

عوارض چشمی داروهای عصبی

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۴، صفحه ۳۳۵-۳۵۴، ۱۳۵۴

دکتر مجید فروغ - دکتر محسن محسن زاده * دکتر منصور دارا *

بازمینه مساعد قبلی در چشم طعمه این عوارض خطرناک شده و برای همیشه دچار اختلال چشمی شوند. فقط توجه و آشنازی به این عوارض است که طبیب را از مسئولیت بعدی و بیمار را از بروز ضایعات عضوی معاف خواهد کرد.

اینک تتجیه مطالعه چندین ساله همراه با شرح حالها و نظریات شخصی بشرح زیر است.

عوارض چشمی داروهای عصبی بدوصورت دیده میشوند؛ یکی عوارض حاد و دیگری عوارض مزمن. عوارض حاد باعث اضطراب و مراجعه فوری بیمار به چشم پزشک میشود و خوشختانه پس از قطع داروهای عصبی، این عوارض ازین میروند. عوارض مزمن در اوائل علامت عملی مشخص نداشته و در مایه دلیلی دلیلی چشم پزشکی جلب توجه میشوند و شناختن این قبیل عوارض حائز اهمیت زیادی است زیرا عدم توجه به آنها به بروز ضایعات عضوی مهمی در چشم منجر خواهد شد. عوارض داروهای عصبی را در دوسته شامل اختلال‌های عملی و اختلال‌های عضوی تحت مطالعه قرار میدهیم.

الف - اختلال‌های عملی:

۱- اسپاسم تطابق که بصورت نرديک بینی حاد جلب توجه میکند و بیمار بطور ناگهانی دور را نمیبیند و در مایه میوپی تا حدود پنج دیوبتری وجود دارد. مردمک درحال میوزیس و اطلاق قدامی عمیق بوده و گاهی لرزش ایریس دیده میشود و بعضی مؤلفین در این موارد حتی ادم ناحیه ماکولا را هم خاطر نشان کرده‌اند.

این اختلال‌ها وقت بوده و بمحض قطع دارو از بین میروند. از علل مهم اسپاسم تطابق، مصرف داروهای پاراسکمپاتیکومیمتیک است.

فعالیتهای روزافزون اجتماعی و زندگی ماشینی گاهه بگاه به پیدایش هیجانات مخصوصاً در اشخاصی که زمینه مساعدی دارند منجر میشود که حاصل آن بصورت ناراحتی‌های عصبی و روحی در جامعه تظاهر میکند و شیوه این قبیل کسالت‌ها و اختلال‌های دیگر عصبی متخصصین را به تجسسات پیگیر در زمینه داروهای جدید عصبی با اثر دوگانه روی روان و سیستم عصبی مرکزی و نباتی و اداسته و در داروشناسی مبحث پسی کوفارماکولوژی را بوجود آورده است. طبعاً کارخانجات دارو سازی هم از این نیازهای اجتماعی استفاده کرده و همه روزه محصولات تازه‌ای را که در اصل مشابه یکدیگرند تهیه و بازگر خواص و مزایای متعددی بیزار عرضه میدارند. پیدایش عوارض چشمی با استعمال مدام داروهای عصبی مخصوصاً در آنسته از بیمارانی که بدون توصیه متخصصین اعصاب و روان مدت‌ها از این داروها استفاده میکنند، در چند سال اخیر مارا بر آن داشت که عوارض چشمی داروهای عصبی را مورد مطالعه قرار دهیم و اطمینان داریم که آشنازی با این عوارض در بسیاری از موارد از بروز ضایعات جبران ناپذیر در دستگاه بینائی جلوگیری خواهد کرد.

باید در نظر گرفت که گاهی در حین درمان امراض عصبی، عوارضی در چشم ایجاد میشود که عدم توجه به آنها ضایعات فراوانی را بر روی فشار چشم یادستگاه رتبین و سیستم بینائی بوجود خواهد آورد لذا لازم است همه متخصصین اعصاب و روان و آنسته از پزشکان عمومی که گاهی ناچار نداز داروهای عصبی و آرام پخش نیز تجویز نمایند با این عوارض کاملاً آشنازی داشته باشند و مبادا تصور شود که چون بعضی از این عوارض نسبتاً نادر هستند لذا ممکن است بیماران از این حیث مصون باشند. در حالیکه بر عکس احتمال دارد بیماران

* بیمارستان فارابی - تهران.

** درمانگاه تخصصی شماره ۱ بیمه‌های اجتماعی.

ب - اختلال‌های عضوی :

۱- پلک‌ها - تغییر رنگ پوست پلک‌ها بعلت پیکماناتاسیون در اثر مصرف داروهای دسته فنتوتیازین مخصوصاً کلرپرومایزین - پتوز پلک در اثر مصرف بعضی الکالولیدهای طبیعی تریاک Sidall با ۵۰ مورد از این نوع پیکماناتاسیون‌ها برخورد کرده است و بر طبق امتحانات بافت شناسی این پیکماناتاسیون از دانه‌های ملانین تشکیل شده است و تابش اشعه آفتاب دربروز آنها دخالت کامل دارد.

۲- غدد اشکی - کاهش ترشح غدد اشکی در اثر مصرف آلکالولیدهای تریاک و داروهای گروه فنتوتیازین دیده می‌شود.

۳- قرنیه - مصرف طولانی فنتوتیازین‌ها مخصوصاً کلرپرمایزین باعث تولید پیکماناتاسیون‌های گرانولر زرد مایل به سفید در قسمت های خلفی یعنی استر و ما، دسمه و آندوتلیوم قرنیه می‌شود بطوریکه Greiner و همکارانش ۱۰۰۰ بیمار روانی را که مدت ۳-۵ سال تحت درمان بالارگاکتیل بمقدار ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی گرم در روز بوده‌اند مورد بررسی قرار داده و در ۷۰ تن آنها این پیکماناتاسیون‌ها را مشاهده کرده‌اند.

در این زمینه ماتعدداد ده تن از بیماران روانی بستری در بیمارستان امین آباد را که مدت چند سال بالارگاکتیل و ترکیبات مشابه آن تحت درمان قرار گرفته‌اند مورد معاينه قراردادیم و هیچ‌گونه ضایعه قرنیه‌حتی باییو میکروسکوپ مشاهده نگردید. البته این دلیل آن نخواهد بود که این ترکیبات ضایعه قرنیه ایجاد نمی‌کنند چون معاينه اغاب بیماران روانی بیمارستان امین آباد بعلت وضع حالت عمومی برای مامقدور نبود بطوریکه فقط پنج تن از بیماران نسبتاً آرام را توانستیم در درمانگاه چشم باایومیکروسکوپ تحت معاينه قرار دهیم که در معاينه به آسیب قرنیه و قسمت‌های قدام برخورد نکردیم.

۴- عنیبه - فنتوتیازین‌ها باعث افزایش گرانولاسیون‌های پیکمانه سطح قدامی عنیبه می‌شوند و هر قدر بیمار مسن تراشید تجمع رسوبات رنگی بیشتر خواهد بود. ترکیبات تریاک باعث تنگی مردمک می‌گردد و فنتوتیازین‌ها، آمی ترپتیلین و سایر داروهای عصبی با خواص آنتی کلریزیک باعث گشادی مردمک می‌شوند.

۵- عدسی - از داروهای آرام بخش مخصوصاً فنتوتیازین‌ها باعث ایجاد کدورت در عدسی می‌شوند که بصورت نقاطی در پشت کپسول قدامی عدسی شروع و در مراحل پیشرفته بشکل کدورت ستاره شکل، کپسول و کورتکس عدسی را می‌گیرد و بصورت آب مر واردید تظاهر می‌کند. گزارش‌های متعددی در این مورد منتشر شده است از جمله ده بیمار که پس از مصرف چندین ماه کیتیدین

۲- فلچ تطابق - بر عکس اسپاسم تطابق در اینجا دید نزدیک مختل می‌شود و بیمار قادر به خواندن و نوشتن نمی‌باشد. از علل مهم این عارضه مصرف داروهای پاراسمپاتولی تیک است و این اثر در اکثر داروهای پسی کولپتیک و آرام بخش مخصوصاً دسته فنتوتیازین‌ها وجود دارد. موارد متعددی دیده‌ایم که بیماران باعجله به مطب و بیمارستان مراجعت کرده و از اینکه نمیتوانند کتاب و مجله را باخوانند دچار وحشت می‌شوند و وقتی شیشه‌ای محدب در جلو چشم این قبیل اشخاص گذاشته می‌شود با خوشحالی شروع به خواندن می‌کنند و با رها دیده شده است که خانم با آقای جوانی قبل از مراجعت به مطب چشم پزشکان عینک پر چشمی مادر یا پدر خود را به عنوان آزمایش در چشم خود گذاشته و با توجه وحیرت توانسته است خطوطی را که قرائت آن غیر محدود بوده بخوانند. وقتی از سوابق بیمار و از داروهایی که مصرف کرده سوال می‌شود بلا فاصله چشم پزشک متوجه می‌گردد که بیمار قبل از داروهای عصبی با اثر پاراسمپاتیک کولی تیک مصرف کرده است. در صورتیکه فشار چشم‌ها کاملاً طبیعی باشد چشم پزشک بیمار را مطمئن می‌کند که این عارضه وقت بوده و با قطع درمان از بین خواهد رفت و حتی ممکن است بعد از چند هفته باشروع مجدد دارو با مقدار کمتر دیگر عود نکند.

۳- کوری موقع - داروهای سمپاتیکومی متبیک ممکن است باعث چنین عارضه‌ای شوند که مربوط به انقباض عروق شبکیه می‌باشد و اگر این عارضه تکرار شود ممکن است به ضایعات عضوی منجر گردد.

۴- اختلال دید دوچشمی - مربوط به عدم هم‌آهنگی عضلات خارجی چشم می‌باشد و اغاب احساس دوینی با اختلال تقارب و گاهی هم با اینستاگموس و پتوزیس همراه است. از علل مهم و شایع این عارضه استعمال باربیتوریک‌ها و داروهای ضد صرع است. در این زمینه گاهی بگاه به مواردی برخورد کرده‌ایم که بیماران برای اختلال دید مراجعت کرده‌اند و در معاينه معلوم شده که دید چشم‌های طبیعی ولی بیمار با احساس دیبلوپی‌های زود گذر تصور می‌کرده که احتیاج به استعمال عینک دارد و چون عمل عضلات و امتحانات از نظر دوینی و میزان قند خون طبیعی بوده از بیماران خواسته‌ایم که نسخه‌های قبلی را در اختیار ما قرار دهند و معلوم شده که مدت‌ها بیماران از مشتفقات باربیتوریک‌ها مصرف می‌کرده‌اند بدین جهت با مشاوره با پزشکان معالج قرار گذاشتم از نظر بررسی و تحقیق مدتی از استعمال این داروها خودداری کرده و یا اساساً مصرف نکنند و در نتیجه بیماران از احساس دوینی‌های موقع راحت شدند.

۵- رنگین دیدن اشیاء که با استعمال داروهای باربیتوریک مربوط است و باقطعه دارو این احساس از بین می‌رود.

ب- گرانولاسیون‌های مشخص در قطب خلفی باشروع پیکمانهای نقطه ریز.

پ- تجمع پیکمانها در قطب خلفی.

ت- پلاکهای وسیع پیکمان بالدم رتین- تجمع پیکمان مخصوصاً در اشخاص مسن بالاتر از شصت سال بیشتر نمایان است.

باتیوریدازین (ملریل) باعصار چهار گرم در روز بمدی یک ماه عالم مسمومیت دیده میشود که بشکل شبکوری شروع و با کاهش دید و تنگی میدان بینائی جلب توجه میکند. شروع عالم با هیپرمنی پاپی والدم رتین است. شکل پیکمانتسایون خیلی تی پیک است. رتین در بعضی نقاط منظره فلفل نمکی پیدا میکند و این منظره گاهی روی ماکولا و گاهی تمام رتین را میپوشاند. پیکمانهای طبقات عمیق رتین با کوروئید قرار گرفته اغلب در مرکز رتین گاهی در اطراف و مرکز پراکنده میباشدند. با وجود پیکمانهای فراوان و مشخص تغییراتی در پاپی و عروق مشاهده نمیشود (بر عکس رتین نیت پیکمانتر) در این عارضه آداناتسایون مختلط و اختلال‌های E.R.G قابل توجه است. دامنه امواج کم شده و استثنائاً موجها کاملاً ازین میزان می‌رسد (ماقندرتی نیت پیکمانتر).

سیر عارضه: قطع دارو به سرعت عالم را تخفیف داده ولی تا چندین ماه اختلال‌ها کم و بیش وجود دارد. شبکوری از بین رفته میدان بینائی طبیعی و معیزان دید بالا می‌رسد. پیکمانها کم شده و بدامنه امواج E.R.G افزوده میشود. فقط در مواد و خیم است که ضایعات غیر قابل برگشت خواهد بود. در چند مورد بیماران یا مستقیماً تحت معاینه ماقنار گرفته اند و یا توسط پزشکان معالج خود برای بررسی چشم به مامعمر فی شده‌اند. خوشبختانه در اغلب مواد تجسسها را سالم دیده‌ایم ولی در سه مورد که دو تن بالارگان کنیل بمدی بیش از دو سال تحت معالجه بودند به پیکمانتسایون ماکولا برخورد کرده‌ایم که در هر سه بیمار ضایعه ته چشم مریبوط به عارضه دارو بوده است و نظر خود را به پزشک معالج اعلام کرده‌ایم و در یکی از این بیماران تحت درمان با مللریل باقطع دارو بدریج پیکمانها کم شده و از پیشرفت ضایعه جلوگیری شده است و متناسبانه دو بیمار دیگر جهت کنترل بعدی مراجعه نکرده‌اند.

اخیراً یک مورد ماکولا پاتی دو طرفی پیشرفتی در خانمی که بعلت کاهش دید مراجعته کرده است گزارش کرده‌اند. این بیمار بعلت ناراحتی روانی مدت پانزده سال، روزانه ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم لومپر و مازین (نوژینان) مصرف میکرده است. در میدان بینائی اسکوتوم سانترال دو طرفی داشته، منحنی آدانو متري و E.R.G طبیعی بوده تست Farnsworth یک دیس کروماتومتری دو طرفی بیشتر در محور قرمز - سبز نشان داده است. یکسال بعد از قطع دارو دید چشمها بالارفته میدان بینائی بهتر شده اختلال دید رنگ بهبود یافته

به کاتاراکت- طح خلفی و در نتیجه کاهش دید مبتلا شده اند و پیشرفت کاتاراکت بعد از قطع دارو متوقف گردیده است. جوانترین بیمار در این گزارش ۲۴ سال و مسن‌ترین آنها ۵۲ سال داشته و سن متوسط ۴۰ سال بوده است. فقط دو نفر از بیماران زن بوده‌اند و همه بیماران بطور مرتب روزی ۳ قرص کیتیدین بمدی ۲ ماه تا ۴ ماه مصرف میکرده‌اند. K.Bardy در بیماران بستری در بخش روانی در ۴۲ بیمار مرد که مبتجاوز از ۸۰ ماه با کیتیدین تحت درمان بوده‌اند بعداز بهبود وضع روانی در ۴ مورد کاتاراکت پیشرفت پیدا کرده است که هر ۴ تن تحت عمل قرار گرفته‌اند. به عقیده Raab این سؤال پیش می‌آید که آیا عوارض چشمی این دارو هر بوط به Porphyria Cutanea Tarda دارد که این قبیل بیماران از نظر آنومالی فوق که یک اختلال متابولیک است معاینه شوند. چون در این آنومالی کاتاراکت سنتوماتیک نیز دیده میشود و به عقیده بعضی از مؤلفین انگلیسی، فرانسوی و آلمانی در این آنومالی معالجه با تزریق روزانه ۵۰۰ میلی گرم ویتامین B6 مؤثر است لذا ممکن است که این معالجه از پیشرفت کدورت عدسی هم جلوگیری نماید. در گزارش دیگری ۱۴ مورد (۲۳ مرد و ۱۱ زن) کاتاراکت مشاهده شده است که این بیماران از داروی آرام بخش (کیتیدین) مصرف میکرده‌اند. در ۷ تن کاتاراکت با عوارضی جلدی همراه بوده است.

G.Deak ۴ مورد، K.Vereli ۳ مورد و P.Mesey ۸ مورد کاتاراکت در اثر مصرف کیتیدین گزارش داده‌اند. و نیز در ۲۷ کاتاراکت مبتلا به اسکیزوفرنی که هر کدام روزانه ۱۰ تا ۲۴ گرم لارگاکنیل بمدی ۲۰ ماه تا ۱۱۹ ماه مصرف کرده‌اند در ۲۴ تن علاوه بر نقاط پیکمانه در قرنیه کدورت ستاره شکل زبر کپسول قدامی و در مرکز عدسی مشاهده شده است. حدود یکسال پیش در دختر جوان ۱۹ ساله که مدت ۴ سال مرتب تجاوز درمان بالارگاکنیل بوده در هر دو چشم کاتاراکت مشخص ملاحظه کرده‌ایم. قندخون بیمار کاملاً طبیعی بوده دو بار در سه خواهر و پدر و مادرش از نظر چشمی سالم بوده‌اند و چون دید هر چشم حدود ۱/۳ بود از بیمار خواسته شد که هر چهار ماه جهت کنترل مراجعت نماید ولی در یکسال اخیر دیگر بیمار را ندیده‌ایم. در چند مورد از طرف همکاران متخصص اعصاب، بیمارانی در این زمینه بما معرفی شده‌اند که بعداز بررسی کامل شروع، کدورت در کپسول قدامی عدسی را مشاهده کرده و به طبیب معالج پیدایش این عارضه را اعلام کرده‌ایم. ۶- شبکیه- مصرف طولانی فنو-تیازین‌ها مخصوصاً با مقدار بالاباعث ایجاد رتینوباتی میشود که در چهار مرحله پیشرفت میکند.

الف- دانه‌های بسیار ریز (گرانولارین)

قطره پیلو کارپین دو درصد روزی ۵ مرتبه فشار چشم بحد طبیعی رسید و التهاب و درد بکلی مرتفع شد و بتدریج تقطیر پیلو کارپین را بدروزی ۳ مرتبه رسانده ایم و چشم از هر نظر وضع عادی پیدا کرده است درحالیکه معمولاً گلو کوم تحت حاد هیچوقت باتجویز تنها قطره پیلو کارپین آنهم ۳ مرتبه در روز بهبود پیدا نمیکند ولذا قطع داروی عصبی که از علل مهم مساعد کننده بوده بهبود بیماری کمک غیر قابل انکاری کرده است. بنابراین لازم است در مواردیکه بیماران تحت درمان با این قبیل مشتقات آنهم بمدت طولانی هستند حتمناً گاه به گاه فشار چشمها توسط چشم پزشک بررسی شود و حتی امتحان گونیوسکپی بعمل آید تا درصورتیکه بیماران زمینه مساعدی از لحاظ گلو کوم داشته باشند با داروی عصبی قطع و یا اقلام همزمان باتجویز این مشتقات از نظر پیشگیری مرتبأ در چشمها قطعه های میوتیک چکانده شود.

خلاصه و نتیجه : بطوریکه ملاحظه میشود مصرف داروهای عصبی عوارضی در چشم دارد که حتمناً باید مورد توجه قرار گیرد. ضمناً این نکته بسیار مهم را متذکر میشویم که چون بیماران روانی اغلب بعلت افسردگی و یعنایتی مدت‌ها باکاهش تدبیری دید و عوارض چشمی توجهی ندارند لذا واقعاً بجاست در بیمارانی که مصرف داروهای عصبی بمدت طولانی ضرورت داشته باشد گاه به گاه از نظر چشمی معاینه بعمل آید تا موقع از پیدا شیعات عضوی و سقوط دید جلو گیری شود. در مورد فتوتیازین ها مخصوصاً ملریل مقدار دارو باید از ۸۰۰ میلی گرم در روز تجاوز کند و بیماره رسماه از نظر چشمی برسی شود. در مورد کلرپر و مازین (لار گاکتیل) درصورتیکه بیمار حدود یک گرم در روز مصرف میکند باز هر سه ماه یکباره باید کنترل شود. اگر مقدار کمتری استعمال میکنند سالی یکباره کنترل کافی خواهد بود. ضمناً در موردلار گاکتیل باید حتمناً به بیماران توصیه شود از قرار گرفتن در مقابل اشعه آفتاب خودداری نمایند زیرا عوارض چشمی و جلدی این دارو ارتباط نزدیک با فتوسانی بیلته دارد.

است درصورتیکه منظره ته چشم حتی بعد از دو سال تغییری نکرده است. داروهای متوقف کننده اثر منو آمین اکسیداز بعلت ایجاد تغییرات در فشار شریان مرکزی رتبین ممکن است ترمبوز تولید کند.

۷- عصب باصره : مصرف طولانی فتوتیازین ها ممکن است آتروفی عصب باصره بدهند. متوقف کننده های منو آمین اکسیداز ساعت سوریت عصب باصره میشوند. در شرح حال شخصی و چهار شرح حال از همکاران دیگر منتشر کرده است که حاکی از نوریت رتروبویلر از تزعیج توکیک بالاختلال دید رنگ، کاهش دید مرکزی و ظهور اسلکوتوم سانترال میباشد. نکته جالب توجه این است که بیماران روانی که از داروهای I.M.A.O مصرف میکنند خود دچار افسردگی هستند و بهمین علت دیر متوجه کسالت

چشمی شده موقعی شکایت از کاهش دید به حدود $\frac{1}{10}$ و حتی کمتر میبرند. معمولاً قطع دارو بعد از مدت ۲ تا ۴ همه ممکن است منجر به اعاده یعنای شود والبته این بهمن بیمار و مدت مصرف دارو بستگی خواهد داشت.

در چهارمورد نوریت رتروبویلر در اثر مصرف سولفات هیدرازین - ۲ - اکتان توسط J. Voisin و همکارانش دیده شده است و مؤلفین معتقدند که این دارو باید بمدت زیاد و با مقدار بالا مصرف شود و نیز نوریت اپتیک رتروبویلر با مصرف دی سولفیرام Disulfiram مشاهده شده است.

۸- مایع زلایله - فشار چشم - استعمال داروهای عصبی با اثر آنتی کولی نرژیک و پاراسیپاتیکولی تیک در افرادی که زمینه قبلی مساعدی داشته باشند ممکن است گلو کوم ایجاد نماید. Appelma و همکارانش ۳ مورد گلو کوم با مصرف این داروها گزارش کرده اند و در یک مورد مجبور به عمل فیستولیزان شده اند لذا باید از تجویز این داروها در اشخاص مبتلا به آب سیاه و یا اشخاصی که مستعد به گلو کوم هستند خودداری شود. ما اخیراً بیماری را تحت معاینه و بررسی قرارداده ایم که در اثر استعمال ترکیبات آمی تریپتیلین (ترپتیزول) دچار گلو کوم تحت حاد شده بود و باقطع دارو و تجویز

REFERENCES :

- 1- G. Bonamour et Mme A. Didier Laurent. Complications opht. de certaines thérapeutiques générales. J. Méd de Lyon 1964, No 1050, P. 441.
- 2- Greiner, A. et Berry, K. Pigmentation de la peau et de la cornée et opacité du cristallin par traitement prolongé à la chlorpromazine. Arch Opht. 1965, T. 25, P. 798.
- 3- J. Sourdille. Nevrite optique toxique par I.M.A.O. Société Opht. de Paris Séance du 19 Decembre 1964.
- 4- José Casanovas et Roman Casanova. Les dangers de quelques médicaments opht. récentes. Ann. Ocul. Janvier 1969 P. 16.
- 5- Boet (D.J.) Toxic effects of phenothiazines on the eye. Documenta ophthalmologica 1970, 28, 1-69.
- 6- Babel (J.)- Complications oculaires des médicaments. Rev. Méd. Suisse Romande, 1970.
- 7- Barsa (J.A.) Newton (J.C.) et Saunders (J.C.) Lenticular and corneal opacities during phenothiazine therapy. J. Am. Med. Assoc. 1965, 193, 98-100.
- 8- Hermans (G.). Les psychotropes. Les effets nocifs des médicaments généraux sur l'appareil visuel. Bull. Soc. belge Ophtal. 1972, 160 15-84.
- 9- Sizaret P., Rossazza (C), Quéré (M) et Degiovanni (A). Les troubles pigmentaires de l'œil chez les malades traités par les phenothiazines. Rev. Oto-Neuro-Ophtal 1970, 42, 184-188.
- 10- Van Oye (R). Le disulfiram. Bull. Soc. belge Ophtal. 1972, 16, 482-485.
- 11- M. Kalberer et Ses Coll. Atteinte oculaire lors de traitement prolongé avec le largactil Ann. Ocul. Juin 1970, P. 605.