Surely the most important information – the drug's *generic* name and concentration – should be the prominent feature on the label. Only 3% of the label is used to describe the drug concentration whereas over 9% of the area is used for the drug's proprietary name. It is interesting to review the labels on the drugs contained in the anaesthetic cart and to note the relative area used for the proprietary name and manufacturer's logo. Labels should not serve as advertisements in the operating room. Rather, standards need to be improved to ensure that patient safety is the priority.

Beverley A. Orser MD FRCPC PhD
Department of Anaesthesia
University of Toronto
2075 Bayview Avenue
North York, Ontario M4N 3M5
Phone: (416) 480-4864. Fax: (416) 480-6039.

REFERENCE

- 1 Ahlhal OA, Bevan DR. Clindamycin-induced neuromuscular blockade. *Can J Anaesth* 1995; 42: 614–7.

Le dextrométhorphan en anesthésie

A la rédaction:

Nous désirons communiquer à vos lecteurs les résultats d'un travail préliminaire sur le dextrométhorphan (DM). L'accélération de la décharge neuronale de la corne postérieure après un stimulus douloureux soutenu serait inhibée par les antagonistes des récepteurs NMDA comme le DM. Le DM un inhibiteur des récepteurs NMDA pourrait prévenir ou pour le moins diminuer la «mémoire douloureuse» au niveau du SNC et permettre de mieux contrôler la douleur postopératoire.¹ Pour valider cette hypothèse, nous avons entrepris une étude prospective et en double aveugle chez des patientes programmées pour hystérectomie abdominale réglée afin de vérifier si le DM pouvait stabiliser l'anesthésie et diminuer les besoins postopératoires en morphine.²

Pendant la chirurgie, nous n'avons pas noté de différence entre les groupes au regard de la pression artérielle moyenne. En postopératoire, ni la consommation de morphine ni l'évaluation subjective de la douleur n'a différé entre les deux groupes. La kétamine, un inhibiteur non spécifique des récepteurs NMDA réduit, à faible dose, la consommation de morphine à la période postopératoire.² Le DM, un antitussif est, comme la kétamine, un inhibiteur non spécifique des récepteurs NMDA sans les effets secondaires de la codéine comme la somnolence et les troubles gastro-intestinaux. On ne connaît pas la dose de DM nécessaire pour bloquer les récepteurs NMDA chez l'humain. Nos résultats indiquent que, sur un nombre limité de patientes, le DM 60 mg *per os* administré une heure avant la chirurgie, ne semble pas influencer l'accélération de la décharge neuronale alors que chez le rat, 5 mg·kg⁻¹ *iv* ont été efficaces.³ Pour obtenir des résultats identiques, nous aurions peut-être dû augmenter la posologie ou utiliser la voie *iv* comme pour la kétamine.

Nous croyons que le DM pourrait être intéressant pour l'étude du phénomène d'inhibition des récepteurs NMDA.⁵ Cependant, la dose de 60 mg *per os* administrée à des adultes ne prévient ni la douleur ni ne diminue la consommation postopératoire de morphine.

Pierre Dolbec MD FRCPC
Denys Dolbec Ing.
Gilles Gendron MD FRCPC
Richard Fortin MD FRCPC
Hôtel-Dieu de Lévis
143 rue Wolfe
Lévis, Québec G6V 3Z1

REFERENCES

- 1 Dickerson AH. NMDA receptor antagonists as analgesics. In: Fields HL, Liebeskind JC (Ed.). *Progress in Pain Research and Management Vol. 1*, IASP Press, Seattle, 1994; 173–87.
- 2 Roytblat L, Korotkoruchko A, Katz J, Glazer M, Greemberg L, Fisher A. Postoperative pain: the effect of low dose ketamine in addition to general anesthesia. *Anesth Analg* 1993; 77: 1161–5.
- 3 Dickerson AH, Sullivan AF, Stanfa LC, McQuay HJ. Dextromethorphan and levorphanol on dorsal horn nociceptive neurones in the rat. *Neuropharmacol* 1991; 30:1303–8.
- 4 Elliott KJ, Brodsky M, Hynansky AD, Foley KM, Inturrisi CE. Dextromethorphan suppresses both formalin-induced nociceptive behavior and the formalin-induced increase in spinal cord c-FOS mRNA. *Pain* 1995; 61: 401–9.

Anaesthetic management in patients with asthma

To the Editor:

The "Anaesthetic management of an asthmatic child for appendicectomy" with epidural anaesthesia was recently described by Kuwahara and Goresky.¹ This case report highlights the analysis of the risk/benefit ratio of regional and general anaesthesia in asthma. However, two points may be further discussed. First, although we agree that regional anaesthesia should be preferred when possible in patients with asthma,² it should be remembered that both spinal and epidural anaesthesia may also provoke bronchospasm^{3,4} by the combination of neural blockade involving the adrenal gland (T₁₀–L₁)^{3,5} and the sympathetic pathways in the lungs (T_{1–4}).^{4,5} Thoracic sympathetic tone is supposed to prevent increase in airway resistance mostly by modulating acetylcholine output and/or by restricting bronchial blood flow.⁵ The inhibition of this sympathetic pathways may explain why bronchospasm has been reported only when the sensory blockade reaches or exceeds the T_{4–5} level.^{3,4} Unfortunately, blockade up to the T_{4–5} level is required for intraperitoneal surgery and in Kuwahara's report, the T₇ upper level initially obtained was insufficient, as expected. The addition of 13 ml lidocaine 1.5% probably spread the blockade at least to T_{4–5}. Thus, abdominal surgery, even best performed in asthmatics under general regional anaesthesia, carries a potential risk of bronchoconstriction. Second, it is stated in the discussion that "pancuronium is the muscle relaxant of choice in patients with asthma." We agree that "neuromuscular blocking agents capable of inducing histamine release are best avoided in asthmatics." However, since vecuronium does not induce histamine release, the use of this drug should also be weighed against that of pancuronium. An