



FIGURE Illuminated Trachlight™ with an endotracheal tube advancing towards the glottic inlet as seen on the Glidescope® screen.

inlet. Advancing both the Trachlight™-ETT into the trachea while withdrawing the rigid stylet is a one-handed technique that allows rapid intubation of the trachea without the need for assistance. Furthermore, the Trachlight™ can provide added illumination if needed, particularly in the presence of secretions or blood. We have used this technique successfully, both in cases of difficult direct laryngoscopy and in patients with upper airway abnormalities.

Alan Lane MB FCARCSI  
Geraint Lewis MD FRCPC  
Ottawa Civic Hospital, Ottawa, Canada  
E-mail: alantlane@yahoo.co.uk  
*Accepted for publication April 4, 2007.*

## References

- 1 Cooper RM. Use of a new videolaryngoscope (Glidescope®) in the management of a difficult airway. *Can J Anesth* 2003; 50: 611–3.
- 2 Agro F, Hung OR, Cataldo R, Carassiti M, Gherardi S. Lightwand intubation using the Trachlight™: a brief review of current knowledge. *Can J Anesth* 2001; 48: 592–9.
- 3 Dow WA, Parsons DG. 'Reverse loading' to facilitate Glidescope® intubation (Letter). *Can J Anesth* 2007; 54: 161–2.

## *Faut-il montrer l'aiguille de péridurale aux parturientes ? [Should the epidural needle be shown to parturients?]*

Au rédacteur en chef,  
La plupart des parturientes souhaitent bénéficier de l'analgésie péridurale obstétricale, mais ont peur de

l'aiguille dans le dos,<sup>1</sup> évoquant souvent sa taille. Dans notre établissement, l'aiguille de péridurale n'est pas habituellement présentée aux parturientes avant l'accouchement, sans que l'on sache vraiment quel en serait l'impact. Nous avons donc réalisé une étude dans le but d'évaluer la proportion de parturientes craignant la péridurale, la longueur estimée de l'aiguille et le résultat de sa présentation sur l'anxiété.

Toutes les parturientes venant à la consultation d'anesthésie (35<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée) étaient incluses dans l'étude. Après recueil de leur consentement et de données de base (âge, nombre d'enfants nés, antécédents de péridurale, métier), on leur demandait: « Craignez-vous la péridurale, oui ou non ? » Les répondantes étaient ainsi réparties a posteriori en deux groupes (Oui : craintives ou Non : confiantes). On demandait aussi une estimation de la longueur présumée de l'aiguille de péridurale entre deux index. Cette longueur était mesurée. Nous avons utilisé l'échelle visuelle analogique (EVA1) pour évaluer l'anxiété des parturientes. Le curseur se déplaçait entre 0 (aucune anxiété) à 100 (panique). L'EVA a été validée par plusieurs études cliniques en anesthésie et est bien corrélée à des mesures plus fines d'anxiété.<sup>2</sup> L'aiguille de péridurale était ensuite présentée aux patientes sauf en cas de refus et l'anxiété réévaluée (EVA2). Les variations des scores d'anxiété (VSA = EVA1-EVA2) étaient calculées. Par analogie avec les EVA de douleur,<sup>3</sup> nous avons estimé qu'une variation VSA de plus ou moins 20 était nécessaire pour juger d'une variation de l'anxiété de base. Pour les EVA, les tests paramétriques étant appropriés,<sup>4</sup> le test *t* de Student a été utilisé. Un *P* < 0,05 était considéré comme significatif. La taille de l'échantillon pour un risque bêta de 10 % était de 50.

Deux cent cinquante et une parturientes ont été incluses dans l'étude, dont l'âge était (moyenne ± écart type) de 29 ± 5 ans. Il y avait 51 % de primipares et 41 % avaient déjà bénéficié d'une péridurale. Presque la moitié (47,4 %) déclarait craindre la péridurale. Parmi les craintives on retrouvait 62 % de primipares, 69 % sans antécédent de péridurale. Cette crainte peut s'expliquer par la peur de l'inconnu et le manque d'information des primipares au moment de l'étude, un certain nombre d'entre elles devant avoir leur cours de préparation à l'accouchement après la consultation. La répartition des catégories socioprofessionnelles était identique dans les deux groupes. L'EVA1 (moyenne ± écart type) des parturientes était de 39 ± 26. Kindler *et coll.*<sup>5</sup> dans une étude mesurant l'anxiété face à l'anesthésie retrouvait les mêmes chiffres (38 ± 3) dans sa population féminine jeune, ce qui indique que l'anxiété face à la péridurale est sensiblement la

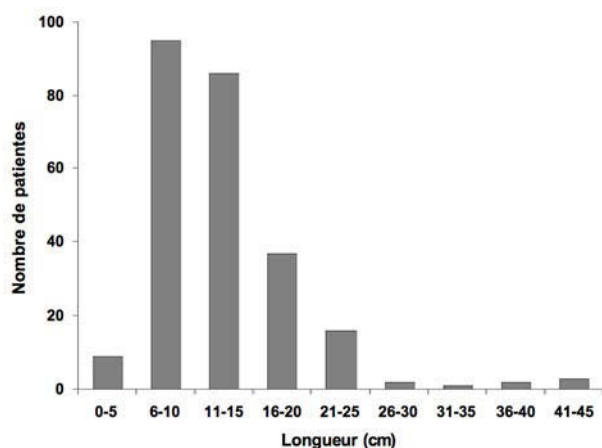


FIGURE Répartition des longueurs estimées de l'aiguille de péridurale.

même que face à l'anesthésie en général. Deux parturientes seulement ont refusé de voir l'aiguille, ce qui montre le désir d'information de ces femmes. L'anxiété diminuait après la présentation de l'aiguille, l'EVA allant de  $39 \pm 26$  à  $33 \pm 24$   $P < 0,001$ ). De plus, cette diminution d'EVA était  $> 20$  chez 20 % des parturientes et 30 % des craintives. Seulement quatre parturientes (1,6 %) ont eu un EVA augmenté de plus de 20, toutes multipares, n'exprimant pas de crainte et surestimant très peu la longueur de l'aiguille ( $< 15$  cm). Bien entendu ce nombre n'est pas suffisant pour en tirer des conclusions définitives. La longueur de l'aiguille était surévaluée dans 80 % des cas (Figure), mais la longueur estimée moyenne de l'aiguille était la même dans les deux groupes ( $13 \pm 6$  cm). La longueur estimée, même largement surévaluée n'est donc pas forcément source de crainte face à la péridurale.

En conclusion, il faut donc montrer l'aiguille de péridurale aux parturientes pour les rassurer, mais pas aux multipares confiantes qui surestiment peu la longueur de l'aiguille. Cette constatation devra être vérifiée par une plus grande série.

Patrick Catoire MD\*  
 Laurent Delaunay MD†  
 Bertrand Debaene MD‡  
 Clinique du Mail,\* La Rochelle, France  
 Clinique générale d'Annecy,† France  
 CHU La Miletrie,‡ Poitiers, France  
 Courriel : p.catoire@infonie.fr  
 Accepté pour publication le 5 avril 2007.

## Références

- 1 Matthey PW, Finegan BA, Finucane BT. The public's fears about and perceptions of regional anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2004; 29: 96–101.
- 2 Millar K, Jelicic M, Bonke B, Asbury AJ. Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *Br J Anaesth* 1995; 74: 180–3
- 3 Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. *Emerg Med J* 2001; 18: 205–7.
- 4 Todd KH. Clinical versus statistical significance in the assessment of pain relief. *Ann Emerg Med* 1996; 27: 439–41.
- 5 Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; 90: 706–12.

## *New information on the first anesthetic in Canada*

To the Editor:

The first ether (and first) anesthetic in Canada was performed January 18<sup>th</sup> 1847 by an American dentist in Saint John, New Brunswick.<sup>1</sup> Dr. E. Dagge Worthington was the first Canadian to perform an anesthetic in Eaton Corner, Quebec, March 11<sup>th</sup> 1847 (Figure). He published his case in the *British American Journal of Medical and Physical Sciences*<sup>A</sup> and also reported the case in his autobiography.<sup>2</sup> He described a leg amputation with the patient awake under ether sedation:

*“Stone, during the whole time of the operation, retained his consciounness, talked rationally, and made some witty replies to questions put to him, converting the scene from one of a painful to a most ludicrous character.”*

Among the witnesses cited to the procedure is Reverend Mr. Sherrill. We recently came across Reverend Sherill's diary. There are three references to W. Stone in the diary, corresponding to the below-knee amputation (March 11<sup>th</sup> 1847), and surrounding the femoral artery ligation (March 14<sup>th</sup> 1847) and above-knee amputation (April 3<sup>rd</sup> 1847).

In the margins of the diary dated Thursday March 11<sup>th</sup> he wrote:

A Worthington ED. Case of amputation of leg: the patient under the influence of sulphuric ether vapour. *Br Am J Phys Sc* 1847; 3: 10.