

Etude clinique : Cette affection se présente cliniquement sous trois syndromes :

A) Un syndrome pleurétique: où la dyspnée est hors de proportion avec le volume de l'exsudat. La cytologie n'a rien de particulier et ressemble plutôt à celle des pleurésies tuberculeuses. Très rarement y trouve-t-on des cellules cancéreuses.

B) Un syndrome de pneumopathie chronique, et c'est le cas le plus fréquent. Le malade a l'aspect d'un tuberculeux avec son amaigrissement, sa cachexie progressive, une température subfébrile. La dyspnée, la toux et les douleurs thoraciques y sont constantes. L'expectoration est muco-purulente ; l'expectoration classique "gelée de groseille" n'a pas été observée une seule fois. Les hémoptysies sont fréquentes et peu abondantes. Les signes physiques sont ceux d'une infiltration massive, d'une densification lobaire, d'une sclérose pulmonaire ou encore ceux des suppurations parenchymateuses. Par contre les cancers hilaires ou juxta-hilaires, les cancers nodulaires et parenchymateux sont le plus souvent muets.

C) Si le cancer ne se présente ni comme une pleurésie ni comme une pneumopathie chronique il se révèle cliniquement par le syndrome médiastinal: dyspnée avec cornage, paralysie des cordes vocales, toux coqueluchoïde, œdème en pélerine, etc.

Certains diagnostics ont été posés à la suite de biopsies cutanées ou ganglionnaires (6 cas) ou après un lipiodol qui a montré une sténose de la bronche. Une fois on a constaté des éléments néoplasiques dans le liquide pleural retiré par ponction exploratrice.

Etude histologique : Hors un sarcome fusiforme ayant eu vraisemblablement son origine dans la coque fibreuse d'un vieux kyste hydatique, toutes les tumeurs étudiées étaient des épithéliomas d'origine bronchique émanant de la bronche souche. On en étudie quatre variétés.

A) Epithélioma à cellules cylindriques: Cancer qui en général ne donne pas de métastases lointaines mais des métastases pneumopleuro-hépatiques. Il est constitué de cellules allongées, hautes, groupées en cavités pseudo-glandulaires.

B) Epithélioma à évolution épidermoïde : naîtrait d'une métaplasie de la muqueuse bronchique post-grippale. Constituée d'éléments à kératinisation imparfaite; son évolution est locale et ses métastases à distance sont rares.

C) Epithélioma bronchique atypique. Le plus fréquent et le plus intéressant à cause des problèmes que pose son interprétation. On y rencontre plusieurs types de cellules dont trois sont importantes à connaître: une cellule fusiforme (cellule en grain d'avoine) qui peut être facilement confondue avec la cellule sarcomateuse ; une petite cellule cubique rappelant la cellule cubique tapissant les alvéoles remaniées de sclérose pulmonaire; enfin une très petite cellule qui semble