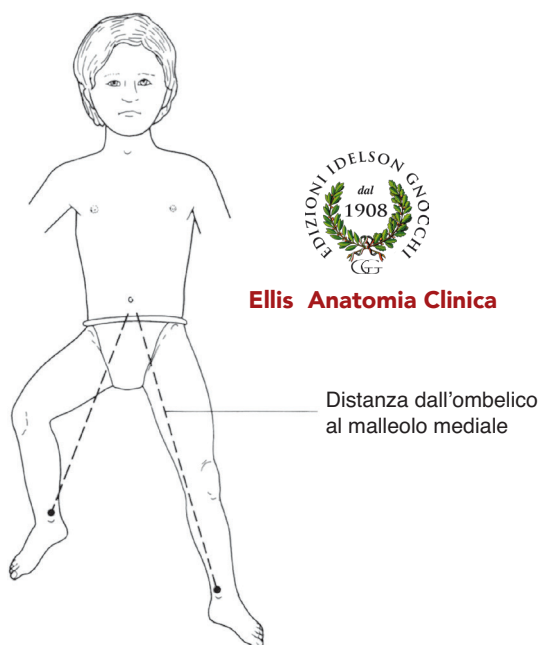


Figura 4.1 Accorciamento apparente: un arto sembra più corto dell'altro a causa di una deformità fissa; gli arti inferiori nella figura hanno in realtà la stessa lunghezza, ma la destra appare considerevolmente più corta a causa di una grossolana contrattura da flessione a livello dell'anca. L'apparente accorciamento viene misurato confrontando la distanza dall'ombelico al malleolo mediale su ciascun lato.



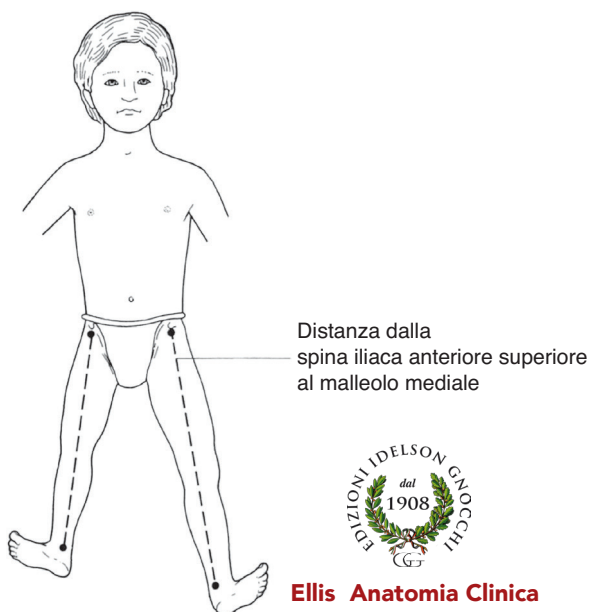
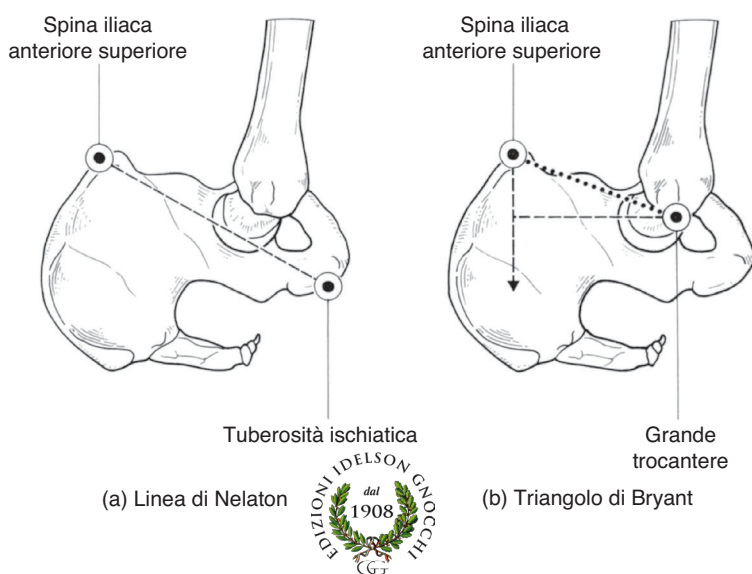


Figura 4.2 Misurazione dell'accorciamento reale: il paziente giace con la pelvi "diritta" e gli arti inferiori posizionati in modo simmetrico. La misurazione viene effettuata dalla spina iliaca anteriore superiore al malleolo mediale su ciascun lato.

Figura 4.3 (a) La linea di Nelaton collega la spina iliaca anteriore superiore alla tuberosità ischiatica: di norma questa passa al di sopra del grande trocantere. (b) Triangolo di Bryant: nel soggetto supino, tirare una verticale da ciascuna spina iliaca anteriore superiore; confrontare la distanza perpendicolare da questa linea al grande trocantere su ciascun lato (non vi è bisogno di completare il terzo lato del triangolo).



Ellis Anatomia Clinica

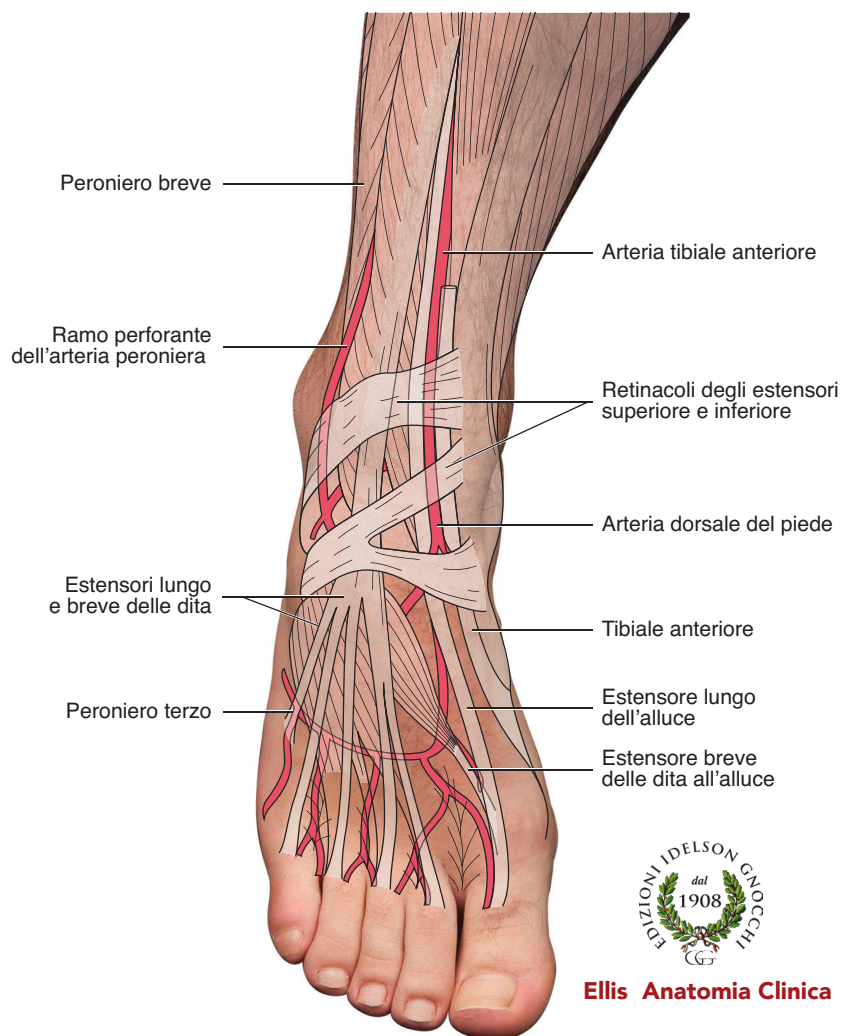
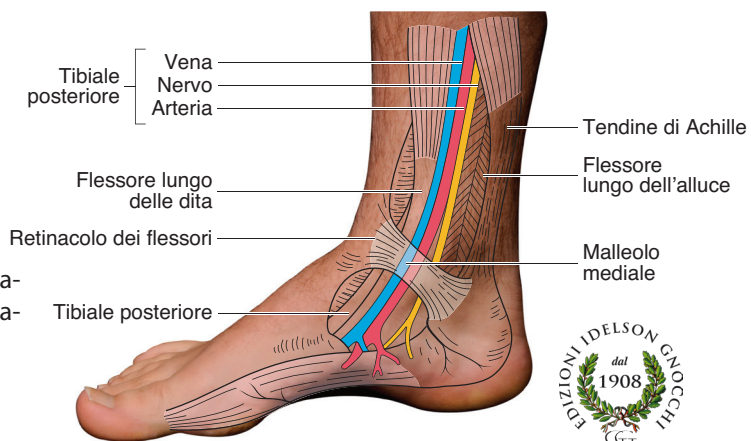
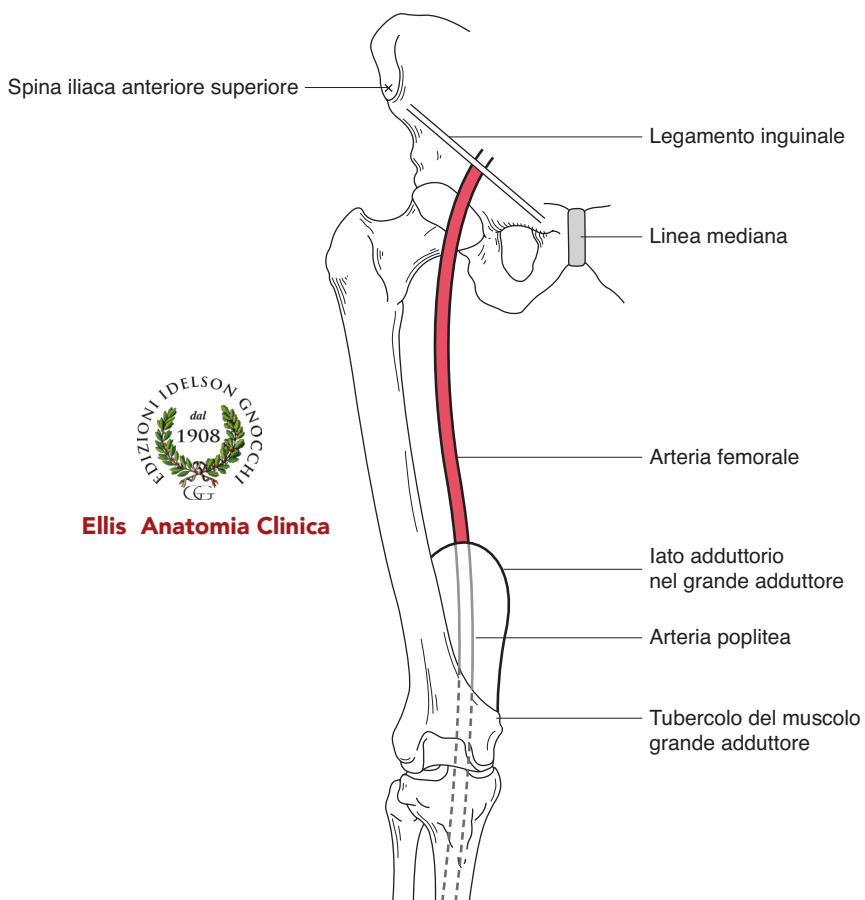


Figura 4.4 Le strutture che passano sopra il dorso della caviglia (caviglia destra, veduta anteriore).

Figura 4.5 Le strutture che passano dietro al malleolo mediale (caviglia destra, veduta mediale).



Ellis Anatomia Clinica



Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.6 Punti di repere superficiali dell'arteria femorale; i due terzi superiori di una linea che collega il punto medio dell'inguine (a metà strada tra la spina iliaca anteriore superiore e la sinfisi pubica) al tubercolo del muscolo grande adduttore.

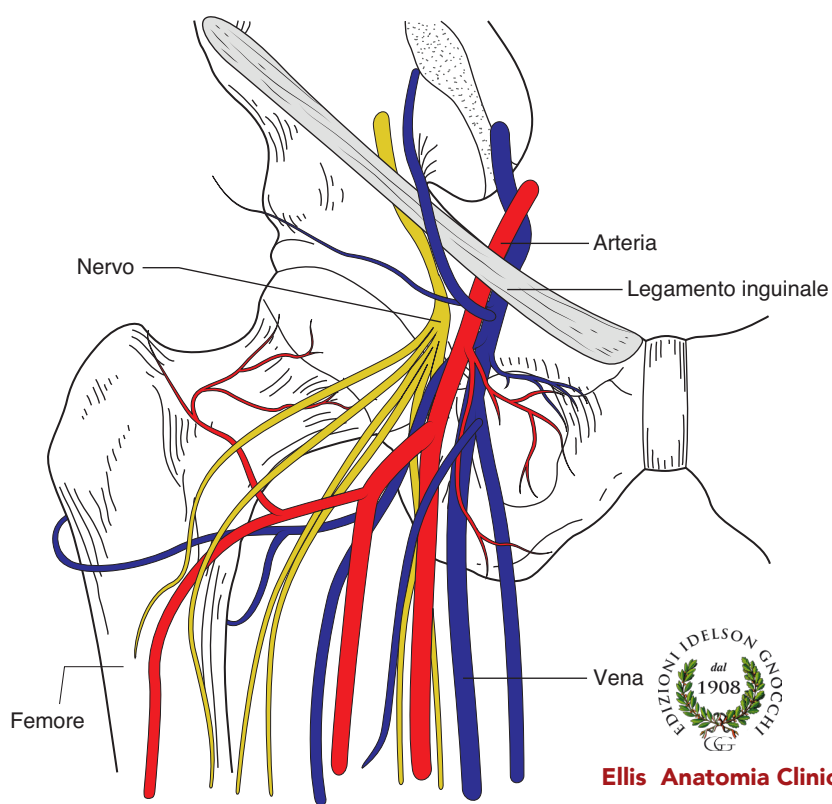


Figura 4.7 Rapporti tra arteria, vena e nervo femorale.

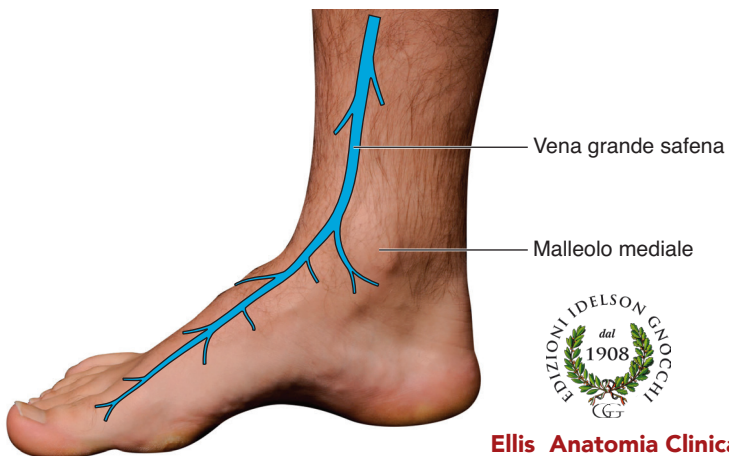


Figura 4.8 Relazione della grande vena safena (lunga) con il malleolo mediale (caviglia destra).

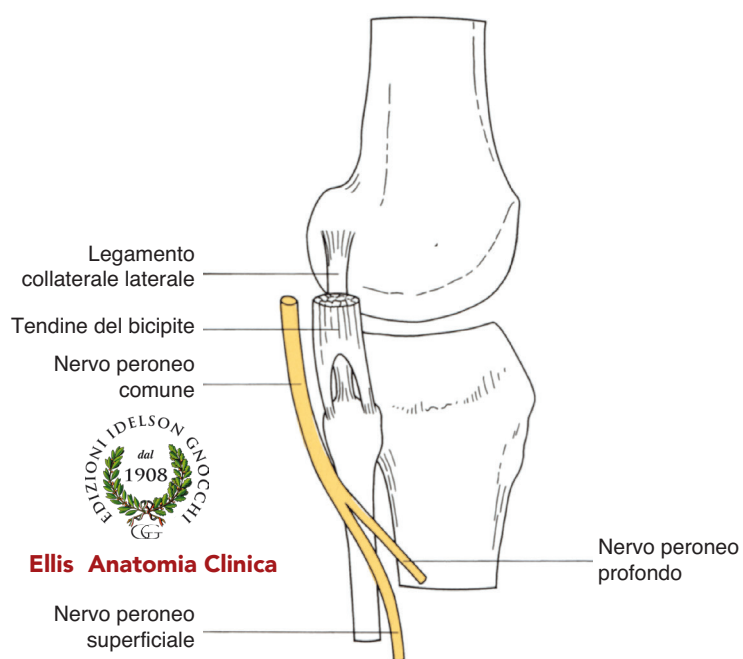
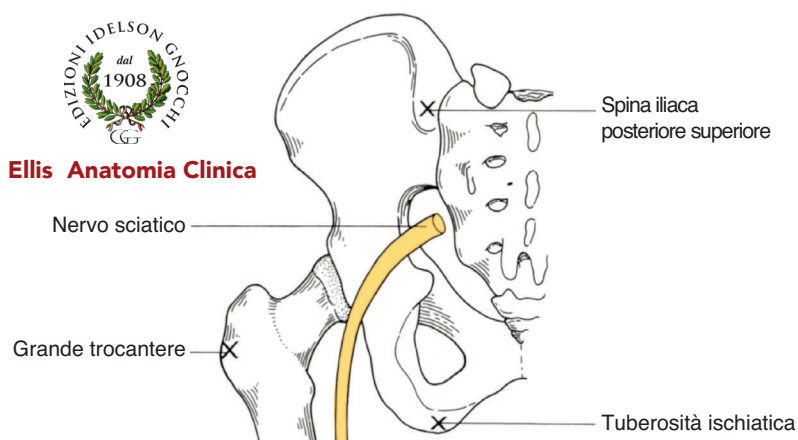
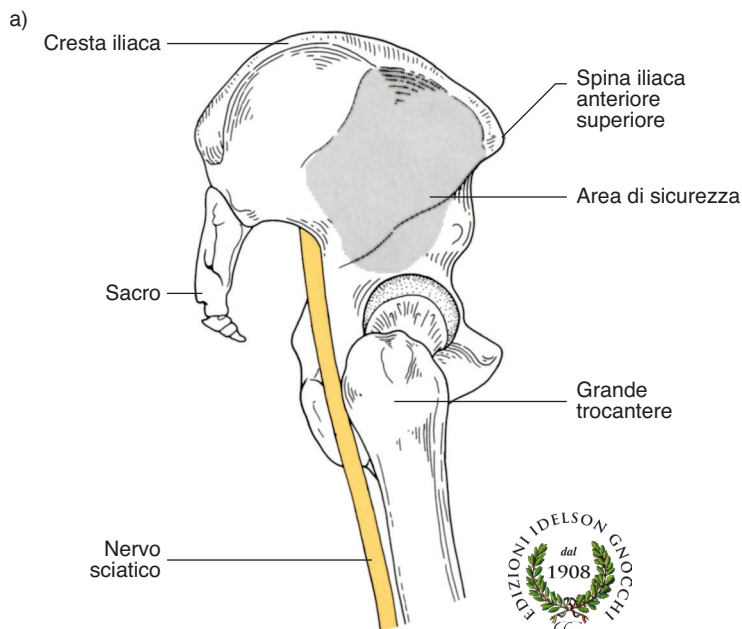


Figura 4.9 La stretta relazione tra nervo peroneo (peroniero) comune e il collo della fibula; in questa sede esso può essere compresso da un bendaggio stretto o ingessatura (ginocchio destro, veduta laterale).

Figura 4.10 Punti di repere superficiali del nervo sciatico (regione glutea sinistra). Collegare la linea mediana tra la tuberosità ischiatica e la spina iliaca posteriore superiore con la linea mediana tra la tuberosità ischiatica e il grande trocantere mediante una linea curva; continuare questa linea verticalmente in basso verso la gamba: rappresenta il decorso del nervo sciatico.





Ellis Anatomia Clinica

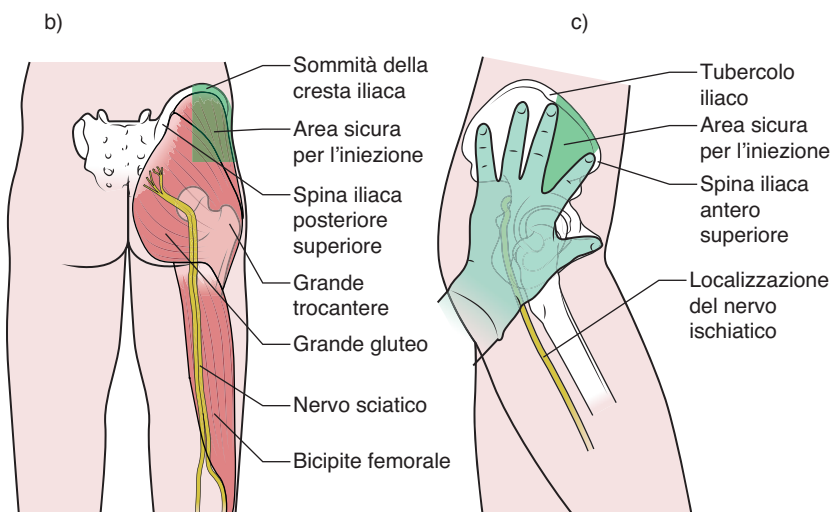


Figura 4.11 L'area "di sicurezza" per le iniezioni nella natica. (a) Veduta laterale della componente scheletrica. (b) Veduta posteriore della componente muscolare. (c) Veduta laterale: l'area sicura per l'iniezione è un'area triangolare che, con un po' di allenamento, può essere facilmente identificata tra l'indice e il medio di una mano apposta, correttamente, nella regione glutea.

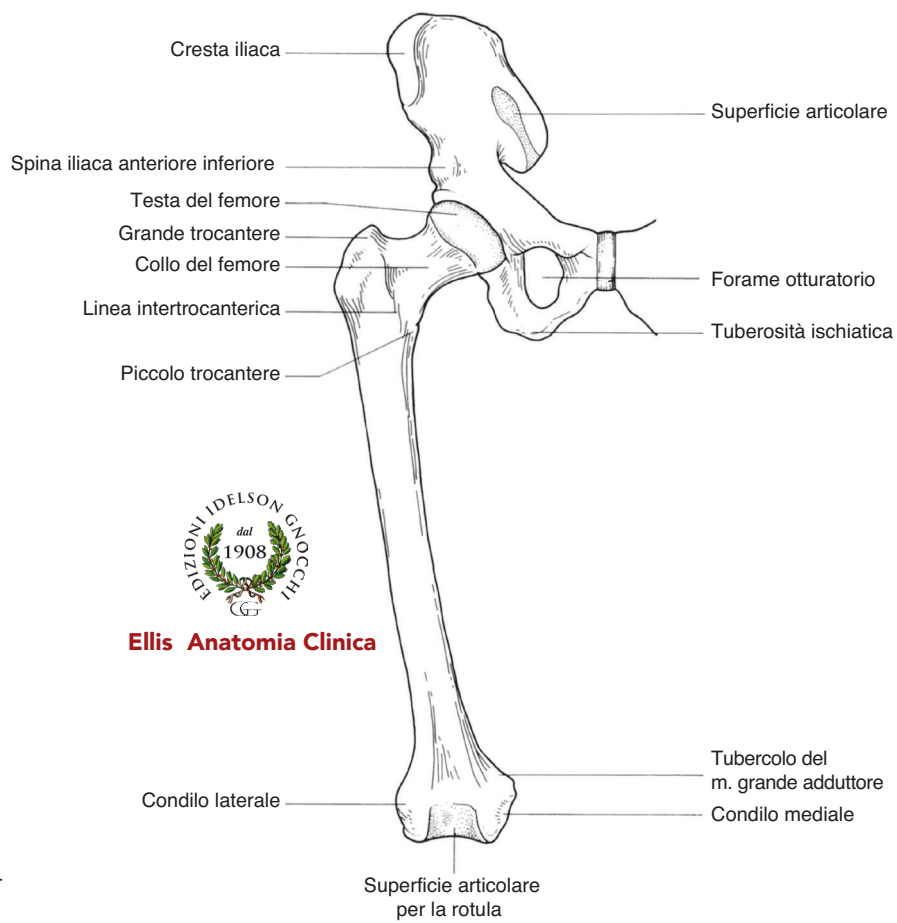


Figura 4.12 Veduta anteriore del femore destro.

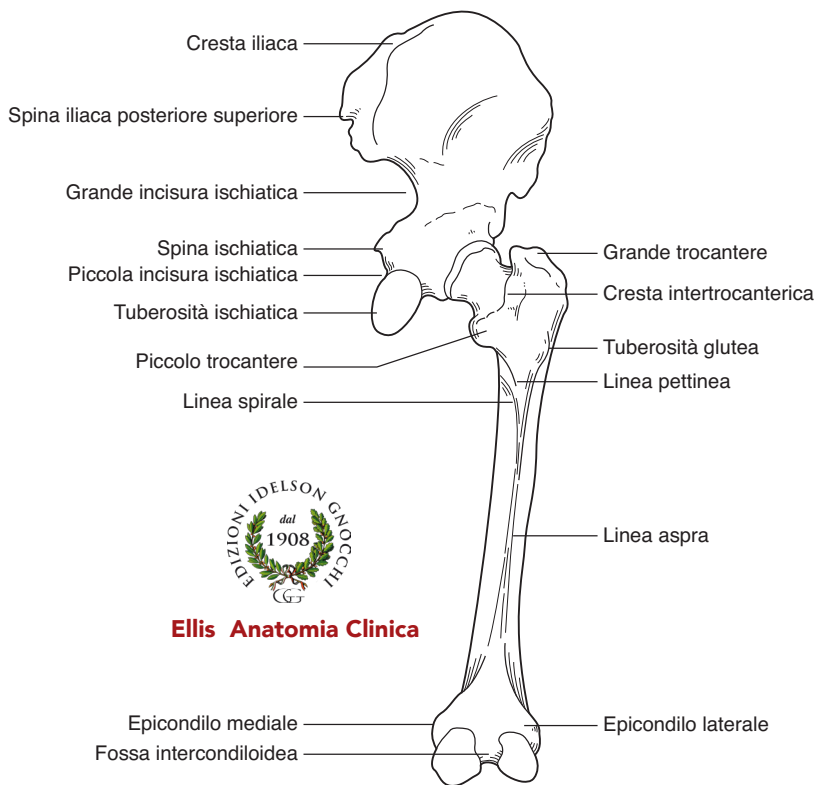


Figura 4.13 Veduta posteriore del femore destro.

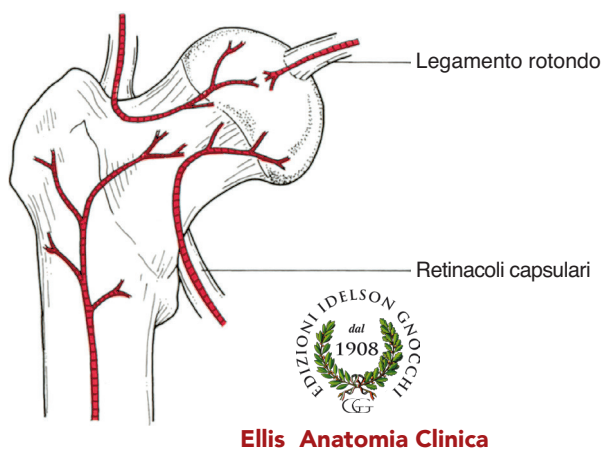
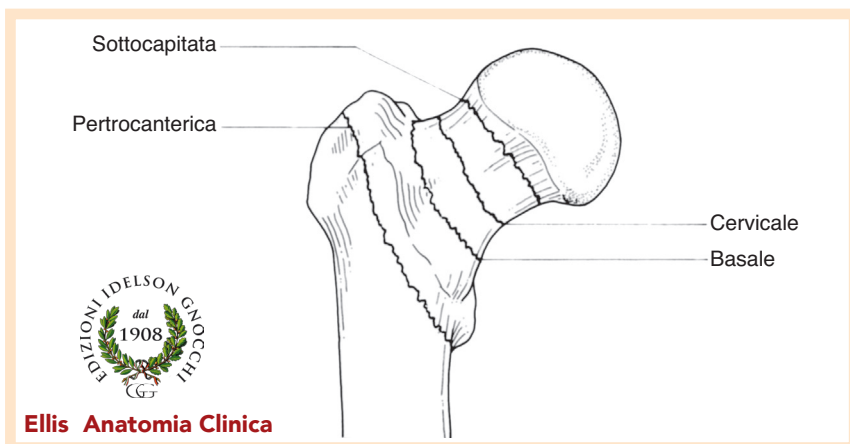
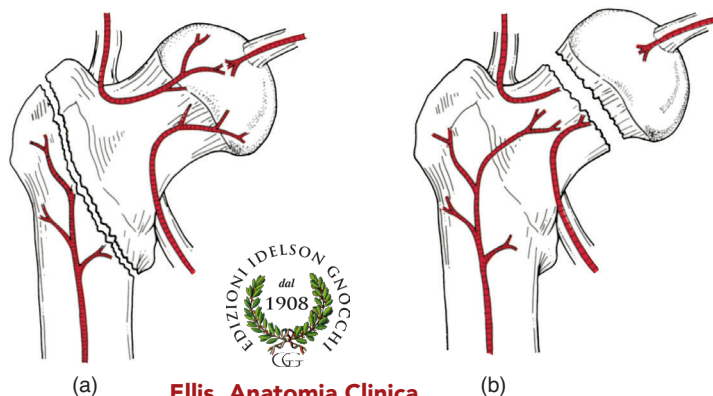


Figura 4.14 Fonti di irrorazione ematica alla testa del femore: lungo il legamento rotondo, attraverso la diafisi e i retinacoli.

Figura 4.15 Testa e collo del femore, con la terminologia dei siti comuni di frattura.

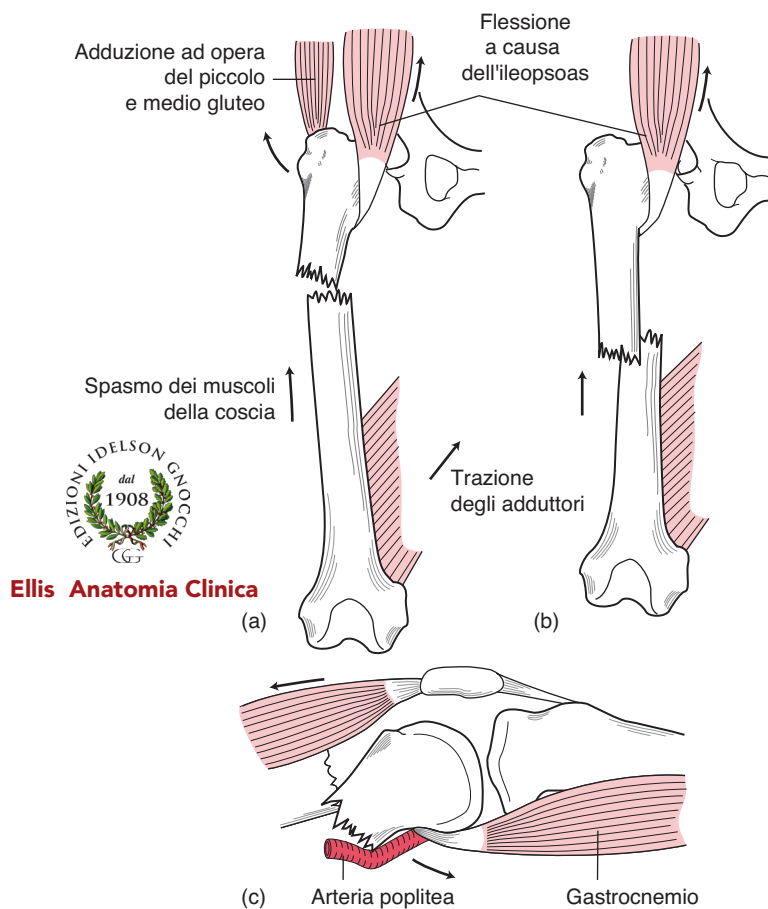




Edizioni Idelson Gnocchi
dal 1908
GG
Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.16 (a) Una frattura pertrocanterica non danneggia l'irrorazione retinacolare - non si verifica necrosi asettica dell'osso. (b) Una frattura sottocapitata interrompe gran parte dell'irrorazione retinacolare alla testa: la necrosi asettica dell'osso è di comune riscontro. Si osservi che l'irrorazione attraverso il legamento rotondo è trascurabile negli adulti.

Figura 4.17 Deformità delle fratture della diafisi del femore. (a) Frattura della diafisi prossimale: il frammento prossimale è flesso dall'ileopsoas e addotto dal gluteo medio e piccolo. (b) Frattura della parte media: flessione del frammento prossimale dall'ileopsoas. (c) Frattura della diafisi distale: il frammento distale è piegato ad angolo all'indietro dal gastrocnemio; l'arteria poplitea può essere recisa in questo tipo di lesione (in tutte queste fratture si verifica sovrapposizione delle estremità ossee a causa dello spasmo muscolare).



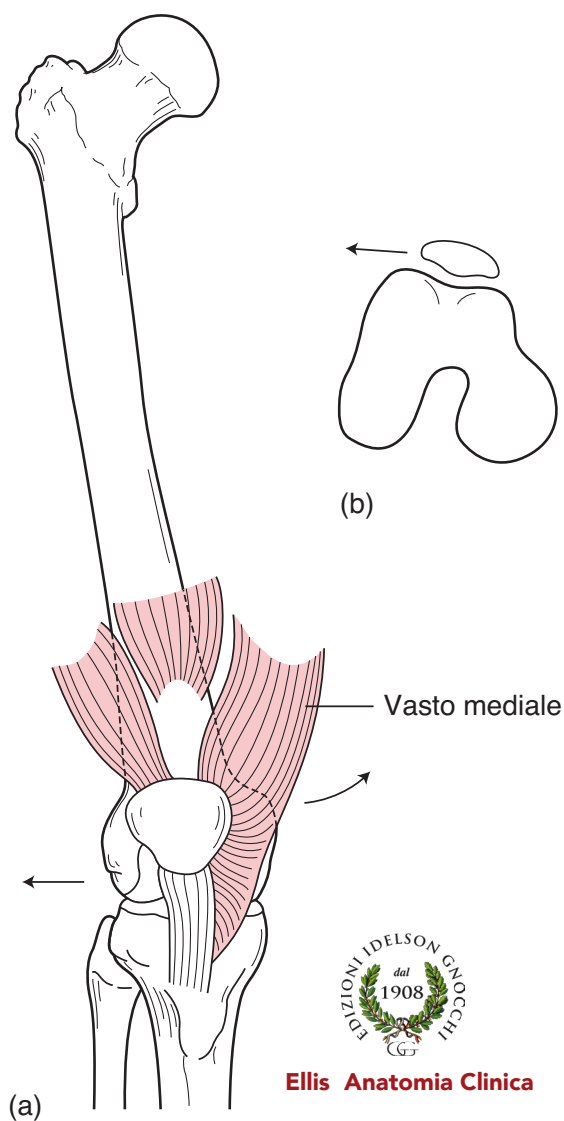


Figura 4.18 Fattori che contribuiscono alla stabilità della rotula: (a) la trazione mediale del vasto mediale e (b) la superficie articolare superiore della rotula del condilo femorale laterale. Questi contrastano la tendenza alla dislocazione laterale della rotula, che è causata dall'angolazione in valgismo tra il femore e la tibia.

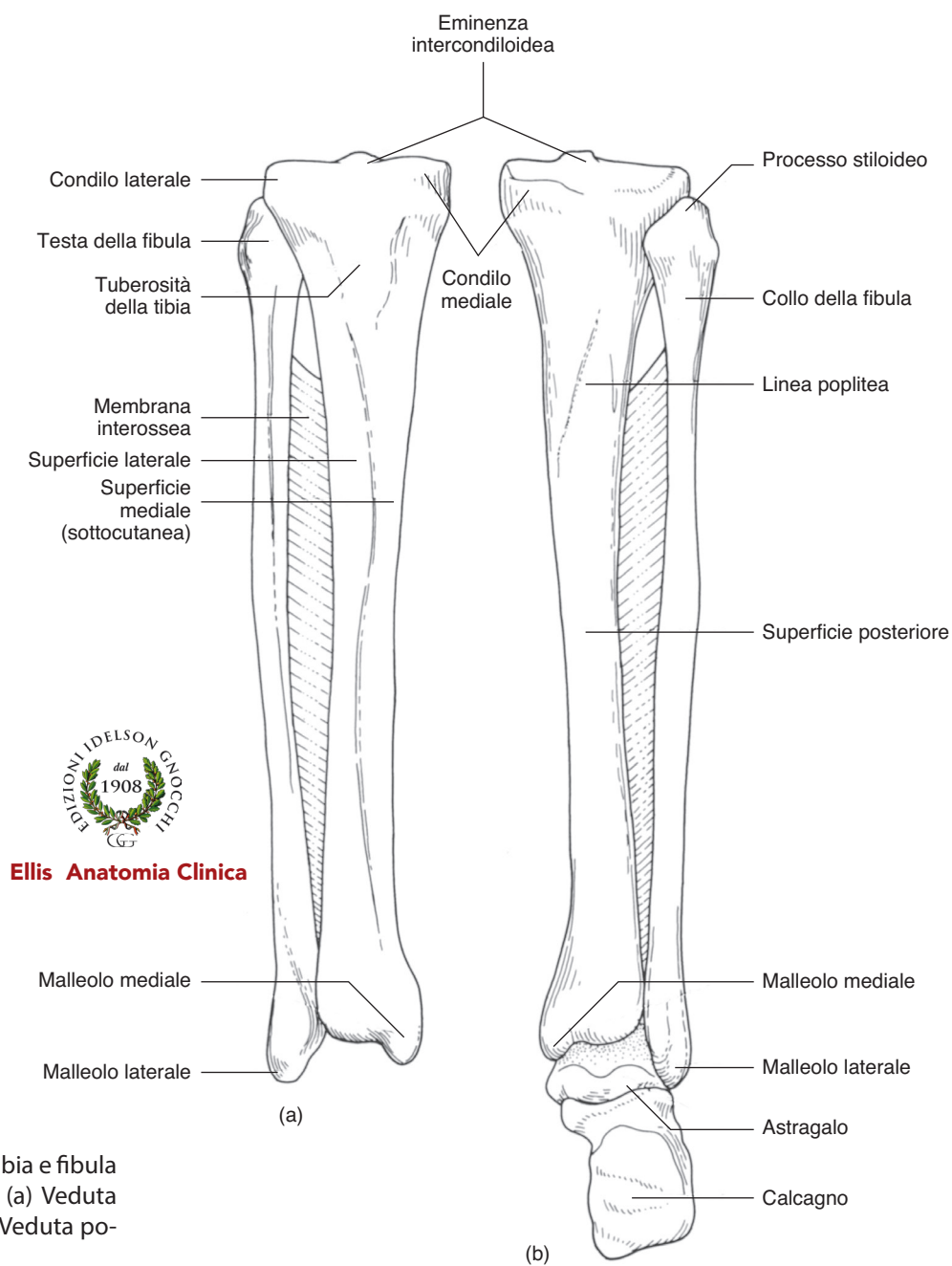


Figura 4.19 Tibia e fibula
- lato destro. (a) Veduta
anteriore. (b) Veduta po-
steriore.

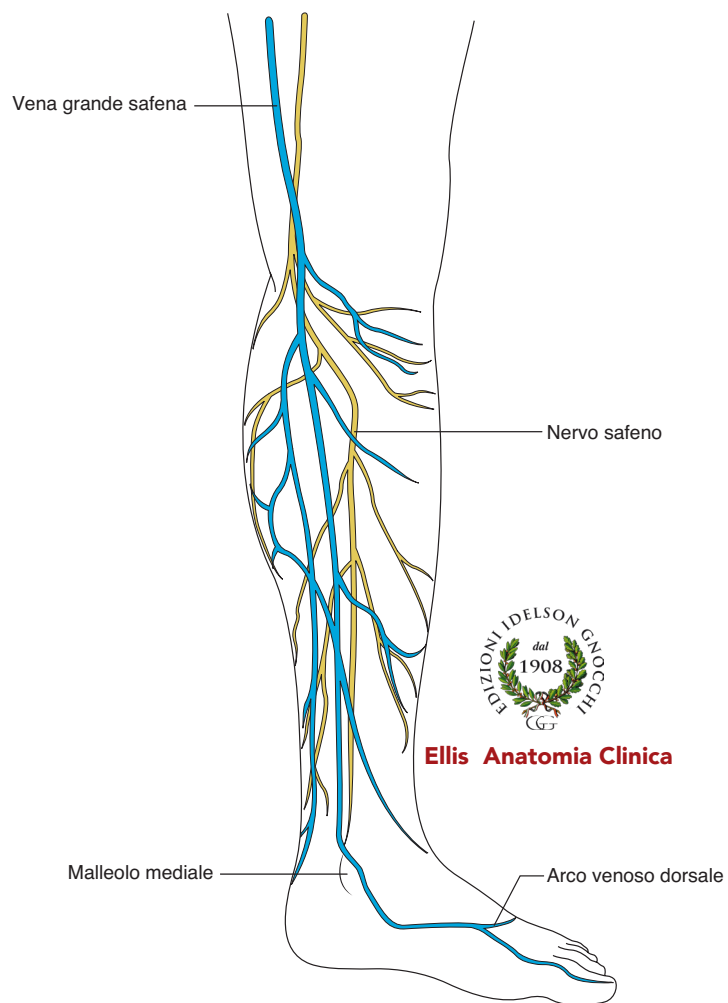
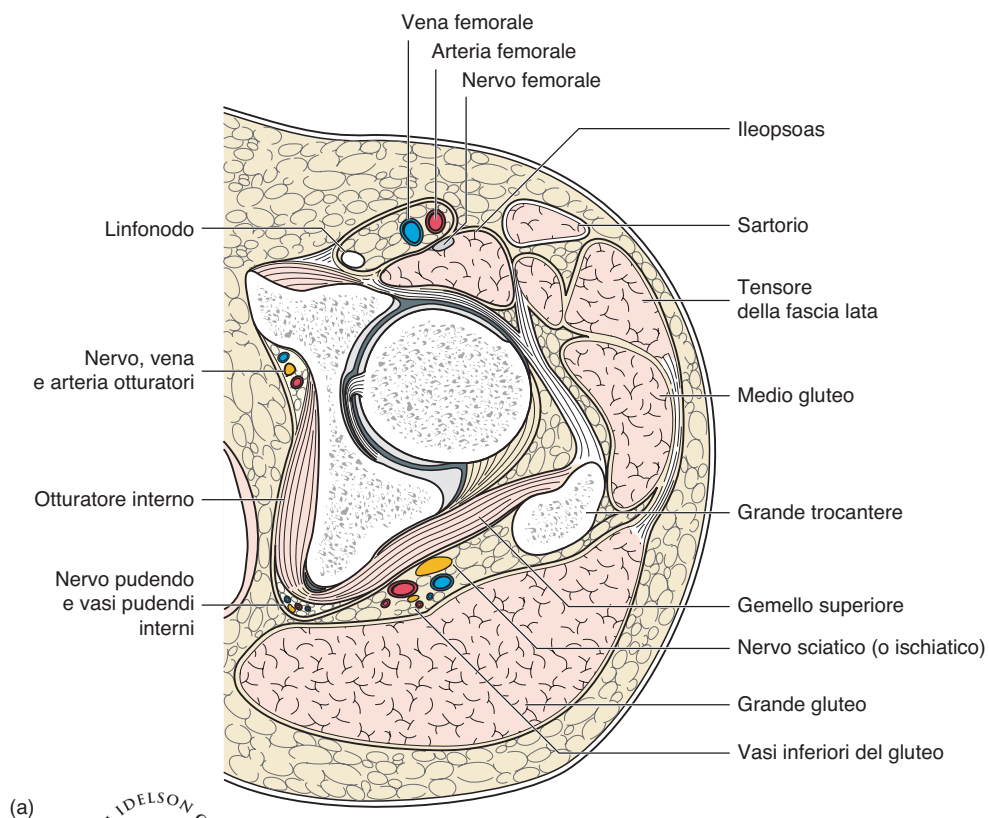


Figura 4.20 Rapporti tra nervo safeno e vena grande safena.



(a)



Ellis Anatomia Clinica

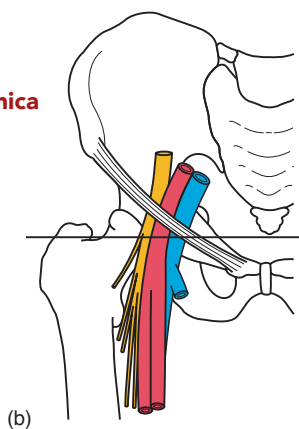
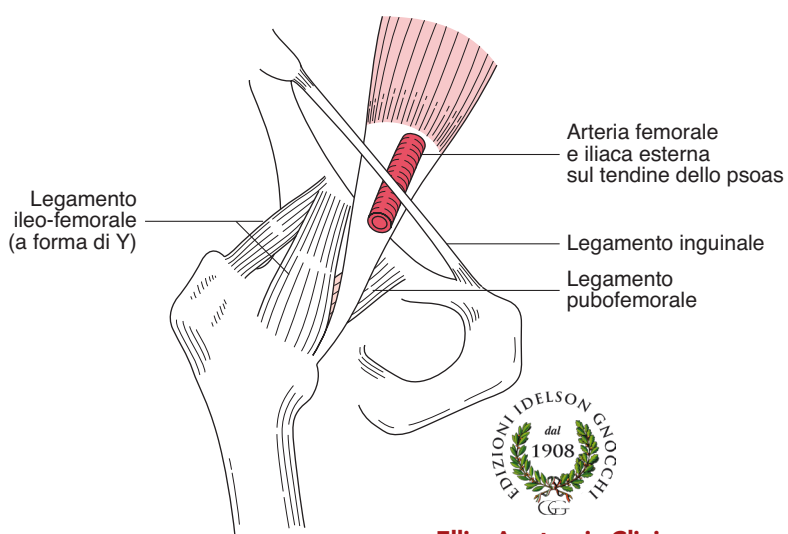


Figura 4.21 (a) Rapporti dell'articolazione dell'anca (in sezione orizzontale; anca destra, vista dal lato prossimale). (b) In questo schema viene mostrato a che livello è stata fatta la sezione mostrata in (a).



Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.22 Aspetto anteriore dell'anca destra. Si osservi che il tendine psoas e l'arteria femorale sono intimi rapporti anteriori dell'articolazione.



Ellis Anatomia Clinica

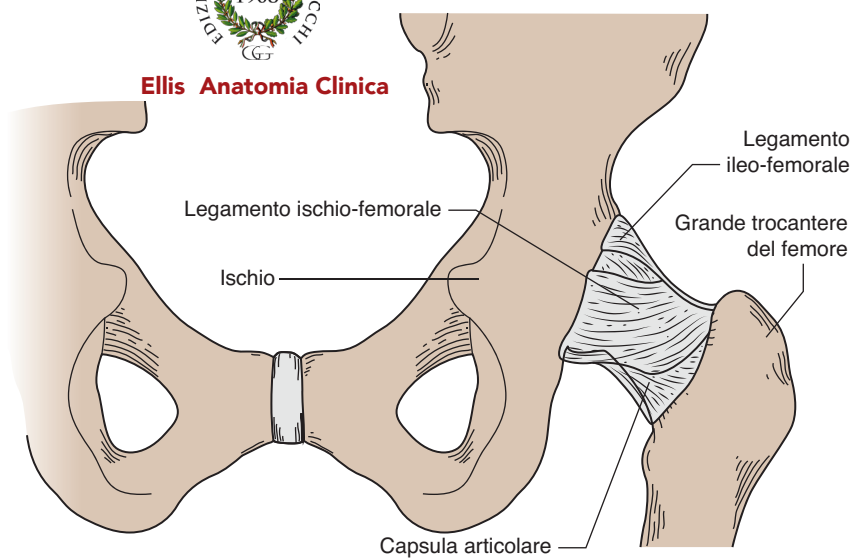
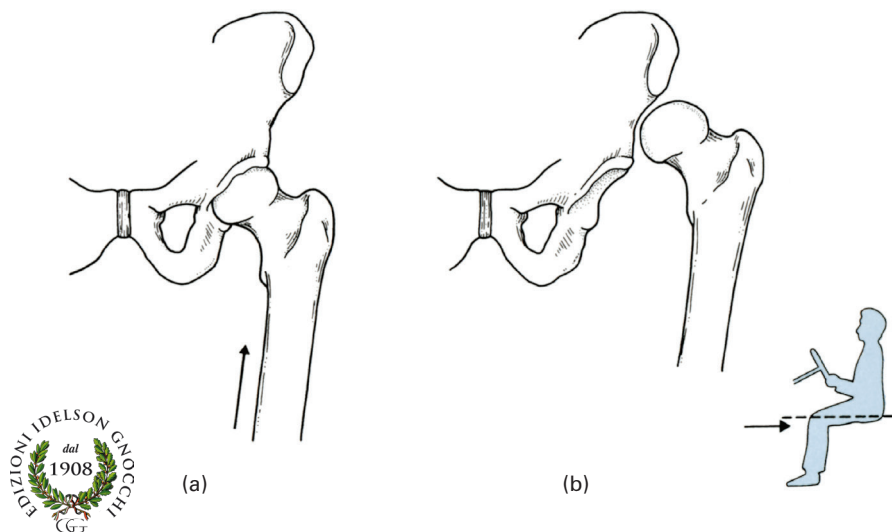
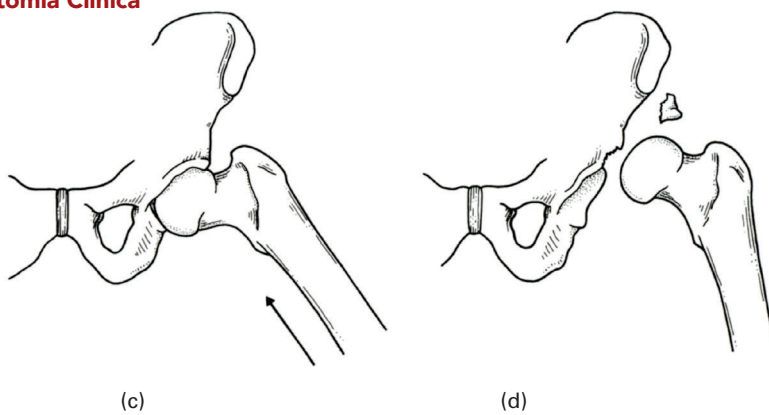


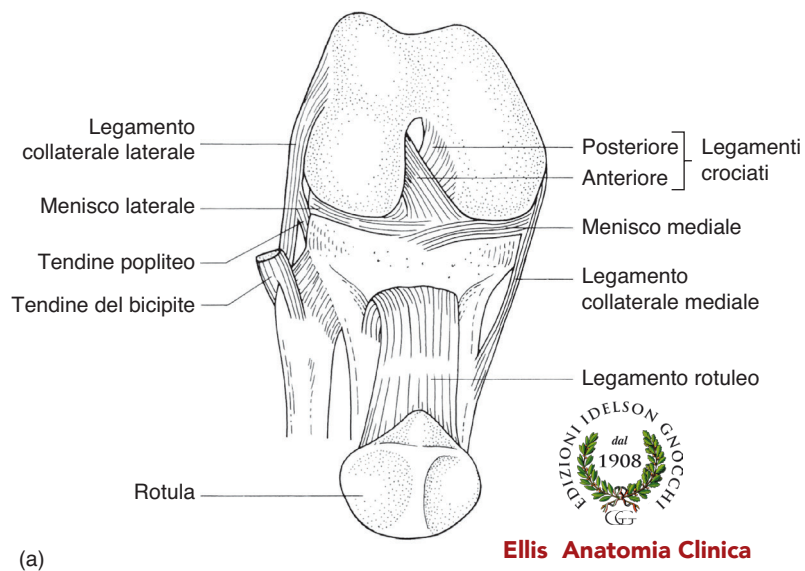
Figura 4.23 La faccia posteriore dell'articolazione dell'anca: è visibile la linea di inserzione della capsula articolare.



Ellis Anatomia Clinica

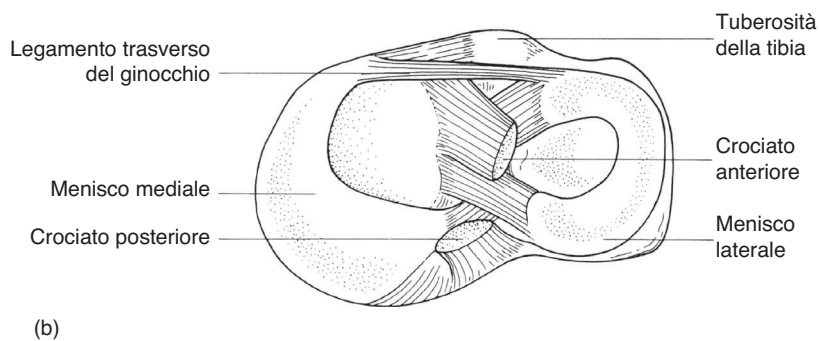
Figura 4.24 Lussazione dell'anca. Se l'anca è forzata in lussazione posteriore durante l'adduzione (a), non si verifica frattura associata del labbro acetabolare posteriore (b). La lussazione in posizione abdotta (c) può verificarsi solo con una concomitante frattura dell'acetabolo (d).

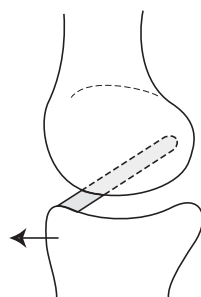




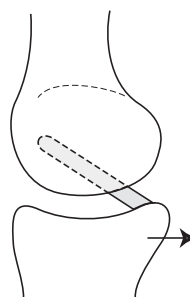
Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.25 (a) Ginocchio destro - visione anteriore; il ginocchio è flesso e la rotula è stata girata verso il basso. (b) Il ginocchio destro in sezione trasversale.





(a)



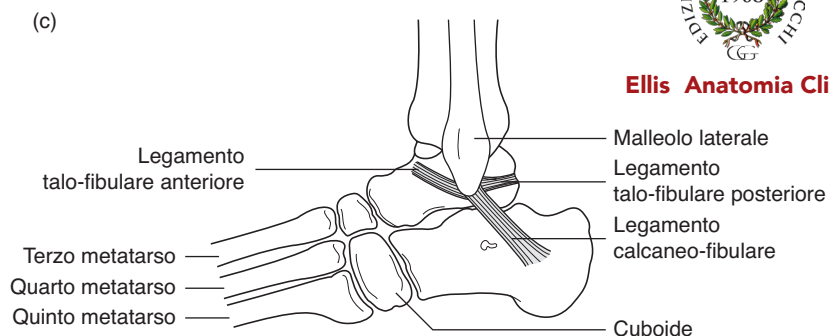
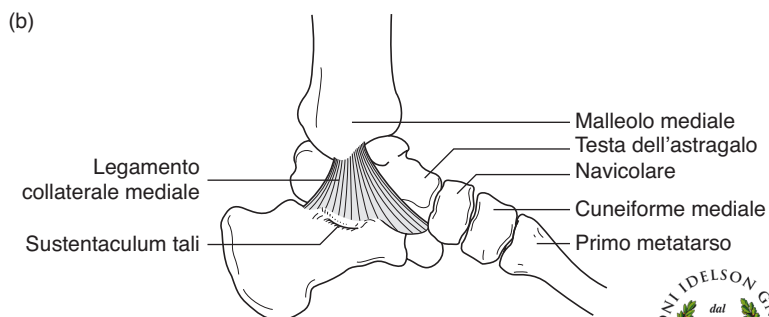
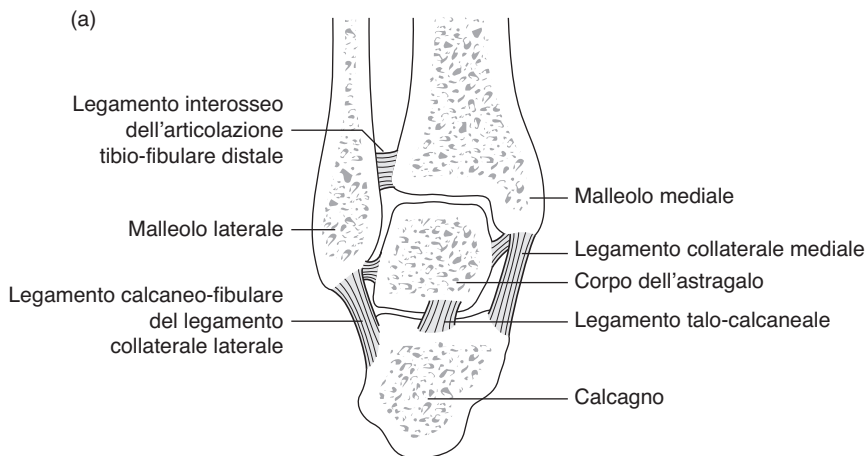
(b)



Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.26 Azioni dei legamenti crociati.

- (a) Legamento crociato anteriore: resiste al movimento in avanti della tibia sul femore
- (b) Legamento crociato posteriore: resiste al movimento all'indietro della tibia sul femore



Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.27 Caviglia sinistra. (a) In sezione coronale (vista da dietro). (b) Aspetto mediale. (c) Aspetto laterale.

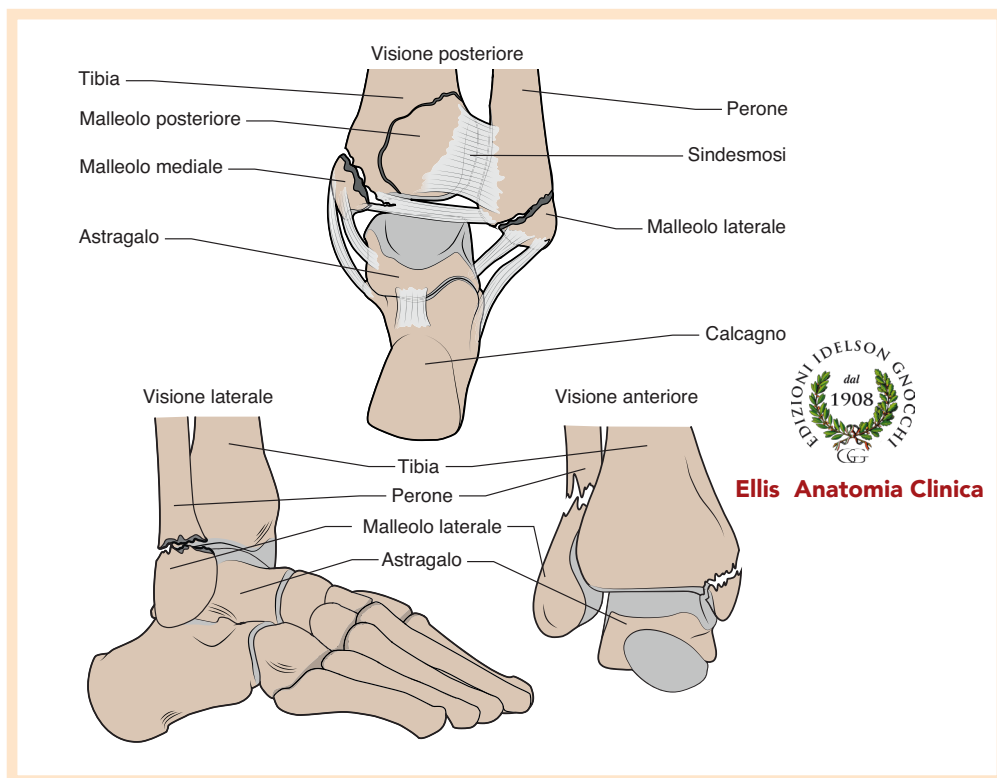


Figura 4.28 Fratture di Pott di I, II e III grado.



Ellis Anatomia Clinica

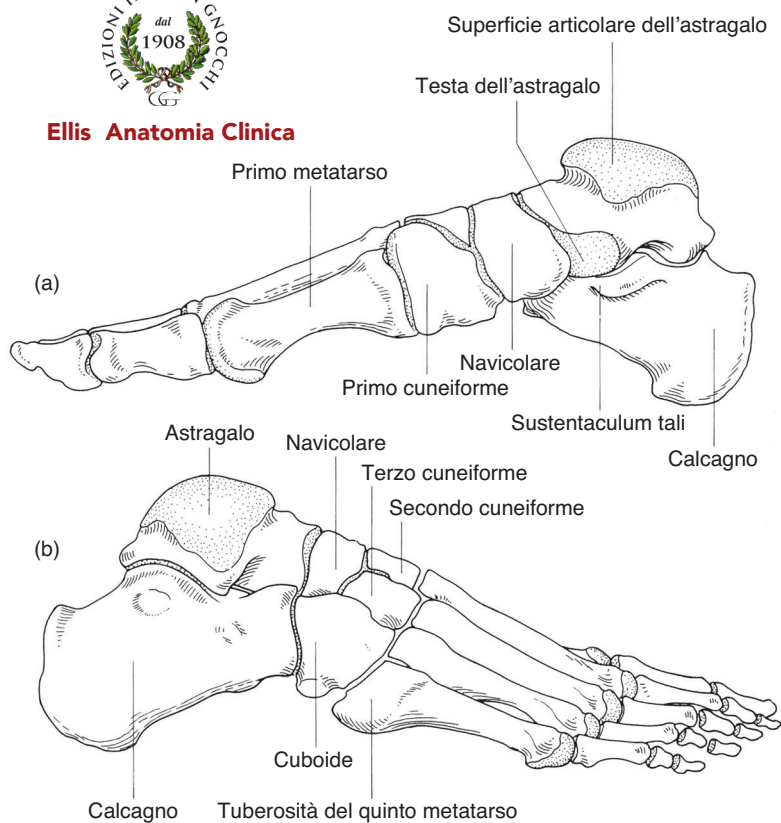


Figura 4.29 Gli archi longitudinali del piede destro. (a) Veduta mediale. (b) Veduta laterale.

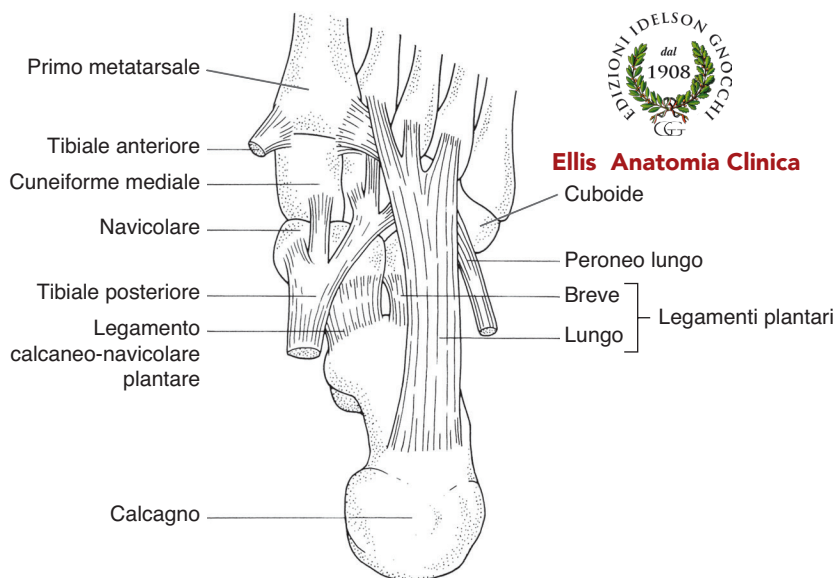
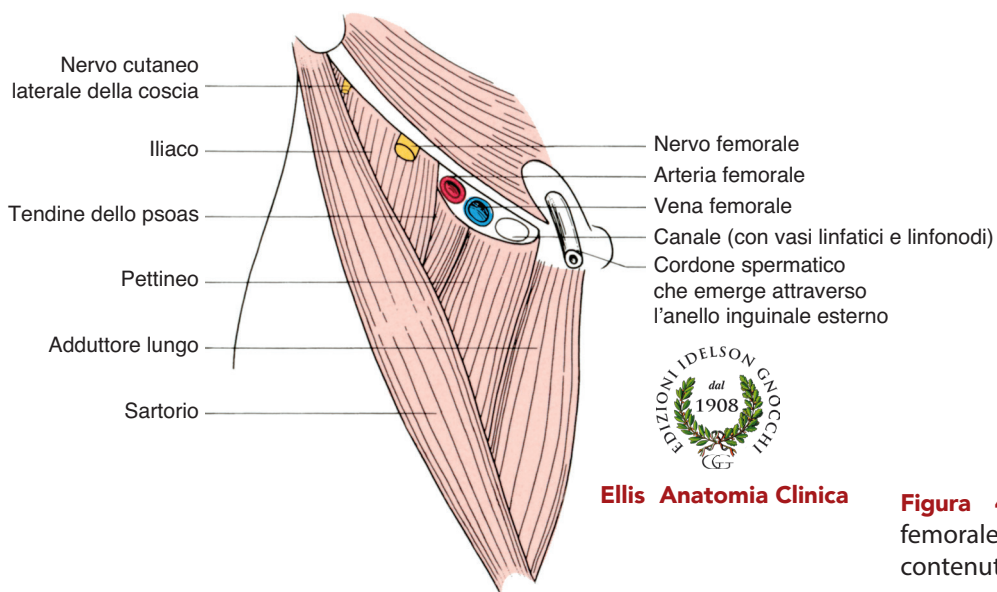


Figura 4.30 Aspetto plantare del piede sinistro che mostra l'inserzione dei legamenti e dei tendini che partecipano alla formazione degli archi plantari (la testa dell'astragalo è nascosta, in profondità allo spring ligament, ossia il legamento calcaneo-navicolare plantare).



Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.31 Triangolo femorale destro e suoi contenuti.

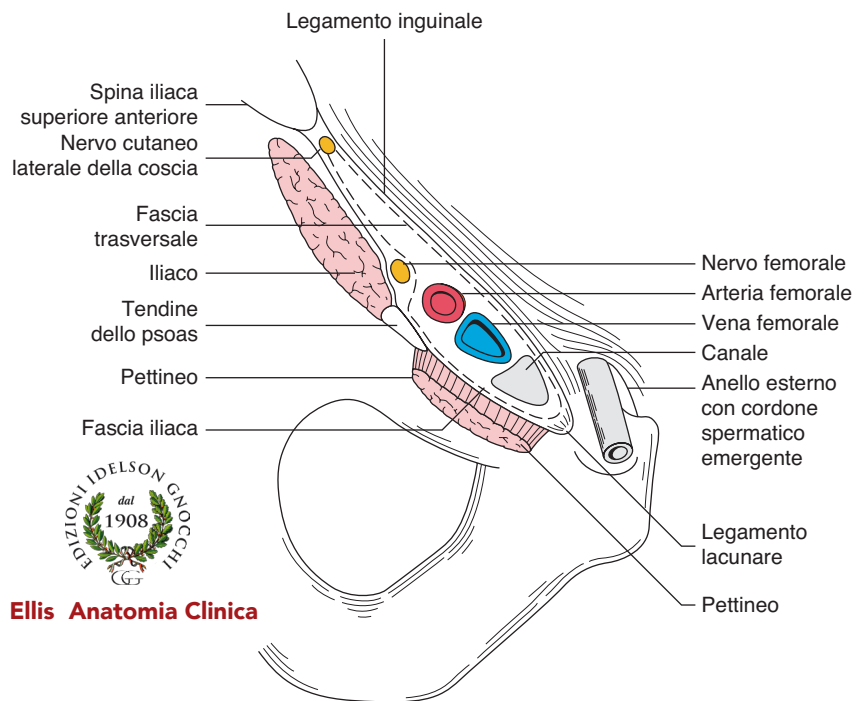


Figura 4.32 Il canale femorale e le aree circostanti (regione inguinale destra).

Ellis Anatomia Clinica

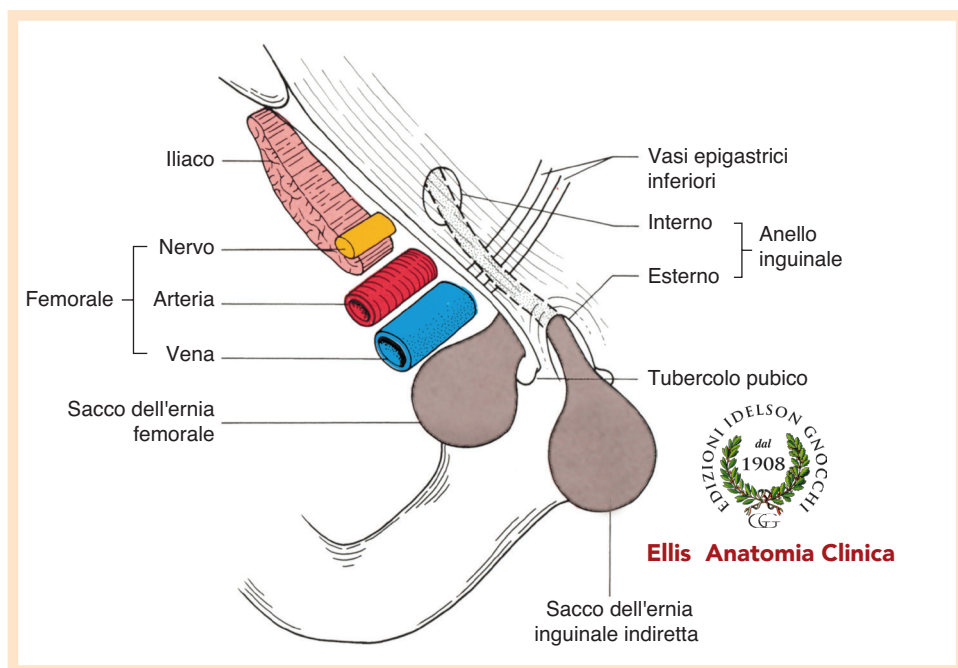


Figura 4.33 Rapporto di un'ernia inguinale indiretta e un'ernia femorale con il tubercolo pubico; l'ernia inguinale emerge al di sopra e medialmente al tubercolo, l'ernia femorale giace al di sotto e lateralmente ad esso (regione inguinale destra).

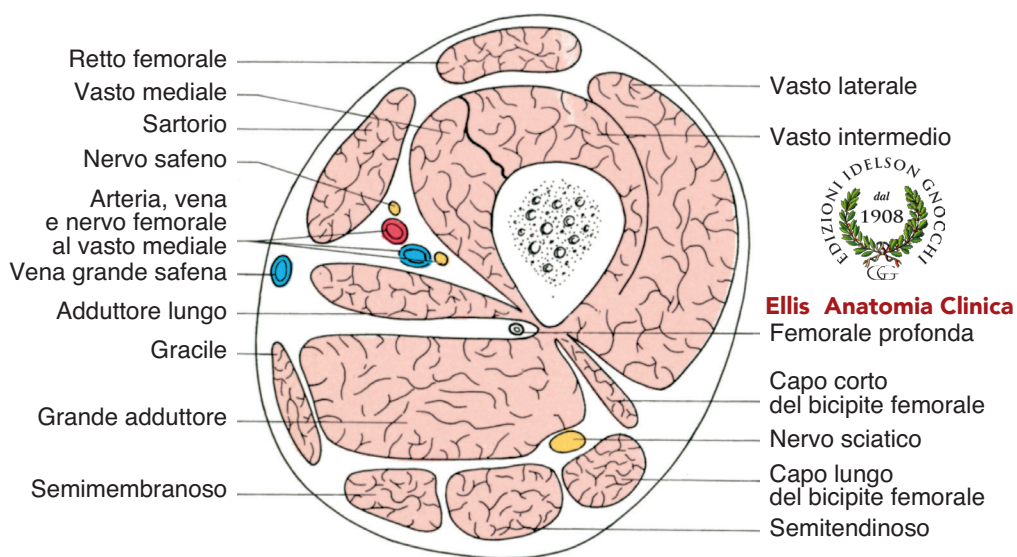
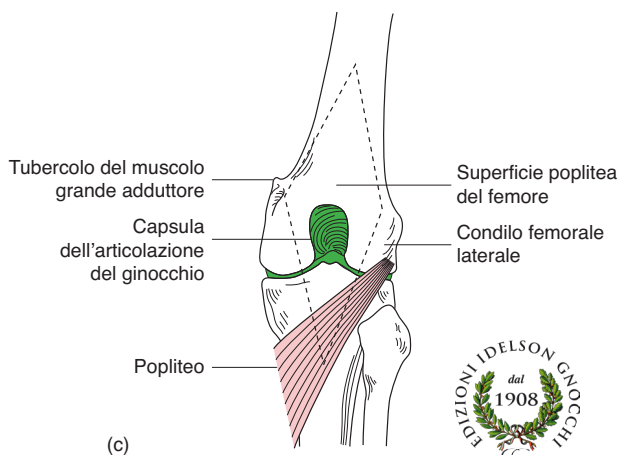
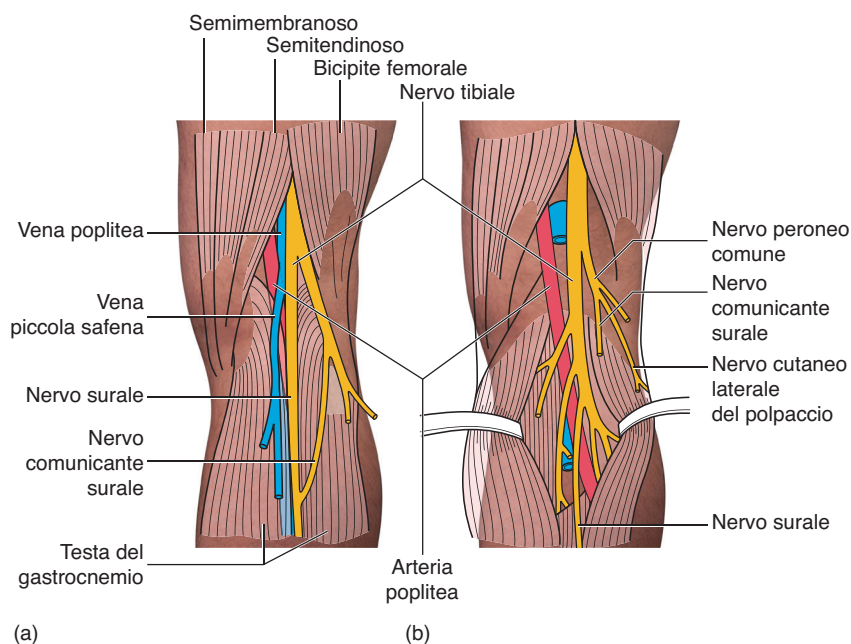
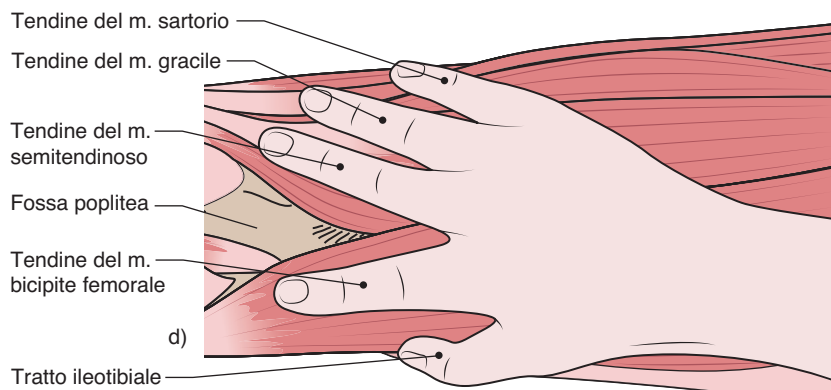


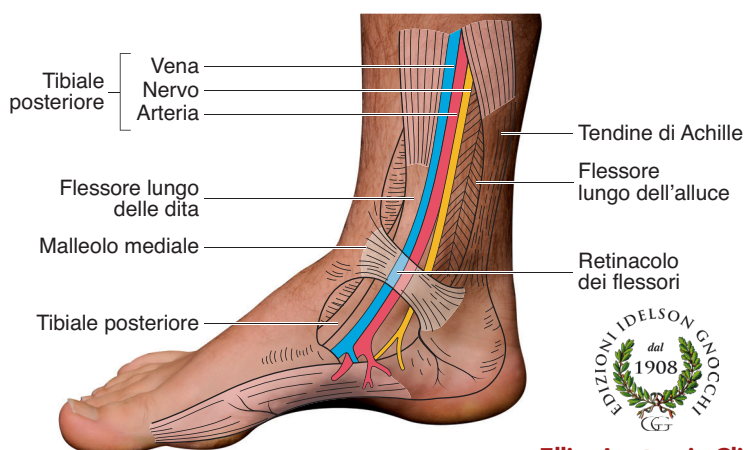
Figura 4.34 Sezione trasversale attraverso la coscia destra nella regione del canale degli adduttori, o sotto-sartoriale, di Hunter (vista dall'aspetto prossimale).



Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.35 Fossa poplitea destra. (a) Dissezione superficiale. (b) Dissezione profonda. (c) Pavimento. d) Visione semplificata dei muscoli che si trovano nella regione posteriore della coscia, in prossimità della fossa poplitea.





Ellis Anatomia Clinica

Figura 4.36 Rapporti dell'arteria tibiale posteriore nel suo decorso dietro al malleolo mediale (regione della caviglia destra).

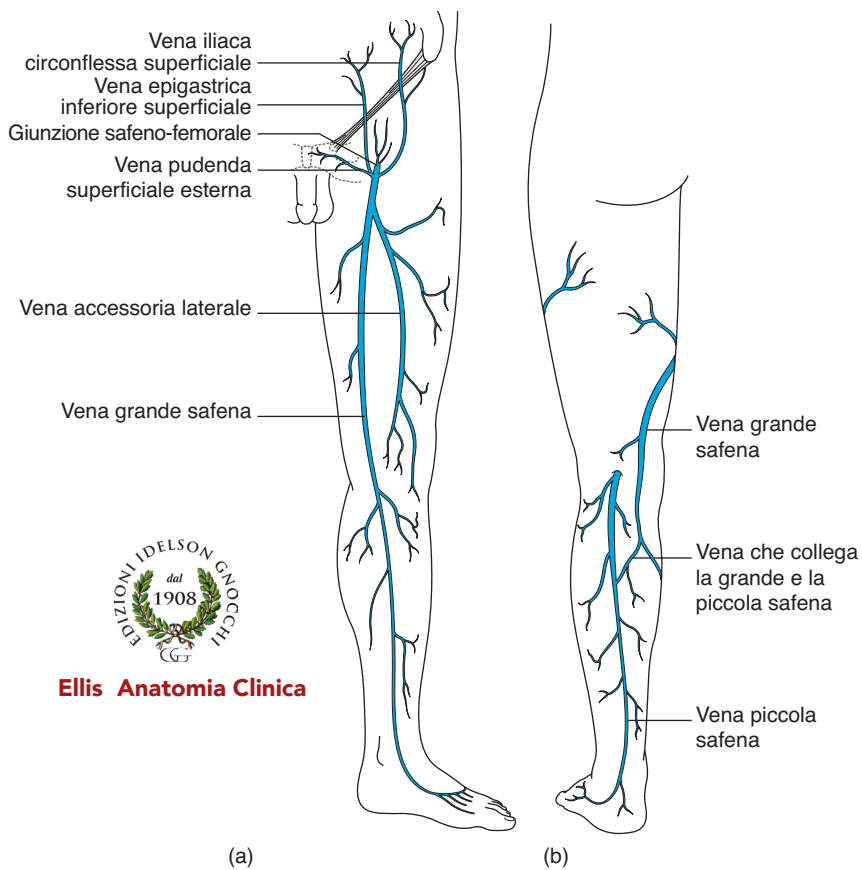


Figura 4.37 Vene superficiali dell'arto inferiore sinistro. (a) Anteromediale. (b) Vista posteriore.

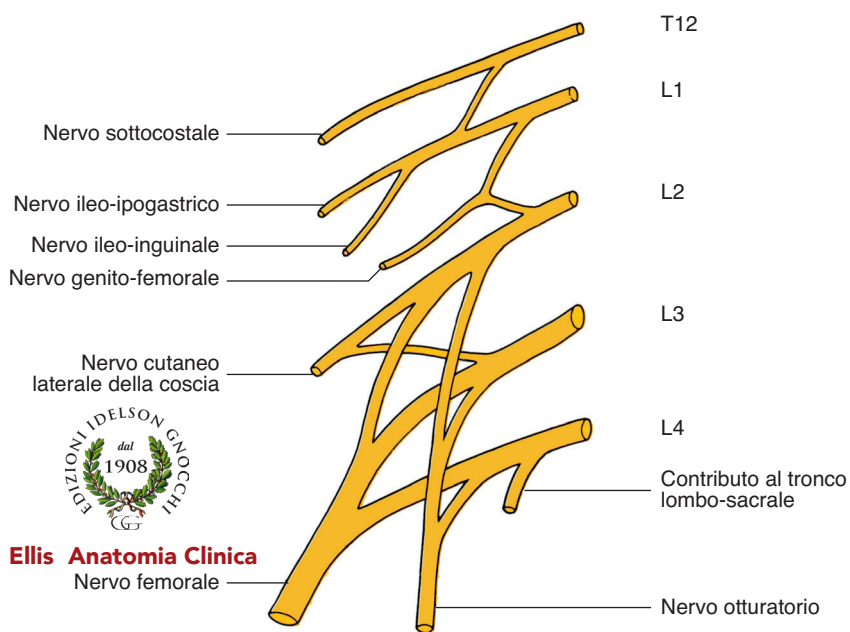


Figura 4.38 Formazione del plesso lombare e principali rami.



Ellis Anatomia Clinica

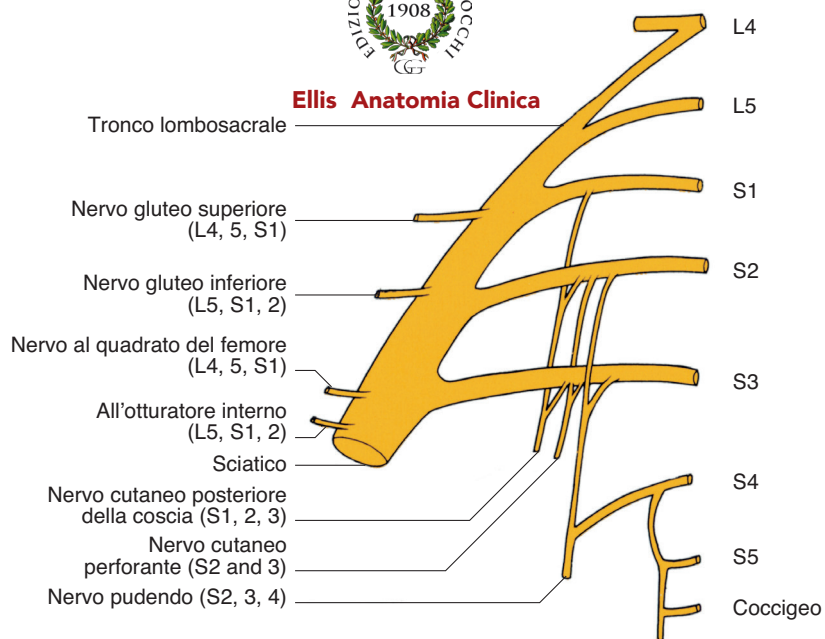
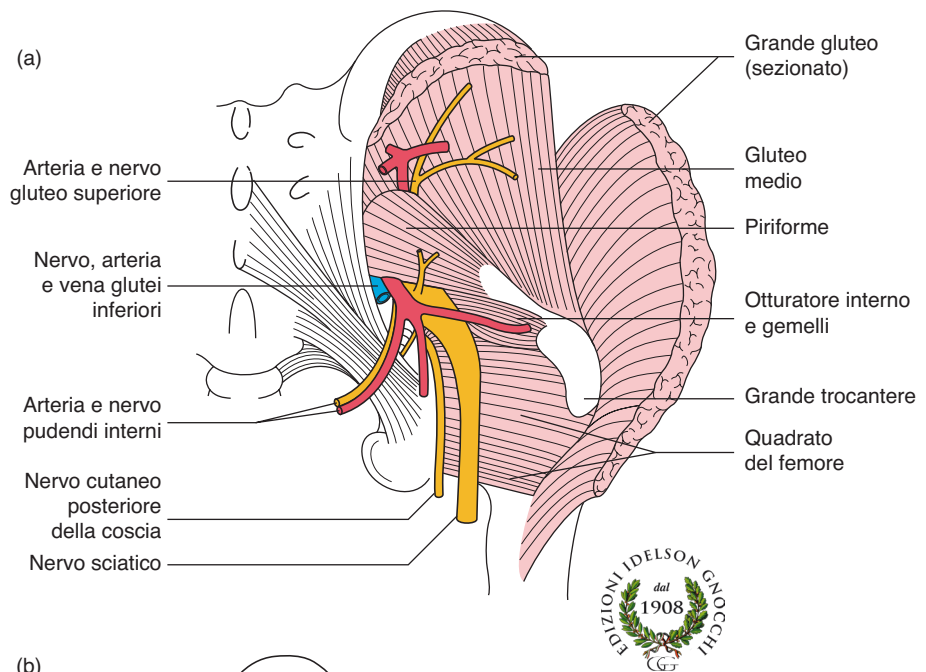


Figura 4.39 Formazione del plesso sacrale e principali rami.



Ellis Anatomia Clinica

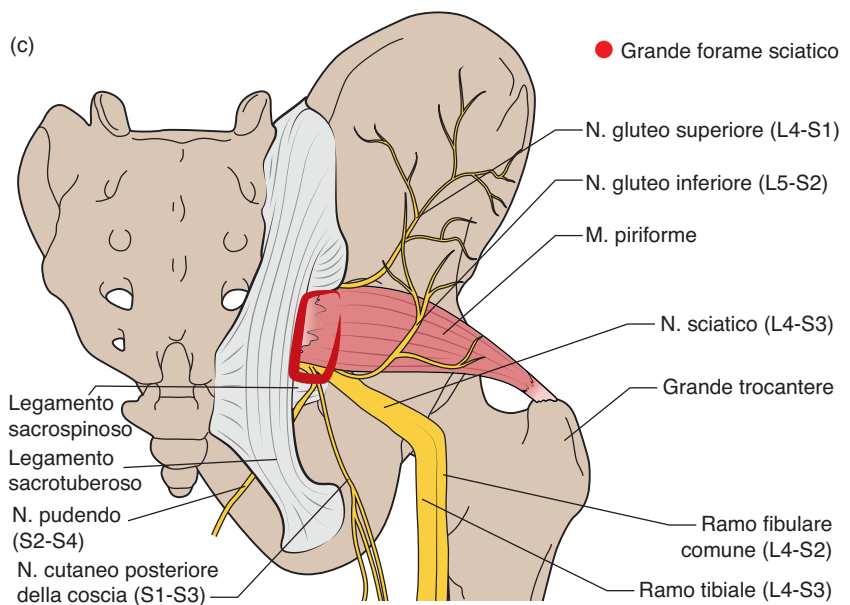
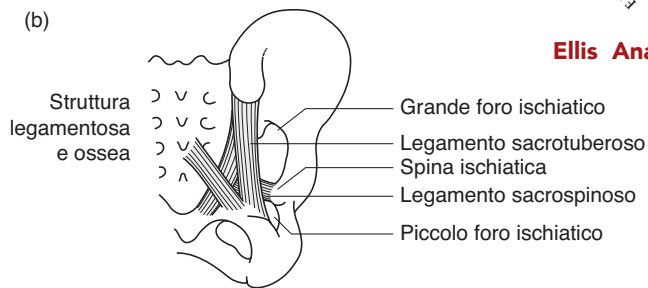


Figura 4.40 Fori ischiatici (lato destro). (a) Contenuti e muscoli collegati. (b) Limiti e struttura legamentosa. (c) Dettaglio sui rapporti tra il nervo sciatico e il muscolo piriforme; sono anche mostrati gli altri principali nervi della regione.



Ellis Anatomia Clinica

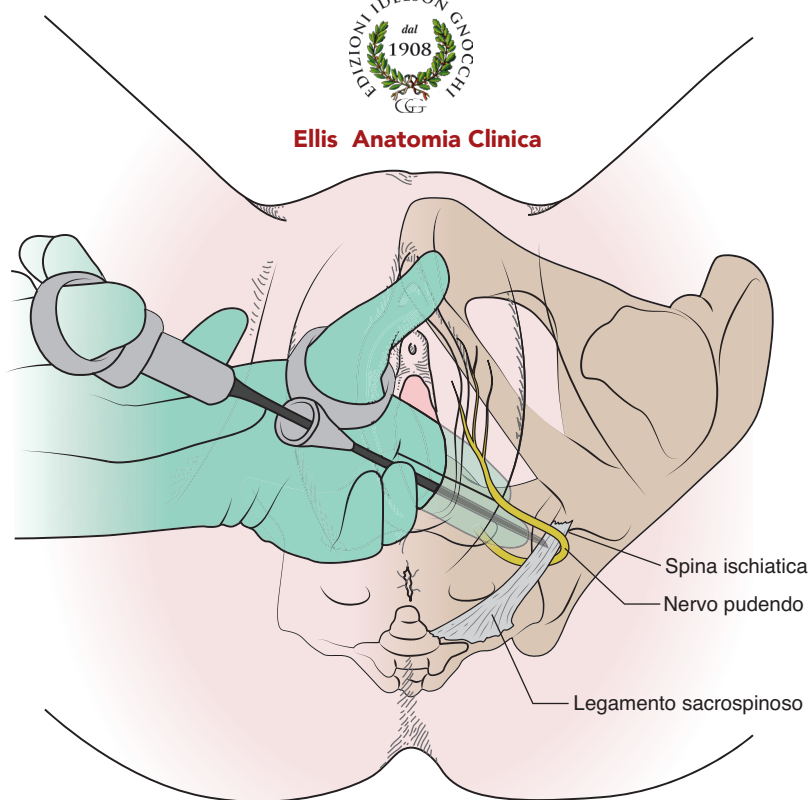


Figura 4.41 Illustrazione schematica della procedura per l'esecuzione del blocco del nervo pudendo. Confronta con Figura 2.59.

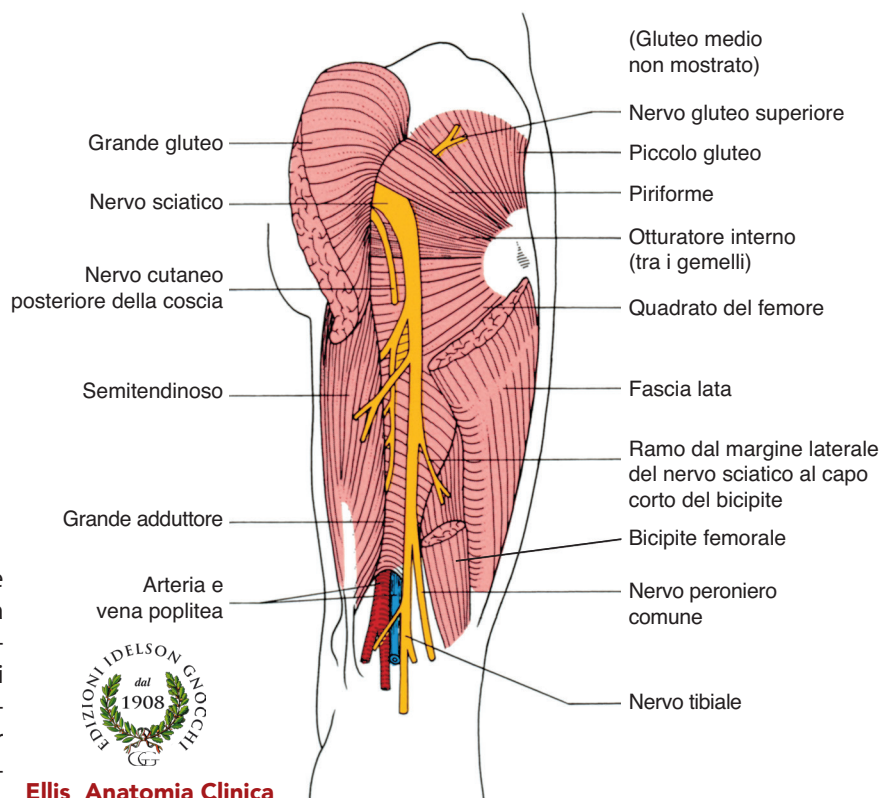


Figura 4.42 Dissezione del nervo sciatico nella coscia e nella fossa poplitea (lato destro). Si osservi che il gluteo medio è stato rimosso per mostrare il piccolo gluteo altrimenti completamente nascosto.

Ellis Anatomia Clinica

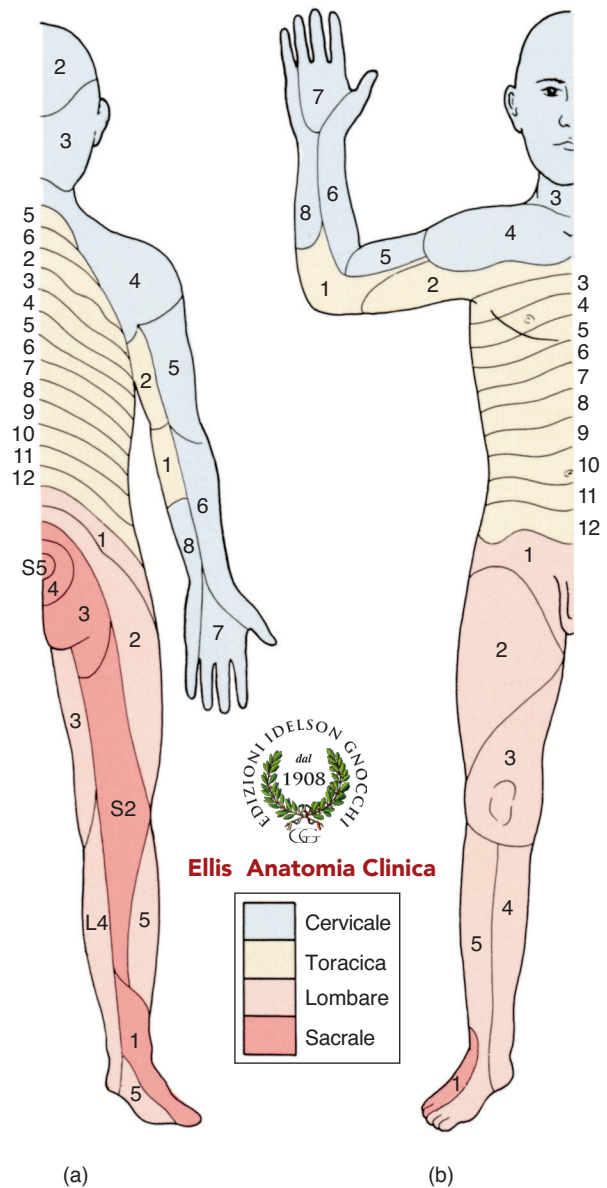


Figura 4.43 Innervazione cutanea segmentale della cute. (a) Posteriore. (b) Anteriore.

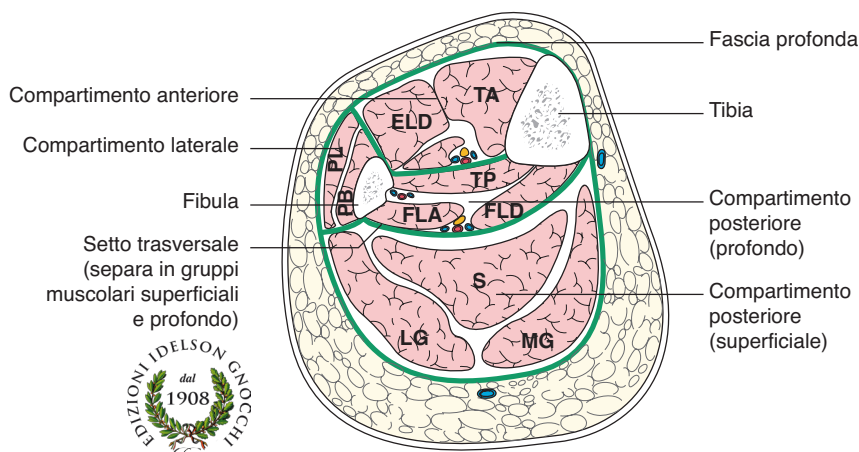


Figura 4.44 Rappresentazione in sezione trasversale dei compartimenti della gamba destra. ELD, estensore lungo delle dita; FLD, flessore lungo delle dita; FLA, flessore lungo dell'alluce; LG, capo laterale del gastrocnemio; MG, capo mediale del gastrocnemio; PB, peroniero breve; PL, peroniero lungo; S, soleo; TA, tibiale anteriore; TP, tibiale posteriore.

