

Le cloaque, images et métaphores

Interview du Dr Dominique BOURDELAT¹

... faisant suite à son intervention dans le cadre du séminaire d'Houchang GUILYARDI, suivi de quelques dessins anatomiques de l'auteur.

Sandrine MALEM : Vous supposez, à partir de votre expérience de chirurgien de la sphère uro-digestive, spécialisé dans la chirurgie des malformations congénitales, qu'il pourrait exister chez l'être parlant, une représentation inconsciente de la région périnéale, représentation qui se constituerait dès le développement intra-utérin. C'est une hypothèse assez osée et originale, pouvez-vous nous expliquer sur quoi elle se fonde ?

Dr Dominique BOURDELAT : Le fœtus déjà constitué, avec ses organes génitaux, ne reste pas longtemps avec des organes génitaux indifférenciés. Les échographistes ont observés des mouvements très précoces du fœtus : certains mettent la main au niveau de la verge, d'autres se touchent la région anale ou périnéale et on peut imaginer que le fœtus a dès avant sa naissance une notion de l'endroit où se trouvent les différents orifices. On peut imaginer que ces zones sont sensibles : les échographistes ont déjà vu des verges en érection ! A ce stade, le cerveau est assez développé pour commencer à intégrer un schéma corporel, mais bien sûr on ne sait pas tout ça, on ne peut pas l'affirmer. Le fœtus est un être aquatique, qui ne respire pas, il faut s'imaginer être dans l'eau. Certains disent qu'il voit, d'autres qu'il ne voit pas mais ce qui est sûr c'est qu'il entend. Il faut imaginer un être au fond d'un bocal, d'une piscine et quelles seraient ses sensations cutanées et corporelles. C'est une théorie qui est intéressante car elle permet l'ouverture sur beaucoup de choses.

S.M. : Ca supposerait que le fœtus ait une conscience de son corps propre, différencié du milieu aquatique et du contenant maternel ?

Dr D.B. : Ca, j'en suis persuadé. Récemment, j'ai été appelé à 4 heures du matin pour une femme qui était enceinte de 6 ou 7 mois et j'essayais de repérer la tête. La femme m'a dit : « vous inquiétez pas, la tête est en bas puisqu'il me donne des coups de pieds ! » La mère a déjà fortement conscience de l'emplacement de son enfant, de ses mouvements. A partir du moment où le fœtus découvre son corps, découverte qui n'est pas forcée de correspondre à ce que nous nous en savons, il a des sensations. Des échographistes ont vu des enfants se mettre le doigt dans la bouche, et même parfois l'orteil ! Les sensations sont peut être différentes mais elles existent. Elles sont certainement différentes de celles qu'on peut avoir à l'air libre.

S.M. : Mais le périnée est une zone intracorporelle, alors comment pourrait-il y avoir une trace, une représentation de la division du cloaque ? Vous pensez en effet que toutes ces étapes de l'embryogénèse ne sont pas neutres dans la constitution psychique.

Dr D.B. : On a fait une petite étude sur le sphincter ano-rectal et on a montré que, histologiquement, il est présent dès le 5^{ème}, 6^{ème} mois et que par conséquent il peut être fonctionnel. En particulier, un fœtus n'a pas de selles puisqu'il n'avale que du

¹ Dr Dominique BOURDELAT - Docteur en Biologie Humaine. Docteur en Sciences. Chirurgien Pédiatre. Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Delafontaine, Saint Denis

liquide, mais il y a le méconium et on peut très bien imaginer que ce méconium peut passer. Pourquoi il urine ? Parce qu'il a une vessie automatique, réflexe, c'est l'automatisme vésical, mais on peut très bien imaginer qu'il peut lâcher du méconium. Il ne le fait pas sauf en cas de souffrance fœtale. Quel est le mécanisme exact, on ne sait pas, de la même manière que, quand il est en occlusion, quand il y a un obstacle au niveau digestif, une atrésie, on suppose que le fœtus souffre. On voit bien des souffrances au niveau des anses et à ce niveau il y a des terminaisons nerveuses, par conséquent on peut imaginer qu'il souffre. C'est une question que je pose, mais quelle est l'expression de cette souffrance ? On ne le sait pas. Est-ce que la notion de douleur existe chez le fœtus ? On a vu que quand on fait une coelioscopie sous , le fœtus se méfie, il peut avoir des mouvements, il se sent attaqué. Dans l'avenir, au XXIème siècle, on éliminera les enfants très mal formés et on étudiera la notion de douleur prénatale qui sera une espèce de « tare » par rapport à la future vie adulte. Quand j'ai commencé, il y avait des gens dans mon milieu qui disaient que la période anté-natale était comme un verre qui se remplissait d'eau, plus le verre était rempli à la naissance et plus le phénomène « douleur » allait favoriser le débordement de ce verre déjà bien rempli. L'important c'est d'arriver à une naissance avec un verre vide !

Mais la notion de douleur, de souffrance est assez vague et subjective.

Pourquoi cette notion de représentation mentale du périnée chez le fœtus ? Pour le fœtus de sexe masculin, il y a une sensation du périnée antérieur, de sa verge, à travers les érections et la miction. Il n'y a pas de sensation de l'orifice anal puisque celui-ci ne « parle » pas. La petite fille, elle a également des sensations de miction, centrale, médiane, périnéale. Le périnée n'est pas loin du vagin, même si la relation n'est pas établie mais le vagin est de taille très importante chez le fœtus féminin. Elle n'a pas non plus de notion anale puisque le sphincter anale ne fonctionne pas mais ce qui est intéressant c'est cette notion de sensation orificielle centrale. C'est en cela que je parle de représentation mentale du périnée chez le fœtus, qui n'est peut être qu'une représentation anatomique, physiologique, du positionnement d'un orifice. Le fœtus émet 15 ml de liquide dès le 3^{ème} mois, toutes les 10 minutes, après ça devient de plus en plus important. Avec le doppler, on enregistre ce courant urinaire.

S.M. : Ce que vous appelez le « stade du cloaque », cette étape de l'embryogénèse qui aboutit à la constitution de l'appareil uro-génital, semble laisser selon vous une zone sensible du corps, le périnée, qui reste un peu comme le témoin ou le vestige de l'indifférenciation originaire du cloaque ?

Dr D. B. : Le périnée est plutôt le résultat de la différenciation du cloaque car les oiseaux par ex. n'ont jamais divisé leur cloaque et ils n'ont pas de périnée puisque tout sort du même trou.

S.M. : Le périnée est donc plutôt un produit de la différenciation mais il est commun à l'homme et à la femme !

Dr D. B. : Mais ce n'est pas du tout la même chose car chez l'homme, la différenciation du cloaque aboutie au tubercule génitale qui emmène la verge et l'urètre, bien séparé de l'orifice anal. La verge et les bourses ne sont pas dans le périnée. Il faut la mettre à part. Le périnée correspond chez l'homme au plancher pelvien (le plafond étant le péritoine). Chez la femme le vagin se situe dans la zone périnéale. C'est pour cela qu'après les accouchements, avec la rééducation périnéale, on apprend à contracter le vagin en stimulant les muscles de cette région pour renforcer le périnée.

S.M. : A propos du périnée, vous faites l'hypothèse qu'un traumatisme survenant dans l'enfance peut entraîner la « fermeture » de cet appareil. C'est donc une zone qui peut être ou fermer ou ouverte, alors que c'est une zone musculaire et que cela peut être lié avec des injonctions autoritaires ou des traumatismes qui pourraient donc « fermer » cette partie du corps. Comment en êtes vous venu à cette hypothèse ?

Dr D. B. : C'est en lisant un article très intéressant du Dr Ghislain Devroede qui attirait l'attention sur le fait que des patientes qu'il voyait souffrant de dyspareunies ou de troubles urinaires ou ano-rectaux étaient liés à des problèmes dans l'enfance fondés sur des violations périnéales et où le père disait : « Si tu l'ouvres, nous on te la ferme ». Mais il manquait un support embryologique pour comprendre ces relations. Je pense que, par la parole, on peut faire beaucoup de chose. On peut favoriser une ouverture, une acceptation mais on peut aussi fermer tout. Je l'ai retrouvé dans mes remplacements dans le nord, j'ai vu dernièrement une femme en larmes qui faisait appel à moi pour

des problèmes concernant ses enfants mais qui en fait m'avait avoué un abus sexuel dans son enfance et qu'elle était déprimée car depuis, à chaque fois qu'elle faisait l'amour, ça lui rappelait cette histoire et elle se « fermait ». Pourquoi ? Parce qu'on lui avait dit : « si tu l'ouvres, tu vas avoir la dérouillée ». Le fait de retrouver l'incident, que la personne puisse le dire, permet de relâcher les tensions. Ce qui est intéressant sur le plan embryologique c'est que la bouche s'ouvre avant la division du cloaque, c'est pour cela que j'ai fait le rapprochement entre l'ouverture de la bouche, pour la parole et l'alimentation. C'est intéressant de considérer ça. C'est sur un plan symbolique. Le fœtus avale du liquide amniotique où se propulsent des sons. Le primum movens, c'est le sphincter oral, du haut. C'est la différenciation du caudal et du céphalique, le céphalique précède le caudal chez tous les mammifères.

S.M. : Selon vous, il existe une conscience du corps dès avant l'apprentissage du langage. Vous dites que l'individu serait lié de façon inconsciente à son développement embryonnaire. S'il est vrai que l'enfant baigne dans le langage bien avant sa naissance et qu'à ce titre on peut penser un inconscient déterminé par l'inconscient parental, il paraît toutefois difficile de concevoir une conscience du corps au stade embryonnaire. Cela supposerait un rapport à l'espace où se différencierait le dedans et le dehors, les limites internes, externes, qui passe par l'imaginaire. Comment envisager cela pour le fœtus ?

Dr D. B. : On peut prendre l'exemple de l'adulte à l'air libre comparé aux sensations qu'on a sous l'eau. La perception qu'on a sous l'eau est très différente, le corps n'a pas la même sensation sans la pesanteur. Il peut y avoir une expérience des sensations internes. Pour le fœtus, il y a un phénomène d'arc réflexe, l'automatisme médullaire, qui permet le fonctionnement urinaire. Ça ne passe pas par le cerveau mais ça n'exclue pas les sensations. On peut supposer que le fœtus a une représentation de son corps quand il touche son pied, son sexe, son périnée. Il a une mobilité importante. Autre exemple : Vous entrez à l'école maternelle, vous avez des impressions, favorables ou défavorables, vous enregistrez des sensations mais vous les oubliez après. Il faut faire un effort de mémoire pour les retrouver ensuite. De la même manière, les enfants qui ont eu des malformations digestives, des uropathies ou des imperforations anales, il faut pas les laisser traîner longtemps sans

psychothérapeute. J'en ai suivi a 15 ans et bien souvent après, même opéré, il reste incontinent, même quand on les opère le plus tôt possible. Je crois qu'il y a à prendre en considération l'enfant dans sa pathologie prénatale et pas seulement dans les problèmes qu'il peut avoir à la suite de ces malformations ou des incidences psychologiques de ces malformations. Parce que même si tout est remis à la normale sur le plan physiologique, on ne sait pas ce que l'enfant peut intégrer ou pas sur le plan de ses représentations du fonctionnement de son corps. Bien souvent, ils restent incontinents, alors même que tout pourrait fonctionner normalement sur le plan anatomique. Dans certains cas, l'enfant ne veut pas grandir, ou ce sont les parents qui ne veulent pas qu'il grandisse.

Il y a des anomalies qui ne facilitent pas la physiologie. Par exemple, dans les cas d'extrophies vésicales, on a proposé il y a quelques années de prendre un segment vascularisé du tube digestif, de le ventouser sur cette vessie ouverte, de coller ce tube digestif et de faire un manchon en quelque sorte dans lequel se jetaient les urines et de l'autre extrémité du tube digestif, on le faisait passer en transsphinctérien ano-rectal, c'est à dire qu'on profitait du sphincter ano-rectal pour assurer la continence des 2 systèmes. On refaisait donc un cloaque ! On emmenait les urines et les selles dans un rectum contrôlé par le sphincter ano-rectal. J'ai vu des patients opérés de cette façon à 20 ans et 25 ans et ils sont continents la nuit et le jour ! Celui que je suis toujours est même capable de différencier ses sensations, s'il a envie d'uriner ou d'aller à la selle, par contre il est beaucoup plus embêté par sa verge qui est toute petite !

S.M. : Mais en quoi y a-t-il une implication psychique de l'embryogénèse ?

Dr D. B. : Pour franchir les étapes, il faut accepter de perdre des choses. Pour que l'embryon se réalise, il y a cette étape de regression caudale, cette spécialisation du pôle caudal qui est très spécifique à l'humain. J'ai appris récemment que dans certains rituels on fait des sacrifices d'animaux où on coupe le coccyx. C'est quand même étrange ! Cette étape est très importante car quand elle est ratée on a toutes ces malformations.

S.M. : Alors l'inconscient se constituerait aussi d'une mémoire biologique ?

Dr D. B. : Qu'il existe une mémoire biologique, c'est évident. Sinon on pourrait pas expliquer le

cancer. Puisqu'on admet que le cancer est une première cellule mise en contact avec un toxique, que cette cellule garde la mémoire de ce contact et quand il perdure à doses infinitésimales ça fait des tonnes d'agression !

S.M. : Vous dites également que dans certains cas de dysfonctionnement de la sphère uro-génitale, non lié à des problèmes congénitaux, c'est un traumatisme réel, un abus sexuel par exemple, qui est venu « affecté » les fonctions physiologiques. Freud, en son temps, pourtant, abandonna la théorie de la séduction sexuelle traumatique, par rapport à l'hystérie et ses spectaculaires somatisations, pour élaborer la notion de fantasme et s'intéresser à l'identification. Cet abandon de la notion de traumatisme va d'ailleurs marquer un tournant déterminant pour la psychanalyse qui se démarque dès lors nettement du courant médical. A partir de ce moment là, Freud met l'accent sur le fait que le sujet n'est pas pour rien dans les configurations singulières de son existence. Qu'en pensez-vous ?

Dr D. B. : C'est vrai que maintenant on prend en compte dans la médecine la souffrance réelle. On ne peut développer à mon sens quelque chose dans le domaine psychologique que si on connaît bien l'aspect organique, physiologique et la thérapeutique. On peut imaginer que ces enfants qui ont eu des malformations à la naissance et qui ont du subir des hospitalisations très longues, quand ils en sortent, on a du mal à penser qu'il n'en reste pas quelque chose. Et qui vous dit qu'à 20 ans ou plus tard, confrontés à un événement difficile, ils ne vont pas être en difficulté ? Maintenant, en dehors des problèmes de malformations, quand on se trouve devant un problème d'encoprésie ou d'énurésie, il faut voir s'il n'y a pas eu d'abus sexuels. Ça n'est pas systématique mais ça fait partie des choses qu'il faut savoir rechercher quand tout est normal sur le plan fonctionnel et physiologique. En interrogeant bien, on peut se rendre compte qu'il y a souvent des non dits de ce côté là. Les abus sexuels sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit. En chirurgie pédiatrique, on nous emmène par exemple parfois des réparations de vulves de petites filles, en nous disant qu'elle s'est blessée sur le rebord d'une baignoire ! Alors qu'en fait c'est pas vrai, que l'enfant est terrorisée. Dans ces cas là, on alerte le psychologue du service, mais c'est pas facile à mettre en évidence ces problèmes, il n'y a pas de témoin, rien. Moi je me pose

vraiment des questions par rapport à ça, est-ce que c'est juste des pulsions ou est-ce que c'est un désir de détruire ?

S.M. : La médecine serait donc une clinique du traumatisme réel ?

Dr D. B. : On peut dire que la malformation est un traumatisme de l'embryogénèse. L'acte chirurgical correcteur est aussi un traumatisme iatrogène et ces abus sexuels aussi sont des traumatismes.

Si on fait des injections artérielles des gros vaisseaux, chez le fœtus, on se rend compte que le périnée fait partie d'une zone qui n'est pas très bien vascularisée, c'est-à-dire qu'il faut ménager la peau sur le plan chirurgical car elle est mal vascularisée, elle se répare mal. Il n'y a peut être pas une forte réceptivité de cette partie du corps, peut être plus sur les orifices. Autrement dit un enfant est tout orifice et sphincter, puis petit à petit la respiration artérielle va se développer comme l'innervation, et progressivement cette partie du corps va devenir plus sensible.

S. M. : Finalement le périnée, qu'est ce que c'est ?

Dr D. B. : C'est une zone qui n'est pas visible, c'est l'entrejambe, c'est ce qui supporte le poids du corps !....

S.M. : Le père inné ?

Dr D. B. : (rires) ... C'est quelque chose qu'on contracte quand on a peur ou qu'on veut retenir quelque chose et c'est quelque chose qu'on détend pour évacuer, pour accoucher ou pour se faire plaisir ! Pendant l'accouchement c'est très important !

Le périnée soutient tout l'intérieur, toute la cavité pelvienne.

S.M. : Pour revenir à Freud, et à la distinction du stade anal et du stade phallique : ce qui est en jeu autour des fécès n'est pas du tout du même ordre que ce qui se joue autour de la présence-absence du pénis. Comment reprendre cette différenciation en rapport avec ce qui vous intéresse dans l'embryogénèse ?

Dr D. B. : C'est justement le cloaque qui fait la différenciation entre zone anale et zone génitale. Ce qui est intéressant c'est que le fœtus masculin par exemple, quand il a une miction, il est en érection et cela dure environ jusqu'à 2-3 ans, il a

ces 2 fonctions en même temps, mais le fœtus ne connaît pas la défécation. C'est seulement à partir de 2-3 ans que l'enfant va apprendre à contrôler ses sphincters et à ce moment là, les mictions ne se feront plus en érection.

S. M. : Une dernière chose qui n'est pas une question mais une petite histoire. C'est une histoire juive, une parabole : il est dit que pendant la gestation, un ange apprend au futur bébé tout le savoir du Talmud et qu'au moment de la naissance, cet ange pose son doigt sur le creux de la fente labio-narinaire du bébé, un peu comme dans le geste que l'on fait pour dire « chut » ... afin que l'enfant qui va naître oublie tout ce qu'il a appris pour avoir toute sa vie pour le redécouvrir ...

Dr D. B. : C'est une jolie histoire. Pascal disait que l'homme n'était ni ange ni bête mais le malheur veut que celui qui veut faire l'ange, fait la bête !

--- 000 ---

Nous présentons ci-après quelques dessins du Dr Bourdelat montrant les étapes de différenciation du cloaque au cours de l'embryogénèse.

Figure 1

Il existe une coulée de mésoblaste (pointillé) derrière le tube digestif qui va provoquer le développement de la face postérieure du tube digestif (A) du cloaque (B) aboutissant à l'appendice caudal (C). Le cloaque est constitué (G) par la réunion du sinus uro-génital (H) entouré par les deux artères ombilicales, et le tube digestif terminal qui donnera le rectum. Cette coulée reçoit le support de l'artère sacrée médiale (D) qui est très développée et qui suit le trajet de la moelle (E) et la queue de l'embryon (F). Ce mouvement de croissance caudale crée un flux d'énergie de haut en bas. Ce mouvement est observé également sur l'embryon de porc, et chez le rat, mais la queue persistera.

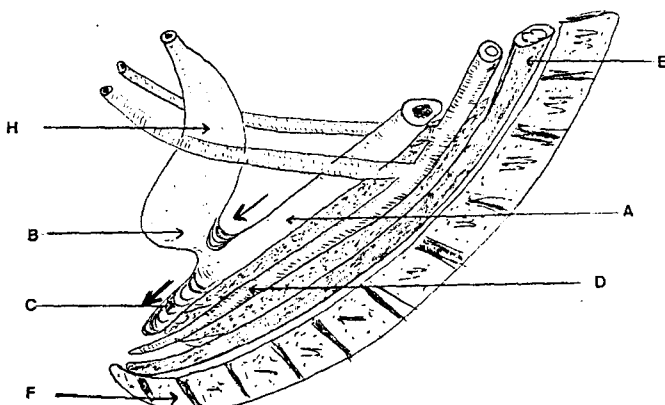


Figure 2

Il existe ensuite deux mouvements qui sont concomitants : l'un est un mouvement (1) qui vise à détruire le précédent, il y a en effet amputation de ce qui a été créé, touchant artère, mésoblaste, moelle et coccyx-sacrum., et surtout tube digestif avec disparition de l'appendice cloacal. C'est la régression caudale. C'est un mouvement de bas en haut qui ne se rencontre pas chez l'animal. C'est la disparition de la queue embryonnaire. Ce mouvement de régression va permettre la division du cloaque, le développement du périnée et la formation du canal anal.

Il existe un deuxième mouvement (2) qui lui est observé chez l'animal qui est le développement du tubercule génital (A) qui va former le pénis chez le garçon, le clitoris chez la petite fille et l'urètre. C'est un mouvement de croissance de haut en bas qui visera au développement de l'urètre.

Ces deux mouvements (1 et 2) sont contraires et font un effet de cisaillement. Ils vont provoquer la séparation entre le tube digestif et le sinus uro-génital.

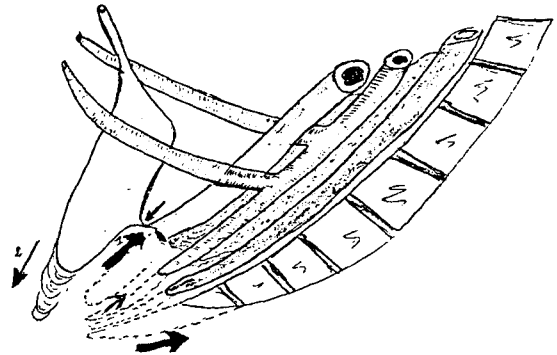


Figure 3 a

La partie inférieure du sinus uro-génital présente une portion verticale (A), profonde ou portion pelvienne ; chez le foetus femelle elle donne l'urètre (B) et la lame épithéliale vaginale (C) qui est un épaississement du tubercule de Müller et de la paroi postérieure du sinus uro-génital. La portion superficielle (phallique) ou horizontale du sinus uro-génital (D), après résorption de la membrane urétrale s'ouvre largement à l'extérieur.

SP : Symphyse pubienne
 TB : Tubercule génital
 P : Périnée

R : Rectum
 CL : canal anal
 V : vagin

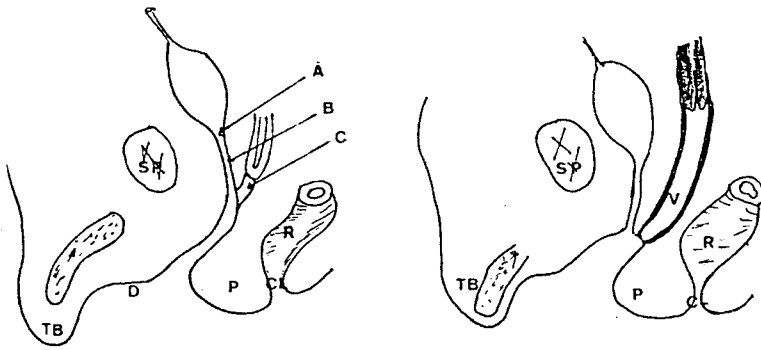


Figure 3 b : Formation du vagin

Le canal utéro-vaginal primitif (réunion des deux canaux de Müller) présente une extrémité borgne qui bute à la face postérieure du sinus uro-génital et forme le tubercule de Müller (a). Ce tubercule s'épaissit, de même la paroi du sinus uro-génital en regard formant la lame épithéliale vaginale (c) Celle-ci émet à sa partie supérieure une évagination circulaire entourant le pôle inférieur du canal utérin (d). La lame vaginale se perméabilise et prolonge vers le bas le canal utérin et forme le vagin (d). Les 4/5^{èmes} supérieurs du vagin sont d'origine mésoblastique (canaux de Müller) et le 1/5^{ème} inférieur d'origine entoblastique (sinus uro-génital). Le vagin reste séparé du sinus uro-génital par l'hymen. Dans ce contexte il y a deux mouvements un ascendant et un autre descendant qui viennent à la rencontre : l'hymen est la réunion des deux.

