

Complications. Terminaison. — Les projectiles et débris de projectiles constituent la majorité des corps étrangers du cœur; ils peuvent séjourner dans le péricarde, dans l'épaisseur des parois ou dans la cavité cardiaque. Ainsi que le démontrent plusieurs observations, la présence d'un projectile dans l'épaisseur des parois du cœur n'est nullement incompatible avec l'existence.

Les plaies du cœur par armes à feu sont susceptibles de guérison; FISCHER en effet a relevé cette heureuse terminaison douze fois sur les soixante-douze faits qu'il a réunis, soit une moyenne de 16 p. 100. Dans presque tous les cas, ainsi que l'on pouvait s'y attendre, il s'agissait de projectiles de petit calibre.

Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit sur les symptômes et le diagnostic des plaies du cœur; nous croyons qu'il ne faut pas abuser des manœuvres d'exploration, fortement recommandées par les chirurgiens il y a quelques années encore.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS COMMUNES AUX DIVERSES PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE¹

Ces complications sont immédiates ou secondaires. Les complications immédiates comprennent : 1^o l'entrée de l'air dans la poitrine; 2^o l'emphysème; 3^o la hernie traumatique du poumon; 4^o les hémorragies externes et internes. 5^o les corps étrangers.

Les complications secondaires, pleurésie, pneumonie, péricardite, endocardite, etc., ne sauraient être, dans un traité de ce genre, l'objet d'une description spéciale, les particularités intéressantes qu'elles peuvent présenter ont été déjà signalées.

§ 1^{er}. — Entrée de l'air dans la poitrine

L'air qui pénètre dans la cage thoracique y arrive directement par la plaie des parois ou après avoir traversé les voies respiratoires, il s'infiltré dans la plaie, le péricarde, le tissu cellulaire des médiastins, le tissu cellulaire sous-cutané; de là un certain nombre d'accidents, la plupart du temps réunis et combinés.

1^o PNEUMOTHORAX TRAUMATIQUE

On désigne sous ce nom l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. Le pneumothorax peut se produire : 1^o dans le cas de plaie ou de déchirure du poumon

1. Voyez la Bibliographie des *Plaies pénétrantes*.

sans ouverture de la paroi thoracique; 2^o dans le cas de plaie de la paroi thoracique sans lésion du poumon (plaie pénétrante simple, fait rare); 3^o lorsqu'il existe une plaie pénétrante avec lésion pulmonaire concomitante. La présence ou l'absence d'adhérences entre la plaie et le poumon fait que l'air envahit toute la cavité pleurale (*Pneumothorax total*), ou seulement une partie de cette cavité. (*Pneumothorax partiel*).

Mécanisme. — Théoriquement, toutes les fois que la plèvre est en communication avec l'air extérieur, le vide pleural n'existant plus, le poumon doit s'affaisser et l'air pénétrer dans cette cavité par suite de la rétractilité pulmonaire et de l'aspiration thoracique; cependant il n'en est pas toujours ainsi : les expériences d'HEWSON, JOBERT, REYBAUD, RICHET, DOLBEAU, SMITH, ont démontré qu'il pouvait fort bien exister une plaie du poumon, une plaie pénétrante simple ou compliquée, sans que l'affaissement du poumon en fût la conséquence.

Comment expliquer ce phénomène? nous ferons observer qu'il se produit surtout lorsque les plaies sont étroites. Or, supposons une plaie simple de la plèvre, plusieurs circonstances peuvent s'opposer à la pénétration de l'air : obliquité du trajet de la blessure, épanchement sanguin entre ses lèvres, etc. De plus, ainsi que DOLBEAU et SMITH l'ont démontré, les deux feuillets de la plèvre adhèrent l'un à l'autre comme deux lames de verre légèrement mouillées que l'on aurait accolées, et la rétraction pulmonaire, dans beaucoup de cas, est impuissante à vaincre cette résistance. D'après SMITH, si la plaie siège au niveau ou au voisinage du bord libre d'un lobe pulmonaire, l'affaissement de l'organe est fatal, il serait très difficile au contraire lorsque la solution de continuité se trouve située au milieu d'un lobe. Les plaies pulmonaires sans lésion de la paroi thoracique exposent moins au pneumothorax que les plaies pénétrantes simples. Si en effet la lésion n'a intéressé que des ramifications bronchiques de petit calibre, l'air cesse promptement de pénétrer dans la cavité pleurale à cause de l'épanchement sanguin qui oblitère la plaie. Dans les cas où la blessure ouvre d'un seul coup la paroi thoracique et le poumon, les mêmes phénomènes interviennent pour s'opposer à la formation du pneumothorax; de plus, ainsi que RICHET l'a fait observer, le déplacement du poumon produit par les mouvements respiratoires détruit rapidement le parallélisme qui existe entre les ouvertures des deux feuillets de la plèvre, et la compression à laquelle est soumis le poumon s'oppose encore à l'issue de l'air par les vésicules ouvertes.

La rétraction du poumon est aussi fréquemment impossible par suite de l'existence d'adhérences pleurales. En dehors de ces circonstances, lorsque l'on se trouve en présence d'une plaie large, l'air pénètre dans la cavité pleurale grâce à la rétractilité pulmonaire et à l'aspiration produite par le jeu des parois thoraciques. L'entrée du fluide par l'ouverture pariétale constitue le phénomène spécial connu sous le nom de : *Traumatopnée*.

Symptômes. — Les symptômes sont ceux qui accompagnent tout épanchement d'air dans la plèvre. La dyspnée et la douleur n'ont ici rien de caractéristique, car elles sont dues tant à la plaie thoracique qu'à l'épanchement d'air. La dilatation des espaces intercostaux et l'immobilisation du côté blessé,

phénomènes constants dans le pneumothorax spontané, varient suivant la quantité d'air épanché et la facilité avec laquelle il peut sortir au moment de l'expiration. La percussion révèle une sonorité exagérée, un bruit tympanique dont la tonalité est différente selon le volume des gaz contenus dans la poitrine. Parfois dans les parties déclives la sonorité disparaît pour faire place à une matité franche (hémopneumothorax).

L'auscultation permet de constater l'absence complète du murmure vésiculaire qui est remplacé par un souffle amphorique. Si pendant l'auscultation un aide frappe sur une pièce de monnaie appliquée du côté opposé du thorax, en se servant d'une autre pièce comme agent de percussion, on percevra un bruit spécial : *bruit d'airain*.

Dès qu'un pneumothorax se complique de la présence d'un épanchement liquide dans la plèvre, cet état peut être révélé par le bruit de *succussion*, DUPLAY fait remarquer avec raison que si l'on recherche ce symptôme pendant les premiers moments qui suivent la blessure, il est parfaitement possible qu'on ne le trouve pas, bien que la matité et les autres signes aient révélé un épanchement sanguin. Nous verrons, en effet, que le sang se coagule rapidement dans la plèvre; or, jusqu'à ce que la sérosité se soit séparée du caillot, le bruit de succussion ne pourra se produire. Cette recherche constitue du reste une manœuvre dangereuse, car on s'expose à rompre des adhérences qui avaient commencé à se former; mieux vaut donc s'en abstenir.

Lorsque l'épanchement d'air est limité par suite de l'existence d'adhérences pleurales, il donne lieu aux mêmes symptômes que l'on perçoit sur une étendue restreinte; ce pneumothorax partiel pourrait être confondu avec une caverne pulmonaire, il suffit de connaître la possibilité de semblable erreur pour l'éviter.

Marche. Pronostic. — Le pneumothorax traumatique constitue rarement une complication redoutable, le plus souvent il guérit spontanément; la marche de la maladie, la gravité du pronostic sont du reste absolument subordonnées à l'abondance de l'épanchement gazeux, à la persistance ou à la disparition d'une communication entre l'air atmosphérique et la cavité pleurale. Si l'épanchement est peu abondant, que l'air ne puisse plus pénétrer dans la cavité pleurale, le pneumothorax guérira rapidement et sera des plus bénins; si au contraire, par le fait de la blessure pariétale ou thoracique, l'air continue à pénétrer librement dans la plèvre, sa présence ne tardera pas à déterminer une inflammation de cette membrane suivie de suppuration. La présence presque constante d'un épanchement sanguin augmentera encore les chances de suppuration et partant aggravera le pronostic.

Traitement. — S'opposer à la pénétration de l'air dans la plèvre et plus tard prévenir les accidents inflammatoires, telle doit être la conduite du chirurgien

La plaie pariétale sera donc obturée avec le plus grand soin, une couche d'ouate et un bandage compressif assureront cette occlusion et préviendront la formation d'un emphysème. Dans la plupart des cas on ne remplit ainsi qu'une partie de l'indication, mais nous sommes absolument impuissants en présence des plaies du poumon. Le malade sera condamné au repos absolu et surveillé avec beaucoup de soin, car il faut se tenir prêt à combattre les phénomènes inflammatoires.

La conduite à tenir, lorsque la quantité d'air accumulée dans la plèvre est assez considérable pour produire des accidents de dyspnée et de suffocation, a beaucoup préoccupé les chirurgiens. DUPUYTREN conseillait alors d'ouvrir largement la poitrine comme dans l'opération de l'empyème, BOYER voulait que l'on agrandit la plaie; ainsi que le fait remarquer MALGAIGNE, l'imminence de la pleurésie purulente a fait rejeter ces procédés. LEGOUËT propose de placer une canule à demeure, laquelle serait au préalable munie de baudruche (procédé de REYBARD), de façon à empêcher l'entrée d'une nouvelle quantité d'air dans la plèvre; il vaudrait mieux se servir d'un appareil aspirateur, et répéter les ponctions de temps à autre si l'état du blessé l'exigeait.

2^e EMPHYSÈME

Bibliographie. — P.-J. ROUX, *Bibl. méd.*, 1807, 4^e année, t. XVI, p. 67. — RICHET, *Anat. chir.* — GOFFRES, *Monit. des sc. méd.*, 1861. — GAUCHÉ, *Bull. de la Soc. clin.*, 1878. — GALLERAND, *Arch. de méd. nav.*, 1882.
Thèses de Paris. — 1838, BOUTON. — 1840, LEMICHEL. — 1855, COUQUET (Montpellier). — 1860, DOLBEAU (Agré.). — 1865, RAPP (Strasb.) — 1868, BÉZARD. — 1878, JOURDAIN.

Historique. — C'est à Thomas Bartholin (1654) que l'on doit la première observation d'emphysème compliquant une plaie pénétrante de poitrine. En 1713, MÉRY et LITRE rapportèrent les premiers cas d'emphysème généralisé. Ces différents auteurs s'étaient bornés au récit des faits qu'il leur avait été donné d'observer. J.-L. PETIT (1723) fit une étude sérieuse de ce phénomène et formula nettement la première théorie de l'emphysème. HEWSON (1767), s'appuyant sur des données physiologiques erronées, recommande d'ouvrir largement la poitrine afin d'arrêter les progrès du mal; cette manière de faire est admise sans conteste jusqu'en 1842, et il faudra toute l'autorité de MALGAIGNE pour la faire abandonner. Cependant la théorie de J.-L. PETIT, à laquelle MALGAIGNE ne voyait aucune objection à adresser, était attaquée par ROUX (de Saint-Maximin) dès 1807. Cet auteur avait montré le rôle considérable que jouent les adhérences pleurales dans le développement des complications des plaies pénétrantes de poitrine; sa théorie sera reprise plus tard et complétée par RICHET.

Théories de l'emphysème. — a. *Théorie de J.-L. Petit.* — D'après cet auteur, que la plaie pénétrante de poitrine soit simple ou que le poumon soit atteint simultanément, l'emphysème sera toujours précédé d'un pneumothorax. Dans le premier cas (plaie pénétrante simple) l'air pénètre dans la cavité pleurale pendant les mouvements d'inspiration, et sort par suite de la compression exercée par les parois thoraciques au moment de l'expiration; s'il ne rencontre aucun obstacle il sortira avec la même facilité qu'il était entré; dans le cas contraire, si par exemple la plaie est tortueuse et étroite, l'air s'infiltrera dans le tissu cellulaire, d'où emphysème. Si nous ne craignons pas d'employer une comparaison un peu triviale bien qu'excessivement juste, nous dirions que la poitrine fonctionne dans ces cas à la façon d'un soufflet. Supposez le poumon

blessé, l'introduction de l'air sera plus abondante à chaque inspiration, et partant l'emphysème prendra des proportions plus sérieuses.

b. *Théorie de Roux, Richet.* — D'après ces chirurgiens, la fréquence des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre s'opposant à la rétraction du poumon, il est impossible que l'emphysème soit précédé d'un pneumothorax; pour ces auteurs, à la suite d'une plaie pénétrante de poitrine le poumon ne se rétractant pas, au moment de l'expiration l'air s'échappe par les vésicules pulmonaires ouvertes et passe directement du poumon dans le tissu cellulaire des parois.

Ces deux théories reposent sur des faits bien observés, il est probable que suivant les circonstances l'emphysème se produit par l'un ou l'autre mécanisme.

Causes. — Les plaies étroites, sinueuses favorisent, avons-nous dit, la production de l'emphysème; son apparition sera d'autant plus certaine que la communication entre les solutions de continuité pulmonaire et pariétale sera mieux assurée par des adhérences; rarement dans ces cas se produit un pneumothorax; quand même celui-ci existerait, l'emphysème n'en serait pas toujours la conséquence: BÉZARD, en effet, fait remarquer que si la plaie s'ouvre obliquement en biseau dans la cavité pleurale, son bord libre jouera le rôle d'un clapet et s'opposera à l'issue de l'air.

Les solutions de continuité larges et étendues permettant facilement l'issue de l'air, l'emphysème ne saurait se produire; mais si l'on obture simplement la plaie sans exercer de compression autour de ses bords, l'infiltration de gaz dans le tissu cellulaire pourra parfaitement avoir lieu.

Symptômes. Pronostic. — Nous rappellerons que l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire se traduit par une crépitation spéciale que la palpation permet facilement de percevoir. L'emphysème s'étend au loin ou reste limité aux bords de la plaie, dans le premier cas il constitue une complication très redoutable. Le malade de LITRE, qui avait reçu un coup d'épée dans la poitrine, succomba après cinq jours; l'emphysème occupait chez lui toute la surface du corps, seuls le cuir chevelu, la paume de la main et la plante des pieds avaient été respectés. Lorsqu'au contraire il se limite, l'emphysème constitue une des complications les plus bénignes.

Valeur diagnostique. — La présence d'un emphysème développé autour d'une solution de continuité de la paroi thoracique permet-elle au chirurgien d'affirmer l'existence d'une plaie pénétrante de poitrine? Oui, s'il est très étendu et s'il n'existe aucune autre solution de continuité de l'arbre aérien; non, si l'épanchement gazeux est limité. GOFFRES en effet a établi que dans certaines circonstances, rares il est vrai mais possibles, l'emphysème peut se produire avec une simple plaie de la paroi thoracique, sans pénétration.

Traitement. — Les indications du traitement sont nettes et précises. Le chirurgien doit: 1° s'opposer à l'arrivée de l'air dans les tissus; 2° limiter l'extension de l'emphysème et donner issue au gaz. Pour remplir la première indication on obturera avec soin la plaie pariétale, ce qui supprimera totalement l'accès de l'air si le poumon est intact; mais on doit en toute circonstance se comporter comme si cet organe était atteint, aussi les auteurs recommandent-ils

de faire autour des lèvres de la plaie une compression énergique qui s'opposera au passage dans le tissu cellulaire de l'air contenu dans la cavité pleurale; de plus il sera prudent d'immobiliser la poitrine afin de modérer les mouvements des parois costales. Les incisions, mouchetures, scarifications, suffisent généralement à arrêter l'extension du mal en favorisant l'issue du gaz; on peut l'activer encore en imitant la conduite de LARREY qui, dans ces cas, appliquait quelques ventouses. Si, malgré ces précautions, l'emphysème continuait à augmenter, il ne faudrait pas hésiter à ouvrir la paroi costale pour mettre en libre communication la plaie pulmonaire, c'est-à-dire la source du mal, avec l'air extérieur.

3° PNEUMOPÉRICARDE

On désigne sous ce nom un épanchement d'air dans la cavité péricardique.

L'air épanché peut provenir directement du dehors; il pénètre alors, grâce à l'aspiration thoracique, à travers une ouverture faite à la paroi de la poitrine; ou bien cette dernière est intacte, mais par un mécanisme quelconque le poumon et le péricarde ont été déchirés, et l'air, trouvant une issue à travers les vésicules ouvertes, arrivera dans la cavité péricardique.

Il est rare que le pneumopéricarde soit simple, presque toujours il se complique en même temps d'un épanchement de sang dont l'abondance varie.

La percussion et l'auscultation permettent de constater l'existence de quelques phénomènes assez importants. La présence d'air dans le péricarde se traduit par une sonorité exagérée, plus ou moins exactement circonscrite à la région cardiaque. Lorsqu'il s'est fait simultanément un épanchement sanguin, ce liquide s'accumule dans les parties déclives, la percussion donne alors en ce point une matité bien nette.

L'auscultation révèle un certain nombre de bruits anormaux; l'un d'eux, comparable au bruit de clapotement que produit une palette en battant l'eau a particulièrement attiré l'attention des observateurs. Dès 1864, MOREL-LAVALLÉE avait donné ce symptôme comme caractéristique de la déchirure du péricarde et de l'épanchement d'air dans cette cavité. Plus récemment RÉGNIER, ayant observé quelques cas de ce genre, est arrivé à des conclusions bien différentes. D'après cet auteur, le bruit de moulin ou de clapotement prouve une seule chose: l'existence d'un épanchement de gaz ou de liquide en avant du cœur. « Cet épanchement peut siéger soit sous le péricarde, soit en dehors, dans une cavité pneumo-péricardique; suivant les deux cas le bruit est modifié. Quand l'épanchement est intra-péricardique il s'entend dans le décubitus dorsal et dans la position assise, de plus s'accompagne de troubles du côté de la circulation. Quand l'épanchement est extra-péricardique, il ne s'entend que dans la position couchée ou se modifie d'une façon notable quand on fait asseoir le malade. » Un épanchement intra-péricardique existe donc avec ou sans déchirure du péricarde. Le bruit de moulin, fugace dans le premier cas, a une durée plus longue dans le second.

Les signes fonctionnels sont à peu près semblables à ceux de la péricardite: douleur, angoisse, gêne des mouvements de l'organe.

Le pneumo-péricarde constitue un accident sérieux dont la gravité se trouve encore augmentée par la coïncidence presque constante de lésions des vaisseaux ou du cœur lui-même.

L'intervention est ici bien restreinte. Après avoir fait l'obturation de la plaie, le chirurgien devra prendre les moyens nécessaires pour prévenir le développement de la péricardite. Si les gaz épanchés gênaient les mouvements de l'organe, on pourrait ouvrir de nouveau la plaie ou faire la ponction du péricarde.

4° HERNIE TRAUMATIQUE DU POUMON

Bibliographie. — H. LARREY, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VI, 1856. — LEGUEST, *Traité de chir. d'armée.* — CAUVY, *Bull. de la soc. de chir.*, t. IV, 1878. — DUPLAY, Rapport sur le mémoire précéd. (*eod. loc.*).

La hernie traumatique du poumon, c'est-à-dire l'issue d'une portion de ce viscère à travers une plaie des parois thoraciques, est un accident assez rare; nous en relevons sept cas seulement parmi le grand nombre de plaies pénétrantes de poitrine observées durant la guerre d'Amérique.

Le mécanisme par lequel se produit la hernie du poumon n'est pas encore parfaitement établi. Évidemment c'est grâce à un effort brusque d'expiration que le viscère sort de la poitrine, mais son issue est-elle immédiate, la sortie du poumon suit-elle la retraite de l'instrument tranchant, ou bien y a-t-il rétraction pulmonaire, pneumothorax, et plus tard hernie du poumon? Le simple raisonnement permet d'affirmer que la hernie immédiate doit être de beaucoup la plus fréquente; cependant on ne saurait nier la possibilité de l'issue du poumon lorsqu'une certaine quantité d'air a pénétré dans la poitrine, puisque MALGAIGNE affirme l'avoir observée dans une série d'expériences sur les animaux.

Symptômes. — La hernie présente un aspect différent suivant le temps qui s'est écoulé depuis sa formation, et aussi suivant le degré de constriction exercée sur la base de la tumeur par les lèvres de la plaie. Si l'accident est récent, le poumon a encore sa coloration normale, la tumeur augmente et diminue de volume pendant l'inspiration. Au bout d'un certain temps, surtout si sa base est fortement serrée, la partie herniée se gonfle, devient brunâtre puis noirâtre; dès lors elle ne subit aucun changement sous l'influence des mouvements respiratoires. Le volume de la hernie varie beaucoup, elle peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule; le tissu pulmonaire, généralement sain, porte parfois des traces de blessures faites par l'instrument qui a ouvert la cavité thoracique.

Les signes fonctionnels auxquels donne lieu cette complication se traduisent par une sensation de tiraillement, un sentiment de gêne, d'angoisse assez accentué.

Marche. Pronostic. — Les phénomènes observés à la suite de l'issue du poumon varient selon que la hernie est réduite ou abandonnée à elle-même. Dans le premier cas le poumon reprend sa place normale, mais le blessé reste exposé à tous les accidents qui accompagnent les plaies pénétrantes de poitrine. Lorsqu'au contraire la hernie n'est pas réduite, le tissu pulmonaire se

sphacèle et tombe, il reste ensuite une plaie qui bourgeonne et marche rapidement vers la cicatrisation.

La présence du poumon hernié entre les lèvres d'une plaie de poitrine est donc, on peut le dire, un accident heureux; elle s'oppose aux complications si redoutables de ces plaies. Le pneumocèle traumatique, comme le fait remarquer DUPLAY, remplit pour ainsi dire le rôle d'un bouchon obturateur qui transforme la plaie pénétrante en une plaie non pénétrante.

Traitement. — Jusque dans ces dernières années, les chirurgiens conseillaient de tenter la réduction du poumon hernié et de débrider la plaie si cela était nécessaire pour assurer cette réduction. En 1878, CAUVY envoya à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel, en se basant sur l'étude attentive des faits, il arrivait à des conclusions diamétralement opposées à celles admises antérieurement. Ce mémoire donna lieu à un remarquable rapport de DUPLAY qui admit complètement les conclusions du chirurgien de Béziers. Avec ces deux auteurs, nous croyons qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser le poumon à l'extérieur; en effet, toutes les fois que l'on a agi ainsi, la guérison a eu lieu sans accident, tandis que, dans le cas où l'on a réduit la hernie, des phénomènes graves et même la mort sont survenus. Ce principe établi, il est inutile de confier à la nature le soin de la guérison; à l'exemple de CAUVY on étranglera la tumeur avec un fil, on pourra ensuite en exciser une partie et toucher légèrement la surface de la section avec du perchlorure de fer.

§ 2. — Épanchements de sang dans la poitrine

1° PLAIES DE L'ARTÈRE INTERCOSTALE

Bibliographie. — BELLOCQ, *Mém. Ac. de chir.*, 1753. — REYBARD, *Gaz. méd. de Paris*, 1841. — HEYFELDER, *Deutsche Klinik*, Berlin, 1851. — MAYNE, *Dublin Quat. Journ. Med. Sc.*, 1871. — *Encyclopédie internat. de chirurg.*, t. III, 1883. Thèses de Paris. — 1855, MARTIN. — 1861, MEUNIER. — 1874, DULAC. — 1875, LEROY.

Les artères intercostales, protégées contre les agents extérieurs par l'abri que leur fournit le bord inférieur des côtes, pendant une partie de leur trajet, échappent facilement au traumatisme; toutefois la blessure de ces vaisseaux n'est pas exceptionnelle. On comprend fort bien qu'un instrument tranchant, en pénétrant dans la poitrine, puisse intéresser l'artère intercostale, surtout si la plaie occupe les régions antérieures ou postérieures du thorax, où l'artère se trouve perdue dans les parties molles. L'artère intercostale peut encore être atteinte par un projectile qui traverse la poitrine en fracturant comminativement les côtes. Ainsi, sur huit mille sept cent quinze cas de plaies pénétrantes relevés pendant la guerre de sécession, la blessure de l'artère intercostale a été notée quinze fois. Enfin ces vaisseaux ont pu être déchirés par les fragments osseux dans les fractures multiples et comminatives; comme le fait remarquer PAULET, des lésions semblables ont été constatées après les fractures simples, même après les fractures incomplètes; dans ce dernier cas, il est indispensable que la