willard Will, spiritual care remains an underdeveloped area in the history of health care. Yet in twentieth-century Canada, many people would have found it difficult to separate their spiritual health from their overall health, and many aging Canadians found comfort in spiritual care in the closing years of their lives. This presentation examines the experiences of spiritual care practitioners and the elderly populations with whom they worked through two case studies from Western Canada: the establishment of the Hospital Pastoral Care Association of Alberta in the 1960s, and the rise and fall of a Winnipeg “friendly visiting” program that operated under the auspices of the non-profit Age and Opportunity Centre between the late 1950s and the 1980s. Though the two case studies are radically different—with one organization dominated by ordained men, the other by lay women, one explicitly focused on spirituality, the other implicitly—close attention to both demonstrates how various approaches emerged in the second half of the twentieth century to support elders not through pharmaceuticals or hospital beds or diet and exercise, but rather the intangible therapeutics of love and relation. Their work was driven by faith commitments and strove to address the spiritual and the social, yet these organizations did not entirely eschew the biomedical model of health. Instead, they engaged with it as needed to give their work greater credibility, for example, or to better collaborate with other health professionals. Both organizations stressed the physiological costs of loneliness and the need to integrate spiritual and social wellness into the larger picture of patient care, although they occasionally struggled to communicate their importance given the unquantifiable nature of their work. The history of spiritual care and its various manifestations, particularly among elderly patients, invites us to consider the overlap of biomedical and non-biomedical forms of care, the politics of professionalization and collaboration across health care professions, and the growth of the concept of “total health” in the second half of the twentieth century.

### **« L'art de communiquer l'amour » : histoires de soins spirituels et de vieillissement dans l'Ouest canadien, années 1950-1980**

Malgré les travaux récents de chercheurs tels que Wendy Cadge et Willard Will, les soins spirituels restent un domaine sous-développé dans l'histoire des soins de santé. Pourtant, dans le Canada du XX<sup>e</sup> siècle, de nombreuses personnes auraient eu du mal à séparer leur santé spirituelle de leur santé corporelle, et de nombreux Canadiens vieillissants ont trouvé du réconfort dans les soins spirituels. Cette communication examine les expériences des praticiens des soins spirituels et des populations âgées avec lesquelles ils ont travaillé à travers deux exemples de l'Ouest canadien : la création de la Hospital Pastoral Care Association of Alberta dans les années 1960, ainsi que la montée et la chute d'un « programme de visites amicales » à Winnipeg entre les années 1950 et 1980. Bien que ces deux exemples soient radicalement différents – avec une organisation dominée par des hommes ordonnés, l'autre par des femmes laïques, l'une explicitement axée sur la spiritualité, l'autre implicitement – ils montrent comment diverses approches ont émergé pour soutenir les personnes âgées avec une thérapie orientée autour de l'amour et de la relation. Leur travail était motivé par des engagements religieux et s'efforçait d'aborder les aspects spirituels et sociaux, mais ces organisations n'ont pas entièrement évité le modèle biomédical de la santé. Ils l'ont utilisé au besoin pour donner une plus grande crédibilité à leur travail, par exemple, ou pour mieux collaborer avec d'autres professionnels de la santé. Les deux organisations ont souligné les coûts physiologiques de la solitude et la nécessité d'intégrer le bien-être spirituel et social dans le cadre plus large de la santé, même si elles ont parfois eu du mal à communiquer leur importance étant donné la nature non quantifiable de leur travail. L'histoire des soins spirituels et ses diverses manifestations, en particulier chez les patients âgés, nous invite à considérer le chevauchement des formes de soins biomédicaux et non biomédicaux, les politiques de professionnalisation et de collaboration entre les professions de santé et la croissance du concept de « santé totale » dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

Marcia Nichols, University of Minnesota Rochester

### **Ideal Patient, Ideal Woman: Constructing Gender in Transatlantic Obstetrical Illustrations**

Illustrations were a growing feature in the explosion of print in the eighteenth and nineteenth centuries. Woodblock prints, intricate copperplate engravings, and eventually lithographic prints enlivened the pages of newsprint, novels, and medical tomes alike. The illustrations found in midwifery manuals and textbooks offer insights in the minds and mores of both their creators and consumers. Whereas cheap texts included crude woodblock prints of hairy women and monsters, midwifery guides and textbooks by man-midwives advertised their professional superiority with intricately carved woodblock prints or the hyperrealism possible with expensive copperplate engravings. The quality of the illustrations served as visual evidence of man-midwives' abilities, advertising male mastery over the secrets of reproduction, the female body itself, and, increasingly a practitioner's particular brand of obstetrical training and delivery services to would-be students and clients in an increasingly competitive marketplace in Europe and the United States. These images were produced and consumed in trans-Atlantic cultures anxious about female sexuality and "proper" feminine gender roles. This talk will explore the ways in which the interplay of images and text helped construct the ideal midwifery patient through an examination of popular guides like *Aristotle's Masterpiece* and works by Frederick Hollick, textbooks such as that by Jacques Pierre Maygrier, and lavish collectables like the eighteenth-century anatomical folios and George Spratt's hand-coloured flap anatomy. By training the would-be obstetrician to view the female body as a medical, rather than a sexual, one, these images aided aspiring obstetricians in achieving a fully professional and gentlemanly engagement with the birthing female body by the end of their training. Moreover, these images thoroughly constructed the ideal midwifery patient, and therefore the ideal woman, as white, bourgeois, and domesticated, offering scientific underpinnings to justify a rigid gender dichotomy from which we still have not entirely escaped today.

### **Patiente idéale, femme idéale : construire le genre dans les illustrations obstétricales transatlantiques**

Les illustrations ont pris une place croissante dans le développement de l'imprimerie aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles. Des gravures sur bois, des gravures complexes sur cuivre et, finalement, des impressions lithographiques ont égayé les pages des journaux, des romans, et des ouvrages médicaux. Les illustrations qui se trouvent dans les manuels de sage-femmes et accoucheurs offrent un aperçu de l'esprit et des mœurs de leurs créateurs et des consommateurs. Alors que les textes bon marché comprenaient des gravures sur bois grossières de femmes poilues et de monstres, les guides de sage-femmes et les manuels rédigés par des accoucheurs annonçaient leur supériorité professionnelle avec des gravures sur bois finement sculptées ou l'hyperréalisme possible avec des gravures sur cuivre coûteuses. La qualité des illustrations servait de preuve visuelle des capacités des accoucheurs, annonçant la maîtrise masculine des secrets de la reproduction, du corps féminin lui-même et, de plus en plus, de la marque particulière d'un praticien en matière de formation obstétricale et de services de prestation aux étudiants et clients potentiels sur un marché de plus en plus compétitif en Europe et aux États-Unis. Ces images ont été produites et consommées dans des cultures transatlantiques soucieuses de la sexualité féminine et des rôles de genre féminins « appropriés ». Cette présentation explorera la manière dont l'interaction des images et du texte a contribué à construire la patiente obstétricale idéale à travers un examen de guides populaires comme le chef-d'œuvre d'Aristote et les œuvres de Frederick Hollick, de manuels comme celui de Jacques Pierre Maygrier et de somptueux objets de collection comme les folios anatomiques du XVIII<sup>e</sup> siècle et l'anatomie des rabats coloriée à la main de George Spratt. En entraînant les futurs obstétriciens à considérer le corps féminin comme un corps médical plutôt que sexuel, ces images ont aidé les aspirants obstétriciens à parvenir à un engagement pleinement professionnel et courtois avec le corps féminin en train d'accoucher à la fin de leur formation. De plus, ces images ont construit la patiente obstétricale idéale, et donc la femme idéale, comme blanche, bourgeoise et domestiquée, offrant des fondements scientifiques pour justifier une dichotomie rigide entre les sexes à laquelle nous n'avons toujours pas échappé aujourd'hui.



Nora Doyle, Western Carolina University

### **Childbirth Pain in Early America: Recovering Native Women's Medical Cultures**

Is childbirth painful? As historians have demonstrated, the answer to this question depends more on culture than physiology. The very concept of pain is culturally specific and has borne different meanings in diverse historical contexts. Scholars of early American and Atlantic World history have shown particular interest in the link between cultural perceptions of childbirth pain and the nascent concept of race. For instance, historians have developed crucial insights into the intersections of gender and race by highlighting European and Euro-American depictions of indigenous North American women's childbirth as easy, painless, and unassisted. Yet by focusing on the connection between perceptions of childbirth pain and emerging racial ideologies, historians have missed opportunities to understand Native women's reproductive lives and the rich medical cultures that they helped create and that shaped their birth experiences. This paper therefore takes another look at some of the oft-cited observations of Native women's reproductive lives and uses them to shape another line of inquiry that highlights the medical cultures and expertise of Native women in early North America that have remained largely invisible in both historical documentation and in the historiography. As these sources reveal, Native women's birth cultures acknowledged the possibility of painful and difficult labours and provided medicines and techniques for navigating these situations. Moreover, Native women had access to practitioners and birth attendants, both male and female, to assist them in their deliveries. In short, Native women's births were not inherently painless, easy, or solitary. Recognizing this deceptively simple fact paves the way for a richer analysis of the complex birth practices and the medical expertise that shaped Native women's childbearing experiences.

### **La douleur à l'accouchement en Amérique coloniale : la récupération des cultures médicales des femmes autochtones**

L'accouchement est-il douloureux ? Comme les historiens l'ont démontré, la réponse à cette question dépend plus de la culture que de la physiologie. Le concept même de la douleur est culturellement spécifique et a revêtu des significations différentes dans divers contextes historiques. Les historiens de l'Amérique coloniale et du monde atlantique se sont particulièrement intéressés au lien entre les perceptions culturelles de la douleur à l'accouchement et le concept naissant de race. Par exemple, ils ont souligné les intersections entre le genre et la race en mettant en avant les représentations européennes et euro-américaines de l'accouchement des femmes autochtones d'Amérique du Nord comme étant sans douleur, facile, et non assisté. Cependant, en se concentrant sur le lien entre les perceptions de la douleur et les idéologies raciales émergentes, les historiens ont raté des opportunités pour comprendre les expériences reproductives des femmes autochtones et les riches cultures médicales qu'elles ont créé et qui ont façonné leurs expériences de l'accouchement. Cette étude examine donc à nouveau certains des textes souvent cités sur la vie reproductive des femmes autochtones et les utilise pour façonner une autre ligne de recherche qui met en lumière les cultures médicales et l'expertise des femmes autochtones de l'Amérique coloniale qui sont restées largement invisibles dans la documentation historique ainsi que dans l'historiographie. Comme le démontrent ces textes, les cultures des femmes autochtones autour de l'accouchement reconnaissaient la possibilité d'accouchements douloureux et difficiles et fournissaient des médicaments et des techniques pour gérer ces situations. En plus, les femmes autochtones avaient accès à des praticiens et des aides, femmes et hommes, pour les aider lors de leurs accouchements. En résumé, les accouchements des femmes autochtones n'étaient pas intrinsèquement sans douleur, faciles, ou solitaires. La reconnaissance de ce fait en apparence simple ouvre la voie à une analyse plus riche des pratiques complexes et de l'expertise médicale qui ont façonné les expériences reproductives des femmes autochtones.

Margaret Carlyle, University of British Columbia Okanagan

### **Of Beds and Stools: Furnishing the Eighteenth-Century Birth Chamber**

Eighteenth-century European obstetricians engaged in what we might call a ‘technological turn.’ From new forceps designs and the invention of breast pumps to the creation of lifelike teaching mannequins with simulative effects, birthing experts expanded the tools of their trade for both clinical and educational purposes. This new material culture is often associated with male intrusions into the traditionally female-led profession of midwifery and extended down to the furniture on which parturients gave birth. One commonly held idea was that male practitioners preferred their patients give birth lying down, so that they could apply their tools more easily and discreetly. Midwives, on the other hand, saw to it that their patients delivered on purpose-made stools and chairs with cutaway seats that facilitated ‘natural’ births achieved without instrumental interventions. In this talk, I explore the role of birthing stools and beds in the material culture of childbirth in eighteenth-century France. I examine prescriptions in manuals published by midwives and accoucheurs (surgeon-man-midwives) around preparing the delivery chamber with fresh linens and furniture in anticipation of the newborn’s arrival. I consider instances of male inventors who sought to develop new beds and chairs with user-friendly features. I highlight Florio Grassi’s prototype, which sought to marry the best of stools and beds in the form of a fully reclinable chair that he claimed would allow the parturient to conserve her energy and provide temporary relief from the pain and exhaustion of labour. Using the wide spectrum of birthing furniture, I suggest that the ‘technological turn’ in the material culture of eighteenth-century childbirth was not to the exclusion of concerns over patient care and comfort. Discussions around birthing furniture are best understood as part of the larger process of medical standardisation and a bourgeois interest in patient care that was forged by both male and female birthing practitioners.

### **Des lits et des tabourets : meubler la chambre de naissance du XVIII<sup>e</sup> siècle**

Les obstétriciens européens du XVIII<sup>e</sup> siècle se sont engagés dans ce que nous pourrions appeler un « tournant technologique ». Ceci incluait de nouveaux modèles de forceps, l’invention des tire-laits, et la création de mannequins pédagogiques avec des effets simulant l’accouchement. Les experts de l’accouchement ont utilisé ces outils à des fins cliniques et pédagogiques. Cette nouvelle culture matérielle est souvent associée aux intrusions masculines dans la profession traditionnellement féminine de sage-femme et s’applique même aux meubles sur lesquels les parturientes accouchent. Une idée largement répandue était que les accoucheurs préféraient que leurs patientes accouchent allongées, afin de pouvoir utiliser leurs outils plus facilement et plus discrètement. Les sage-femmes, quant à elles, veillaient à ce que leurs patientes accouchent sur des tabourets et des chaises spécialement conçus avec des sièges découpés qui facilitaient les accouchements « naturels » réalisés sans interventions instrumentales. Dans cet exposé, j’explore le rôle des tabourets et des lits d’accouchement dans la culture matérielle de l’accouchement en France au XVIII<sup>e</sup> siècle. J’analyse les procédures recommandées par des manuels publiés par les sage-femmes et les accoucheurs concernant la préparation de la chambre d’accouchement avec du linge, des draps propres et des meubles en prévision de l’arrivée du nouveau-né. Je fournis des exemples d’inventeurs masculins qui ont cherché à développer de nouveaux lits et chaises dotés de fonctionnalités propres à l’accouchement. Je m’attarde sur le prototype de Florio Grassi, qui cherchait à réunir le meilleur des tabourets et des lits sous la forme d’une chaise entièrement inclinable qui, selon lui, permettrait à la parturiente de conserver son énergie et de soulager temporairement la douleur et l’épuisement du travail. En analysant l’inventaire des meubles d’accouchement, je propose que le « tournant technologique » dans la culture matérielle de l’accouchement au XVIII<sup>e</sup> siècle n’a pas exclu les préoccupations concernant les soins et le confort des patientes. Les discussions autour des meubles d’accouchement sont mieux comprises dans le cadre d’un processus plus large de standardisation médicale et d’un intérêt bourgeois pour les soins aux patientes qui a été forgé par les accoucheurs et les sage-femmes.

Derek Cameron, University of Saskatchewan

### **Courting Controversy: Exploring Early Vaccine Angst Through the Case *Rothwell v. Raes***

The 74-day trial, *Rothwell v Raes*, incurred over 1.5 million dollars in expenses and involved 50 witnesses. The parents, Donna and Colin Rothwell, alleged that their son, Patrick, was perfectly healthy before his third dose of the Diphtheria Tetanus Pertussis (DTP) vaccine, produced by Connaught Laboratories. Colin and Donna Rothwell's case was the first in a planned series of twelve cases alleging post-vaccination brain damage. The families were linked by the Association for Vaccine Damaged Children, an Ontario-based organization (AVDC). Patrick Rothwell's apparent regression, marked by missed developmental milestones, recurrent seizures, and eventual blindness, became the focal point of the case. In 1979, Pediatrician Douglas McGreal wrote that the pertussis vaccine could have caused post-vaccine encephalopathy in Patrick Rothwell. By 1987, however, higher quality medical research into this relationship had rendered the link increasingly weak. During the trial Dr. McGreal testified against the Rothwells, now convinced that DTP had not caused Patrick's brain injury. The Rothwells ultimately lost the case. My talk explores the complexities of early parent activism against vaccination. Drawing upon the trial documents and the shifting medical literature, I argue that the modern tools used to track and proactively understand adverse reactions to vaccination arose from 1970s and 1980s parent activism and had positive impacts on vaccine safety. Nevertheless, for many of the parents whose views crystalized when post-pertussis encephalopathy was taken seriously as a possible risk of vaccination, no amount of risk management could convince them that vaccines were safe. Even as medical professionals became more convinced of the benefits of vaccines and better understood the possible risks, parent activists in the AVDC increasingly moved from vaccine critical to anti-vaccine.

### **Courtiser la controverse : explorer l'angoisse précoce liée aux vaccins à travers l'affaire *Rothwell c. Raes***

Le procès de 74 jours, Rothwell contre Raes, a nécessité plus de 1,5 million de dollars de dépenses et a impliqué 50 témoins. Les parents, Donna et Colin Rothwell, ont allégué que leur fils, Patrick, était en parfaite santé avant de recevoir sa troisième dose du vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche (DTC), produit par les laboratoires Connaught. Le cas de Colin et Donna Rothwell était le premier d'une série prévue de douze cas alléguant des lésions cérébrales post-vaccination. Les familles étaient liées par l'Association for Vaccine Damaged Children (AVDC), une organisation basée en Ontario. La régression apparente de Patrick Rothwell, marquée par des étapes de développement manquées, des crises récurrentes et une éventuelle cécité, est devenue le point central de l'affaire. En 1979, le pédiatre Douglas McGreal a écrit que le vaccin contre la coqueluche aurait pu provoquer une encéphalopathie post-vaccinale chez Patrick Rothwell. Cependant, en 1987, des recherches médicales de meilleure qualité sur cette relation avaient rendu ce lien de plus en plus faible. Au cours du procès, le Dr. McGreal a témoigné contre les Rothwell, désormais convaincu que le DTP n'avait pas causé la lésion cérébrale de Patrick. Les Rothwell ont finalement perdu le procès. Mon exposé explore les complexités de l'activisme précoce des parents contre la vaccination. En m'appuyant sur les documents des essais et sur l'évolution de la littérature médicale, je soutiens que les outils modernes utilisés pour suivre et comprendre de manière proactive les réactions indésirables à la vaccination sont nés de l'activisme des parents dans les années 1970 et 1980 et ont eu un impact positif sur la sécurité des vaccins. Néanmoins, pour de nombreux parents dont les opinions se sont cristallisées lorsque l'encéphalopathie post-coquelucheuse a été prise au sérieux comme un risque possible de la vaccination, aucune gestion des risques n'a pu les convaincre que les vaccins étaient sûrs. Alors même que les professionnels de la santé sont devenus plus convaincus des avantages des vaccins et ont mieux compris les risques possibles, les parents militants de l'AVDC sont passés de plus en plus d'une posture critique à une posture anti-vaccin.

Astrid Girault, Université de Montréal

### **Les pratiques médicinales traditionnelles des esclaves des Antilles françaises : outil de conservation de leur racines africaines.**

La France prend pied officiellement dans les Petites Antilles en 1626 lorsque d'Esnambuc de retour de Paris avec des lettres patentes du roi organise la colonisation de Saint-Christophe au nom de celui-ci. En 1635 il supervise la colonisation de la Martinique, de l'Olive et du Plessis l'ayant précédé en Guadeloupe. Pour mettre en valeur les terres ainsi découvertes, les colons recourent dans un premier temps au travail des engagés et des Caraïbes, mais très vite, le système de l'engagement devenant peu attractif et les Caraïbes disparaissant, ils se tournent vers l'importation de captifs venus d'Afrique. Ceux-ci sont d'origines diverses et très variées : ils viennent de toute la côte ouest du continent mais également de l'intérieur des terres. Ils ont ainsi des traditions très diverses, y compris en matière de santé et il semble qu'ils conservent une partie de celles-ci à leur arrivée aux Antilles, malgré leur conversion au catholicisme. En effet, les sources missionnaires du XVII<sup>e</sup> siècle font état de « sorciers » (terme générique utilisé par les colons, qui ne comprennent pas toujours ce qu'ils voient chez les esclaves et classent selon des catégories occidentales), qui soigneraient les esclaves, mais jetteraient également des sorts. Quelles sont les pratiques effectivement exercées par ces « sorciers » ? Maintiennent-ils ainsi certaines traditions vivantes aux Antilles, sous quelle forme ? Comment sont-elles perçues par les autorités coloniales, et quelles sont les réactions de ces dernières ? Existe-t-il une certaine méfiance de la population coloniale envers les esclaves « guérisseurs » ? A partir des récits des missionnaires et des voyageurs de passage, j'étudie les traditions africaines en matière de soin qui auraient survécu aux Antilles françaises aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, qui permettent aux esclaves de maintenir une partie de leur identité, malgré le cadre colonial qui leur est imposé.

### **The traditional medical practices of the slaves in the French Antilles: a tool for preserving their African roots**

France officially established its presence in the Lesser Antilles in 1626 when d'Esnambuc, returning from Paris with royal letters patent, organized the colonization of Saint Christopher on behalf of the king. In 1635, he oversaw the colonization of Martinique, with L'Olive and du Plessis preceding him in Guadeloupe. Initially, colonists relied on the labor of indentured servants and Caribs to develop the newly discovered lands. However, as the indentured system became less attractive and the Caribs dwindled, they turned to the importation of African captives. These captives came from diverse origins, spanning the entire west coast of the continent and even inland regions, bringing with them varied traditions, including in matters of health. Despite their conversion to Catholicism, they seemed to retain some of these traditions upon arrival in the Antilles. Indeed, 17th-century missionary sources mention "sorcerers" (a generic term used by colonists, who often did not understand what they observed among the slaves and categorized them according to Western concepts), who not only treated slaves but also practiced witchcraft (according to the same missionaries). What were the actual practices carried out by these "sorcerers"? Do they thus maintain certain traditions alive in the Antilles, and if so, in what form? How were they perceived by colonial authorities, and what were their reactions? Was there a certain mistrust among the colonial population towards "healer" slaves? Drawing from missionary accounts and passing travelers' narratives, I examine African healing traditions that purportedly survived in the French Antilles during the 17th and 18th centuries, enabling slaves to preserve a part of their identity despite the imposed colonial framework.

Erin Gallagher-Cohoon, Queen's University

### **Seminal Activism: Queer Histories of Assisted Insemination in Canada, 1980s-1990s**

In the 1980s, Pennilynn Leggett and her partner, Susan High, decided that they wanted to have a child. Living as they did in Calgary at a time when you “had to be really closeted,” their options were limited. Through a straight feminist friend, they found two men who were willing to anonymously donate sperm. Based on their own experiences, Pennilynn and Susan would go on to develop an underground sperm-running network for lesbian prospective parents. They ran sperm until the mid-1990s when the Foothills Hospital finally began providing assisted reproductive services to single women and lesbians. Drawing on oral histories and the records of the Royal Commission on New Reproductive Technologies, this presentation explores early histories of lesbian self-insemination in Canada. Barred from accessing new and developing reproductive technologies in clinical settings and inspired by the women's health movement, lesbians in the late 1970s and into the 1980s and early 1990s found alternative ways of accessing sperm, up to and including the development of underground sperm networks. In the 1990s, queer couples successfully challenged their exclusion from sperm banks and fertility clinics and more couples turned to use of reproductive technologies – even low-tech ones like assisted insemination – in formal clinical settings. While an important shift in Canadian histories of queer family-making, this hard-fought and incomplete acceptance into formalized fertility medicine should not overshadow earlier histories of alternative conception. Queer prospective parents formed families despite fertility medicine's heteronormative attempts to regulate access and despite the lack of legal recognition. We must not, however, forget that queer families were neither invented in, nor do we owe our existence to, the fertility clinic.

### **Un militantisme phare : histoires queers de l'insémination assistée au Canada, des années 1980 aux années 1990**

Dans les années 1980, Pennilynn Leggett et sa conjointe Susan High décident qu'elles veulent avoir un enfant. Elles vivent à Calgary, à une époque où « il fallait vraiment être dans le placard ». Les possibilités sont donc très limitées. Par l'entremise d'une amie féministe hétéro, elles trouvent deux hommes prêts à faire un don de sperme anonyme. Inspirées par cette expérience, Pennilynn et Susan fonderont par la suite un réseau clandestin de transport de sperme pour les lesbiennes qui veulent avoir un enfant. Le réseau sera actif jusqu'à ce que le Foothills Hospital, vers le milieu des années 1990, commence enfin à offrir des services de procréation assistée aux femmes célibataires et aux lesbiennes. À partir d'histoires orales et d'archives de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction, cette présentation se penche sur les premières histoires d'auto-insémination lesbienne au Canada. Vers la fin des années 1970, dans les années 1980 et au début des années 1990, les lesbiennes se voient bloquer l'accès aux technologies de reproduction nouvelles et émergentes en milieu clinique. Inspirées par le mouvement pour la santé des femmes, elles trouvent d'autres moyens d'accéder au sperme, allant jusqu'à former des réseaux de transport clandestins. Dans les années 1990, les couples queers revendiquent et obtiennent l'accès aux banques de sperme et aux cliniques de fertilité. Davantage de couples se tournent vers le milieu clinique pour profiter des technologies de reproduction, y compris les plus rudimentaires, comme l'insémination assistée. Il s'agit d'un tournant majeur dans les histoires canadiennes de la création de familles queers, mais cette acceptation partielle et durement acquise dans le monde de la médecine de la fertilité ne doit pas éclipser les histoires de procréation alternative qui l'ont précédée. Si les personnes queers ont réussi à fonder leurs familles, c'est en dépit d'un manque de reconnaissance juridique, de la médecine de la fertilité et de ses tentatives hétéronormatives de réglementer l'accès aux soins. N'oublions pas que la famille queer existait bien avant la clinique de fertilité; l'une ne doit aucunement son existence à l'autre.

Tara Abraham, University of Guelph

### **Textbooks, Pedagogy, and the Case Method in Early Twentieth-Century American Psychiatry**

This paper analyses textbooks as indicators of evolving clinical skill and pedagogy in early twentieth-century American psychiatry. I place textbooks at the centre of the “hidden curriculum”—a term that captures the broader social and cultural spaces in which formal systems of education operate. New clinical venues, new patient populations, and new social roles for psychiatrists defined these spaces during the 1910s and 1920s, as the urban psychopathic hospital replaced the asylum as a centre for training and treatment. I argue that the role of the patient in psychiatric pedagogy reflected these shifts. As Susan Lamb has shown, Adolf Meyer had enormous influence on the development of American psychiatry during this period, particularly on training standards and its integration into the medical school curriculum. Yet famously, he never published a textbook. Instead, Meyer left this to his followers, Edward Strecker and Franklin Ebaugh (*Practical Clinical Psychiatry*, 1925). Placing this text into dialogue with Meyer’s extensive writings on teaching and contextualizing the book with older textbooks of the day reveals that the book served to educate a wide array of learners in the “psychiatric point of view”, one that reflected its changing place in medical school curricula and in society. Earlier textbooks, (such as the English translation of Emil Kraepelin’s influential *Lehrbuch*) focused on symptomatology, a synthesis of thousands of individual cases into a descriptive classification, and didactic teaching methods. Individual case histories are absent. In contrast, the bulk of the Strecker-Ebaugh text presents psychoses and psychoneuroses via the case method as a pedagogical tool. By the 1935 edition, Strecker and Ebaugh’s book became a true textbook of psychobiology: as the case method and Meyer’s life chart became central to teaching, the individual patient moved to the centre of pedagogy—unique and individual.

### **Manuels, pédagogie et méthode de cas dans la psychiatrie américaine du début du XX<sup>e</sup> siècle**

Cette présentation analyse les manuels en tant qu’indicateurs de l’évolution des compétences cliniques et de la pédagogie dans la psychiatrie américaine du début du XX<sup>e</sup> siècle. Je place les manuels au centre du « curriculum caché », un terme qui englobe les espaces sociaux et culturels plus larges dans lesquels les systèmes formels d’éducation opèrent. De nouveaux lieux cliniques, de nouvelles populations de patients et de nouveaux rôles sociaux pour les psychiatres ont défini ces espaces au cours des années 1910 et 1920, alors que l’hôpital psychopathique urbain remplaçait l’asile en tant que centre de formation et de traitement. Je soutiens que le rôle du patient dans la pédagogie psychiatrique reflète ces changements. Comme l’a montré Susan Lamb, Adolf Meyer a eu une influence considérable sur le développement de la psychiatrie américaine au cours de cette période, en particulier sur les normes de formation et l’intégration de la psychiatrie dans le programme des écoles de médecine. Pourtant, il n’a jamais publié de manuel. Meyer a laissé cette tâche à ses disciples, Edward Strecker et Franklin Ebaugh (*Practical Clinical Psychiatry*, 1925). En mettant ce texte en dialogue avec les nombreux écrits de Meyer sur l’enseignement et en le replaçant dans le contexte des manuels plus anciens de l’époque, on s’aperçoit que l’ouvrage a servi à former un large éventail d’apprenants au « point de vue psychiatrique », qui reflétait l’évolution de sa place dans les programmes des facultés de médecine et dans la société. Les premiers manuels (comme la traduction anglaise de l’influent *Lehrbuch* d’Emil Kraepelin) étaient axés sur la symptomatologie, la synthèse de milliers de cas individuels en une classification descriptive et des méthodes d’enseignement didactiques. Les cas individuels sont absents. En revanche, la majeure partie du texte de Strecker-Ebaugh présente les psychoses et les psychonévroses à l’aide de la méthode de cas comme outil pédagogique. Dans l’édition de 1935, le livre de Strecker et Ebaugh est devenu un véritable manuel de psychobiologie : alors que la méthode de cas et le diagramme de vie de Meyer sont devenus des éléments centraux de l’enseignement, le patient individuel a été placé au centre de la pédagogie – unique et individuel.

Martin Robert, London School of Hygiene and Tropical Medicine

### **Devenir médecin dans l'Empire britannique : l'établissement d'écoles de médecine en Inde et au Canada (1763-1837)**

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les écoles de médecine gagnent en importance comme moyen de réguler la médecine dans l'Empire britannique, tant en métropole qu'au sein de deux territoires coloniaux : l'Inde et le Canada. Cette communication met en relation les historiographies sur l'éducation médicale au Canada et en Inde dans le contexte de l'Empire britannique et s'appuie sur des recherches en archives au Canada, en Angleterre et en Inde. Elle examine l'histoire de l'établissement d'écoles médicales à Calcutta, Bombay, Madras, Québec, Montréal et Toronto entre la fin de la guerre de Sept Ans et le début de l'époque victorienne pour montrer que le développement de l'Empire britannique a été un facteur clé dans le remplacement des formations médicales privées par des institutions d'éducation médicale. Bien que l'État impérial n'ait pas mis en œuvre une politique uniforme en matière de pratique médicale dans l'ensemble de l'Empire britannique, les écoles de médecine établies sous sa juridiction ont participé à la formulation d'un curriculum mettant l'accent sur les dissections humaines, la formation au chevet des malades et la chimie organique comme critères de compétence médicale.

### **Medical Education in the British Empire: the Establishment of Medical Schools in India and Canada, 1763–1837**

At the beginning of the nineteenth century, medical schools became an increasingly important means of regulating medicine in the British Empire, both in the metropole and in two colonial territories: India and Canada. This paper connects historiographies of medical education in Canada and India in the context of the British Empire, and draws on archival research in Canada, England and India. It examines the history of the establishment of medical schools in Calcutta, Bombay, Madras, Quebec City, Montreal and Toronto between the end of the Seven Years' War and the beginning of the Victorian era to demonstrate that the rise of the British Empire was a key factor in the gradual replacement of private medical apprenticeships by institutional medical education. Although the imperial state did not implement a uniform medical policy across the British Empire, the medical schools established under its jurisdiction were involved in formulating a curriculum that emphasized human dissection, bedside teaching in hospitals, and organic chemistry as criteria of medical competence.

Carly Naismith, York University

### **Maritime Medical Solidarity: Establishing a shared future**

For almost 100 years, Dalhousie had the only medical school in the Maritime Provinces. After WWII, when schools saw a significant increase in the demand for medical education, they were in part hindered in their expansion by the scarcity of cadavers necessary for anatomy classes. This scarcity was blamed on the welfare revolution which had restricted the number of bodies available by eliminating absolute destitution, a class of poverty which schools had relied on for their supply of cadavers for decades. To procure more bodies and thereby expand the school, Dalhousie opened negotiations with New Brunswick in the mid- 1950s to help establish the Anatomy Act of New Brunswick despite the fact that the province had no medical school within its borders. Instead of supplying a school or doctors within the province, the new act promised all unclaimed bodies to the Dalhousie Anatomy Department in exchange for reserved spots in the medical school for students from New Brunswick. This presentation will review the program, how it functioned, and what we know about the people sent across provinces for dissection. It will also analyze how regional solidarity shaped this unique and controversial program and the effects it had over the body trade, regulatory procedures, the medical community, and the trajectory of academia in the Maritimes.

### **Solidarité médicale maritime : établir un avenir partagé**

Pendant près de 100 ans, Dalhousie fut la seule école de médecine des provinces maritimes. Après la Seconde Guerre mondiale, lorsque les écoles ont connu une augmentation significative de la demande d'enseignement médical, leur expansion a été en partie freinée par la rareté des cadavres nécessaires aux cours d'anatomie. Cette pénurie a été imputée à la révolution sociale qui avait restreint le nombre de corps disponibles en éliminant la misère absolue, une classe de pauvreté sur laquelle les écoles comptaient pour leur approvisionnement en cadavres pendant des décennies. Afin d'acquérir davantage de corps et ainsi agrandir l'école, Dalhousie a entamé des négociations avec le Nouveau-Brunswick au milieu des années 1950 pour aider à établir la Loi sur l'anatomie du Nouveau-Brunswick malgré le fait que la province n'avait aucune école de médecine à l'intérieur de ses frontières. Au lieu de fournir une école ou des médecins dans la province, la nouvelle loi promettait tous les corps non réclamés au département d'anatomie de Dalhousie en échange de places réservées à la faculté de médecine pour les étudiants du Nouveau-Brunswick. Cette présentation passera en revue le programme, son fonctionnement et ce que nous savons des personnes envoyées à travers les provinces pour la dissection. Il analysera également comment la solidarité régionale a façonné ce programme unique et controversé et ses effets sur le commerce du corps, les procédures réglementaires, la communauté médicale et la trajectoire du monde universitaire dans les Maritimes.



John Lutz, University of Victoria

### **A Sickness no one can cure: Indigenous Understandings of the First Smallpox Epidemic in the Pacific Northwest**

A long, long time ago –about seven generations -- a sickness no one could cure appeared in the longhouses of the Pacific Northwest, first convulsing the people with fevers, cramping their guts, then covering them with puss-filled sores. No one had seen this before. No medicines from the forest healed or soothed. Few of the healers' spiritual helpers were able to help. Ultimately, whole families died in each other's arms, the sick too weak to inter the dead. In the luckiest of villages only one in three died. In others only one in three survived, traumatized, scarred and (some) blinded by the affliction. What was this horrific scourge? Today we understand it was a smallpox pandemic that around 1782 travelled Indigenous trade routes from Mexico onto the Great Plains and all the way to the Pacific Northwest. Because the disease arrived before the strangers from across the seas, Indigenous people sought their explanations for the disease within their own medical, spiritual and cosmological worlds. So far there has been no systematic examination of Indigenous understanding of this unprecedented pandemic, nor the extent to which their responses were helpful or harmful in limiting the morbidity and mortality. Using oral histories and ethnographic accounts from the Rocky Mountains, to the Columbia River and north into the central British Columbia Coast, this presentation examines the range of Indigenous interpretations of the first waves of smallpox as a first effort towards understanding their medical response to that first epidemic. Without this knowledge we cannot understand how Indigenous people interpreted subsequent outbreaks nor their responses to western medical options including vaccination.

### **Une maladie incurable : compréhensions autochtones de la première variole dans le Nord-Ouest du Pacifique**

Il y a très longtemps – environ sept générations – une maladie incurable est apparue dans les longues maisons du Nord-Ouest du Pacifique, faisant d'abord convulser les gens de fièvres, leur tordant les entrailles, puis les recouvrant de plaies remplies de pus. Personne n'avait vu cela auparavant. Aucun remède de la forêt ne guérissait ou apaisait. Peu des aides spirituelles des guérisseurs étaient capables d'aider. Finalement, des familles entières mouraient dans les bras les uns des autres, les malades trop faibles pour enterrer les morts. Dans les villages les plus chanceux, seul un tiers mourait. Dans d'autres, seul un tiers survivait, traumatisé, marqué et (certains) aveuglé par l'affliction. Quel était ce fléau horrible ? Aujourd'hui, nous comprenons qu'il s'agissait d'une pandémie de variole qui, vers 1782, a voyagé le long des routes commerciales indigènes du Mexique jusqu'aux Grandes Plaines et jusqu'au Nord-Ouest du Pacifique. Parce que la maladie est arrivée avant les étrangers venus d'outre-mer, les peuples autochtones ont trouvé leurs explications pour la maladie au sein de leurs propres mondes médicaux, spirituels et cosmologiques. Jusqu'à présent, il n'y a eu aucun examen systématique de la compréhension autochtone de cette pandémie sans précédent, ni dans quelle mesure leurs réponses ont été utiles ou nocives pour limiter la morbidité et la mortalité. En utilisant des histoires orales et des comptes ethnographiques des montagnes Rocheuses jusqu'à la rivière Columbia et au nord de la côte centrale de la Colombie-Britannique, cette présentation examine la gamme d'interprétations autochtones des premières vagues de variole comme un premier effort pour comprendre leur réponse médicale à cette première épidémie. Sans cette connaissance, nous ne pouvons pas comprendre comment les Autochtones ont interprété les épidémies ultérieures ni leurs réponses aux options médicales occidentales, y compris la vaccination.

Keith Carlson, University of the Fraser Valley

### **Historical Memory and Vaccine Enthusiasm and Hesitancy in Indigenous British Columbia, 1862**

Epistemologically, the smallpox epidemic of 1862 posed a different set of challenges to Coast Salish people of British Columbia (whose great grandparents had experienced the epidemic of 1782, and whose relatives in neighbouring Puget Sound had been hammered by the smallpox outbreak of 1853) than it did to more northern communities who had been spared earlier epidemics. The 1862 BC smallpox epidemic had its epicentre in Coast Salish territory in what had become the regional trade center of Victoria (where literally thousands of Indigenous people from up to 1,000km to the north visited each summer and mixed with local Coast Salish people). The northerners, who historically had hostile relations with the Salish and often raided Salish settlements on their way back to their home communities, not only had no collective memory of smallpox, but to the extent that they understood the illness conceived of it largely within an epistemology that regarded sickness as having a spiritual origin that was visited upon people through either the malicious intent of enemies or as punishment from non-human spirits in the natural world. Coast Salish people widely embraced vaccination in 1862, whereas northerners visiting Victoria were largely vaccine hesitant and many chose instead to leave Victoria to escape the outbreak and associated bad spirits while others were forced out. People's openness or resistance to western medical procedures was, I argue, not merely the result of inequitable access to the vaccine in remote parts of the colony, but rather a product of historical consciousness and epistemological framings wherein northerners regarded smallpox as a threat primarily for their southern neighbours and not something they needed to worry about themselves – at least not to the point of allowing a missionary to puncture their skin and scrape in some foreign matter. The results were tragic in that while most Coast Salish people escaped the 1862 epidemic, the northerners who had been exposed in Victoria brought smallpox home with them, ensuring its spread throughout the rest of the BC colony. This asymmetry had consequences for how successfully Indigenous people were in resisting subsequent expressions of colonial power.

### **Mémoire historique, enthousiasme et hésitation à l'égard des vaccins chez les autochtones de la Colombie-Britannique, 1862**

D'un point de vue épistémologique, l'épidémie de variole de 1862 a posé un ensemble de défis différents aux Salish de la côte de la Colombie-Britannique (dont les arrière-grands-parents avaient connu l'épidémie de 1782 et dont les proches du Puget Sound voisin avaient été frappés par l'épidémie de variole de 1853) qu'aux communautés plus au nord qui avaient été épargnées par les épidémies précédentes. L'épidémie de variole de 1862 a eu son épiscentre sur le territoire des Salish de la côte, dans ce qui était devenu le centre commercial régional de Victoria (où des milliers d'Autochtones venant de jusqu'à 1 000 km au nord se rendaient chaque été et se mêlaient aux Salish de la côte). Les habitants du Nord, qui entretenaient historiquement des relations hostiles avec les Salish et attaquaient souvent les colonies salish sur le chemin du retour vers leurs communautés d'origine, n'avaient non seulement aucune mémoire collective de la variole, mais ils comprenaient aussi la maladie conçue en grande partie dans le cadre d'une épistémologie considérant la maladie comme ayant une origine spirituelle qui était infligée aux gens soit par l'intention malveillante d'ennemis, soit comme une punition infligée par des esprits non humains dans le monde naturel. Les Salish de la côte ont largement adopté la vaccination en 1862, tandis que les habitants du Nord visitant Victoria étaient largement hésitants à se faire vacciner et beaucoup ont plutôt choisi de quitter Victoria pour échapper à l'épidémie et aux mauvais esprits qui y étaient associés, tandis que d'autres ont été forcés de partir. L'ouverture ou la résistance des gens aux procédures médicales occidentales n'était, selon moi, pas simplement le résultat d'un accès inéquitable au vaccin dans les régions reculées de la colonie, mais plutôt le produit d'une conscience historique et de cadres épistémologiques dans lesquels les habitants du Nord considéraient la variole comme une menace principalement pour leurs voisins du sud et non pas comme quelque chose dont ils avaient besoin de s'inquiéter – du moins pas au point de permettre à un missionnaire de leur percer la peau et d'y inoculer des corps étrangers. Les résultats ont été tragiques : alors que la plupart des Salish de la côte ont échappé à l'épidémie de 1862, les habitants du Nord qui avaient été exposés à Victoria ont ramené la variole chez eux, assurant ainsi sa propagation dans le reste de la colonie de la Colombie-Britannique. Cette asymétrie a eu des conséquences sur la capacité des peuples autochtones à résister aux expressions ultérieures du pouvoir colonial.

Si:yemiya (aka, Albert ‘Sonny’ McHalsie), Stó:lō Research & Resource Management Centre

**“I got paid when I cured the [underwater] people. They paid me the sxwoxwoy [mask]”: Cultural Complications Associated with Historicizing Spirituality in the Context of Smallpox**

In my community I provide people with heritage bus tours to sights of historical significance. Most of these places are associated with ancient stories of transformation where in the distant past Xexa:ls (The Transformers) transformed a world that was originally chaotic, confusing, and often dangerous into the predictable and recognizable world that we see around us today. But not all of these miraculous stories are necessarily ancient. At least one of them appears to be not only more recent, but intimately tied to historically datable events that have external, if not colonial, origins. Among our Stó:lō Coast Salish people we have many dearly held, deeply meaningful, spiritual ceremonies and rituals. One of these is sxwoxwoy – a mask, regalia, and song that together are central to our spiritual and ceremonial life. Importantly, the story behind the mask described a young boy who was covered with a “loathsome” skin disease that could not be cured, and so jumped into a lake to kill himself. Instead of dying he met the underwater people. They too were covered with a terrible skin disease. He discerned their sickness’ origins (spit from humans that sank into the lake) and cured them (wiping the spittle away with sacred cedar boughs). In return, the underwater people cured the boy of his skin disease and in return gave him their sacred sxwoxwoy mask, regalia, and song. Afterward, through marriage, the sacred mask spread throughout the Coast Salish world and today it continues to be a central ceremonial element of Salish life, used “for a funeral services, weddings, and when a young girl reaches womanhood...” Genealogical research suggests that the sxwoxwoy was given to our people c.1780 (coinciding with the first smallpox epidemic). But certain respected people in my community are opposed to linking the mask to an introduced disease, arguing that this diminishes the sacredness of the sxwoxwoy. In this presentation I discuss the ways in which I have been trying to navigate this tension, and I highlight what I think are the reasons to continue historicizing the sxwoxwoy story, and why I do not think that doing so diminishes the uniqueness or sacredness of this highly spiritual ceremony and regalia.

**« J’ai été payé lorsque j’ai guéri les gens [sous l’eau]. Ils m’ont payé le sxwoxwoy [masque] » : complications culturelles associées à l’historicisation de la spiritualité dans le contexte de la variole**

Dans ma communauté j’ai offert aux gens des tours guidé de patrimoine en autobus pour regarder les sites historiques signifiants. La plus part de ces lieux sont associés à d’anciennes histoires de transformation, où dans la passée, les Xexa:ls (Les Transformateurs) ont transformé le monde qui était originalement chaotique, déroutant, et souvent dangereux dans la forme prévisible et reconnaissable que nous voyons autour de nous aujourd’hui. Mais ces histoires ne sont pas toutes nécessairement anciennes. Au moins l’une d’entre elles apparait non seulement plus récente, mais aussi inextricablement liée à des événements historiques datables qui ont des origines externes et coloniales. Parmi nos peuples Stó:lō, nous avons plusieurs cérémonies spirituelles et rituels qui nous sont chers et plein de signifiante. L’une de ces cérémonies est le sxwoxwoy - un masque, des insignes indigènes, et une chanson qui ensembles sont centrales à notre vie spirituelle et cérémoniale. Signifiante, l’histoire derrière ce masque décrit un jeune homme qui était couvert d’une maladie de peau « répugnante » qui n’avait pas de remède, alors il a sauté dans un lac pour se suicider. Au lieu de mourir, il a rencontré des peuples qui vivaient sous l’eau. Ils étaient aussi couverts de la même maladie de peau. L’homme a rapidement trouvé la cause de la maladie; elle provenait de la salive des êtres humains qui crachaient dans l’eau, et il a guérit les peuples du lac (en essuyant la salive avec des branches de cèdre sacré.) En retour, les peuples du lac ont guérit l’homme de sa maladie et lui ont donné leur masque sxwoxwoy sacré, les insignes indigènes et la chanson. Par la suite, à travers le mariage, le masque sacré s’est propagé autour du monde Salish de la côte, et continue d’être l’élément central de la vie cérémoniale des Salish, utilisé « pour les services funéraires, mariages et quand une fille devient une femme... » La recherche généalogique suggère que le masque sxwoxwoy a été donné à notre peuple vers 1780 (ce qui coïncide avec la première épidémie de la variole). Mais certaines personnes respectées dans ma communauté sont opposées à relier le masque à une maladie introduite, arguant que cela diminue la condition sacré du sxwoxwoy. Dans cette présentation, je discute les façons avec lesquelles j’ai essayé de naviguer cette tension et je souligne ce que je pense être les raisons de continuer à historiciser l’histoire du sxwoxwoy, et pourquoi je ne pense pas que faisant cela diminue le caractère unique et sacré de cette cérémonie et insignes hautement spirituels.

Eric Story, Wilfrid Laurier University

### **A Very Tuberculous Life: Gender, Family and Max King's Private Struggle with Tuberculosis, 1912–1917**

A little-known fact about Canada's longest serving Prime Minister, Mackenzie King, is that his brother, Dr. D. Macdougall King—or just Max to his family—was diagnosed with tuberculosis. Max was admitted to Quebec's Laurentian Sanatorium in 1913 for five months before requesting transfer to the Agnes Memorial Sanatorium in Denver, Colorado for several months of further treatment. He survived and eventually published a self-help book for tuberculosis sufferers titled, *The Battle with Tuberculosis and How to Win It*, in 1917, which was widely read by both Canadian and US patients taking treatment for the disease. Though little is known of Max and his private battle with tuberculosis, buried in the hundreds of meters of Mackenzie King's private papers at Library and Archives Canada are an extensive set of correspondence regarding Max's time in treatment. They detail a man's life of loneliness, struggle against a deadly disease, and the experience of institutionalization, yet they also speak to how tuberculosis mobilized an entire family into action with each member playing a role in Max's treatment and recovery. My paper will discuss tuberculosis as a family disease and interrogate what gender reveals of the familial experience of illness.

### **Une vie marquée par la tuberculose : le genre, la famille et la lutte privée de Max King contre la tuberculose, 1912–1917**

Un fait peu connu concernant le Premier ministre canadien le plus longtemps en fonction, Mackenzie King, est que son frère, le Dr. D. Macdougall King, ou simplement Max pour sa famille, a été diagnostiqué avec la tuberculose. Max a été admis au sanatorium Laurentien du Québec en 1913 pendant cinq mois avant de demander un transfert au sanatorium Agnes Memorial à Denver, Colorado, pour plusieurs mois de traitement supplémentaire. Il a survécu et a finalement publié un livre d'entraide pour les personnes atteintes de tuberculose intitulé *La lutte contre la tuberculose et comment la gagner* en 1917, qui est devenu un livre largement lu parmi les patients suivant un traitement contre la maladie. Bien que peu de choses soient connues de Max et de sa lutte privée contre la tuberculose, enfouies dans les centaines de mètres de papiers privés de Mackenzie King aux Archives et Bibliothèque du Canada se trouvent une série étendue de correspondances concernant le temps de Max en traitement. Elles détaillent la vie d'un homme confronté à la solitude, à la lutte contre une maladie mortelle et à l'expérience de l'institutionnalisation, mais révèlent également comment la tuberculose a mobilisé toute une famille en action, chacun jouant un rôle dans le rétablissement de Max. Mon article discutera de la tuberculose en tant que maladie familiale et interrogera ce que le genre peut nous dire sur l'expérience familiale de la maladie chronique.

Terry-Lee Marttinen, Oxford Brookes University

### **Confronting Contemporary Eugenics in Canada: Centering Lived Experience of Coercive and Forced Sterilization**

In 2022, the Standing Senate Committee on Human Rights published a study on contemporary coercive and forced sterilization in Canada, finding that Indigenous women are disproportionately targeted in reproductive violence. I join Indigenous women in speaking out against the harms of sterilization in *The Stories We Tell* campaign championed by Métis Senator Yvonne Boyer to promote system change on principles of equality, dignity, and respect. In this paper, I contribute to the national picture of sterilization practices in Canada from survivor and disability perspectives. I am a second-generation immigrant, who grew up in the Swedish colonial mission religion Laestadianism targeted in gendered race biological research and sterilization policy in Sweden transported to Ontario, Canada. Therefore, I center lived experience of cultural, social, and economic isolation associated with my coercive sterilization during an abortion procedure in 1986 as a single mother living on benefits in Ontario. I am interested in how survivors of eugenic sterilization can promote meaningful policy and social change through survivor-led research to combat neo-eugenic practices, including euthanasia policy. I reflect on the limitations of existing academic research frameworks and how they may be developed with the support of marginalized disabled and religious minority women, as well as Sámi-Indigenous scholars. My PhD research at Oxford Brookes University is an inter-university community-based effort affiliated with the Sámi 'Sijddaj máhttsat' or the 'Coming Home' project at Uppsala University. It forms part of the Confront Eugenics platform at Oxford Brookes.

### **Faire face à l'eugénisme contemporain au Canada : centrer l'expérience vécue de la stérilisation**

En 2022, le Comité sénatorial permanent des droits de la personne a publié une étude sur la stérilisation coercitive et forcée contemporaine au Canada, concluant que les femmes autochtones sont ciblées de manière disproportionnée par la violence reproductive. Je me joins aux femmes autochtones pour dénoncer les méfaits de la stérilisation dans le cadre de la campagne *The Stories We Tell* défendue par la sénatrice métisse Yvonne Boyer pour promouvoir un changement de système sur les principes d'égalité, de dignité et de respect. Dans cet article, je contribue au portrait national des pratiques de stérilisation au Canada du point de vue des survivantes et des personnes handicapées. Je suis une immigrante de deuxième génération, qui a grandi dans la religion missionnaire coloniale suédoise, le laestadianisme, ciblé par la recherche biologique sur la race et la politique de stérilisation en Suède, transporté en Ontario, au Canada. Par conséquent, je centre l'expérience vécue d'isolement culturel, social et économique associée à ma stérilisation forcée lors d'une procédure d'avortement en 1986 en tant que mère célibataire vivant de prestations sociales en Ontario. Je m'intéresse à la manière dont les survivantes de la stérilisation eugénique peuvent promouvoir des politiques et des changements sociaux significatifs grâce à des recherches menées par les survivantes pour lutter contre les pratiques néo-eugéniques, y compris la politique d'euthanasie. Je réfléchis aux limites des cadres de recherche universitaires existants et à la manière dont ils peuvent être développés avec le soutien des femmes marginalisées handicapées et des minorités religieuses, ainsi que des universitaires autochtones Sámis. Mes recherches de doctorat à l'Université d'Oxford Brookes sont un effort communautaire interuniversitaire affilié au projet Sámi « Sijddaj máhttsat » ou « Coming Home » de l'Université d'Uppsala. Il fait partie de la plateforme Confront Eugenics à Oxford Brookes.

Jennifer Fraser, Vancouver Island University

### **The Emic in Hyperemesis: Pregnancy, Me-search, and Writing Reflexive Histories of a Reflux-ive Condition**

On June 19, 2019, I discovered I was pregnant. Three weeks later, I was lying on the bathroom floor, sick, dehydrated, and dizzy. I didn't know it at the time, but what I was experiencing was the early stages of hyperemesis gravidarum (HG)—a pregnancy complication that is characterized by intractable vomiting. In its mildest forms, HG can result in weight-loss, nutritional deficiencies, and dehydration. At its most severe it can result in gastrointestinal trauma, neurological damage, and, in some cases, maternal and fetal mortality. Women's accounts of their struggles with nausea and vomiting during pregnancy are now relatively commonplace. In recent years HG has gained significant notoriety, largely due to the popularizing efforts of several public figures such as Duchess of Cambridge Kate Middleton, stand-up comic Amy Schumer, and American entrepreneur and reality-tv personality Kim Kardashian. However, historical accounts of how women have encountered and managed severe forms of morning sickness are few and far between. This presentation recounts my experiences collecting and cataloguing women's nausea narratives *from the inside*—both in terms of my focus on an internal physiological process, as well as my own positionality as a researcher. Drawing on archival research, oral history interviews and discussions with contemporary women's health activists, I discuss how women have navigated severe nausea and vomiting during pregnancy throughout the twentieth century and examine how their responses have been mediated by medical, moral, and political values. By tracing how women have spoken out about and made sense of their pregnancy-related nausea, I show how looking at expulsive processes, and the spectacular, gory, and oftentimes disregarded fluids they produce has the potential to be a generative space of historical inquiry. Not only does it raise important questions about physicality and fluidity, as well as the emotional and embodied effects of what is often considered to be a “normal” physiological response, but it also allows us to reflect on how our own healthcare experiences inform our research, and how being part of the “in group” both clarifies and clouds how we think and write about women's health issues.

### **L'émique dans l'hyperémèse : la grossesse, « Me-search » et l'écriture d'histoires réflexives d'un état de reflux**

Le 19 juin 2019, j'ai découvert que j'étais enceinte. Trois semaines plus tard, j'étais allongée sur le sol de la salle de bain, malade, déshydratée et étourdie. Je ne le savais pas à l'époque, mais je vivais les premiers stades de l'hyperemesis gravidarum (HG), une complication de la grossesse caractérisée par des vomissements irrésistibles. Dans ses formes les plus légères, l'hyperémèse gravidique peut entraîner une perte de poids, des carences nutritionnelles et une déshydratation. Dans ses formes les plus graves, elle peut entraîner des traumatismes gastro-intestinaux, des lésions neurologiques et, dans certains cas, la mort de la mère et du fœtus. Les récits des femmes sur leur lutte contre les nausées et les vomissements pendant la grossesse sont aujourd'hui relativement courants. Ces dernières années, les nausées matinales ont gagné en notoriété, en grande partie grâce aux efforts de popularisation de plusieurs personnalités publiques telles que la duchesse de Cambridge Kate Middleton, la comique Amy Schumer et l'entrepreneuse américaine Kim Kardashian, une personnalité de la télé-réalité. Cependant, les récits historiques sur la façon dont les femmes ont rencontré et géré les formes sévères de nausées matinales sont rares. Cette présentation retrace mes expériences de collecte et de catalogage de récits de nausées de femmes, de l'intérieur - à la fois en termes d'attention portée à un processus physiologique interne et de ma propre position en tant que chercheuse. En m'appuyant sur des recherches d'archives, des entretiens d'histoire orale et des discussions avec des activistes contemporains de la santé des femmes, je discute de la manière dont les femmes ont géré les nausées et vomissements sévères pendant la grossesse au cours du vingtième siècle et j'examine comment leurs réponses ont été médiatisées par des valeurs médicales, morales et politiques. En retraçant la façon dont les femmes ont parlé de leurs nausées liées à la grossesse et leur ont donné un sens, je montre comment l'examen des processus d'expulsion et des fluides spectaculaires, sanglants et souvent ignorés qu'ils produisent peut constituer un espace génératif d'enquête historique. Non seulement cela soulève des questions importantes sur la physicalité et la fluidité, ainsi que sur les effets émotionnels et corporels de ce qui est souvent considéré comme une réponse physiologique « normale », mais cela nous permet également de réfléchir à la manière dont nos propres expériences en matière de soins de santé informent notre recherche, et à la manière dont le fait de faire partie du « groupe intérieur » clarifie et obscurcit la manière dont nous pensons et écrivons sur les questions de santé des femmes.

Stephen Mawdsley, University of Bristol

### **Historical Debates over Aerotoxic Syndrome**

Since the late twentieth century, some commercial airline pilots and flight crews in the United States, United Kingdom, Canada, and Australia reported an illness, termed Aerotoxic Syndrome (AS), which they believed was linked to exposure to contaminated cabin air. Most commercial jets draw air into the cabin through the engines (known as bleed air), which can occasionally become exposed to burnt lubricants before dispersal throughout the cabin (known as a fume event). Concerns about the impact of fume events on the quality of cabin air have a long history, and despite a body of scientific evidence characterising the incidence of fume events and the toxicology of aerosolized chemicals, AS has not been formally recognized by clinical medicine because its causation remains contested. Medical historians have traced a range of occupational illnesses, including the consequences of radium exposure, black lung, and asbestosis, as well as the risks to public health from second-hand tobacco smoke. Building on this line of inquiry, scholars are now beginning to examine the history of AS and how it has been debated by pilots, cabin crew, unions, manufacturers, employers, and policymakers. This paper argues that health activists and their allies played an important role in creating knowledge and raising global awareness of AS. The history of AS shows the challenges of reacting to health risks in an transnational industry that has considerable economic and political support. It also highlights a health issue within commercial aviation that has yet to be addressed.

### **Débats historiques sur le syndrome aérotoxique**

Depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle, certains pilotes et équipages de lignes aériennes commerciales aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie ont signalé une maladie appelée syndrome aérotoxique (SA), qui, selon eux, était liée à l'exposition à l'air contaminé de la cabine. La plupart des avions commerciaux aspirent de l'air dans la cabine à travers les moteurs (appelé air de prélèvement), qui peut parfois être exposé à des lubrifiants brûlés avant de se disperser dans toute la cabine (appelé événement de fumées). Les préoccupations concernant l'impact des émissions de fumées sur la qualité de l'air de l'habitacle existent depuis longtemps, et malgré un ensemble de preuves scientifiques caractérisant l'incidence des émissions de fumées et la toxicologie des produits chimiques en aérosol, le SA n'a pas été formellement reconnu par la médecine clinique parce que sa causalité reste contestée. Les historiens de la médecine ont retracé toute une série de maladies professionnelles, notamment les conséquences de l'exposition au radium, l'antracose et l'amiantose, ainsi que les risques pour la santé publique liés au tabagisme passif. S'appuyant sur cette ligne de recherche, les chercheurs commencent désormais à examiner l'histoire du SA et la manière dont elle a été débattue par les pilotes, le personnel de cabine, les syndicats, les fabricants, les employeurs et les décideurs politiques. Cet article soutient que les militants de la santé et leurs alliés ont joué un rôle important dans la création de connaissances et la sensibilisation mondiale au SA. L'histoire du SA montre les défis liés à la réaction aux risques sanitaires dans une industrie transnationale bénéficiant d'un soutien économique et politique considérable. Cela met également en lumière un problème de santé au sein de l'aviation commerciale qui n'a pas encore été résolu.

Stéphanie Pache, Université du Québec à Montréal  
 Carolanne Magnan-St-Onge, Université d'Ottawa

**« Pour ne pas en faire une maladie » : menstruations et syndrome prémenstruel dans la critique féministe de la médecine (Amérique du Nord - de 1970 à nos jours)**

Si l'idée d'un trouble physique et/ou psychologique lié au cycle menstruel existe depuis bien plus longtemps dans l'histoire de la médecine, des diagnostics particuliers sont apparus d'abord au début du XX<sup>e</sup> siècle, pour l'endométriose, et dans les années 1980 pour les syndromes prémenstruels. Leur émergence au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle est contemporaine de la seconde vague des mouvements féministes. Ceux-ci ont dénoncé avec insistance les processus de médicalisation (par exemple de l'accouchement et de la ménopause) et le rôle des professionnels de la santé dans l'oppression des femmes (par exemple Chesler 1972 ; Ehrenreich et English 1973). Le trouble dysphorique prémenstruel a fait l'objet d'une lutte féministe spécifique contre son introduction dans la troisième révision du manuel psychiatrique américain, le DSM (APA 1987). Les psychologues féministes ont plaidé pour sa suppression en mettant en avant l'absence de preuve scientifique de son existence et la pathologisation de la physiologie féminine qu'il soutenait (Caplan 1991). Cette contribution présentera une analyse historique basée sur des recherches féministes sur les questions menstruelles, des documents d'archives provenant de collectifs féministes au Québec et des publications féministes fournissant des conseils médicaux au grand public sur le sujet. Nous situons les auteures féministes dans leur contexte politique et institutionnel et mettrons en évidence les caractéristiques qui rapprochent ou distinguent les chercheuses et les militantes les unes des autres, tant du point de vue de leur engagement féministe que de leur inclusion dans l'espace médical. Cette analyse contribuera à la compréhension d'une relation changeante entre la médecine et les féministes, ainsi qu'entre les chercheuses féministes et les activistes féministes, en portant une attention particulière au contexte québécois. La recherche médicale actuelle n'est pas aussi étroitement liée aux actions féministes et à leur critique de la médicalisation. Un examen historique de l'activisme féministe et de la recherche sur la santé menstruelle est pertinent pour comprendre ce qui s'est passé entre les années 1970 et aujourd'hui et expliquer cette déconnexion. Le cas de la santé menstruelle contribue également à comprendre le développement de la critique féministe de la médicalisation à travers le temps et les disciplines.

**“To not get sick of it”: menstruation and premenstrual syndrome in the feminist critique of medicine (North America - 1970 to the present)**

While the idea of a physical and/or psychological disorder related to the menstrual cycle has existed for much longer in the history of medicine, particular diagnostics emerged first in the early 20th century, for endometriosis, and in the 1980s for premenstrual syndromes. Their emergence during the second half of the 20th century is contemporary with the second wave of feminist movements. Those have insistently denounced the processes of medicalization (e.g. of childbirth and menopause) and the role of health professionals in the oppression of women (e.g. Chesler 1972; Ehrenreich and English 1973). The premenstrual dysphoric disorder was the object of a specific feminist struggle against its introduction into the third revision of the American psychiatric manual, the DSM (APA 1987). Feminist psychologists advocated for its removal by putting forward the lack of scientific proof that it even existed and the pathologization of female physiology that it supported (Caplan 1991). The paper will present a historical review based on feminist scholarship on menstrual issues, archival material from feminist collectives in Québec, and feminist publications providing medical advice to the public on the topic. We will situate the feminist authors in their political and institutional context and highlight the characteristics that bring together or distinguish the researchers and activists from one another, both in terms of their feminist commitment and their inclusion in the medical space. This analysis will contribute to the understanding of a changing relationship between medicine and feminisms, as much as between feminist scholars and feminist activists, with special attention to the Quebec context. Current medical research is not as tightly connected to feminist activists and their critique of medicalization. A historical examination of the feminist activism and research on menstrual health is relevant to understand what happened between the 1970s and the present that could explain this disconnection. The case of menstrual health also helps to understand the development of the feminist critique of medicalization across time and disciplines.



Madeline Burghardt, University of Manitoba

### **Injury/Agency: The Work of Thalidomide in 20<sup>th</sup>-century Canadian Women's History**

In the late 1950s and early 1960s, thousands of women around the world gave birth to children with significant impairments after having consumed thalidomide during their pregnancy. Thalidomide, a common tranquilizer first manufactured and distributed by the German pharmaceutical company Chemie Grünenthal, was frequently recommended to expectant women experiencing nausea and anxiety. One hundred fifteen thalidomide-affected children were recorded born in Canada, although that number has been contested owing to the Canadian government's strict eligibility criteria, unrecorded births and deaths, and possible misdiagnoses. The crisis, often referred to as the thalidomide tragedy, has been amply discussed from legal, medical, and scientific perspectives, examinations that tend to prioritize a mapping of who did what when in order to identify those who carry the most responsibility and to hold them to account. While vital, these analyses have left the position of women in the crisis relatively under-addressed, a striking observation when one considers their central role in the story. In this presentation, I consider the work that the thalidomide catastrophe has accomplished in 20<sup>th</sup>-century Canadian women's history. I posit that the drug was not only a notoriously-misguided response to problematic pregnancies, but was an active participant in the perpetuation of particular narratives about women in mid-20<sup>th</sup>-century Canada. Specifically, I discuss how thalidomide was an agent in the construction of the ill and problematic pregnancy in need of expert intervention, and is also emblematic of a time of conflicting discourses around women's societal position, one that encompassed both traditional post-WWII gender expectations and the emerging choices that mid-century feminism offered. In addition, following critical disability studies scholar Shelly Tremain's provocative work on the creation of impairment as a response to political aims at particular moments in history, I consider the tragedy as serving specific strategic and administrative needs at the time and moving forward.

### **Lésion / Agentivité : Le travail de la thalidomide dans l'histoire des femmes canadiennes au XX<sup>e</sup> siècle**

À la fin des années 1950 et au début des années 1960, des milliers de femmes dans le monde ayant consommé de la thalidomide pendant leur grossesse ont donné naissance à des enfants qui présentaient des lésions corporelles importantes. La thalidomide, un tranquillisant ordinaire fabriqué et distribué à l'origine par la société pharmaceutique allemande Chemie Grünenthal, était souvent recommandée aux femmes enceintes qui éprouvaient des nausées et de l'anxiété. Cent quinze enfants affectés par la thalidomide sont nés au Canada, bien que ce chiffre ait été contesté en raison des critères d'éligibilité stricts du gouvernement canadien, des naissances et des décès non enregistrés et d'éventuelles erreurs de diagnostic. La crise, souvent qualifiée de « tragédie de la thalidomide », a été amplement discutée d'un point de vue juridique, médical et scientifique. Ces analyses tendent à donner la priorité à une cartographie de qui a fait quoi et quand afin d'identifier ceux qui portent la plus grande responsabilité et de les obliger à rendre des comptes. Bien que nécessaires, ces analyses ne se sont pas suffisamment soucies de la position des femmes dans la crise, ce qui est assez surprenant si l'on considère leur rôle central dans cet événement. Dans cette présentation, j'examinerai le travail que la catastrophe de la thalidomide a accompli dans l'histoire des femmes canadiennes du XX<sup>e</sup> siècle. Je postule que le médicament n'était pas seulement une réponse notoirement erronée aux grossesses problématiques, mais qu'il contribuait activement à la perpétuation des récits spécifiques sur les femmes du milieu du XX<sup>e</sup> siècle au Canada. Plus précisément, je discute de la façon dont la thalidomide a été un agent dans la construction de « la grossesse malade et problématique » nécessitant l'intervention d'un expert. Elle est également emblématique d'une époque marquée par des discours conflictuels sur la position des femmes dans la société, discours qui incluaient les attentes traditionnelles en matière de genre après la Seconde Guerre mondiale et les choix émergents offerts par le féminisme du milieu du siècle dernier. En outre, à la suite du travail provocateur de Shelly Tremain, spécialiste des Études critiques sur le handicap, sur la fabrication du handicap comme réponse à des objectifs politiques à des moments précis de l'histoire, je considère que cette tragédie répondait à des besoins stratégiques et administratifs spécifiques de l'époque et à l'avenir.

Courtney Mrazek, Mount Allison University

### **Housewives, Breadwinners, and Students: Patient Trends at the Nova Scotia Sanatorium, 1904-1969**

The early-twentieth century is a historical period that straddles several large-scale societal and cultural shifts that significantly alters medical interactions: who provides medical attention, how it is financed, and where and how caregiving and healthcare are experienced. It is also a critical time for changes in patient demographics. Examining a specific institution over the course of its operation provides a case study that magnifies these important changes over time. The Nova Scotia Sanatorium (NSS), an institution that operated between 1904 to 1970, is an ideal case study to examine and contextualize changing patient demographics in the war against tuberculosis. Throughout its operations the NSS based its daily per diem rates on its economic needs and balanced it in accordance with the going rates in sanatoria across North America. Changing social views on scientific medicine, healthcare, and medical professionalization presented hospitals, rather than homes, as the ideal spaces to receive care. This extended to treating tuberculosis in specialized hospitals known as sanatoria. During its life, economic and social realities at the NSS drew in particular patients at different times. Because the sanatorium was provincially-run, it was required to submit an annual report to the Nova Scotia Legislature each year, which was then printed in the following year's House of Assembly Journal. These reports charted patient age, sex, residence, marital status, occupation, and religion, among other data categories. After the sanatorium closed, its records were donated to the Acadia University Esther Clark Wright Archives. Using patient data from the NSS annual reports and the NSS fond at Acadia, this paper presents the NSS as a case study to discuss patient demographic trends in Canadian sanatoria in the twentieth century.

### **Femmes au foyer, pourvoyeurs et étudiants : tendances chez les patients au sanatorium de la Nouvelle-Écosse, 1904-1969**

Le début du XX<sup>e</sup> siècle est une période historique qui chevauche plusieurs changements sociaux et culturels de grande ampleur qui ont modifié considérablement les interactions médicales : qui fournit les soins médicaux, comment sont-ils financés, et où et comment les soins de santé sont vécus. C'est aussi une période critique pour les changements démographiques chez les patients. L'examen d'un établissement spécifique au cours de son fonctionnement fournit une étude de cas qui met en évidence ces changements importants au fil du temps. Le Nova Scotia Sanatorium (NSS), un établissement qui a fonctionné de 1904 à 1970, est un cas idéale pour examiner et contextualiser l'évolution de la démographie des patients dans la lutte contre la tuberculose. Tout au long de ses activités, le NSS a basé ses tarifs journaliers sur ses besoins économiques et les a équilibrés en fonction des tarifs en vigueur dans les sanatoriums de l'Amérique du Nord. L'évolution de la vision sociale de la médecine scientifique, des soins de santé et de la professionnalisation médicale ont présenté les hôpitaux, plutôt que les maisons, comme les lieux idéaux pour recevoir des soins. Cela s'étend au traitement de la tuberculose dans des hôpitaux spécialisés appelés « sanatoriums ». Au cours de son existence, les réalités économiques et sociales du NSS ont attiré des patients particuliers à différents moments. Comme le sanatorium était géré par la province, il devait soumettre chaque année un rapport à la législature de la Nouvelle-Écosse; le rapport était ensuite publié dans le journal de la Chambre d'assemblée l'année suivante. L'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'état matrimonial, la profession et la religion des patients, entre autres catégories de données, sont consignés dans ces rapports. Après la fermeture du sanatorium, ses archives ont été données aux Archives Esther Clark Wright de l'Université Acadia. À l'aide des données sur les patients tirées des rapports annuels du NSS et du fonds du NSS à Acadia, cet article présente le NSS comme une étude de cas afin de discuter des tendances démographiques des patients dans les sanatoriums canadiens au cours du XX<sup>e</sup> siècle.

John Matchim, University of New Brunswick

### **Coastal Health and Community Relocation in Labrador: Mapping the Patient Case Records of the Hospital Ship *Strathcona III*, 1966-1974**

Between 1966 and 1974 the International Grenfell Association (IGA), a semi-autonomous health care provider in northern Newfoundland and Labrador, relied on the hospital ship *Strathcona III* to conduct diagnostic interventions and public health surveys among Labrador's indigenous and settler coastal communities. Remarkably, an almost complete set of patient case records compiled by *Strathcona III* clinicians remains intact at the Charles S. Curtis Memorial Hospital, St. Anthony, northern Newfoundland. While the information contained in these records are sparse – patient names (redacted), community of residence, date, diagnosis, treatment and general comments/observations – taken together they provide a rich demographic profile of coastal populations in northern Newfoundland and Labrador during the late-1960s and early-1970s. In particular, they illustrate the high degree of mobility practiced by coastal peoples at a time when federal and provincial community relocation programs were supposed to end seasonal transhumance activities. Rather than resulting in permanent settlement, social and economic problems associated with relocation led to a renewal of seasonal migration, and with it the need for a new hospital ship capability. This paper shows how the *Strathcona III* provided the kind of sustained local presence that more modern transportation technologies such as aircraft could not. For the IGA, such a capability was a vital part of its campaign to control the continuing high incidence of tuberculosis in northern Labrador. But the construction of a new hospital ship also facilitated – albeit indirectly – the continuance of a migratory way of life that better suited local peoples by providing critical health services at the point of labour on coastal fishing stations.

### **Santé côtière et réinstallation des communautés au Labrador : cartographie des dossiers de patients du navire-hôpital *Strathcona III*, 1966-1974**

Entre 1966 et 1974, l'International Grenfell Association (IGA), un fournisseur de soins de santé semi-autonome du nord de Terre-Neuve et du Labrador, s'est appuyé sur le navire-hôpital *Strathcona III* pour mener des interventions diagnostiques et des enquêtes de santé publique auprès des communautés côtières autochtones et de colons du Labrador. Fait remarquable, un ensemble presque complet de dossiers de patients compilés par les cliniciens de *Strathcona III* reste intact à l'hôpital Charles S. Curtis Memorial, à St. Anthony, dans le nord de Terre-Neuve. Bien que les informations contenues dans ces dossiers soient peu nombreuses – noms des patients (expurgés), lieu de résidence, date, diagnostic, traitement et commentaires/observations générales – prises ensemble, elles fournissent un riche profil démographique des populations côtières du nord de Terre-Neuve et du Labrador de la fin des années 1960 au début des années 1970. Ils illustrent notamment le haut degré de mobilité pratiqué par les peuples côtiers à une époque où les programmes de réinstallation communautaires fédéraux et provinciaux étaient censés mettre fin aux activités saisonnières de transhumance. Plutôt que d'aboutir à une installation permanente, les problèmes sociaux et économiques associés à la réinstallation ont conduit à une reprise de la migration saisonnière, et avec elle le besoin de nouvelles capacités de navires-hôpitaux. Cet article montre comment le *Strathcona III* a assuré le genre de présence locale soutenue que les technologies de transport plus modernes telles que les avions ne pouvaient pas assurer. Pour l'IGA, une telle capacité constituait un élément essentiel de sa campagne visant à contrôler l'incidence élevée et persistante de la tuberculose dans le nord du Labrador. Mais la construction d'un nouveau navire-hôpital a également facilité – bien qu'indirectement – le maintien d'un mode de vie migratoire mieux adapté aux populations locales en fournissant des services de santé essentiels sur les lieux de travail dans les stations de pêche côtières.

Stefanie Slaunwhite, University of New Brunswick

### **Demographic Determinants: Children's Client Cards at the Dr. W.F. Roberts Hospital-School**

The Dr. W.F. Roberts Hospital-School (WFRHS) operated from 1965-85 in Saint John, New Brunswick, coinciding with the period of the province's infamous Equal Opportunity Program. While the institution operated under the overarching auspice of offering a form of equal opportunity for children with disabilities, the WFRHS did little to alleviate the keenly felt inequality of this population. My larger dissertation shows how government intervention during the period of the liberal welfare state sought to create, as historian Tina Loo puts it, "the good life."<sup>1</sup> Through medical, educational, and social interventions, the WFRHS prescribed habilitative care and curriculum in what could be considered an attempt to "equalize" their opportunities. However, the records show that this model of care was nothing more than a means to alleviate government responsibility for people with disabilities as they matured into adults. Tied up with ideas of productive citizenship, the argument that the government was serving wider socio-political demands and not truly caring for the children in the institution will be made throughout the dissertation. Demography serves as the backbone of this research; data collected from 1,824 client cards reveals a snapshot of many considerations, including geography, gender, religion, household income, and perceived clinical deficits of each child. Further, the client cards offer shorthand diagnoses that offer insight into the clinical climate of the period. The paper for this presentation utilizes a myriad of archival fonds to investigate how the WFRHS sought to serve children with disabilities in New Brunswick. Sources from a range of other material, including Hansard debates, Annual Reports from the WFRHS and the Department of Social Services, and research studies conducted in the 1970s and 1980s, help to flesh out this history. Ultimately, demography offers a greater understanding of the issues faced by children with disabilities in this period of shifting social ideals.

### **Déterminants démographiques : fiches clients des enfants de l'hôpital-école Dr. W.F. Roberts**

L'hôpital-école Dr. W.F. Roberts (WFRHS) a fonctionné de 1965 à 1985 à Saint John, Nouveau-Brunswick, période coïncidant avec le programme provincial tristement célèbre Chances égales pour tous. Bien que l'institution ait fonctionné sous l'égide d'une forme d'égalité des chances pour les enfants handicapés, la WFRHS n'a guère contribué à atténuer l'inégalité profondément ressentie par cette population. Ma thèse plus large démontre comment l'intervention du gouvernement pendant l'époque de l'État-providence libéral a cherché à créer, comme le dit l'historienne Tina Loo, « la bonne vie »<sup>2</sup>. Par le biais d'interventions médicales, éducatives et sociales, la WFRHS a prescrit des soins d'adaptation et des programmes d'études dans ce qui pourrait être considéré comme une tentative d'« égalisation » de leurs chances. Toutefois, les archives montrent que ce modèle de soins n'était qu'un moyen d'alléger la responsabilité du gouvernement à l'égard des personnes handicapées lorsqu'elles deviennent adultes. Lié aux idées de citoyenneté productive, l'argument que le gouvernement servait les exigences sociopolitiques plus larges et qu'il ne s'occupait pas vraiment des enfants de l'institution est proposé tout au long de la thèse. La démographie est au cœur de cette recherche. Les données recueillies auprès de 1 824 fiches clients révèlent un aperçu de nombreuses considérations, y compris la géographie, le sexe, la religion, le revenu du ménage et les déficits cliniques perçus de chaque enfant. En outre, les fiches clients offrent des diagnostics abrégés qui donnent une perspective du climat clinique de l'époque. La rédaction qui accompagne cette présentation utilise une variété de fonds d'archives afin d'étudier comment la WFRHS a cherché à servir les enfants handicapés au Nouveau-Brunswick. Les sources provenant d'un éventail d'autres documents, y compris les débats Hansard, les rapports annuels du WFRHS et du ministère des Services sociaux, et des études de recherche menées dans les années 1970 et 1980, aident à compléter cette histoire. En fin de compte, la démographie permet de mieux comprendre les problèmes rencontrés par les enfants handicapés dans cette période d'évolution des idéaux sociaux.

Kelly Swaby, University of Manchester

### **Nurse Practitioners: The Periscope to Society**

The nurse practitioner role has become a mainstay in modern healthcare and a focal point for discussions around the future of global health provisions. This paper will focus on the role in the British context and stems from my PhD research into the growth of nurse specialist roles after the introduction of the National Health Service (NHS). In various ways, the nurse practitioner role acts as a periscope to British society. Focusing on the 1980s and 1990s, this paper will outline a sample of prominent social issues of the period that placed strain on the NHS and its ability to adhere to its core principle of providing healthcare free at the point of use. Part of the solution were nurse practitioners. Through showcasing previously unexamined primary evidence, this paper will present some of the ways nurse practitioners eased the burdens on the NHS and helped sustain the service that continues to care for Britons today. This paper will describe various innovative ways nurse practitioners were deployed to respond to technological and medical advances, to meet the growing demands of the British population, and to provide for those who felt disenfranchised from mainstream routes into healthcare, often the most vulnerable in society. The nurse practitioner is one of the most versatile clinicians in the NHS, but there's a role that has largely escaped British health and nursing historiography. Thus, while nurse practitioners are critical to future planning for the service, the role's history in Britain remains poorly understood. My thesis and this paper seek to tackle such oversights, and as these issues are by no means unique to the British Isles, this paper too contributes to the global understanding of nurse practitioners and the means to assess the societies in which they practice.

### **Infirmières praticiennes : le périscope de la société**

Le rôle de l'infirmière praticienne est devenu un pilier dans les soins de santé modernes et un point central des discussions sur l'avenir des prestations de santé mondiales. Cet article se concentrera sur ce rôle dans le contexte britannique et découle de mes recherches de doctorat sur l'évolution des rôles des infirmières spécialisées après l'introduction du National Health Service (NHS). De diverses manières, le rôle d'infirmière praticienne agit comme un périscope sur la société britannique. En se concentrant sur les années 1980 et 1990, cet article exposera un échantillon de problèmes sociaux marquants de la période qui ont mis à rude épreuve le NHS et sa capacité à respecter son principe fondamental de fournir des soins de santé gratuits au point d'utilisation. Les infirmières praticiennes ont fait partie de la solution. En présentant des preuves primaires précédemment non examinées, cet article mettra en lumière certaines des façons dont les infirmières praticiennes ont allégé les charges sur le NHS et ont contribué à soutenir le service qui continue de prendre soin des Britanniques aujourd'hui. Cet article décrira diverses façons innovantes par lesquelles les infirmières praticiennes ont été déployées pour répondre aux avancées technologiques et médicales, pour répondre aux demandes croissantes de la population britannique et pour venir en aide à ceux qui se sentaient exclus des voies principales d'accès aux soins de santé, souvent les plus vulnérables de la société. L'infirmière praticienne est l'une des cliniciennes les plus polyvalentes du NHS, mais son rôle a largement échappé à l'historiographie britannique de la santé et des soins infirmiers. Ainsi, bien que les infirmières praticiennes soient cruciales pour la planification future du service, l'histoire de leur rôle en Grande-Bretagne reste mal comprise. Ma thèse et cet article visent à remédier à de telles lacunes, et comme ces problèmes ne sont en aucun cas propres aux îles britanniques, cet article contribue également à la compréhension mondiale des infirmières praticiennes et des moyens d'évaluer les sociétés dans lesquelles elles exercent.

Geoffrey Hudson, Northern Ontario School of Medicine

### **Creating & Sustaining a Shared Future: the History of Canada's First Medical School Faculty & Staff Union (NOSM U)**

Unique in Canada, there is only one *stand alone* faculty association in a medical school – the NUFSA. This paper draws on the experience and papers of Canada's first medical school faculty and staff union from its birth in February 2005. I place the analysis within the literature of academic unionization in Canada since the 1950s using a rich array of sources. I examine the founding and development of the faculty and staff association, its unionization, and its successes and challenges as part of the labour movement and also as part of the history of medicine. This will include consideration of the role of golden age myths of collegiality, within the context of the Association's battles with an aggressive anti-collegial corporate administration. It will also include examination of the Association's relationship with affiliates like the CAUT and OCUFA and the broader labour movement. This will be done with the context of the Union's organizing ALL the support staff in the Faculty Association and making a transfer deal with OPSEU to enhance its bargaining power and replace collective supplication with trade union negotiations (6 strike votes and the longest strike in Canadian University history). With respect to the history of health I will analyse the role of academic freedom in a health professional environment in which professionalism has a distinct and different meaning. In addition, the relationship between working conditions and learning conditions for future physicians will be delineated. The paper will also include consideration of the role of government policy including the CCAA at Laurentian University (originally one of the host Universities for the medical school). It will conclude with the Union's role in the creation of a new University, including its new Senate and how health considerations figures in these and other developments in the Association's attempts to *create and sustain a shared future*.

### **Créer et maintenir un avenir partagé : l'histoire du premier syndicat des professeurs et du personnel des facultés de médecine du Canada (Université EMNO)**

Fait unique au Canada, il n'existe qu'une seule association de professeurs *autonome* dans une faculté de médecine : la NUFSA. Cette présentation s'appuie sur l'expérience et les documents du premier syndicat de professeurs et de personnel des facultés de médecine du Canada depuis sa création en février 2005. Je situe l'analyse dans la littérature sur la syndicalisation universitaire au Canada depuis les années 1950 en utilisant un riche éventail de sources. J'examine la fondation et le développement de l'Association des professeurs et du personnel, sa syndicalisation, ainsi que ses succès et ses défis dans le cadre du mouvement syndical et également dans le cadre de l'histoire de la médecine. Il s'agira notamment d'examiner le rôle des mythes de l'âge d'or de la collégialité dans le contexte des batailles de l'Association contre une administration d'entreprise anti-collégiale agressive. Il s'agira également d'examiner les relations de l'Association avec des affiliés comme l'Association canadienne des professeurs et professeurs d'université (ACPPU) et l'Union des associations des professeurs des universités de l'Ontario (UAPUO) ainsi qu'avec le mouvement syndical dans son ensemble. Cela se fera dans le contexte de l'organisation par le syndicat de TOUT le personnel de soutien de l'Association des professeurs et de la conclusion d'un accord de transfert avec le Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO) pour renforcer son pouvoir de négociation et remplacer la supplication collective par des négociations syndicales (6 votes de grève et la plus longue grève de l'histoire des universités canadiennes). En ce qui concerne l'histoire de la santé, j'analyserai le rôle de la liberté académique dans un environnement professionnel de la santé dans lequel le professionnalisme a une signification distincte et différente. De plus, la relation entre les conditions de travail et les conditions d'apprentissage des futurs médecins sera délimitée. La présentation comprendra également un examen du rôle de la politique gouvernementale, notamment celle de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies (LACC) à l'Université Laurentienne (à l'origine l'une des universités hôtes de la faculté de médecine). Il se terminera par le rôle du Syndicat dans la création d'une nouvelle université, y compris son nouveau Sénat, et par la manière dont les considérations de santé figurent dans ces développements et dans d'autres dans les tentatives de l'Association pour *créer et maintenir un avenir commun*.

Lucy Vorobej, University of Toronto

### **“A Volunteer Must Feel Well Paid”: Compensation Discourses and The Hospital Volunteer in 20<sup>th</sup> Century Health Care**

In its 1988 annual report, the Toronto Hospital Network’s mission statement proclaimed the institution’s commitment to “fostering excellence in health care delivery” by “making optimal use of the resources of both its divisions.” But who is counted as a hospital resource in institutional, public, and historiographical discourse? And how are the contributions of personnel acknowledged in both discursive and material ways? The COVID-19 pandemic is only the most recent global health crisis to highlight that many workers deemed “essential” to health care remain on the sidelines of institutional and public consciousness, and frequently do not receive compensation consistent with this proclaimed value of “essential.” Within this workforce are those who receive no material compensation at all, hospital volunteers. The contributions of volunteers to patient well-being exists on the margins of hospital historiography. More specifically, despite the inclusion of “hospital volunteer” as a Medical Subject Heading in 1965, limited critical analysis has been conducted on the historical discourses that simultaneously positions the labour of volunteers as valuable to hospital operations and not requiring compensation for this contribution. Using the local archives of the University Health Network in Toronto and hospital management literature in both Canada and the United States, this paper offers a discussion of the varied ways volunteers contributed to patient well-being to argue for their importance within health care historiography and to critically examine the discursive context of their work. As this paper demonstrates, discourses of the contributions of Hospitals’ Volunteer Auxiliary, from their roots in early 20<sup>th</sup> century “Ladies Committees” and beyond, subtly drew on cultural perceptions of the “natural” placement of women’s work outside the paid labour force and their perceived “innate”—read as unskilled— capacities to care for those in need of assistance. Such positions received little push back from hospital administration, especially during a period of economic cutbacks in healthcare spending. Discourses repeatedly framed the work of volunteers as essential but declined to conclude that such vital contributions warranted compensation. Without historical analysis of unpaid labour in hospitals, both our understanding of compensation decisions and the historiography of contributors to patient well-being will remain incomplete.

### **« Un bénévole doit se sentir bien payé » : discours sur la compensation et le bénévolat hospitalier dans les soins de santé du XX<sup>e</sup> siècle**

Dans son rapport annuel de 1988, la déclaration de mission du Réseau Hospitalier de Toronto proclamait l'engagement de l'institution à « promouvoir l'excellence dans la prestation de soins de santé » en « faisant un usage optimal des ressources de ses deux divisions ». Mais qui est considéré comme une ressource hospitalière dans le discours institutionnel, public et historiographique ? Et comment les contributions du personnel sont-elles reconnues à la fois de manière discursive et matérielle ? La pandémie de COVID-19 est seulement la dernière crise mondiale de santé à souligner que de nombreux travailleurs jugés « essentiels » aux soins de santé restent en marge de la conscience institutionnelle et publique, et ne reçoivent souvent pas une compensation conforme à cette valeur proclamée. Parmi ces travailleurs se trouvent ceux qui ne reçoivent aucune compensation matérielle, les bénévoles hospitaliers. Les contributions des bénévoles au bien-être des patients existent en marge de l'historiographie hospitalière. Plus précisément, malgré l'inclusion du terme « bénévole hospitalier » en tant que descripteur médical en 1965, une analyse critique limitée a été menée sur les discours historiques qui positionnent simultanément le travail des bénévoles comme précieux pour les opérations hospitalières et ne nécessitant pas de compensation pour cette contribution. En utilisant les archives locales du Réseau de Santé de l'Université de Toronto et la littérature en gestion hospitalière au Canada et aux États-Unis, cet article propose une discussion des différentes façons dont les bénévoles ont contribué au bien-être des patients pour plaider en faveur de leur importance dans l'historiographie des soins de santé et examiner de manière critique le contexte discursif de leur travail. Comme le montre cet article, les discours sur les contributions de les Auxiliaires bénévoles des hôpitaux, depuis leurs débuts au début du XX<sup>e</sup> siècle au sein des « Comités de dames », ont discrètement exploité les perceptions culturelles de la place « naturelle » du travail des femmes en dehors du travail rémunéré et leurs capacités « innées » - perçues comme non qualifiées - à prendre soin de ceux ayant besoin d'aide. De telles positions ont rencontré peu de résistance de la part de l'administration hospitalière, surtout pendant une période de restrictions des dépenses de santé. Les discours ont systématiquement présenté le travail des bénévoles comme essentiel, mais ont refusé de conclure que de telles contributions justifiaient une compensation. Sans analyse historique du travail non rémunéré dans les hôpitaux, notre compréhension des décisions de compensation, ainsi que l'historiographie des contributeurs au bien-être des patients resteront incomplètes.

Jenna Healey and Chantal Valiquette, Queen's University

### **Advocacy, Activism, and Access: Funding for Gender Affirming Surgery in Canada, 1978-2002**

In 2019, Ontario celebrated the opening of the first publicly funded center for Transition Related Surgery (TRS) at Women's College Hospital (WCH) in Toronto. This important milestone signaled a new phase in a much longer and often fraught history of gender affirming surgery (GAS) in Canada. In Ontario, funding for TRS has varied widely over time. While some aspects of GAS have been covered since the early 1970s, many patients have had to pay out of pocket for care, including between 1998 and 2008 when GAS was completely defunded by OHIP. At a minimum, many patients had to pay to travel out of province as well as upfront costs in order to access surgery. In 2016, OHIP coverage was revised to better align with World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care, but medical gatekeeping and other barriers to care persist. Using sources collected from *The Transgender Archives* at the University of Victoria, British Columbia, including Canadian provincial funding policies, institutional practice guidelines, and patient accounts, we will explore how Canadian patients (especially those seeking care in Ontario) navigated this ever-changing system of patchwork provincial coverage for GAS. Given the important role 2SLGBTQIA+ activists have played in advancing gender affirming care, we are also interested in understanding how Canadian patients advocated for change, laying the groundwork for Ontario's current practice guidelines and funding model. Of particular interest is a series of newsletters written for and by TGD patients from the late 1970s to the early 2000s, including *Gender Review* (1978, 1980-1985), *Fact Toronto* (1985-1986), *Metamorphosis* (1982-1988), *Xpressions Xplorer* (1994-1995), and *Zenith Digest* (1994-2002). In addition, contemporary online and physical patient handout resource documents from TRS at WCH and community-driven health organizations (e.g., The Rainbow Health Network through Sherbourne Health, CAMH) will be collected to understand how the relationship between patients, providers, and provincial policy continues to evolve. At a moment when access to gender affirming care remains controversial in many Canadian jurisdictions, this work highlights how provincial policies have historically limited access to GAS, as well as the strategies patients and advocates have used to create real change.

### **Défense des droits, militantisme et accès : financement de la chirurgie d'affirmation de genre au Canada, 1978-2002**

En 2019, l'Ontario a célébré l'ouverture du premier centre public de chirurgie liée à la transition (TRS) au Women's College Hospital (WCH) de Toronto. Cette étape importante a marqué une nouvelle phase dans une histoire beaucoup plus longue et souvent chargée de chirurgie d'affirmation de genre (GAS) au Canada. En Ontario, le financement du TRS a beaucoup varié au fil du temps. Bien que certains aspects de la GAS soient couverts depuis le début des années 1970, de nombreux patients ont dû payer de leur poche pour obtenir des soins, notamment entre 1998 et 2008, lorsque la GAS a été complètement annulé par l'OHIP. Au minimum, de nombreux patients ont dû payer pour voyager hors de la province, ainsi que pour couvrir des frais initiaux pour accéder à la chirurgie. En 2016, la couverture de l'OHIP a été révisée pour mieux s'aligner sur les normes de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), mais le contrôle médical et d'autres obstacles aux soins persistent. À l'aide de sources recueillies auprès de *The Transgender Archives* de l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique, incluant les politiques de financement provinciales canadiennes, les lignes directrices de pratique institutionnelle et les témoignages de patients, nous explorerons comment les patients canadiens (en particulier ceux cherchant des soins en Ontario) ont traversé ce système en constante évolution. Compte tenu du rôle important que les militants 2SLGBTQIA+ ont joué dans l'avancement des soins d'affirmation de genre, nous souhaitons également comprendre comment les patients canadiens ont plaidé en faveur du changement, jetant ainsi les bases des lignes directrices de pratique et du modèle de financement actuels de l'Ontario. Une série de bulletins d'information rédigés pour et par des patients TGD de la fin des années 1970 au début des années 2000 est particulièrement intéressante, notamment *Gender Review* (1978, 1980-1985), *Fact Toronto* (1985-1986), *Metamorphosis* (1982-1988), *Xpressions Xplorer* (1994-1995) et *Zenith Digest* (1994-2002). De plus, des documents contemporains en destinés aux patients provenant du TRS, du WCH et des organismes de santé communautaires (par exemple, The Rainbow Health Network via Sherbourne Health, CAMH) seront utilisés pour comprendre comment la relation entre les patients, les prestataires et la politique provinciale continue d'évoluer. À une époque où l'accès aux soins d'affirmation de genre reste controversé dans de nombreuses juridictions canadiennes, ce travail met en lumière la façon dont les politiques provinciales ont historiquement limité l'accès à la GAS, ainsi que les stratégies utilisées par les patients et les défenseurs pour créer un réel changement.



Jonathan Harper, McGill University

### **From “Valuable Addition” to “Very Small and Insignificant Differences”: The Lifespan of the Prefrontal Lobotomy in Canada, 1941-1964**

In 1946, acclaimed Canadian neurosurgeon Dr. Kenneth G. McKenzie concluded his first five years conducting lobotomies had demonstrated the surgery “offers a valuable addition to our therapeutic armamentarium.” However, in the early 1960s one of the final acts of McKenzie’s career was to conduct a study on the clinical outcomes from his own lobotomies, which found a “generally insignificant therapeutic effect... very small and insignificant differences.” When the paper was posthumously published in *CMAJ* in late 1964, an accompanying editorial declared this to be “The End of an Era” for the formerly lauded psychosurgery. This paper will present preliminary research on the trajectory of lobotomy in Canada based on an examination of relevant medical literature, news coverage, and institutional reports from the 1940s to the 1960s. Notable aspects of this analysis include the entry and dissemination of lobotomy in Canada, the surgery’s shifting relationship to postwar gender norms, and how the procedure has been integrated into the historical narratives of the Canadian medical profession. This research adds to the growing international study of lobotomy by discussing the ways in which the Canadian practice of lobotomy differed from the American model it was based on. In addition, while most narratives focus on the uptake and popularization of the procedure, this research emphasizes that since the clinical usage of lobotomy persisted well after the introduction of the major tranquilizer chlorpromazine in 1954 – to which the end of lobotomy is most often attributed – explaining this gradual decline is just as important and analytically fruitful as accounting for the surgery’s initial rise.

### **De « l'apport précieux » aux « différences minimales et insignifiantes » : la durée de vie de la lobotomie préfrontale au Canada, 1941-1964**

En 1946, le neurochirurgien de renom Dr. Kenneth G. McKenzie a conclu que ses dernières cinq années de pratique de la lobotomie ont démontré que la chirurgie « offre un apport précieux à notre arsenal thérapeutique ». Cependant, dans les années 1960, l’une des dernières réalisations professionnelles de McKenzie a été une étude des résultats cliniques de ses propres lobotomies, une procédure qu’il considère avoir un « effet thérapeutique généralement insignifiant » et produire des « différences minimales et insignifiantes. » Quand l’article a été publié dans *JAMC* après sa mort en 1964, l’éditorial qui l’accompagnait déclarait qu’il s’agissait de « la fin d’une ère » pour cette psychochirurgie autrefois louangée. Cette communication présentera une recherche préliminaire sur la trajectoire de la lobotomie au Canada basée sur l’étude de la littérature médicale pertinente ainsi que les discussions dans les médias et les rapports institutionnels des années 1940 aux années 1960. Des aspects notables de cette analyse incluent l’introduction et la diffusion de la lobotomie au Canada, les changements dans la relation entre la chirurgie les normes de genre de l’époque, et la façon dont la chirurgie a été intégrée dans les discours historiques de la profession médicale canadienne. Cette recherche contribuera à une littérature internationale sur la lobotomie en discutant les façons dont les méthodes canadiennes différaient de celles du modèle américain qui les a inspirées. En plus, alors que la plupart des études se concentrent sur l’adoption et la diffusion de la procédure, cette recherche soulignera que puisque l’usage clinique de la lobotomie a continué bien après l’introduction de la chlorpromazine en 1954 – à laquelle la fin de la lobotomie est fréquemment attribuée – expliquer ce déclin progressif est également important et analytiquement fructueux que de rendre compte de l’émergence initiale de la chirurgie.

Benjamin Peterson, Dalhousie University

### **Collegiality, Constancy, and the Drive to Eliminate “Many a Heartache”: Reflections on 75 Years of Neurosurgery at Dalhousie University, 1948-2023**

On April 21, 1948 then-Provincial psychiatrist for Nova Scotia, Dr. Clyde Marshall addressed a large crowd of professionals and announced the founding of a comprehensive psychiatric and neurological service for the province. A key facet of this comprehensive program, never before practiced in the province, was a new division of neurosurgery. The program’s early years were defined by Dr. William D. Stevenson, one of Canada’s original neurosurgical trainees and a preeminent figure in Canadian neurosurgery. This period saw dramatic improvements to access to care and offered a proving grounds for new health technology in the Atlantic provinces. Current and former faculty remember these years as having defined a culture of practice that has persisted over decades. Though persistent over decades, the ownership and the trajectory of these narratives have shifted drastically. This illustrated retrospective incorporates the reminiscences of 8 physicians as well as a rich archive of correspondence, archival images, and internal publications. Using mixed qualitative and quantitative methods, textual analysis, and actor-network theory, this paper will describe the growth and maturation of an academic department and a clinical service which provides complete neurosurgical and subspecialty care in a region with a population under two and a half million. Particularly, a 50-year retrospective book published by Halifax’s neurosurgical nurses will draw attention to the key similarities and differences between professional narratives. The comparison of the ways in which different professions report and commemorate the activities of the department defines a more complete narrative. This presentation will argue that this has allowed the narrative to persist and has thus supported departmental continuity and coherence. In turn, this culture of service and collegiality offers protection for the division in the face of changing healthcare landscapes in this small and isolated region.

### **Collégialité, constance et une volonté d’éliminer « de nombreux chagrins » : réflexions sur 75 ans de neurochirurgie à l’Université Dalhousie, 1948-2023**

Le 21 avril 1948, le Dr. Clyde Marshall, psychiatre provincial de la Nouvelle-Écosse, s'est adressé à une foule nombreuse de professionnels pour annoncer la création d'un service psychiatrique et neurologique complet pour la province. Un aspect clé de ce programme complet, jamais pratiqué auparavant dans la province, était la nouvelle division de neurochirurgie. Les premières années du programme ont été définies par le Dr. William D. Stevenson, l'un des premiers stagiaires en neurochirurgie au Canada et une figure éminente de la neurochirurgie canadienne. Cette période a été marquée par des améliorations spectaculaires dans le domaine de l'accès aux soins et a constitué un terrain d'essai pour les nouvelles technologies de la santé dans les provinces de l'Atlantique. Les professeurs actuels et anciens se souviennent de ces années comme ayant défini une culture de pratique qui a persisté pendant des décennies. Bien que ces récits perdurent depuis des décennies, leur appropriation et leur trajectoire ont radicalement changé. Cette rétrospective illustrée intègre les reminiscences de 8 médecins ainsi qu'une riche collection de correspondance, d'images d'archives et de publications internes. En utilisant des méthodes mixtes qualitatives et quantitatives, une analyse textuelle et la théorie des acteurs-réseaux, cette communication décrira la croissance et la maturation d'un département universitaire et d'un service clinique qui fournit des soins neurochirurgicaux et surspécialisés complets dans une région avec une population de moins de deux millions de personnes. Un ouvrage rétrospectif sur 50 ans publié par les infirmières en neurochirurgie d'Halifax met en lumière les principales similitudes et différences entre les récits professionnels. La comparaison des manières dont différentes professions rendent compte et commémorent les activités du département sera le but de cette séance. Cette séance démontrera que la culture qui a permis la continuité et la cohérence du département offre une protection face aux paysages changeants des soins de santé dans cette petite région isolée.

Abigail Hanson, University of Edinburgh

### **“Death the Vaccinator”: A History of Anti-Vaccination Sentiment through Images**

First introduced by Edward Jenner to Europe in the late 18th century (and predated by a long history in Asia) inoculation proved to be extremely successful in the prevention of many contagious illnesses. However, the practice of vaccination and variolation has historically faced much resistance from scientists, politicians, and the general public alike. Clear examples of this resistance can be seen historically in cartoon drawings and woodcuttings and in more modern forms, such as bumper stickers, social media posts, and newspaper caricatures. The proposed essay would explore the history of anti-vaccination sentiments (with a focus on vaccinations against infectious disease), and would analyse both historical and contemporary images. In doing this, it would explore how the use of rhetoric, “scare tactics”, and exaggerated consequences and images provide a targeted approach against vaccination policies and development. I would also examine how these images (both historically and today) are geared towards more vulnerable members of the public, such as those with a lower education or income, those already suffering from more chronic illnesses, or parents (typically mothers) with children. Additionally, the essay would examine how the targeted audience of “anti-vaxxers” contrasts with those perpetuating the imagery and sentiment. The essay would draw on anti-vaccination imagery from a variety of illnesses, including (but not limited to) smallpox, the 1918 flu epidemic, and COVID-19. These images would also be supplemented with both primary and secondary sources concerning these vaccinations. The scope of the research would include anti-vaccination sentiments from Canada, the United States, and Europe, but would also consider the origins of variolation and vaccination as far back as the 1660s in China.

### **« Mort du vaccinateur » : une histoire du sentiment anti-vaccination à travers les images**

Introduite pour la première fois par Edward Jenner en Europe à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle (et précédée d'une longue histoire en Asie), la vaccination s'est avérée extrêmement efficace dans la prévention de nombreuses maladies contagieuses. Cependant, la pratique de la vaccination et de la variolation s'est historiquement heurtée à une grande résistance de la part des scientifiques, des politiciens et du grand public. Des exemples clairs de cette résistance peuvent être vus historiquement dans les dessins animés et les gravures sur bois, ainsi que sous des formes plus modernes, telles que les autocollants pour pare-chocs, les publications sur les réseaux sociaux et les caricatures dans les journaux. L'essai proposé explorera l'histoire des sentiments anti-vaccination (en mettant l'accent sur les vaccinations contre les maladies infectieuses) et analysera les images historiques et contemporaines. Ce faisant, il explorera comment le recours à la rhétorique, aux « tactiques alarmistes » et aux conséquences et images exagérées fournit une approche ciblée contre les politiques et le développement de la vaccination. J'examinerai également comment ces images (à la fois historiques et actuelles) s'adressent aux membres du public les plus vulnérables, comme ceux qui ont un niveau d'éducation ou de revenus inférieur, ceux qui souffrent déjà de maladies plus chroniques ou les parents (généralement des mères) avec des enfants. De plus, l'essai examinera comment le public ciblé des « anti-vaccins » contraste avec ceux qui perpétuent les images et les sentiments. L'essai s'appuiera sur des images anti-vaccination issues d'une variété de maladies, notamment (mais sans s'y limiter) la variole, l'épidémie de grippe de 1918 et le COVID-19. Ces images seront également complétées par des sources primaires et secondaires concernant ces vaccinations. La portée de la recherche inclura les sentiments anti-vaccination au Canada, aux États-Unis et en Europe, mais considérera également les origines de la variolation et de la vaccination dès les années 1660 en Chine.

Marie-Hélène Vanier, Concordia University

### **“The Voice of the Child Cries out Against You!”: Health and Infant Mortality at the Montreal Child Welfare Exhibition**

At the turn of the twentieth century, Montreal was a city with astronomical infant mortality rates. These alarming numbers prompted reformers to organize the 1912 Montreal Child Welfare Exhibition. With the goals of educating parents and lower infant mortality, the city's progressive reformers worked together to save the nation's children. The exhibition was a very popular event part of a larger North American public education project. The health section was the first stop for the hundreds of thousands of visitors who walk through the Montreal drill hall over the two-week event. The exhibit presented visual displays in a contrasting manner. This paper will explore the discourses on infant mortality and infant feeding promoted at the child welfare exhibition. As progressive discourses stressed women's responsibility for saving children, the health section targeted mothers predominantly. The paper will show that doctors presented mothers as ignorant and responsible for their children's health. The experiential aspect and the visual elements related to the exhibition medium will be highlighted, as child welfare organizers diversified their visual representation strategies to appeal to specific publics. The paper will analyze the exhibits and wall panels, connecting Montreal with the rest of the world, positioning the city as part of a global problem, but also as a target for the international child-saving movement which represented a solution to child mortality.

### **« The Voice of the Child Cries out Against You! » : La santé et la mortalité infantile à l'Exposition pour le bien-être de l'enfance de Montréal**

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, Montréal était une ville avec un taux de mortalité infantile astronomique. Ces chiffres alarmants ont incité les réformateurs à organiser en 1912 l'Exposition pour le Bien-Être de l'Enfance de Montréal. Dans le but d'éduquer les parents et de réduire la mortalité infantile, les réformateurs progressistes de la ville ont unis leurs forces pour sauver les enfants de la nation. L'exposition a été un événement très populaire s'inscrivant dans le cadre d'un vaste projet d'éducation publique en Amérique du Nord. La section consacrée à la santé était la première étape pour les centaines de milliers de visiteurs qui ont traversé le hall d'exercice montréalais pendant les deux semaines de l'événement. Elle proposait des présentations visuelles contrastées. Cette communication explorera les discours sur la mortalité infantile et l'allaitement diffusés lors de l'exposition pour bien-être de l'enfant. Nous verrons que la section sur la santé ciblait principalement les mères, alors que les discours progressistes soulignaient la responsabilité des femmes dans la sauvegarde des enfants. La communication démontrera que les médecins présentaient les mères comme ignorantes et responsables de la santé de leurs enfants. Les organisateurs ayant diversifié leurs stratégies de présentation visuelle pour attirer des publics spécifiques, l'aspect expérientiel et les éléments visuels liés au médium de l'exposition seront mis en évidence. La communication analysera les expositions et les panneaux muraux, reliant Montréal au reste du monde, positionnant la ville comme faisant partie d'un problème global, mais aussi comme une cible pour le mouvement international de sauvegarde des enfants qui représentait une solution à la mortalité infantile.

Mirela David, University of Saskatchewan

### **The representation of abortion in postcommunist Romanian film, women's reproductive agency, the abortion ban in communist Romania**

This paper investigates the representation of back-alley abortions in postcommunist Romanian film and unpacks the history of trauma of banning abortion during the socialist period 1966-1989, when Decree 770 was in effect. These coercive pronatalist policies hinged on the role of women's reproduction for socialist construction and offer a cautionary tale of government's control over women's bodies. The acclaimed Romanian film *4 Months, 3 Weeks and 2 Days* (2007) directed by Cristian Mungiu that won a Cannes award, tells the story of a university student, who has to resort to an illegal abortion and shows the fear and despair she goes through to obtain an abortion. This story is not unique, but tragic by its ubiquity among women in communist Romania, a country with the most draconian population control policies. Nonetheless the female characters in Mungiu's film show reproductive agency, resisting the gaze of the government and that of the secret police, who were actively scrutinizing reproductive bodies. Back alley abortion became a way of reclaiming Romanian women's bodies from the state and was an attempt of self-empowerment. Mungiu also shows how the underground abortion social networks worked between procurers and providers. In the documentary "Children of the decree," director Florin Iepan explores Ceaușescu's pronatalist policies by subversively juxtaposing official propaganda images with a series of interviews with medical professionals, abortionists and women, who experienced back alley abortionists. The male dominated secret police and the medical establishment all monitored and controlled women's fertility. Women suspected of inducing abortion were often threatened with arrest. Doctors performing illegal abortions were imprisoned if caught. The militia was in charge of hospitals and gynaecology wards. Doctors forcefully checked for pregnancy in factories (Iepan 2005). Women were disproportionately carrying the reproductive burden, as they had to procure illegal abortions or raise the children. Such reproductive choices were also motivated by scarce availability of food in the 1980s. Romanian women showed resistance to state control of reproduction, by accessing a deadly system of illegal back-alley abortions, often performed by amateurs lacking medical knowledge.

### **La représentation de l'avortement dans le cinéma postcommuniste roumain, l'agentivité maternelle des femmes et l'interdiction de l'avortement dans la Roumanie communiste**

Cette présentation examine la représentation des avortements illicites dans le cinéma postcommuniste roumain et propose un historique des traumatismes liés à l'interdiction de l'avortement pendant la période socialiste de 1966-1989, lorsque le Décret 770 était en vigueur. Ces politiques pro-natalistes coercitives reposaient sur le rôle reproductif des femmes dans la construction socialiste et illustrent à quel point le contrôle exercé par un gouvernement sur les corps des femmes peut être dangereux. Le célèbre film roumain « 4 mois, 3 semaines et 2 jours » (2007), réalisé par Cristian Mungiu et qui a été récompensé à Cannes, raconte l'histoire d'une étudiante qui doit recourir à un avortement illégal et montre sa peur et son désespoir, alors qu'elle cherche à avorter. Cette histoire n'est pas unique ; mais elle est surtout tragique en raison de son omniprésence chez les femmes de la Roumanie communiste, un pays doté de politiques de contrôle de la population des plus draconiennes. Néanmoins, les personnages féminins du film de Mungiu montrent l'agentivité de la reproduction qui résiste au regard du gouvernement et de la police secrète, qui scrutent activement leurs organes de reproduction. L'avortement clandestin est devenu un moyen de retirer les corps des femmes roumaines du contrôle de l'État, ainsi qu'une forme d'émancipation. Mungiu montre également comment les réseaux sociaux d'avortements clandestins ont fonctionné entre les acheteurs et les prestataires. Dans le documentaire « Enfants du décret », le réalisateur Florin Iepan explore la politique pro-nataliste de Ceaușescu en juxtaposant de manière subversive des images de propagande officielles à une série d'interviews de professionnels de la santé, de femmes, d'avorteuses et d'avorteurs. La police secrète et le corps médical, à prédominance masculine, surveillaient et contrôlaient la fertilité des femmes. Les femmes soupçonnées d'avoir provoqué un avortement étaient souvent menacées d'être arrêtées. Les médecins pratiquant des avortements illégaux étaient emprisonnés s'ils étaient pris sur le fait. La milice contrôlait les hôpitaux et les salles de gynécologie. Les médecins avaient recours à l'usage de la force pour identifier les grossesses dans les usines (Iepan 2005). Les femmes devaient porter le fardeau de la procréation de façon disproportionnée, car elles devaient se faire avorter illégalement ou élever leurs enfants. Ces choix en matière de procréation étaient également motivés par la rareté des denrées alimentaires disponibles dans les années 1980. Les femmes roumaines ont résisté au contrôle de leur reproduction par l'État, en accédant à un système d'avortements clandestins potentiellement mortels, car souvent pratiqués par des amateurs sans connaissances médicales.

Agnes Arnold-Forster, University of Edinburgh

### **A Feminist History of Urinary Tract Infections: Experience and Evidence in the Canadian and British Women's Health Movements, 1970-2000**

Urinary tract infections are the most common type of bacterial infection. Women are at greater risk, with a lifetime incidence approaching 50%. Notwithstanding this formidable burden on both patients and health services, the history of UTIs is almost entirely unknown. This paper will explore the history of UTIs, their place in the Canadian and British women's health movements, and their connection to debates about female bodily autonomy, the doctor-patient relationship, and the value of individual testimony in modern and contemporary healthcare systems. Despite their prevalence, UTIs can be difficult to accurately diagnose and can come in a variety of forms. They are a gendered set of conditions, and often act in tandem with other maladies seen as peculiarly 'female.' They can be exacerbated by hormonal birth control, and often interact unpredictably with pregnancy and the menstrual cycle. UTIs are also often recurrent or chronic, and women rapidly become experts in self-diagnosis. And yet, and as this paper will suggest, physicians have frequently dismissed the self-knowledge of their female patients when it comes to the diagnosis and treatment of UTIs. The resulting frustration has prompted sufferers to seek alternative remedies and means of support. While scholars have studied the British and North American women's health movements, UTIs specifically remain under-examined. Drawing on oral history interviews, alongside articles published in the medical and feminist press from the 1970s to c.2000, this paper will explore feminist efforts to establish experience of UTIs as evidence in the diagnostic process, and their attempts to build patient communities, advocate for themselves, and find solace in fellow sufferers.

### **L'histoire féministe sur les infections urinaires : expérience et données probantes tirées des mouvements pour la santé des femmes canadiennes et britanniques, 1970-2000**

Les infections urinaires (IU) sont le type d'infection bactérienne le plus courant. Les femmes présentent plus de risque, avec une incidence à vie approchant 50 %. En dépit de ce formidable fardeau pour les patientes et les services de santé, l'histoire des IU est presque entièrement inconnue. Cet article explorera l'histoire des IU, leur place dans les mouvements de santé des femmes canadiennes et britanniques, et leur lien avec les débats sur l'autonomie corporelle féminine, la relation médecin-patient et la valeur du témoignage individuel dans les systèmes de santé modernes et contemporains. Malgré leur prévalence, les IU peuvent être difficiles à diagnostiquer avec précision et peuvent se présenter sous diverses formes. Elles représentent un ensemble de problèmes genrosécifiques, et agissent souvent en tandem avec d'autres maladies considérées comme typiquement « féminines ». Elles peuvent être exacerbées par la contraception hormonale et, souvent, interagir de manière imprévisible avec la grossesse et le cycle menstruel. Les IU sont également souvent récurrentes ou chroniques, et les femmes deviennent rapidement des expertes en autodiagnostic. Et pourtant, comme cet article le laissera entendre, les médecins ont souvent ignoré la connaissance de soi de leurs patientes lorsqu'il s'agit du diagnostic et du traitement des infections urinaires. La frustration qui en a résulté a incité les personnes atteintes à chercher d'autres recours et méthodes d'aide. Alors que les chercheurs ont étudié les mouvements de santé des femmes britanniques et nord-américaines, les IU demeurent spécifiquement sous-examinées. S'appuyant sur des entrevues d'histoire orale, ainsi que des articles publiés dans la presse médicale et féministe des années 1970 à circa 2000, cet article explorera les efforts féministes pour donner à l'expérience des IU le statut de preuve dans le processus de diagnostic, et leurs tentatives pour édifier des communautés de patientes, pour défendre leurs intérêts, et pour trouver du réconfort auprès des autres femmes atteintes.

Georgia Haire, University of Kent

### **Unconsummated Marriage: Medical Understandings and Approaches to Vaginismus in Canada, 1960s-1980s**

First termed in the 19th century, vaginismus is often characterised by an involuntary tightening of muscles around the vagina whenever penetration is attempted. Although these medical descriptions do not encapsulate every experience of the condition, it is generally agreed that the condition makes penetration near impossible – as well being painful and distressing for those that suffer from it. The use of tampons, penetrative intercourse, cervical examinations, and other activities become sources of shame and fear for sufferers. However, given the condition's connections to sexual 'dysfunction', vaginismus has largely been framed by Canadian medical professionals as a strictly heterosexual, sexual issue. Such attitudes have impacted the way in which the condition was treated – as well as who was treated – with penetrative sex (with a man) often being framed as the ultimate goal of treatment. Thus, in contemporary medical narratives, the typical vaginismus sufferer was presented as a married, heterosexual woman. Using contemporary medical approaches to vaginismus and by examining the social and cultural norms that guided treatments for vaginismus, this paper aims to analyse the framing of this condition in Canada from the late 1960s-1980s. Guided by contemporary professional and patient narratives; feminist qualitative research into sexual pain disorders; and other archival evidence, this paper will also explore the ways in which this framing reinforced heteronormative understandings of sex, sexual pain, and pleasure. Furthermore, this paper will present the limitations of conceptualising vaginismus as a condition that solely affects cis-gendered, heterosexual women – and in particular, married women. This paper highlights the issues that surrounded the diagnosis and treatment of vaginismus in Canada throughout the later twentieth century, as well as how such perceptions of the condition persist into the present day.

### **Mariage non consommé : compréhension médicale et approches du vaginisme au Canada, durant les années 1960-1980**

Nommé pour la première fois au XIX<sup>e</sup> siècle, le vaginisme est souvent caractérisé par un resserrement involontaire des muscles autour du vagin chaque fois que la pénétration est tentée. Bien que ces descriptions médicales n'englobent pas toutes les expériences de ce trouble, il est généralement admis que le trouble rend la pénétration presque impossible, ainsi que douloureuse et pénible pour celles qui en sont atteintes. L'utilisation de tampons, les rapports avec pénétration, les examens du col utérin et d'autres activités deviennent des sources de honte et de peur pour les personnes qui en sont atteintes. Cependant, étant donné les liens de ce trouble avec la « dysfonction » sexuelle, le vaginisme a été largement présenté par les professionnels de la santé canadiens comme un problème sexuel strictement hétérosexuel. De telles attitudes ont eu un impact sur la façon dont le trouble a été traité — ainsi que sur les personnes traitées —, car les rapports sexuels avec pénétration (avec un homme) ont souvent été présentés comme le but ultime du traitement. Ainsi, dans les discours médicaux contemporains, la victime typique du vaginisme était présentée comme une femme mariée et hétérosexuelle. En utilisant des approches médicales contemporaines au sujet du vaginisme et en examinant les normes sociales et culturelles qui ont guidé les traitements du vaginisme, cet article vise à analyser les discours sur ce trouble au Canada, de la fin des années 1960 aux années 1980. Guidé par des récits contemporains professionnels et patients, des recherches féministes qualitatives sur les troubles de la douleur sexuelle et d'autres preuves archivistiques, cet article explorera également les façons dont ces discours ont renforcé les conceptions hétéronormatives du sexe, de la douleur sexuelle et du plaisir. Outre cela, cet article présentera les limites de la conceptualisation du vaginisme comme un trouble qui affecte uniquement les femmes hétérosexuelles cisgenres, et tout particulièrement les femmes mariées. Cet article met en lumière les enjeux qui ont touché le diagnostic et le traitement du vaginisme au Canada tout au long de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, ainsi que la façon dont de telles perceptions de ce trouble persistent de nos jours.

Wendy Kline, Purdue University

### **Taking the Show on the Road: Translating Feminist Self-Help**

The first time Carol Downer saw a cervix, she was enthralled. It was 1971, and a patient was getting an IUD inserted inside of a small storefront used as an abortion and birth control clinic. “I looked down and there was this woman lying on the table, the speculum was in and I could see her cervix, you know, the light was shining on it,” she recalled. If it was that easy to see, why weren’t women given the opportunity to look? She took a clear plastic speculum from the clinic, brought it home, and decided to see for herself. Downer’s story is well known among women’s health activists because of what happened next: on April 7, 1971, about thirty women gathered in the back of a feminist bookstore in Venice, California, where Downer demonstrated a cervical self-exam and welcomed others to look. According to Downer, “the self-help clinic was born right then.” Whether or not Downer was accurate in claiming she “discovered” self-help (as a sort of feminist appropriation of Sims’ discovery of the speculum), the idea “spread like wildfire.” What is less well known is exactly how these ideas spread. This paper tracks the transmission of self-help ideas as feminist activists took their show on the road. In 1973, Carol Downer and Debra Law packed up 200 speculums, a slide projector, two sets of self-help slides, twenty-five pounds of self-help handouts, and headed to Europe. They traveled through eight European countries “by bus, train, plane, boat, car, tram, underground, and tube;” where they delivered 56 presentations to approximately 2500 European women. Focusing on the response of feminist self-help groups in London, Berlin, and Rome, I argue that translating the ideas of pelvic health in different cultural contexts revealed the potentials and pitfalls of a transnational feminist health alliance.

#### **« Sur la route » : la transmission de l’autoassistance féministe**

La première fois que Carol Downer a vu un col d’utérus, elle a été captivée. C’était en 1971, et on posait un stérilet à une patiente se trouvant à l’intérieur d’une petite boutique servant de clinique d’avortement et de contraception. « J’ai regardé vers le bas, et il y avait cette femme allongée sur la table, le spéculum était inséré et je pouvais voir son col, vous savez, la lumière le faisait briller », se souvient-elle. Si c’était si facile à voir, pourquoi les femmes n’ont-elles pas eu l’occasion de regarder ? Elle a pris un spéculum en plastique transparent de la clinique, l’a ramené à la maison et a décidé de voir par elle-même. L’histoire de Downer est bien connue parmi les activistes de la santé des femmes en raison de ce qui s’est passé ensuite : le 7 avril 1971, une trentaine de femmes se sont rassemblées à l’arrière d’une librairie féministe à Venice, en Californie, où Downer a fait une démonstration d’autoexamen cervical et a invité d’autres à regarder. De l’avis de Downer, « la clinique d’autoassistance est née à ce moment-là ». Que Downer ait eu raison ou non de prétendre qu’elle avait « découvert » l’autoassistance (comme une sorte d’appropriation féministe de la découverte du spéculum par Sims), l’idée « s’est propagée comme une traînée de poudre ». Ce qui est moins bien connu, c’est comment ces idées se propagent, exactement. Cet article fait état de la transmission des concepts d’autoassistance, au moment où les activités des militantes féministes ont pris de l’ampleur. En 1973, Carol Downer et Debra Law ont emballé 200 spéculums, un projecteur de diapositives, deux séries de diapositives d’autoassistance, environ onze kilos de documents d’autoassistance, et ont pris la direction de l’Europe. Voyageant à travers huit pays européens « en autobus, en train, en avion, en bateau, en voiture, en tramway et en métro », elles ont donné 56 présentations à environ 2500 femmes européennes. En me concentrant sur la réaction des groupes d’autoassistance féministes établis à Londres, Berlin et Rome, je soutiens que la transmission des concepts sur la santé pelvienne dans différents contextes culturels a révélé les potentialités et les pièges d’une alliance transnationale féministe pour la santé.



Karissa Patton, University of Edinburgh

### **“To take control of and responsibility for our own bodies”: The Self-Exam and Notions of Responsibility in Feminist Health Centres in 1970s and 1980s Alberta and British Columbia**

This paper examines the history of feminist health centres, self-examination, and shifting notions of health rights and responsibilities in 1970s and 1980s Canada. To do so, I use two case studies: the Vancouver Women’s Health Collective (VWHC) and the Calgary Birth Control Association (CBCA). My collaborative work with Whitney Wood (*CHR*, 2023) explored the self-exam as a feminist health praxis in late 20<sup>th</sup> century Canada. In the 1970s women’s health activists in Canada and the United States conceptualized both breast and pelvic self-examinations as tools to learn about sexual and reproductive anatomy, familiarized themselves with their unique bodies, and detect early issues or abnormalities away from the patriarchal medical gaze. Our article exposed how public discourse around self-exams overshadowed the liberative roots of the practice by discursively charging women with the responsibility to protect their families and to lower cost of public health services. Building on this collaborative work, this paper examines how notions of responsibility, autonomy, and preventative care intersected, not just in public and medical commentary but also within alternative feminist health spaces. In the 1970s and 1980s, feminist health activists utilized concepts of responsibility and prevention in their educational resources and literature about the self-exam and pap smears. CBCA resource materials for their 1976 Women’s Health Weekend, for example, states that “total dependence on the doctor reinforces a person’s lack of knowledge of and responsibility for her own health care.” Similarly, the VWHC’s 1983 “A Feminist Approach to Pap Tests” positioned the cervical self-exam as “an important part of the process of women beginning to take control of and responsibility for our own bodies.” This paper queries how and why feminist health centres framed responsibility as a key part of women’s health liberation. In doing so, I place the feminist health movement within the larger context of changing political attitudes and emergent healthcare economies in 1970s and 1980s Canada, and how this broader context shaped activists strategized and framed their work.

### **« Prendre le contrôle et la responsabilité de nos propres corps » : l’autoexamen et les notions de responsabilité dans les centres de santé féministes dans les années 1970 et 1980 en Alberta et en Colombie-Britannique**

Cet article examine l’histoire des centres de santé féministes, l’autoexamen et les notions changeantes des droits et responsabilités en matière de santé dans les années 1970 et 1980 au Canada. Pour ce faire, j’utilise deux études de cas, celles du Vancouver Women’s Health Collective (VWHC) et de la Calgary Birth Control Association (CBCA). Mes travaux effectués en collaboration avec Whitney Wood (*CHR*, 2023) ont exploré l’autoexamen en tant que pratique féministe de la santé à la fin du XX<sup>e</sup> siècle au Canada. Dans les années 1970, les activistes de la santé des femmes au Canada et aux États-Unis ont conceptualisé les autoexamens mammaires et pelviens comme des outils pour acquérir des connaissances sur l’anatomie sexuelle et reproductive, se familiariser avec leur corps unique et repérer les problèmes précoces ou les anomalies, à l’abri du regard médical patriarcal. Notre article a décrit comment le discours public autour des autoexamens a éclipsé les racines libératrices de la pratique, dans un discours qui donnait aux femmes la responsabilité de protéger leurs familles et de réduire le coût des services de santé publique. Tirant parti de ce travail collaboratif, cet article examine comment les notions de responsabilité, d’autonomie et de soins préventifs se sont recoupées, non seulement dans les commentaires publics et médicaux, mais aussi dans les espaces de santé féministes alternatifs. Dans les années 1970 et 1980, les militantes féministes de la santé ont utilisé les concepts de responsabilité et de prévention dans leurs ressources éducatives et leur littérature sur l’autoexamen et les Pap tests. Les documents de ressources de la CBCA préparés pour la « Fin de semaine de la santé des femmes de 1976 », par exemple, indiquent que « la dépendance totale à l’égard du médecin renforce le manque de connaissance et de responsabilité d’une personne à l’égard de ses propres soins de santé ». De même, un article du VWHC publié en 1983 sur la thématique d’une approche féministe aux Pap tests considérait l’autoexamen cervical comme « une partie importante du processus des femmes qui commencent à prendre le contrôle et la responsabilité de nos propres corps ». Cet article décrit comment et pourquoi les centres de santé féministes ont défini la responsabilité comme un élément clé de la libération des femmes par rapport à la santé. Ce faisant, j’inscris le mouvement féministe de la santé dans le contexte plus large de l’évolution des attitudes politiques et des économies émergentes portant sur les soins de santé dans les années 1970 et 1980 au Canada, et comment ce contexte plus large a influencé comment les militantes ont mis en stratégie et encadré leur travail.

Jaipreet Virdi, University of Delaware

### **Endo Existence: Between Cultural and Medical Histories**

Endometriosis is a complex, debilitating disease that affects one in ten women worldwide. It is a health concern that is frequently misunderstood and misdiagnosed, taking an average of ten years for a patient to receive a diagnosis, thus severely reducing their quality of life. Though endometriosis patients regularly have their pain dismissed by medical experts, the disease is rooted in a long history of gender bias, misogyny, and sexism in reproductive healthcare. Though endometriosis can affect multiple organ systems and is not gender-specific, it is largely considered a “woman’s disease” that causes chronic pain and infertility. As 1970s feminist health activists transformed crucial aspects of healthcare and secured important patient rights, they also challenged conventional thinking about the female body and demanded access to information about their own health. Yet it took twenty years for activists to argue endometriosis needed to be recognized as an invisible and neglected disease, one that is a substantial health burden requiring state funding and support. Crucially, they pushed for endometriosis to be recognized primarily as a pain problem, not a fertility issue. Following up from a 2019 clinical study that concluded East and South Asian women have 8.3% greater incidences of stage III and IV endometriosis, this paper examines the cultural and social histories of endometriosis in South Asian groups. Focusing on patient activism and the challenges brought by stigma against reproductive health, my aim is to unpack how tensions between cultural and medical histories shape disease experience.

### **Une existence endocentrique, entre les histoires d’ordre culturel et d’ordre médical**

L’endométriose est une maladie complexe et débilitante qui touche une femme sur dix dans le monde. Il s’agit d’un problème de santé souvent mal compris et mal diagnostiqué. En moyenne, il faut dix ans pour qu’une patiente reçoive un diagnostic, réduisant ainsi gravement sa qualité de vie. Bien que les patientes atteintes d’endométriose constatent régulièrement que leurs douleurs sont ignorées par les experts médicaux, la maladie est enracinée dans une longue histoire de préjugés sexistes, de misogynie et de sexisme dans les soins de santé reproductive. Bien que l’endométriose puisse affecter plusieurs systèmes d’organes et qu’elle ne soit pas genrosécificique, elle est largement considérée comme une « maladie de femme » qui provoque des douleurs chroniques et l’infertilité. Alors que les militantes féministes du domaine de la santé des années 1970 transformaient des aspects cruciaux des soins de santé et obtenaient d’importants droits pour les patientes, elles remettaient également en question la pensée conventionnelle sur le corps féminin et exigeaient l’accès à l’information sur leur propre santé. Pourtant, il a fallu vingt ans pour que les militantes soutiennent que l’endométriose devait être reconnue comme une maladie invisible et négligée, une maladie qui représente un fardeau de santé considérable nécessitant un financement et un soutien de l’État. Mais de manière cruciale, elles ont fait pression pour que l’endométriose soit reconnue principalement comme un problème de douleur, et non comme un problème de fertilité. Faisant suite à une étude clinique de 2019 qui a conclu que les femmes de l’Asie de l’Est et du Sud ont une incidence plus élevée, de 8,3 %, de souffrir d’endométriose de stade III et IV, cet article examine les histoires culturelles et sociales de l’endométriose dans les groupes d’Asie du Sud. En me concentrant sur le militantisme des patientes et les défis posés par la stigmatisation à l’égard de la santé reproductive, mon objectif est de découvrir comment les tensions entre les histoires culturelles et médicales influencent l’expérience de la maladie.

Rob Boddice, Tampere University

## **A Speculative History of the Placebo Effect**

History, as Benjamin Franklin wrote in a report on Mesmerism for King Louis XVI of France, has ‘transmitted to us a great number of cures operated by fear, by joy, or the commotion of any violent passion’. A few years later, English physician John Haygarth noted the curative power of ‘hope and faith’. Thus, by the year 1800, modern knowledge of the power of placebo had been formulated by scientific and medical authorities, even if the phenomena had not yet been so named. Yet neither Franklin nor Haygarth claimed to have discovered anything. Both relied on historical example to state their cases. The power of words, gestures, rituals, the senses, the emotions, and medical (or magical) authority to heal and to harm was ancient knowledge, recorded since antiquity. What marks both Franklin’s and Haygarth’s interventions is their explicit intention to demonstrate that specific medical practices were based on deception. They carried out, in essence, the first trials to make use of placebo to show that the medical benefits claimed for particular therapies were false. Clearly, people felt better, but it had nothing obviously to do with animal magnetism or patent poking sticks. Placebo researchers in the present have discounted pre-modern medicine as ‘bizarre’ and have invalidated its practitioners as deceivers, wizards and quacks. What does that history look like if the intention is not to discount or to ridicule, or else to hold up ‘folk’ medicine as poor relation of ‘scientific’ medicine, but rather to investigate the undeniable reality that people often felt better when treated with intrinsically inert drugs and therapies? What if, prompted by Franklin and Haygarth, the ancient knowledge of placebo and nocebo is validated through an analysis of the way it functioned in and through the medical encounter?

## **Une histoire spéculative de l’effet placebo**

L’histoire, comme l’écrivait Benjamin Franklin dans un rapport sur le mesmérisme destiné au roi de France Louis XVI, « nous a transmis un grand nombre de guérisons opérées par la peur, par la joie ou par le tumulte de toute passion violente ». Quelques années plus tard, le médecin anglais John Haygarth notait le pouvoir curatif de « l’espoir et de la foi ». Ainsi, avant l’année 1800, une compréhension moderne du pouvoir du placebo avaient été formulées par les autorités scientifiques et médicales, même si le phénomène n’avait pas encore été nommé ainsi. Pourtant, ni Franklin ni Haygarth ne prétendaient avoir découvert quoi que ce soit. Tous deux s’appuyaient sur des exemples historiques pour exposer leurs arguments. Le pouvoir des mots, des gestes, des rituels, des sens, des émotions et de l’autorité médicale (ou magique) pour guérir et pour nuire était un savoir ancien, enregistré depuis l’Antiquité. Ce qui marque les interventions de Franklin et de Haygarth, c’est leur intention explicite de démontrer que certaines pratiques médicales étaient fondées sur la tromperie. Ils ont effectué les premiers essais utilisant un placebo pour montrer que les bénéfices médicaux revendiqués pour certaines thérapies étaient faux. De toute évidence, les gens se sentaient mieux, mais cela n’avait rien à voir avec le magnétisme animal ou des bâtons à piquer. Aujourd’hui, les chercheurs qui s’intéressent au placebo rejettent la médecine prémoderne comme étant « bizarre » et invalident ses praticiens en les qualifiant de trompeurs, de sorciers et de charlatans. À quoi ressemblerait cette histoire si l’intention n’était pas de minimiser ou de ridiculiser, ou encore de faire de la médecine « populaire » le parent pauvre de la médecine « scientifique », mais plutôt d’enquêter sur la réalité indéniable selon laquelle les gens se sentent souvent mieux lorsqu’ils sont traités avec des médicaments et des thérapies intrinsèquement inertes ? Et si, sous l’impulsion de Franklin et Haygarth, la connaissance ancienne du placebo et du nocebo était validée par une analyse de la manière dont elle fonctionnait dans et à travers la rencontre médicale ?

Marie van Haaster, European University Institute

### **The Politics of Consolation in Late 19<sup>th</sup> Century Paris**

This paper explores the changing role of consolatory practices in a late 19th-century Parisian hospital, in the context of the secularization of health care. The question of consolation - of how to cope with death and suffering in a world without God - has been largely ignored in historiography on the secularization of hospitals. This paper shows how consolation and its lack became key issues in the debates on secularization. In July 1883, the municipal council of Paris abolished the chaplain services in all public hospitals in the city. This measure was met with widespread protest. It was discussed extensively in parliament and in the press, hundreds of patients signed petitions, and some wrote individual letters for the return of their chaplains. This paper focusses on a set of 21 letters from young and poor women with disabilities living in the Salpêtrière hospital. In these letters, they expressed their need for consolation and argued that consolation could only be given by daily religious practice in the presence of a chaplain. They described how the new measure forced them, despite physical difficulties and with great effort, to make their way outside to the parish church every day. A month after the suppression of chaplaincy, a daily mass was reintroduced in the Salpêtrière chapel, for reasons of “order and discipline.” This paper argues that the events of the summer of 1883 reflect a conflict between two opposing views of consolation, and shows how in this conflict the need for consolation became a locus of solidarity and collective action amongst women in the Salpêtrière. Instead of treating consolation only as a matter of abstract arguments or verbal practices, this paper shows the social and political stakes involved.

### **La politique de consolation à Paris à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle**

Cette intervention a pour objet l'évolution du rôle des pratiques consolatrices dans un hôpital parisien à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. La question de la consolation - de comment faire face à la mort et à la souffrance dans un monde sans Dieu - a été largement ignorée dans l'historiographie sur la sécularisation des hôpitaux. Pourtant, je soutiens que la consolation religieuse et son absence étaient des questions clés dans les débats de l'époque. En juillet 1883, le conseil municipal de Paris supprima le service d'aumônerie dans les hôpitaux publics de la ville. Cette mesure suscita de vives protestations de part et d'autre de la société : elle fit débat au parlement et dans la presse, et des centaines de patients se mobilisèrent soit en signant des pétitions, soit en écrivant des lettres. La présente recherche se concentre sur un ensemble de 21 lettres de femmes, relativement jeunes, en situation de handicap et de pauvreté, qui vivaient à l'hôpital de la Salpêtrière. Dans ces lettres, elles expriment leur besoin de consolation et affirment que cette consolation ne peut être apportée que par une pratique religieuse quotidienne en présence d'un aumônier. Elles décrivent notamment que la nouvelle mesure les oblige, malgré des difficultés physiques et au prix d'un grand effort, à se rendre chaque jour à l'église paroissiale. Un mois après la suppression de l'aumônerie, une messe quotidienne est réintroduite dans la chapelle de la Salpêtrière, pour des raisons « d'ordre et de discipline ». Cette présente intervention propose que les événements de l'été 1883 reflètent un conflit entre deux conceptions opposées de la consolation, et que, lors de ce conflit, les besoins de consolation devinrent un lieu de solidarité et d'action collective pour les habitantes de la Salpêtrière. Au lieu de traiter la consolation seulement comme une question d'idées abstraites et de pratiques verbales, cette étude dévoile ses enjeux politiques et sociaux.

Leticia Fernández-Fontecha, University of North Carolina, Chapel Hill

### **Infant Pain Denial**

This paper examines the historical evolution of infant pain denial in Britain and North America from 1890 to 1950 within three distinct scientific communities: the Child Study movement, behavioral psychology, and paediatrics. Each community approached the issue of a child in pain and the concept of infant pain denial in its own way, yet there were notable interconnections and cross-disciplinary influences. The analysis reveals that depictions of children's pain were shaped by the ongoing struggle for recognition among these disciplines. The study delves into the roots of skepticism towards acknowledging infant pain, uncovering its profound implications in the field of paediatrics. Departing from exclusively scientific discourse, the paper explores the representation of a child in pain within the realm of paediatrics, including discussions on surgery and anesthesia in medical practice. By doing so, it contends that conflicting and occasionally contradictory portrayals of the child in pain coexisted simultaneously across various contexts, even within the same discipline.

### **Déni de la douleur des nouveau-nés**

Cet article étudie l'évolution historique du déni de la douleur des nouveau-nés en Grande-Bretagne et en Amérique du Nord de 1890 à 1950 au sein de trois communautés scientifiques distinctes : le mouvement Child Study, la psychologie comportementale et la pédiatrie. Chaque communauté a abordé la question de l'enfant souffrant et le concept de déni de la douleur des nouveau-nés à sa manière, mais il existe des interconnexions et des influences interdisciplinaires notables. L'analyse révèle que les représentations de la douleur des enfants ont été façonnées par la lutte permanente entre ces disciplines pour la reconnaissance. Cette recherche explore les racines du scepticisme à l'égard de la reconnaissance de la douleur des nouveau-nés, révélant ainsi ses profondes implications dans le domaine de la pédiatrie. S'éloignant d'un discours exclusivement scientifique, l'article explore la représentation d'un enfant souffrant dans le domaine de la pédiatrie, y compris des discussions sur la chirurgie et l'anesthésie dans la pratique médicale. Ce faisant, il soutient que des représentations conflictuelles et parfois contradictoires de l'enfant souffrant coexistaient simultanément dans divers contextes, même au sein d'une même discipline.

Devyn Gwynne, Concordia University

### ***Chymical Solutions and Spagyric Salts: Sympathetic Magic and the Universal Spirit of Salt***

Seventeenth century medicinal philosophy presented a world connected by spirits and their sympathies. Kenelm Digby (1603-1665) argued that by using this interconnected world one could treat patients with minimal contact. This was described as a *spagyric* art: combining medicinal knowledge of the illnesses and ailments with the practical *chymical* treatments available. These cures and their practitioners imagined a future where knowing nature could improve the overall health of everyone. These solutions reached a new height, being used to treat plagues, colicks, cancers, pox, fevers, dropsi, ill humours, wounds, colds, and more. Digby's cure was a powder of vitriol, considered a salt at this time. He argued that from the works of the earlier Paracelsus and Van Helmont, salt was a key part in the natural cycle of growth, fertility, and re-birth in nature; then, arguing that salt was a medicinal solution along the same lines of tapping into the naturally occurring system. In this intersection of the philosophy of nature and its medicinal applications, there is an explicit hope that the practitioner could solve lessen patient suffering and death through an applied understanding of nature. Combining the metaphysical, the philosophical, and the medicinal, Digby, and later philosophers of this universal salt, present an intergenerational interest in understanding an interconnected reality between human and nature through an aspiration to improve the human condition.

### **Solutions *chymical* et sels *spagyric* : magie sympathique et l'esprit universel du sel**

La philosophie médicale du XVII<sup>e</sup> siècle présentait un monde connecté par les esprits et leurs connexions sympathiques. Kenelm Digby (1603-1665) soutenait que ce monde de connexions offrait la possibilité de traiter des patients avec un contact minimal. Ce type de médecine était décrit comme un art *spagyric* : qui cherchait à joindre le savoir médical des certaines maladies avec les solutions pratiques des traitements *chymical*. Ces remèdes et les personnes qui les offraient prévoyaient un avenir où le savoir de la nature pourrait être utilisé pour améliorer la santé générale. Ces solutions ont été utilisées pour combattre la peste, les coliques, les cancers, la variole, les fièvres, l'hydropisie, les mauvaises humeurs, les blessures, les rhumes, et plusieurs d'autres maladies. Digby proposa un remède à base de vitriol, considéré comme un sel. Utilisant les théories de Paracelsus et Van Helmont, Digby proposait que le sel jouait un rôle important dans le cycle de la nature, plus précisément, dans les cycles de fécondité et de recyclage de matière biologique. Il a fait valoir que le sel pouvait être une solution médicale car il faisait partie intégrante de ces cycles. Dans cette intersection de la philosophie de la nature et son application médicale, il existait un espoir que ceux pratiquant cette médecine pouvaient réduire la souffrance et la mort. En rapprochant la métaphysiques, la philosophie, et la médecine, Digby et les autres philosophes de ce sel universel présentent un intérêt multigénérationnel dans le savoir d'un univers interconnecté avec l'espoir d'améliorer la condition humaine.

Yuxi Liu, Shanghai Tech University

### **La réception de l'acupuncture au Québec (1972-1977)**

Le début des années 1970 témoigne de la montée d'un courant d'intérêt pour la médecine chinoise sur le sol nord-américain. Le corps médical canadien envoie plusieurs délégations de professionnels en Chine pour analyser les effets analgésiques et curatifs de l'acupuncture. Au Québec, cette décennie est marquée par de multiples conflits entre la Corporation professionnelle des médecins et les acupuncteurs non médecins, considérés par cette première comme « charlatans », dans le processus de la réglementation de l'exercice de l'acupuncture. Les deux parties n'ont pas hésité à s'appuyer sur les médias de masse pour chercher du soutien auprès du grand public, au point où leurs débats deviennent un phénomène. Au Québec, la circulation et le métissage des savoirs et des pratiques relatifs à la médecine chinoise se sont concrétisés par un processus de localisation et d'enracinement dont divers acteurs (écoles de médecine, organismes de réglementation professionnelle, associations d'acupuncteurs, etc.) ont fait partie. Cette communication s'intéresse au rôle joué par les universitaires dans l'histoire de la réglementation de la pratique de la médecine chinoise au Québec, et, en particulier la façon dont ils ont contribué à la définition et à la redéfinition de frontières entre médecine reconnue et non reconnue. Le contexte sanitaire contemporain nous offre une nouvelle opportunité pour réfléchir à diverses manières de considérer la santé, la maladie et le corps. L'étude des rapports, parfois conflictuels, entre la médecine dite « traditionnelle » en Occident et celles pratiquées par des peuples qui bénéficient d'une histoire millénaire, devrait permettre de voir la possibilité de se freiner un chemin vers un futur où les professionnels de santé peuvent travailler ensemble pour « assurer nos avenir communs ».

### **The Reception of Acupuncture in Quebec (1972-1977)**

The early 1970s witnessed the rise of an interest in Chinese medicine in North America. The Canadian medical profession sent several delegations of professionals to China to study the analgesic and curative effects of acupuncture. In Quebec, this decade was marked by numerous conflicts between the Corporation professionnelle des médecins and non-medical acupuncturists, who were regarded by the former as “charlatans”, in the process of regulating the practice of acupuncture. Both sides have not hesitated to use the mass media to seek support from the general public, to the point where their debates have become a phenomenon. In Quebec, the circulation and cross-fertilisation of knowledge and practices relating to Chinese medicine have taken the form of a process of localisation and entrenchment in which various players (medical schools, professional regulatory bodies, acupuncturists' associations, etc.) have been involved. This paper looks at the role played by academics in the history of the regulation of the practice of Chinese medicine in Quebec, and in particular the way in which they have contributed to defining and redefining the boundaries between recognised and non-recognised medicine. The contemporary health context offers us a new opportunity to reflect on different ways of looking at health, illness and the body. The study of the sometimes-conflicting relationships between so-called “traditional” medicine in the West and that practised by peoples with a history stretching back thousands of years should enable us to see the possibility of clearing a path towards a future in which health professionals can work together to “secure our common future”.

Paris Dastjerdi, McGill University

### **Restoring Avicenna's Tomb: A Historical Recount of William Osler's Efforts**

This research delves into the historical significance of Dr. William Osler's efforts to restore the tomb of Avicenna. Avicenna (980-1037 CE) was a Persian polymath and author of the renowned "Canon of Medicine," one of the most authoritative medical works in the pre-modern world. Osler's campaign efforts are narrated through extensive archival material, including Osler's correspondence with doctors and officials in Persia and the UK, and historical documents related to Avicenna's tomb. The research also looks at the sequence of events and connections that were made along the way which either facilitated or hindered the (eventually unsuccessful) campaign. The contemporary political context, as well as the 'culture of commemoration' in which Osler participated, will also be addressed.

### **Restaurer le tombeau d'Avicenne : récit historique des efforts de William Osler**

Cette recherche explore la signification historique des efforts du Dr. William Osler pour restaurer le tombeau d'Avicenne. Avicenne (980-1037 CE) était un polymathe persan et l'auteur du célèbre « Canon de la médecine », l'une des œuvres médicales faisant le plus figure d'autorité dans le monde prémoderne. Les efforts de campagne d'Osler sont racontés à travers un matériel d'archives étendu, comprenant la correspondance d'Osler avec des médecins et des fonctionnaires en Perse et au Royaume-Uni, ainsi que des documents historiques liés au tombeau d'Avicenne. La recherche examine également la séquence d'événements et de connexions qui ont été établis en cours de route, facilitant ou entravant la campagne (qui s'est finalement révélée infructueuse). Le contexte politique contemporain, ainsi que la « culture de la commémoration » à laquelle Osler a participé, seront également abordés.



## **The Othering of Epidemics: Nineteenth Century Seafarers and Architecture of Isolation**

Nineteenth century cholera epidemics led to the convening of the first International Sanitary Conference in Paris in 1851. The standardization of quarantine regulations across Europe following this meeting was an acknowledgement of interdependency among nations concerning matters of health and well-being. Almost all participating countries agreed that cholera entered Europe through Ottoman territories. The Ottoman envoy's claim was that cholera, dubbed as 'Asiatic cholera,' came from India with pilgrims carrying the disease to Mecca. In the second half of the nineteenth century the ailing Ottoman Empire signed several bilateral agreements granting European powers the authority to appoint physicians in its territories to inspect quarantine regulations. Thus, medicine became one of the control mechanisms in the informal colonization of the Near East. This period gave birth to the establishment of several hospitals and quarantine centres particularly serving seafarers arriving at Ottoman ports. The British-built sailors' hospitals and the French-built quarantine facilities became the architectural manifestation of the nineteenth-century travellers' unfortunate reputation as the vectors of disease. While hospitals like the British Seamen's Hospital in Istanbul had an isolation chamber and flexibly designed wards which doubled as quarantine areas when needed, some quarantine facilities like the Klazomen Quarantine Centre in Urla, Izmir were built on islands to guarantee complete isolation of the inmates. These buildings were designed to separate men from women, clean from dirty, dead from alive, rich from poor, and the European from the 'other'. These medical structures also served as platforms to display Europe's scientific progress with the inclusion of technology such as sterilization machines, wireless communication devices, and gas purifiers. With the English flag waving on top of its central tower, the British Seamen's Hospital in Istanbul ultimately became a symbol of Britain's colonial aspirations as it towered over the city's skyline greeting the ships arriving in the Ottoman capital. This paper examines European medical architecture in the late Ottoman Empire, questions the repeating patterns of separation embedded in hospitals and quarantine facilities, analyses the role these buildings played in strengthening imperialism, and explains how past attitudes towards infectious diseases resurfaced during the COVID 19 pandemic.

## **L'altérité des épidémies : les marins du XIX<sup>e</sup> siècle et l'architecture de l'isolement**

Les épidémies de choléra du XIX<sup>e</sup> siècle ont conduit à la convocation de la première Conférence sanitaire internationale à Paris en 1851. La normalisation des réglementations de quarantaine à travers l'Europe à la suite de cette réunion était une reconnaissance de l'interdépendance entre les nations en matière de santé et de bien-être. Presque tous les pays participants ont convenu que le choléra est entré en Europe via les territoires ottomans. L'envoyé ottoman affirmait que le choléra, surnommé « choléra asiatique », provenait d'Inde avec des pèlerins porteurs de la maladie se rendant à La Mecque. Dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Empire Ottoman affaibli a signé plusieurs accords bilatéraux accordant aux puissances européennes le pouvoir de nommer des médecins dans ses territoires pour inspecter les réglementations de quarantaine. Ainsi, la médecine est devenue l'un des mécanismes de contrôle de la colonisation informelle du Proche-Orient. Cette période a donné naissance à la création de plusieurs hôpitaux et centres de quarantaine, notamment au service des marins arrivant dans les ports ottomans. Les hôpitaux des marins construits par les Britanniques et les installations de quarantaine construites par les Français sont devenus la manifestation architecturale de la réputation malheureuse des voyageurs du XIX<sup>e</sup> siècle en tant que vecteurs de maladies. Alors que des hôpitaux comme l'Hôpital des marins britanniques à Istanbul disposaient d'une chambre d'isolement et de salles flexibles conçues pour servir également de zones de quarantaine lorsque cela était nécessaire, certaines installations de quarantaine comme le centre de quarantaine Klazomen à Urla, à Izmir, ont été construites sur des îles pour garantir l'isolement complet des détenus. Ces bâtiments ont été conçus pour séparer les hommes des femmes, les propres des sales, les morts des vivants, les riches des pauvres et les Européens des « autres ». Ces structures médicales ont également servi de plates-formes pour montrer les progrès scientifiques de l'Europe avec l'inclusion de technologies telles que des machines de stérilisation, des appareils de communication sans fil et des purificateurs de gaz. Avec le drapeau anglais flottant au sommet de sa tour centrale, l'Hôpital des marins britanniques à Istanbul est finalement devenu un symbole des aspirations coloniales de la Grande-Bretagne alors qu'il dominait le panorama de la ville en saluant les navires arrivant dans la capitale ottomane. Cet article examine l'architecture médicale européenne à la fin de l'Empire Ottoman, remet en question les schémas répétés de séparation ancrés dans les hôpitaux et les installations de quarantaine, analyse le rôle que ces bâtiments ont joué dans le renforcement de l'impérialisme et explique comment les attitudes passées à l'égard des maladies infectieuses ont refait surface pendant la pandémie de COVID-19.

David Monteyne, University of Calgary

## **Quarantine and Detention: Public Health and Canadian Immigration Architecture**

Early Canadian public health measures often targeted immigrants as sources of disease. Quarantine stations and immigrant detention hospitals provide architectural evidence of this in their design, function, and user experience. Canadian quarantine stations were built and operated from the 1830s well into the 20th century, and were devoted to the isolation of the sick, but even more so to the quarantine of immigrants (and others) suspected of exposure to a few key epidemic diseases such as smallpox; a single sick passenger meant quarantine for an entire ship. Quarantines were sited on both coasts in remote, secure locations where these suspects could not escape and blend into society before their period of detention was complete. By contrast, immigrant detention hospitals first appeared in Canada immediately after the federal Immigration Act of 1903, which required medical detention and care for immigrants with curable ailments, or who doctors wanted to observe further. Detention hospitals were sited in immigration ports such as Quebec City and Victoria. Quarantine stations were largely about waiting: if immigrants did not become sick, they were almost always admissible to Canada. Immigrant detention hospitals layered on the threat of rejection to medical observation and care. If they proved incurable, if they had a venereal disease or mental health issues, immigrants were inadmissible; the hospital became their prison while awaiting deportation. Quarantine was a group experience of barracks and hotels. The immigrant detention hospitals were premised on the individualization of the patient (or inmate) in supervised wards. Drawing on my recent book about federal government immigration buildings across Canada, this presentation compares the architectural and medical approaches to public health evinced by quarantine stations and detention hospitals. With a focus on the experiences of immigrants, doctors, and others in these buildings, the paper will demonstrate the salience of spatial sorting by class, race, and ethnicity, along with resistances and even escapes from medical detention. The buildings examined in this paper effectively materialized and operationalized both immigration and public health policy governing quarantine and medical inspection.

## **Quarantaine et détention : santé publique et architecture de l'immigration canadienne**

Les anciennes mesures de santé publique canadiennes ciblaient souvent les immigrants comme sources des maladies. Les stations de quarantaine et les hôpitaux de détention fournissent des preuves architecturales de ceci à travers leur forme, leur fonction et l'expérience des utilisateurs. Les stations de quarantaine canadienne ont été construites et opérées des années 1830 jusqu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Ils étaient dévoués à l'isolation des malades, mais d'autant plus à la quarantaine des immigrants (et d'autres) suspects d'avoir été exposés à certaines maladies clés répandues, comme la variole; un seul passager malade entraînait la quarantaine pour un navire entier. Les quarantaines se situaient sur les deux côtes, dans des endroits retirés et sécuritaires où les suspects ne pouvaient pas s'intégrer dans la société ni s'échapper avant la fin de leur période de détention. En revanche, les hôpitaux de détention pour immigrants sont apparus au Canada pour la première fois tout juste après l'acte d'immigration de 1903, nécessitant la détention, l'attention médicale et des soins pour les immigrants avec des maladies soignables ou bien ceux que les médecins voulaient observer davantage. Les hôpitaux de détention étaient situés dans des ports d'immigration tel que ceux dans les villes de Québec et de Victoria. Les stations de quarantaine étaient grandement centrées sur l'attente : si les immigrants ne tombaient pas malades, ils étaient quasiment toujours admissibles à entrer au Canada. Les hôpitaux de détention des immigrants ajoutaient à la menace du rejet à l'observation médicale et de soins puisque, même si les soins étaient disponibles, les malades vivaient avec le risque d'expulsion. S'ils s'avéraient incurables, s'ils avaient des maladies vénériennes ou des problèmes de santé mentale, les immigrants étaient considérés comme inadmissible; l'hôpital devenait leur prison en attendant d'être déportés. L'expérience collective de quarantaine comprenait des casernes et des hôtels. Les hôpitaux de détention pour les immigrants étaient basés sur l'individualisation des patients (ou des détenus) dans des salles d'hôpital surveillées. Basée sur mon livre récent portant sur les bâtiments d'immigration fédéraux au Canada, cette présentation compare des approches architecturales et médicales de la santé publique présentes dans les stations de quarantaine et dans les hôpitaux de détention. Avec une attention particulière portée sur l'expériences des immigrants, des médecins et des autres dans ces bâtiments, cet article démontrera la prédominance des tris spatiaux par classe sociales, race et ethnicité, ainsi que la résistance et même certains cas d'échappements à la détention médicale. Les bâtiments examinés dans cet article ont concrétisé et mis en opération de manière très efficace l'immigration et les règlements de la santé publique régissant la quarantaine et l'inspection médicale.

Janet Miron, Trent University

## The “Mind Cannot Endure”: Solitary Confinement and Canadian Colonialism in the Twentieth Century

From the beginning of the penitentiary system in the region currently known as Canada, wardens have used solitary confinement to discipline, control, and punish inmates considered intractable. Despite growing public condemnation of the practice as inhumane, cruel, and detrimental to physical and mental well-being, Canadian prison officials have remained committed to the practice. While persistence characterizes the history of solitary confinement in Canada over the last two hundred years, one feature has become more prominent in more recent decades. Not only have Indigenous Peoples become over-represented in Canadian prisons, but they are also significantly more likely than their non-Indigenous counterparts to be subjected to solitary confinement. In 1970, a newspaper writer stated that whereas the number of Indigenous People in Canadian penitentiaries was relatively few, “each one there ... has been sent to isolation for the duration of his sentence.” Fifty years later, this pattern of discrimination continues. Solitary confinement is more than simply a practice that is condemned as a form of physical and mental torture by national and international organizations (including the United Nations). In Canada, it is also inextricably interwoven with colonialism. While prisons are widely critiqued as manifestations of the same objectives that lay at the heart of the genocidal residential school system in Canada, the practice of solitary confinement itself cannot be separated from historic and on-going colonialism. Although some of the more overtly assimilationist elements of the Indian Act were removed in 1951 and residential schools were gradually closed in the second half of the twentieth century, new forms of coercion and violence, including solitary confinement, have supplanted older ones. In particular, solitary confinement reflects the intentions and realities of the residential school system, which sought to disrupt family and community ties and undermine cultural practices and cultural continuity, and simultaneously perpetuates both mental and physical harm. This paper thus seeks to contribute to historical scholarship that situates carceral institutions within the context of colonialism, and focuses specifically on Indigenous Peoples and the use of solitary confinement in the post-Second World War period. Furthermore, as will be examined, while Canadian prisons remain committed to a practice that inflicts chronic medical conditions and psychological harm, Indigenous Peoples have been at the forefront of efforts to end the use of solitary confinement.

### « L’esprit ne peut tolérer » : l’isolement cellulaire et le colonialisme canadien au XX<sup>e</sup> siècle

Dès les débuts du système pénitentiaire dans la région connue à l’heure actuelle sous le nom de Canada, les directeurs de prison ont fait appel à l’isolement cellulaire pour discipliner, contrôler et punir les prisonniers les plus récalcitrants. Malgré une réprobation croissante dans l’opinion publique à propos de telles mesures, vues comme inhumaines, cruelles et nuisibles au bien-être physique et moral des individus, les dirigeants des prisons canadiennes continuent à s’engager dans cette pratique. Alors que la persistance caractérise l’histoire de l’isolement cellulaire au Canada au cours des deux cents dernières années, un aspect a gagné en importance au cours des dernières décennies. Non seulement les peuples autochtones sont surreprésentés dans les prisons canadiennes, ils sont également plus susceptibles de se retrouver en isolement cellulaire que leurs congénères non-autochtones. En 1970, un journaliste a affirmé que bien que le nombre de prisonniers autochtones dans les pénitenciers canadiens soit relativement peu élevé, « chacun d’eux a été envoyé en isolement cellulaire au cours de sa peine ». Cinquante ans plus tard, cette tendance discriminatoire se poursuit. L’isolement cellulaire est bien plus qu’une simple pratique condamnée comme forme de torture mentale et physique par des organisations nationales et internationales (incluant les Nations Unies). Au Canada, elle est également étroitement liée au colonialisme. Tandis que les prisons sont critiquées de toutes parts en tant que manifestations des mêmes objectifs qui résident au cœur du système génocidaire de pensionnats autochtones au Canada, la pratique de l’isolement cellulaire en tant que telle ne peut être séparée du colonialisme historique et présent. Bien que certains des éléments les plus assimilationnistes de la Loi sur les Indiens ont été retirés en 1951, et que les pensionnats ont graduellement fermé leurs portes au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, de nouvelles formes de coercition et de violence, incluant l’isolement cellulaire, ont remplacé les anciennes. L’isolement cellulaire représente particulièrement les intentions et les réalités des pensionnats, qui cherchaient à détruire les liens familiaux et communautaires et à miner les pratiques et la continuité culturelles, tout en perpétuant des torts physiques et mentaux. Cet article cherche donc à contribuer aux recherches historiques qui situent les institutions carcérales dans le contexte du colonialisme, et se concentre spécifiquement sur les peuples autochtones et le recours à l’isolement cellulaire dans la période suivant la Deuxième Guerre mondiale. De plus, comme nous en ferons l’étude, bien que les prisons canadiennes continuent d’appliquer cette pratique qui inflige des conditions médicales chroniques et cause de grands torts psychologiques, les peuples autochtones sont au-devant des efforts pour mettre fin à l’usage de l’isolement cellulaire.

Vincenza Mazzeo, Johns Hopkins University

### **Racism, Neo-Colonialism, and the Structure of Medical Knowledge in the Early Period of the Global COVID-19 Vaccination Campaign: Contestation from South Africa**

This paper narrates a brief history of COVAX, its failures to address vaccine equity during the early COVID-19 crisis and argues that global health is a site of neocolonial practice and policy at present. Drawing on medical history in Africa and post-colonial studies, this paper explores how colonial and racial logics are operationalized in global health by examining the global COVID-19 vaccination campaign through COVAX. It will discuss the entanglements between global health policy, global capitalism, and racial discrimination to understand how racial forms of thought have produced divergent access to COVID-19 vaccines across the Global South and South Africa, more specifically. Using a range of newspapers from South Africa and official reports from the South African Government, non-governmental organizations (NGOs), and inter-governmental organizations (IGOs), this paper illustrates how the failure of COVAX to produce vaccine equity works to maintain a monopoly over the production and systemization of forms of medical knowledge which sustain representations of racialized difference. To demonstrate this claim, it explicates how the African continent, and South Africa specifically, constitute places and spaces for novice COVID-19 clinical trials and vaccine production by pharmaceutical companies while being deprived of access to COVID-19 vaccines once available – a form of structural violence referred to as *vaccine apartheid*.

### **Racisme, néocolonialisme et structure du savoir médical au début de la campagne mondiale de vaccination contre le COVID-19 : contestation de l'Afrique du Sud**

Cette communication raconte un bref historique de COVAX, ses échecs en matière d'équité vaccinale au début de la crise du COVID-19 et soutient que la santé mondiale est actuellement un lieu de pratique et de politique néocoloniales. S'appuyant sur l'histoire médicale en Afrique et les études postcoloniales, cet article explore la manière dont les logiques coloniales et raciales sont opérationnalisées dans la santé mondiale en examinant la campagne mondiale de vaccination contre le COVID-19 via COVAX. Il discutera des enchevêtrements entre la politique de santé mondiale, le capitalisme mondial et la discrimination raciale pour comprendre comment les formes de pensée raciales ont produit un accès divergent aux vaccins contre la COVID-19 dans les pays du Sud et en Afrique du Sud, plus particulièrement. À l'aide d'une série de journaux d'Afrique du Sud et de rapports officiels du gouvernement sud-africain, d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'organisations intergouvernementales (OIG), cet article illustre comment l'échec de COVAX à produire l'équité en matière de vaccins contribue à maintenir un monopole sur la production et la systématisation des formes de savoir médical qui soutiennent les représentations de la différence racialisée. Pour démontrer cette affirmation, il explique comment le continent africain, et l'Afrique du Sud en particulier, constituent des lieux et des espaces pour les essais cliniques novices sur le COVID-19 et la production de vaccins par les sociétés pharmaceutiques, tout en étant privé d'accès aux vaccins contre le COVID-19 une fois disponibles – une forme de violence structurelle appelée *apartheid vaccinal*.

Robert Hage, St. George's University

### **The Evolution of Disability Perception: A Comprehensive Exploration**

This study delves into the enduring concept of disability as a manifestation of impairment in the body or mind, exploring its multifaceted nature across time. The approach to disability varies significantly based on diverse factors such as the prevailing societal era, cultural traits and capacities, social contexts, and established beliefs regarding its perceived causes. Various models, including medical, functional, social, and biopsychosocial, have been formulated to comprehend the essence of disability, contributing to the development of laws, services, and structural frameworks aimed at supporting individuals living with disabilities. From a medical humanities perspective, this exploration unfolds disability across a historical timeline, delving into its artistic expressions, literary portrayals, philosophical interpretations, religious contexts, and its entanglement with social and political structures, of which the Americans with Disabilities Act in 1990 can be noted as a milestone. It emphasizes the pervasive presence of disability in the fabric of human existence, urging a comprehensive understanding of its nuanced dimensions. The definition of disability is still a matter of social debate and construction. Disabled people have solidified as a group, a source of identity, motivation, and information, resulting in the disability rights movement paving the way to challenge the academic community on, for instance, linguistic and curricular aspects. A critical insight reveals that the majority of disabilities, approximately 90%, stem from illnesses rather than accidents. Over 35 million adult Americans, constituting 12% of the population, identify themselves as fully or partially disabled. This study underscores the imperative need for societal awareness and proactive measures to address the evolving landscape of disability perception and its profound impact on individuals and communities.

### **L'évolution de la perception du handicap : une exploration complète**

Cette étude explore le concept persistant du handicap en tant que manifestation d'une altération du corps ou de l'esprit, explorant sa nature multifacette à travers le temps. L'approche du handicap varie considérablement en fonction de divers facteurs tels que l'époque sociale prédominante, les traits et capacités culturels, les contextes sociaux et les croyances établies concernant ses causes perçues. Divers modèles, notamment médicaux, fonctionnels, sociaux et biopsychosociaux, ont été formulés pour comprendre l'essence du handicap, contribuant au développement de lois, de services et de cadres structurels visant à soutenir les personnes vivant avec un handicap. Dans une perspective des humanités médicales, cette exploration déploie le handicap à travers une ligne du temps historique, explorant ses expressions artistiques, ses représentations littéraires, ses interprétations philosophiques, ses contextes religieux et son enchevêtrement avec les structures sociales et politiques, dont la loi américaine sur les personnes handicapées (Americans with Disabilities Act) de 1990 peut être notée comme un jalon. Elle met en évidence la présence omniprésente du handicap dans le tissu de l'existence humaine, exhortant à une compréhension complète de ses dimensions nuancées. La définition du handicap reste une question de débat social et de construction. Les personnes handicapées se sont solidifiées en tant que groupe, source d'identité, de motivation et d'information, ce qui a conduit le mouvement des droits des personnes handicapées à défier la communauté universitaire sur, par exemple, les aspects linguistiques et curriculaires. Une vision critique révèle que la majorité des handicaps, environ 90%, découlent de maladies plutôt que d'accidents. Plus de 35 millions d'adultes américains, soit 12% de la population, se considèrent comme totalement ou partiellement handicapés. Cette étude souligne le besoin impératif de sensibilisation sociale et de mesures proactives pour aborder le paysage évolutif de la perception du handicap et son impact profond sur les individus et les communautés.

Mathew Mossey, University of Alberta

### **Medical Epistemology and Sport: Athletic Challenges to Prevailing Practice**

Medical epistemology explores the acquisition and application of knowledge in healthcare. Existing literature has correctly examined the advancement of medicine through wars, plagues, and human experimentation. This paper adds to this area of study by demonstrating that athletes and their experiences through sport have also had an important role in shaping medical knowledge. For the purposes of this paper, the athletes of interest are individuals who were previously deemed unfit to participate due to socio-demographic attributes, such as their age, race or sex. While overcoming barriers to participation is interesting enough on its own to be studied, this paper draws on examples whereby athletic accomplishments also served as a challenge to prevailing medical theories and forced a re-examination of medical knowledge. Examples include rethinking the effects of age when a 61-year-old farmer with no running experience took first place in an 875 km running marathon across Australia against professional runners who were half his age. As well, this paper considers how doctors were forced to re-examine racialized theories following the victories of Indigenous athlete Jim Thorpe at the 1912 Olympics. Finally, it considers how the formation of the 1922 Women's Olympic Games in Paris contributed to the breakdown of gendered beliefs that a woman's 'innate frailty' would prevent her from competing in track and field events. In examining selected case studies of athletes who overcame medical prejudice related to their socio-demographic attributes, this paper will investigate how these athletes challenged the prevailing medical theories of their time and ultimately contributed to a re-thinking of medical ideas and knowledge that proved beneficial beyond the athletic arena.

### **Épidémiologie médicale et sport : briser des records et des conceptions erronées**

L'épistémologie médicale explore l'acquisition et l'application de connaissances dans le milieu de la santé. La littérature existante a examiné de façon exhaustive les avancements de la médecine à travers les guerres, les pandémies, ainsi que l'expérience humaine en général. Cet article est novateur dans la mesure où il démontre que les athlètes et leurs expériences sportives ont aussi joué un rôle important dans le façonnement du savoir médical tel qu'on le connaît. Dans le contexte de cet article, les athlètes d'intérêt sont des individus qui étaient préalablement jugés inaptes à participer à des sports pour des raisons socio-démographiques telles que leur âge, origine ethnique ou sexe. Bien que le fait de surmonter ces barrières soit très intéressant en soi, cet article se penche davantage sur la manière dont leurs accomplissements sportifs ont permis de remettre en question les théories médicales dominantes de l'époque. Nous abordons d'abord la remise en question de l'importance de l'âge lorsqu'un fermier de 61 ans sans expérience préalable a gagné la première place à une course de 875 km à travers l'Australie contre des coureurs professionnels qui avaient la moitié de son âge. De plus, cet article traite du fait que les médecins ont dû réfléchir à leurs idées préconçues sur l'origine ethnique suite à la victoire de l'athlète autochtone Jim Thorpe aux Olympiques de 1912. Finalement, nous discutons de la manière dont les premiers jeux olympiques féminins en 1922 ont contribué à briser la préconception selon laquelle les femmes sont faibles et fragiles ce qui les empêcheraient de participer à des compétitions d'athlétisme. En examinant des cas particuliers d'athlètes qui ont surmonté des préjugés médicaux en lien avec leurs attributs socio-démographiques, cet article explore comment ces athlètes ont remis en question les théories médicales de leur époque ce qui a contribué à générer de nouvelles connaissances médicales bénéfiques bien au-delà des arènes sportives.

Sasha Mullally, University of New Brunswick

### **Classes of California Convalescence: Philanthropy, Social Networks and Tuberculosis Care, 1900-1940**

This paper examines the social economies of health philanthropy in early 20th century California through the institutional history of Arequipa Sanitorium, a small private hospital established north of San Francisco for working class women with tuberculosis (TB). Arequipa provided the rest cure for early, incipient cases. It also became famous in its day as an innovative early site for occupational therapy. Arequipa, which is Peruvian for “place for rest,” engaged women in artisanal ceramics as they recovered. Convalescence can be costly. It’s founder and medical director, Philip King Brown, barely kept the private hospital afloat financially and thought the sale of such works could support patient care. The hospital survived, not because it sold enough ceramics, but because it connected the treatment of a dread disease to an occupation promising to elevate their aesthetic sensibilities and, by extension, influence their families’ class sensibilities. Eventually, he hoped this exposure might elevate their taste and social status. Through this therapeutic arts and crafts regime, the doctor was able to gain the attention of and connect to a large Pacific coast social network that included some of the wealthiest people in Progressive Era America. Philip King Brown cultivated this community of health philanthropists, as he understood they were drawn to the project of using invalidism to elevate the working classes. Using the physician’s personal papers, as well as the patient and institutional records of Arequipa Sanitorium, this paper connects tuberculosis care at Arequipa to a wide network of social and medical elites who defined success by the patients’ return to elevated, and more highly productive, forms of work. Convalescence, while costly, also provided a class opportunity. Ultimately, Brown and his donors influenced each other and used institutions like Arequipa to shape the methods and goals of 20th century rehabilitation medicine.

### **La convalescence par classes en Californie : la philanthropie, le réseautage social et le soin de la tuberculose de 1900 à 1940**

Cette présentation examine les économies sociales de la philanthropie pour les soins de santé en Californie au début du 20<sup>e</sup> siècle, à travers l’histoire institutionnelle du centre médical Arequipa Sanitorium. Ce petit hôpital privé situé au nord de San Francisco offrait une cure de repos aux femmes de la classe ouvrière qui étaient atteintes de tuberculose (TB) au stade précoce. Sous la direction de Philip King Brown, l’institution est devenue célèbre à l’époque comme premier site innovateur de l’ergothérapie. L’équipe d’Arequipa, un terme péruvien qui signifie « lieu de repos », souhaitait intéresser les femmes à faire de la céramique artisanale, au fur et à mesure que progressait leur rétablissement. L’hôpital a été perçu comme une réussite, non pas en raison de la vente d’objets en céramique, mais plutôt parce que l’activité était associée au traitement de cette maladie redoutée et que la formation promettait d’améliorer les sensibilités esthétiques des patientes. Par extension, cet « apprentissage » a exercé une influence sur les sensibilités des familles ouvrières par rapport à leur classe, tout en transformant leurs goûts et leur condition sociale. Grâce à ce régime thérapeutique d’art et d’artisanat, le médecin a attiré l’attention du vaste réseau social de la côte du Pacifique qui comptait parmi les gens les plus riches de l’ère progressiste américaine. Ainsi, Philip King Brown a mis en œuvre l’épanouissement d’une communauté de philanthropes pour le domaine de la santé qui partageaient le but commun d’améliorer les conditions sociales, culturelles et économiques des classes ouvrières. Avec l’appui des documents personnels du médecin, ainsi que les dossiers des patientes et ceux du sanatorium Arequipa, le présent article relie le traitement de la tuberculose de l’hôpital aux premiers efforts déployés pour concrétiser les méthodes et objectifs des soins médicaux en réadaptation au 20<sup>e</sup> siècle.

Kathryn Lewis, McMaster University

### **If it Ain't Broke, Why Rehabilitate it? Canadian Occupational Therapy in the Rehabilitation Era, 1950-85**

The 'Rehabilitation Era' is commonly characterized as a period of missteps for the profession of occupational therapy (OT), bringing the role away from its holistic roots. While legislative changes reflect this assertion, the lived experience of practicing occupational therapists does not. Rather, many of the practicing occupational therapists in Canada employed a holistic and occupation-focused lens in their treatment approaches. Simultaneously, occupational therapists were advocating for legislative and hospital-wide changes to reflect their practice more accurately. This research project sought to answer the following questions: What were key driving and constraining forces for the profession between 1950 and 1985, referred to as the 'Rehabilitation Era'? How powerful was the Medical Model in shaping OT growth and visibility over those years? How did occupational therapists navigate relationships with medicine, management, social organizations, and funders? How did gendered forces in healthcare, education, and government drive or limit OT growth during this era? This work draws upon oral history interviews that were completed with occupational therapists who practiced and/ or were educated between 1960 and 1985 in Canada. These interviews were analyzed with reference to archival research completed across Canada, as well as theories of gender and professionalization. The 1950 to 1985 period is marked by OT efforts to transform immediate contexts and raise professional standards. Looking at this time period, one can see a broad, lesser-known mosaic and collective identity in diverse social, medical, management, and funding contexts. Canadian occupational therapists faced many legislative and structural barriers to consistently practicing in a holistic way. Occupational therapy departments, associations, and education programs consistently tried, during the 'Rehabilitation Era,' to develop autonomous decision-making, hold patient-centred standards, and increase the perceived value of their role. Ultimately, the profession grew significantly, in regard to number of practicing occupational therapists as well as scope of practice, while also increasing professional standards for themselves. This growth occurred in constant negotiation and compromise between occupational therapy bodies and funding bodies in various settings.

### **Si ce n'est pas brisé, pourquoi le réhabiliter ? L'ergothérapie canadienne à l'ère de la réadaptation, 1950-85**

L'ère de la réadaptation est généralement caractérisée comme une période de faux pas pour la profession d'ergothérapeute (OT), éloignant le rôle de ses racines holistiques. Si les changements législatifs reflètent cette affirmation, ce n'est pas le cas de l'expérience vécue par les ergothérapeutes en exercice. Au contraire, de nombreux ergothérapeutes exerçant au Canada utilisaient une optique holistique et centrée sur l'occupation dans leurs approches thérapeutiques. Simultanément, les ergothérapeutes plaidaient en faveur de changements législatifs et hospitaliers afin de mieux refléter leur pratique. Ce projet de recherche visait à répondre aux questions suivantes : quelles ont été les principales forces motrices et contraignantes pour la profession entre 1950 et 1985, période appelée « ère de la réadaptation » ? Quelle a été l'influence du modèle médical sur la croissance et la visibilité de l'ergothérapie au cours de ces années ? Comment les ergothérapeutes ont-ils géré les relations avec la médecine, la direction, les organisations sociales et les bailleurs de fonds ? Comment les forces sexospécifiques dans les domaines de la santé, de l'éducation et du gouvernement ont-elles stimulé ou limité la croissance de l'ergothérapie à cette époque ? Ce travail s'appuie sur des entretiens d'histoire orale menés auprès d'ergothérapeutes qui ont exercé et/ou suivi une formation entre 1960 et 1985 au Canada. Ces entrevues ont été analysées en fonction des recherches archivistiques effectuées dans l'ensemble du Canada, ainsi que des théories sur le genre et la professionnalisation. Les ergothérapeutes canadiens se sont heurtés à de nombreux obstacles législatifs et structurels qui les ont empêchés d'exercer leur profession de manière holistique. Les départements d'ergothérapie, les associations et les programmes de formation ont constamment essayé, au cours de l'ère de la réadaptation, de développer la prise de décision autonome, de maintenir des normes centrées sur le patient et d'augmenter la valeur perçue de leur rôle. En fin de compte, la profession s'est considérablement développée, tant en ce qui concerne le nombre d'ergothérapeutes en exercice que le champ d'application de la pratique, tout en augmentant les normes professionnelles pour eux-mêmes. Cette croissance s'est faite dans le cadre de négociations et de compromis constants entre les organismes d'ergothérapie et les organismes de financement dans divers contextes.



Erin Spinney, University of New Brunswick, St. John  
Glenn Icton, Mount Allison University

### **“Rest and Recreation”: Health and Wellness Marketing at Resorts on Nova Scotia’s South Shore 1930-1950**

A June 1945 advertisement in the *Globe and Mail* enticed readers to go to White Point Beach Lodge “Canada’s Most Charming Ocean Resort,” where “new patrons will find every requisite for rest and recreation in this beautiful 300 acre estate by the sea” (*Globe and Mail*, June 5, 1945, 7). For readers, this advertisement may have been a bright spot depicting sun and sand juxtaposed with news of air force casualties, a tank graveyard in Normandy, and war crime talks in London. Yet, the call for rest and recreation at the beach tapped into an enduring idea of the healing powers of salt air and water, the regenerative powers of the natural world, and wellness tourism which has been explored by scholars like Patricia Jasen, Claire Hancock, and John K. Walton. This paper examines how health and wellness was used in marketing for the early twentieth century resorts on Nova Scotia’s South Shore. The South Shore, stretching from picturesque Peggy’s Cove, through Mahone Bay, Lunenburg, Liverpool, and Shelburne, saw a growth in resort construction during the interwar years. White Point Beach Lodge located just outside Liverpool, opened in 1928, will be used as a case study to illustrate health marketing in newspaper advertisements targeted towards the urban Canadian and Northeastern American upper-middle classes from the Great Depression through to the aftermath of the Second World War.

### **« Repos et Loisirs » : marketing de la santé et du bien-être dans les stations balnéaires de la côte sud de la Nouvelle-Écosse de 1930 à 1950**

Une publicité datant de juin 1945 dans le *Globe and Mail* incitait les lecteurs à se rendre au White Point Beach Lodge, « la station balnéaire la plus charmante du Canada », où « les nouveaux clients trouveront tous les éléments nécessaires pour se reposer et se divertir dans ce magnifique domaine de 300 acres en bord de mer » (*Globe and Mail*, 5 juin 1945, 7). Pour les lecteurs, cette publicité aurait pu constituer un moment lumineux représentant le soleil et le sable juxtaposés aux nouvelles sur les pertes de l’armée de l’air, un cimetière de chars en Normandie et des discussions sur les crimes de guerre à Londres. Pourtant, l’appel au repos et aux loisirs à la plage faisait écho à une idée persistante des bienfaits curatifs de l’air marin et de l’eau, des pouvoirs régénérateurs du monde naturel et du tourisme axé sur le bien-être, comme l’ont exploré des chercheurs comme Patricia Jasen, Claire Hancock et John K. Walton. Cet article examine comment la santé et le bien-être ont été utilisés dans le marketing des stations balnéaires du début du XX<sup>e</sup> siècle sur la côte sud de la Nouvelle-Écosse. La côte sud, s’étendant de la pittoresque Peggy’s Cove à travers Mahone Bay, Lunenburg, Liverpool et Shelburne, a vu une croissance de la construction de stations balnéaires pendant les années de l’entre-deux-guerres. Le White Point Beach Lodge, situé juste à l’extérieur de Liverpool, ouvert en 1928, sera utilisé comme étude de cas pour illustrer le marketing de la santé dans les publicités de journaux ciblant les classes moyennes supérieures urbaines canadiennes et nord-est-américaines, de la Grande Dépression à l’après-Deuxième Guerre mondiale.

Preethi Mariam George, Indian Institute of Technology  
John Bosco Lourdusamy, Indian Institute of Technology

### **Nursing Leadership in Colonial India: An Analysis of the Trained Nurses Association of India from 1908 to 1947**

This paper aims to trace the role of the Trained Nurses Association of India (TNAI) in providing nursing leadership in colonial India, from the time of its formation in 1908 until the time of Indian independence from British rule in 1947. The impetus for the formation of the TNAI and the ideologies that framed its functioning will be explored. The paper will situate the working of the TNAI within the Indian socio-political context, and will explore the major issues pertaining to the nursing profession that the Association attempted to tackle. This will include a discussion on the socio-religious factors that affected the status of the profession, and participation in it. The limitations of the Association in providing nursing leadership in colonial India will be explicated. The paper argues that the Association's focus on raising the status of the nursing profession, and its persistence on reproducing international nursing standards, prevented it from fully acknowledging the ground reality of the nursing profession in India. The paper will assess the role of the TNAI in providing a sense of fraternity and camaraderie for the nursing community in India. The attitudes of the Anglo-American nurses (who dominated the TNAI), towards Indian nurses will be examined. A large majority of Indian nurses were trained by Christian medical missions. Hence the relationship of the TNAI with the Christian Medical Association of India (CMAI), which dealt with nursing education and employment in mission hospitals, will be analyzed. The paper will evaluate the efforts of the TNAI in lobbying with the colonial state for the standardization and professionalization of nursing in India. It will also examine the place of nursing in the colonial health policy. The historical analysis of the TNAI, is especially relevant as the Association's leadership in the nursing arena for more than a century was recognized by the award of 'Indira Gandhi Prize for Peace, Discernment and Development' in 2022. Over all, the paper will substantially add to the history of nursing - an area which has so far attracted only limited attention in the historiography of colonial medicine in India.

### **Leadership infirmier dans l'Inde coloniale : analyse de l'Association des infirmières et infirmiers qualifiés de l'Inde de 1908 à 1947**

Cet article vise à retracer le rôle de la Trained Nurses Association of India (TNAI) dans la direction des soins infirmiers dans l'Inde coloniale, depuis sa création en 1908 jusqu'à l'indépendance de l'Inde vis-à-vis de la domination britannique en 1947. L'impulsion de la formation de la TNAI et les idéologies qui ont encadré son fonctionnement seront explorés. L'article situera le travail de la TNAI dans le contexte sociopolitique indien et explorera les principales questions relatives à la profession infirmière que l'Association a tenté de résoudre. Cela comprendra une discussion sur les facteurs socio-religieux qui ont affecté le statut de la profession et la participation à celle-ci. Les limites de l'Association à assurer un leadership infirmier dans l'Inde coloniale seront expliquées. La présentation soutient que l'accent mis par l'Association sur l'amélioration du statut de la profession infirmière et sa persistance à reproduire les normes internationales en matière de soins infirmiers l'ont empêchée de reconnaître pleinement la réalité de terrain de la profession infirmière en Inde. La présentation évaluera le rôle de la TNAI dans la création d'un sentiment de fraternité et de camaraderie dans la communauté infirmière en Inde. Les attitudes des infirmières anglo-américaines (qui dominaient le TNAI) envers les infirmières indiennes seront examinées. Une grande majorité des infirmières indiennes étaient formées par des missions médicales chrétiennes. Ainsi, la relation entre la TNAI et la Christian Medical Association of India (CMAI), qui s'occupe de la formation des infirmières et de leur emploi dans les hôpitaux missionnaires, sera analysée. La présentation évaluera également les efforts de pression de la TNAI auprès de l'État colonial pour la normalisation et la professionnalisation des soins infirmiers en Inde. Il examinera également la place des soins infirmiers dans la politique de santé coloniale. L'analyse historique de la TNAI est particulièrement pertinente dans la mesure où le leadership de l'Association dans le domaine des soins infirmiers depuis plus d'un siècle a été reconnu par l'attribution du « Prix Indira Gandhi pour la paix, le discernement et le développement » en 2022. Enfin, la présentation apportera une contribution substantielle à l'histoire des soins infirmiers - un domaine qui n'a jusqu'à présent attiré qu'une attention limitée dans l'historiographie de la médecine coloniale en Inde.

Arnav Bhattacharya, University of Pennsylvania

### **Disciplining the Body and Criminalizing it: Reckoning with the Colonial Violence of Sexology and Imaging a Just and Sustainable Sexual Future for South Asia**

Sexology is considered to be a field that emerged in Europe and North America during the late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> century which was aimed at the scientific and medical reformulation of sex. Following Michel Foucault's landmark work, *The History of Sexuality*, it is known that sexology along with psychiatry and medicine were invested in the taxonomic classification of sexual behaviors and the pathologization of non-heteronormative sexual practices. This paper aims to globalize the field of sexology and argues that the sexual pathologization of colonial bodies in settings like India was vital for the formulation of sexological principles by Western sexologists. The paper will focus on the research of British sexologist Havelock Ellis and show how Ellis obtained his sexological data on India through networks of colonial ethnographers and administrators. My paper will reveal that such information, obtained under circumstances of colonial violence, was vital for Ellis' research. A lot of the colonial ethnographic data cited by Ellis highlighted the supposedly hypersexual and animalistic sexual practices of the indigenous South Asian communities. I demonstrate how the sexual pathologization of indigenous communities was used to create a sexual hierarchy within India in which the upper classes and castes of India were compared to the "civilized" Europeans and differentiated from indigenous Indian communities of lower castes and classes. Such a sexual hierarchy had political ramifications in colonial India as several indigenous communities came to be criminalized under the Criminal Tribes Act (1871). The alleged sexually deviant practices of indigenous Indian communities were seen as further proof of their inherent criminal tendencies. The transgender hijra community in India was also included under the Criminal Tribes Act and were viewed as prostitutes and sexual anomalies. Indian sexologists appropriated and further perpetuated these sexual biases against the hijras, indigenous communities and lower-caste Indians. My paper will reckon with the continued marginalization and pathologization of subaltern bodies and sexualities in post-colonial South Asia with the aim of confronting such violence in order to aspire towards a just and sustainable sexual future for the most marginalized citizens of the sub-continent.

### **Discipliner le corps et le criminaliser : confrontation avec la violence coloniale de la sexologie et imagination d'un avenir sexuel juste et durable pour l'Asie du Sud**

La sexologie est considérée comme un domaine ayant émergé en Europe et en Amérique du Nord à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle, visant à la reformulation scientifique et médicale du sexe. À la suite de l'œuvre phare de Michel Foucault, « Histoire de la sexualité », on sait que la sexologie, avec la psychiatrie et la médecine, s'est investie dans la classification taxonomique des comportements sexuels et la pathologisation des pratiques sexuelles non hétéronormatives. Cet article vise à mondialiser le domaine de la sexologie et soutient que la pathologisation sexuelle des corps coloniaux dans des contextes comme l'Inde était essentielle à la formulation des principes sexologiques par les sexologues occidentaux. L'article se concentrera sur les recherches du sexologue britannique Havelock Ellis et montrera comment Ellis a obtenu ses données sexologiques sur l'Inde grâce à des réseaux d'ethnographes et d'administrateurs coloniaux. Mon article révélera que de telles informations, obtenues dans des circonstances de violence coloniale, étaient essentielles pour la recherche d'Ellis. Une grande partie des données ethnographiques coloniales citées par Ellis mettait en avant les pratiques sexuelles supposément hypersexuelles et animalières des communautés autochtones d'Asie du Sud. Je démontre comment la pathologisation sexuelle des communautés autochtones a été utilisée pour créer une hiérarchie sexuelle au sein de l'Inde, dans laquelle les classes et castes supérieures de l'Inde étaient comparées aux Européens « civilisés » et différenciées des communautés autochtones indiennes des castes et classes inférieures. Une telle hiérarchie sexuelle avait des ramifications politiques dans l'Inde coloniale, car plusieurs communautés autochtones ont été criminalisées en vertu de l'Acte des tribus criminelles (1871). Les pratiques sexuellement déviantes présumées des communautés autochtones indiennes étaient considérées comme une preuve supplémentaire de leurs tendances criminelles inhérentes. La communauté transgenre hijra en Inde a également été incluse dans l'Acte des tribus criminelles et était considérée comme des prostituées et des anomalies sexologiques. Les sexologues indiens se sont appropriés et ont perpétué ces préjugés sexuels contre les hijras, les communautés autochtones et les Indiens des castes inférieures. Mon article examinera la marginalisation et la pathologisation continues des corps et des sexualités subalternes en Asie du Sud post-coloniale dans le but de confronter cette violence afin d'aspirer à un avenir sexuel juste et durable pour les citoyens les plus marginalisés du sous-continent.

Tolulope Fadeyi, University of Basel/City University of London

### **“The Politics of the Womb” : Colonial State and the Medicalisation of Childbirth in Lagos, Southwest Nigeria**

Historiography on colonial maternity hospitals in Africa often contends that infant mortality and morbidity in British colonies owe much to ineffective and faulty mothering skills, exposure of infants to the vagaries of the weather at birth, poor hygiene, patronage of Traditional Birth Attendants (TBAs), the use of *Agbo* (herbal mixtures) without specific measure, poor nutrition, bad housing, and the bad methods of native midwives. However, how local midwifery institutions laid the foundation for the institution of maternity hospitals has been largely unexplored. This paper explores the colonial medicalization of childbirth and motherhood in Lagos, Yorubaland. As an integral part of politicizing childbirth, the colonial government enforced Western hygiene, sanitation measures, and obstetrical science to contain the menace of infant mortality in the colony. It was envisaged that an improvement in the birthing system would promote appealing motherhood, increased population, and imperial expansionism. Hence, the colonial government built dispensaries, trained and integrated a considerable number of young *Iya Abiye* (TBAs) into the Western system of childbirth, as well as educated local girls and women on the art of hygiene and infant care. Complementing colonial correspondences, memoirs, private papers, personnel files and dossiers of the state’s midwives, testimonies, hand-written letters, British medical journals, local newspapers, and exchanges between the midwives and their superiors that offer rare insight into their careers and private lives, this paper explores midwifery education as a tool for the medicalization of pregnancy in colonial Lagos. I argue that the colonization of reproductive wombs and infant care was channeled through educating girls and women. A focus on colonial maternity hospitals uncovers the diverse complex colonial networks that integrated girls and women into the institutionalization of Western midwifery, reproduction, and motherhood. I reveal hitherto unexplored significance, and offer new vistas for future scholarship, in the integration of local agencies into the Western medical system.

### **« La politique de l’utérus » : État colonial et médicalisation de l’accouchement à Lagos, sud-ouest du Nigeria**

L'historiographie des maternités coloniales en Afrique affirme souvent que la mortalité et la morbidité infantiles dans les colonies britanniques doivent beaucoup à des compétences maternelles inefficaces et défectueuses, à l'exposition des nourrissons aux aléas climatiques à la naissance, à une mauvaise hygiène, au patronage des accoucheuses traditionnelles (TBA), l'utilisation d'*Agbo* (mélanges de plantes) sans mesure spécifique, une mauvaise alimentation, de mauvais logements et les mauvaises méthodes des sage-femmes locales. Cependant, la manière dont les institutions locales de sage-femmes ont jeté les bases de la création de maternités reste largement inexplorée. Cet article explore la médicalisation coloniale de l'accouchement et de la maternité à Lagos, Yorubaland. Dans le cadre de la politisation de l'accouchement, le gouvernement colonial a imposé des mesures occidentales d'hygiène, d'assainissement et de science obstétricale pour contenir la menace de la mortalité infantile dans la colonie. On pensait qu'une amélioration du système de naissance favoriserait une maternité attrayante, une augmentation de la population et un expansionnisme impérial. Ainsi, le gouvernement colonial a construit des dispensaires, formé et intégré un nombre considérable de jeunes *Iya Abiye* (TBA) dans le système occidental d'accouchement, et a également éduqué les filles et les femmes locales sur l'art de l'hygiène et des soins aux nourrissons. En complément des correspondances coloniales, des mémoires, des papiers privés, des dossiers personnels et des dossiers des sage-femmes d'État, des témoignages, des lettres manuscrites, des revues médicales britanniques, des journaux locaux et des échanges entre les sage-femmes et leurs supérieurs qui offrent un aperçu rare de leur carrière et de leur vie privée, cet article explore la formation des sage-femmes comme outil de médicalisation de la grossesse dans le Lagos colonial. Je soutiens que la colonisation des utérus reproductifs et des soins aux nourrissons a été canalisée par l'éducation des filles et des femmes. L'accent mis sur les maternités coloniales révèle les divers réseaux coloniaux complexes qui ont intégré les filles et les femmes dans l'institutionnalisation de la profession de sage-femme, de la reproduction et de la maternité occidentale. Je révèle une signification jusqu'ici inexplorée et offre de nouvelles perspectives pour les recherches futures, dans l'intégration des agences locales dans le système médical occidental.