



Décembre 2013 ; volume 2  
N°4, pages 180- 240

# Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

**SOMMAIRE**

<b>EDITORIAL</b> ,.....	<b>Pages</b> <b>180</b>
-------------------------	----------------------------

**ARTICLES ORIGINAUX**

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES DE L'ENFANT AU CHU DE DAKAR,.....	181
RESULTATS PRELIMINAIRES DE LA CURE ENDOSCOPIQUE DES LOMBOSCIATIQUES PAR HERNIE DISCALE : A PROPOS DE DIX-HUIT CAS,.....	186
LES ABDOMENS AIGUS D'ORIGINE PARASITAIRE : ANALYSE D'UNE SERIE DE 13 CAS A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN,.....	192
TRAUMATISME DE LA RATE DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE DES CHU DE BAMAKO,.....	197
VECU DE LA LIGATURE DES TROMPES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DAKAR,.....	201
PRISE EN CHARGE DES FRACTURES VERTEBRO-MEDULLAIRES PAR LA TECHNIQUE DE LUQUE, A PROPOS DE 7 CAS CLINIQUES,.....	208
MORBIDITE ET MORTALITE LIEES A LA CURE CHIRURGICALE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ L'ENFANT,.....	212
L'INFECTION PAR LE VIH : UNE REALITE CHEZ LES PATIENTS ADMIS DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE,.....	216

**CAS CLINIQUES**

OCCLUSION INTESTINALE DUE A UN PHYTOBE- ZOARD : A PROPOS D'UN CAS,.....	222
FISTULES DE LA QUATRIEME POCHE BRANCHIALE :.....	227
CLES DANS LE RHINOPHARYNX : UN CAS D'OBSERVATION AU CHR* DE SAINT LOUIS (SENEGAL),.....	231
LYMPHANGIOME KYSTIQUE CERVICO- MEDIASINAL: A PROPOS D'UN CAS,.....	234
PERFORATION ISOLEE DE LA VESICULE BILIAIRE PAR CONTUSION ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT,.....	238

**CONTENTS**

<b>Editorial</b> ,.....	<b>Pages</b> <b>180</b>
-------------------------	----------------------------

**ORIGIINAL PAPERS**

<i>FOREIGN BODIES OF INFERIOR RESPIRATORY TRACTS ON CHILDREN</i> ,.....	181
<i>PRELIMINARY RESULTS FOR ENDOSCOPIC SURGERY OF LUMBAR DISC HERNIATION : ABOUT EIGHTEEN CASES</i> ,.....	186
<i>ABDOMINAL SURGICAL COMPLICATIONS OF INTESTINAL PARASITES: A REVIEW OF 13 CASES FROM CONAKRY IGNACE DEEN NATIONAL HOSPITAL, GUINEA</i> ,.....	192
<i>SPLEEN TRAUMA IN THE SURGERY DEPARTMENTS OF UNIVERSITY HOSPITAL OF BAMAKO</i> ,.....	197
<i>LIVEDTHTUBAL LIGATION AT UNIVERSITY HOSPITALINDAKAR</i> ,.....	201
<i>MANAGEMENT OF VERTEBRO-MEDULLARY FRACTURE BY THE PROCEDURE OF LUQUE, ABOUT 7 CLINICAL CASES</i> ,.....	208
<i>MORBIDITY AND MORTALITY RELATED TO SURGICAL TREATMENT OF UMBILICAL HERNIA IN CHILDREN</i> ,.....	212
<i>HIV INFECTION: A REALITY AMONG PATIENTS ADMITTED IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT</i> ,.....	216

**CASES REPORT**

<i>SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE BYE A PHYTOBEZOAR : A CASE REPORT</i> ,.....	222
<i>FOURTH BRANCHIAL POUCH FISTULA: CLINICAL CONSIDERATIONS. A CASE REPORT</i> ,.....	227
<i>KEYS IN THE NASOPHARYNX: A CASE OBSERVATION AT SAINT-LOUIS MEDICAL CENTER (SENEGAL)</i> ,.....	231
<i>CERVICAL AND MEDIASTINAL CYSTIC LYMPHANGIOMA: A CASE REPORT</i> ,.....	234
<i>ISOLATED GALLBLADDER PERFORATION AFTER BLUNT ABDOMINAL TRAUMA IN CHILDREN: A CASE REPORT</i> ,.....	238

## CAS CLINIQUE

### FISTULES DE LA QUATRIEME POCHE BRANCHIALE : CONSIDERATIONS CLINIQUES ET DONNEES DE LA LITTERATURE A PRO- POS D'UN CAS.

#### *FOURTH BRANCHIAL POUCH FISTULA: CLINICAL CONSIDERATIONS. A CASE REPORT*

KOSSINDA F<sup>1</sup>, SY A<sup>1</sup>, NDIAYE M<sup>2</sup>

1. Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam (Dakar, Sénégal)

2. Service d'ORL, CNHU FANN (Dakar, Sénégal)

Auteur correspondant : Dr Frédéric KOSSINDA

Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam

BP 24175, Dakar, Sénégal.

Téléphone : 00 221 77 634 61 83 - e-mail : frederickossinda@yahoo.fr

#### RESUME

Les fistules de la quatrième poche endobran-  
chiale sont des malformations latéro-cervicales  
congénitales rares, à la symptomatologie trompeuse.  
Leur évolution est très souvent marquée par des épi-  
sodes répétitifs d'abcès paramédian cervical gauche.  
Les auteurs rapportent un cas de fistule de la 4<sup>ème</sup>  
poche endobran-  
chiale cautérisée au laser sous endo-  
scopie. Il s'agissait d'un jeune garçon de 8 ans qui  
avait consulté pour des épisodes répétitifs d'abcès  
cervical paramédian gauche. Le patient avait bénéfi-  
cié d'une exploration comportant une échographie,  
une TDM et une hypopharyngoscopie. Le traitement  
avait consisté en un drainage, une loboisthmectomie  
gauche et une cautérisation au laser de l'orifice fistu-  
leux interne sous endoscopie. L'évolution a été favo-  
rable.

**Mots-clés :** Fistule de la 4<sup>ème</sup> poche endo-  
branchiale, chirurgie, cautérisation au laser.

#### Summary

Fourth branchial pouch is rare congenital ano-  
maly which most frequently presents with recurrent  
episodes of neck abscess. The authors report a case  
of fistula of the fourth branchial pouch treated by  
endoscopic cauterization. It was an 8-year-old boy  
with a history of repeated incision and drainage of  
recurrent neck abscess. USG and CT scan were help-  
ful for showing abscess-like lesion. Direct pharyngo-  
laryngoscopy examination revealed the internal ope-  
ning of sinus at apex of left pyriform fossa. The treat-  
ment consisted in drainage, left lobo-isthmectomy  
and endoscopic laser cauterization of internal ope-  
ning of sinus. The postoperative conditions have  
been uneventful for six months without recurrence.

**Key words:** Fourth branchial pouch fistula,  
surgery, endoscopic cauterization.

## INTRODUCTION

Les fistules de la quatrième poche branchiale sont des malformations cervicales congénitales rares. Elles correspondent à la persistance d'un canal unissant le fond du sinus piriforme à la face profonde du lobe thyroïdien et cheminent le long du larynx et de la trachée. Elles sont habituellement diagnostiquées chez l'enfant et siègent dans la majorité des cas du côté gauche [1].

L'endoscopie pharyngée retrouve l'orifice fistuleux interne visible au fond du sinus piriforme.

Le traitement chirurgical est nécessaire. Il est souvent compliqué par la surinfection préalable, gênant la dissection. L'exérèse du lobe thyroïdien homolatéral est parfois nécessaire. Une autre alternative chirurgicale est de cautériser au laser l'orifice fistuleux interne sous endoscopie afin de prévenir d'éventuelles surinfections du kyste.

Ce travail illustre un cas de fistule de la 4ème poche branchiale observée chez un jeune garçon.

Le but de notre étude était de rapporter les considérations cliniques et les données de la littérature.

## Observation

Il s'agissait d'un garçon de 8 ans qui nous a été adressé pour des épisodes répétitifs d'« abcès thyroïdien » (troisième épisode), traités médicalement. La symptomatologie remontait à environ 3 ans.

L'examen clinique avait montré une tuméfaction latéro-cervicale gauche, ferme, régulière et inflammatoire. Une échographie thyroïdienne avait été pratiquée mettant en évidence un aspect évocateur d'une thyroïdite suppurative lobaire gauche non spécifique (Fig.1)



**Figure 1 : Aspect d'une thyroïdite suppurative lobaire gauche non spécifique**

Après un drainage, un traitement médical à l'amoxicilline - acide clavulanique était institué. Le patient avait bénéficié ensuite d'une loboisthmectomie gauche à froid. Les suites opératoires immédiates ont été marquées par un emphysème cervicothoracique modéré jugulé par un traitement médical et un pansement compressif.

L'examen anatomopathologique avait conclu à deux nodules correspondant à du tissu thyroïdien vésiculaire, hyperplasique ou adénomateux, sans signe de malignité ; deux autres nodules correspondant à du tissu thymique hyperplasique et nodulaire sans altération cellulaire ; deux autres prélèvements correspondant à des ganglions lymphatiques. Il n'y avait pas de signe histologique de malignité.

Le patient a été revu trois mois plus tard pour une récurrence de la collection suppurée latéro-cervicale gauche. L'exploration a été complétée par une échographie cervicale qui avait montré une collection de la loge de loboisthmectomie (Fig.2)



**Figure 2 : Collection de la loge de lobectomie gauche. Lobe droit normal**

Une incision-drainage de la collection a été pratiquée sous anesthésie générale.

Devant la régulière récurrence de la collection sur la même zone anatomique (région cervicale paramédiane gauche), le diagnostic de fistule de la 3ème ou de la 4ème poche branchiale avait été évoqué. Le patient avait donc bénéficié d'une reprise de cervicotomie (dans le but de suivre le trajet fistuleux), avec hypopharyngoscopie première qui n'avait pas

montré d'orifice individualisable au niveau de l'hypopharynx, en particulier au niveau des sinus piriformes.

Profitant de son séjour en France, le patient a consulté aux urgences du Groupe Hospitalier Necker Enfants Malades pour un abcès paramédian cervical gauche d'environ 3 cm, fluctuant. L'abcès a été drainé au bloc opératoire sous anesthésie générale avec hypopharyngoscopie première qui avait montré une petite fistule bombant dans le sinus piriforme antérieur gauche, brûlée au laser 8 watts.

Les suites opératoires étaient simples, sous traitement par amoxicilline + acide clavulanique. Le patient a été revu 10 jours plus tard. L'évolution était favorable.

## DISCUSSION

Les fistules de la 4<sup>ème</sup> poche branchiale sont des malformations congénitales latéro-cervicales rares, au diagnostic parfois difficile, du fait de leur révélation tardive et leur aspect clinique souvent polymorphe, voire trompeur, en l'absence de fistule externe. Jusqu'au début des années 1970, l'existence de fistule de la quatrième fente branchiale était controversée [2]. Dans une série belge publiée en 1998, sur 43 cas de malformations congénitales latéro-cervicales d'origine branchiale, seuls deux intéressaient la quatrième fente branchiale [3]. Cette forme de fistule, située le plus souvent du côté gauche, comme chez notre patient, est due au développement asymétrique du quatrième arc branchial. La fistule naît à l'apex du sinus piriforme, caudalement par rapport au nerf laryngé supérieur et passe entre le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde [4]. Elle descend ensuite entre la trachée et le nerf récurrent et contourne, à gauche, l'arc aortique et à droite, l'artère sous clavière. Elle monte en arrière de la carotide commune et croise la XII<sup>ème</sup> paire du nerf crânien avant de redescendre vers son ouverture extérieure au bord antérieur du sternocléidomastoïdien, à la partie inférieure du cou.

La présentation clinique mime le plus souvent une thyroïdite aiguë suppurative ou un tableau d'abcès cervical récidivant [5]. C'était le cas chez notre patient.

L'imagerie de la région cervicale (l'échographie couplée le plus souvent à une tomodensitométrie) est essentielle pour apprécier les rapports anatomiques de la lésion avec les structures avoisinantes et tenter d'en préciser l'origine [6]. Dans notre étude,

une première échographie cervicale avait confirmé un aspect de thyroïdite suppurative lobaire gauche non spécifique ; une autre avait montré une collection de la loge de loboisthnectomie gauche. La tomodensitométrie injectée avait confirmé la présence d'un abcès cervical gauche sans visualiser clairement de fistule.

Une endoscopie ORL soigneuse, réalisée sous anesthésie générale, retrouve au niveau du sinus piriforme l'orifice fistuleux, souvent sous un repli muqueux, laissant parfois sourdre du pus lors du massage cervical [7]. Dans notre cas, la première hypopharyngoscopie n'avait pas pu identifier l'orifice interne ; c'est la deuxième hypopharyngoscopie qui avait montré une petite fistule bombant dans le sinus piriforme antérieur gauche.

Le traitement chirurgical est difficile, particulièrement la dissection du nerf récurrent, à cause des surinfections multiples et parfois des exérèses chirurgicales précédentes incomplètes [8]. L'incision va circonscrire les incisions antérieures et l'exérèse du trajet fistuleux et des tissus cicatriciels adjacents est réalisée, après repérage du nerf récurrent, jusqu'au sinus piriforme, en emportant parfois une partie ou la totalité du lobe thyroïdien homolatéral [9]. Une autre alternative, après sédation des phénomènes inflammatoires, est la cautérisation au laser diode de l'orifice pharyngé et du trajet fistuleux [10]. Dans notre étude, le patient a bénéficié, dans un premier temps, d'un drainage de la collection et d'une loboisthnectomie gauche. Puis dans un second temps, une cautérisation au laser 8 watts a été pratiquée sur l'orifice fistuleux interne sous endoscopie afin de prévenir d'éventuelles surinfections du kyste. Les suites ont été simples.

## CONCLUSION

La fistule de la quatrième poche branchiale est une malformation cervicale congénitale très rare, de symptomatologie trompeuse. Elle est souvent mal connue des praticiens.

L'expression clinique est celle d'une thyroïdite aiguë suppurée ou d'un abcès cervical récidivant. Après un diagnostic de fistule de la quatrième poche endobrancheiale, un drainage chirurgical avec fistulectomie doit être envisagé. Une autre alternative à la chirurgie est la cautérisation au laser de l'orifice fistuleux interne sous endoscopie afin de prévenir d'éventuelles surinfections du kyste.

## REFERENCES

- 1) **Ayache D, Nengsu Tchuente A, Cohen M, Klap P.** Fistule de la quatrième fente branchiale : à propos d'un cas traité par cautérisation endoscopique. Rev Laryngol Otol Rhinol 2001;122(3):175-177.
  - 2) **Mankekar G, Nayak R, Ingle V.** Fourth branchial arch fistula; a case report. J Laryngol Otol 1993;10:445-459.
  - 3) **Hamoir M, Rombaux P, Cornu A-S, Gruyer X, Clapuyt P.** Les malformations congénitales latéro-cervicales d'origine branchiale. A propos de 43 cas. Louvain Med 1998;117:410-424.
  - 4) **Takimoto T, Yoshizaki T, Ohoka H, Sakashita H.** Fourth branchial pouch anomaly. J Laryngol Otol 1990;104:905-907.
  - 5) **Jaumotte J, Tuerlinckx D, Lawson G, Seldrum M, De bilderling G, bodart E.** Abscess latéropharyngé gauche révélateur d'une fistule de la quatrième fente branchiale. Louvain Med 2004;305-309.
  - 6) **Barberet G, Diakhaté I, Conessa C, Morinière S.** TDM et diagnostic des fistules de la quatrième poche branchiale chez l'adulte. J Radiol 1999;80:1676-1678.
  - 7) **François M.** Kystes et fistules cervico-faciaux chez l'enfant. Monographies en chirurgie ORL et cervico-faciale. Paris:Arnette ;1994.
  - 8) **Edmons JL, Girod DA, Woodroof JM, Bruegger DE.** Third branchial anomalies. Avoiding recurrences. Arch Oto Laryngol Head Neck Surg 1997;123(4):438-41.
  - 9) **Millman B, Gibson WS, Foster WP.** Branchio-oto-renal syndrome. Arch Oto Laryngol Head Neck Surg 1995;121:922-25.
  - 10) **Sayadi S.J, Gassab I, Dellai M et al.** Traitement endoscopique au laser des fistules de la 4ème poche endobranchiale. Ann Otolaryngol Chir Cervico-Faciale 2006;123(3):138-142.
-

## Instructions aux auteurs

Le Journal Africain de Chirurgie (JAC) est un organe de diffusion des connaissances relatives à la Chirurgie Générale et aux Spécialités Chirurgicales, sous le mode d'éditorial ; d'articles originaux ; de mises au point ; de cas cliniques ; de notes techniques ; de lettres à la rédaction et d'analyses commentées d'articles et de livres. L'approbation préalable du Comité de Lecture conditionne la publication des manuscrits soumis au journal ; avec d'éventuels réaménagements. Les auteurs ont l'obligation de garantir le caractère inédit et l'absence de soumission à d'autres revues des articles proposés à publication. Les locuteurs non francophones sont autorisés à soumettre des articles en langue anglaise.

Le respect des recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki est exigé des auteurs.

Si le travail objet de l'article nécessite la vérification d'un comité d'éthique, il doit être fait mention de l'approbation de celui-ci dans le texte.

Les auteurs sont priés de respecter les règles de fond et de forme rappelés ci-après.

### 1-/- SOUMISSION DES MANUSCRITS

Les manuscrits doivent être envoyés en format normalisé (textes ; tableaux ; figures ; photographies) par courriel à l'adresse suivante : [affaire741@yahoo.fr](mailto:affaire741@yahoo.fr).

Les informations suivantes sont nécessaires :

- titre de l'article (indiquer la rubrique) ;
- coordonnées complètes (adresse ; téléphone ; fax ; e-mail) ;
- noms et affiliation ; adresse des co-auteurs ;
- mots-clés.

Les documents suivants sont requis :

- un fichier pour la page de titre ;
- un fichier pour le manuscrit complet (sans page de titre et sans figures) ;
- un fichier par figure ou tableau.

### 2-/- PRESENTATION DES MANUSCRITS

Le manuscrit, qui doit comporter 250 mots ou 1500 signes par page, doit se composer des éléments suivants.

#### 2.1- PAGE DE TITRE

- un titre en français et en anglais ;
- les noms des auteurs (nom de famille et initiales du prénom) ; l'adresse postale des services ou des laboratoires concernés ; l'appartenance de chacun des auteurs étant indiquée ;
- le nom ; le numéro de téléphone ; de fax et l'adresse e-mail de l'auteur auquel seront adressées les demandes de modifications avant acceptation, les épreuves et les tirés à part.

#### 2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

Chaque article doit être accompagné d'un résumé de 250 mots au maximum, en français et en anglais, et de mots-clés (5 à 10) également en français et en anglais. La structuration habituelle des articles originaux doit être retrouvée au niveau des résumés : but de l'étude ; patients et méthode ; résultats ; conclusion.

#### 2.3- TEXTE

Selon le type d'écrit, la longueur maximale du texte (références comprises) doit être la suivante :

- éditorial : 4 pages ;
- article original et mise au point : 12 pages ;
- cas clinique et note technique : 4 pages ;
- lettre à la rédaction : 2 pages.

Le plan suivant est de rigueur pour les articles originaux : introduction ; patients et méthode ; résultats ; discussion ; conclusion ; références.

L'expression doit être simple, correcte, claire, précise et concise.

Les abréviations doivent être expliquées dès leur première apparition et leur forme conservée tout au long du texte ; elles ne sont pas utilisées dans le titre et le résumé. Elles doivent respecter la nomenclature internationale.

#### 2.4- REFERENCES

Le nombre de références est au maximum de 30 dans les articles originaux et de 50 dans les mises au point. Toute citation doit être suivie d'une référence. La liste des références est consécutive selon leur ordre (numéro) d'apparition dans le texte. Toutes les références doivent être appelées dans le texte. Les numéros d'appel sont mentionnés dans le texte entre crochets, séparés par des tirets quand il s'agit de références consécutives (par exemple [1-4]), et par des virgules quand

les références ne sont pas consécutives [1,4].

Lorsque des auteurs sont cités dans le texte :

- s'ils sont un ou deux, le ou les deux noms (sans l'initiale du prénom) sont cités ;
- s'ils sont au moins trois, seul le nom du premier auteur est cité, suivi de la mention « et al. »

Les abréviations acceptées de noms de revues correspondent à celles de l'Index Medicus de la National Library of Médecine.

La présentation des références obéit aux normes de la « Convention de Vancouver » (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Fifth edition. N Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

Les six premiers auteurs doivent être normalement mentionnés ; au-delà de ce nombre, seuls les six premiers seront cités, suivis d'une virgule et de la mention « et al. »

Exemples de références :

#### Article de périodique classique

Diop CT. La pneumatose kystique intestinale. A propos de 10 cas. *Can J Surg* 2001;54 :444-54. (Il n'y a pas d'espaces avant et après les signes de ponctuation du groupe numérique de la référence).

#### Article d'un supplément à un volume

Fall DF. La lithiase vésiculaire. *Arch Surg* 1990;4 Suppl 1:302-7.

#### Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

Seye AB. Fractures pathologiques. Dakar : Presses Universitaires;2002.p. 304 (nombre de pages).

#### Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

Fofana B, Sylla M, Guèye F, Diop L editors. Les occlusions intestinales. Dakar : Presses Universitaires;2005.p. 203.

#### Chapitre de livre

Sangaré D, Koné AB. Cancer de l'hypopharynx. In : Diop HM ; Diouf F, editor (ou eds). *Tumeurs ORL*, volume 2. Bamako : Editions Hospisalières;2007.p.102-15.

Touré CT, Beauchamp G, Taillefer R, Devito M. Effects of total fundoplication on gastric physiology. In : Siewert JR, Holscher AH, eds. *Diseases of the esophagus*. New-York : Springer-Verlag;1987.p.1188-92.

#### 2.5- TABLEAUX

Chaque tableau est présenté en page séparée, numéroté en chiffre arabe par lequel il est appelé dans le texte, mis alors entre parenthèses. Le titre est placé au-dessus et les éventuelles notes explicatives, en-dessous. Le tableau doit être saisi en double interligne sur une page.

### 3-/- ILLUSTRATIONS

Les figures (graphiques ; dessins ; photographies) numérotées en chiffres arabes sont appelées dans le texte par ordre numérique (numéro entre parenthèses) et fournies sur un fichier distinct. Le titre est placé en-dessous.

Il est recommandé de soumettre des figures en formats TIFF (.tiff) ; EPS (.eps) ou PDF (.pdf) .

Pour l'identification faciles des figures transmises, il est nécessaire de nommer les fichiers en indiquant le numéro de la figure et le format utilisé ; par exemple : figure 1 : .tiff, pour le fichier.

La résolution minimale des figures doit être de 200 DPI pour les photographies en noir et blanc et de 300 DPI pour les graphiques ou schémas.

S'il est impossible à l'auteur de soumettre son manuscrit et ses illustrations par l'Internet, il est prié d'envoyer ses différents fichiers sur CD-rom.

### 4-/- MISE EN PRODUCTION, CORRECTION D'EPREUVES, DEMANDES DE REPRODUCTION

L'insertion partielle ou totale d'un document ou d'une illustration dans le manuscrit nécessite l'autorisation écrite de leurs éditeurs et de leurs auteurs.

Pour tout manuscrit accepté pour publication, lors de la mise en production, un formulaire de transfert de droits est adressé par courrier électronique par l'éditeur ou l'auteur responsable qui doit le compléter et le signer pour le compte de tous les auteurs et le retourner dans un délai d'une semaine.

Vingt tirés à part sont fournis à prix coûtants aux auteurs.

Les épreuves électroniques de l'article sont adressées à l'auteur correspondant. Les modifications de fond ne sont pas acceptées, les corrections se limitant à la typographie. Les épreuves corrigées doivent être retournées dans un délai d'une semaine, sinon, l'éditeur s'accorde le droit de procéder à l'impression sans les corrections de l'auteur.

Après parution, les demandes de reproduction et de tirés à part doivent être adressées à l'éditeur.