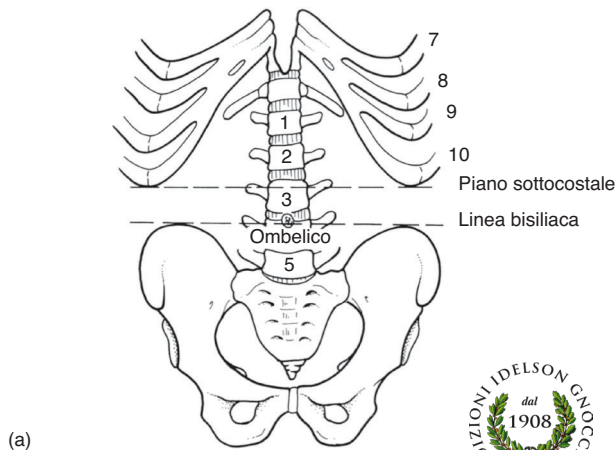


**Figura 2.1** Parete addominale anteriore. La guaina anteriore del retto sul lato sinistro è riflessa lateralmente.

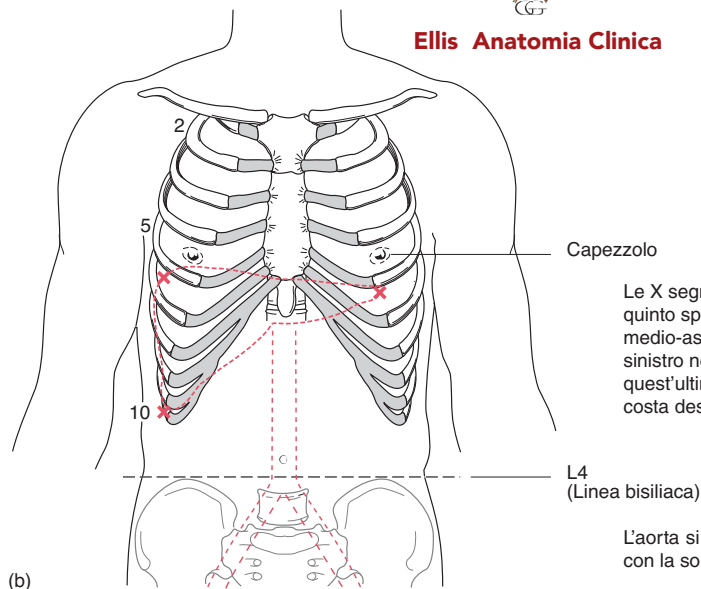
**Ellis Anatomia Clinica**



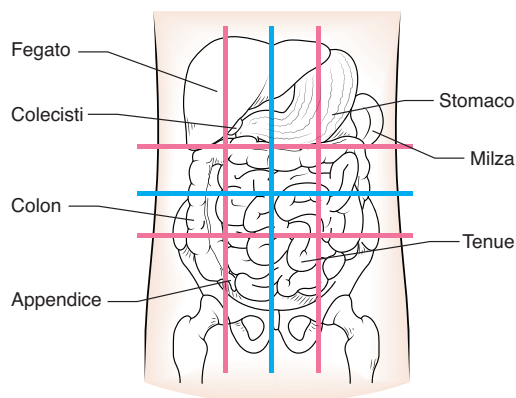
(a)



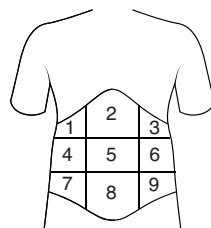
**Ellis Anatomia Clinica**



(b)



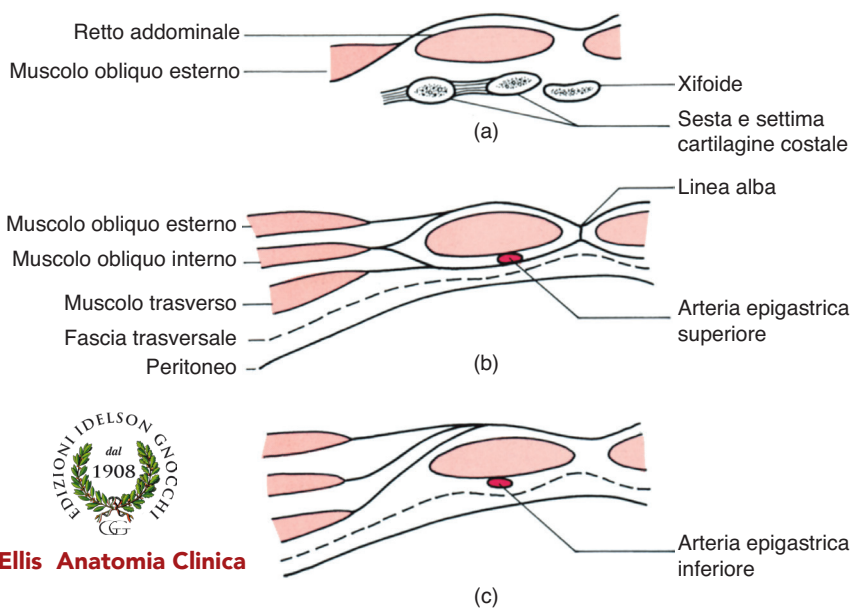
(c)



Le nove regioni addominali

- 1: Ipocondrio destro
- 2: Epigastrio
- 3: Ipocondrio sinistro
- 4: Regione lombare destra
- 5: Regione ombelicale
- 6: Regione lombare sinistra
- 7: Fossa iliaca destra
- 8: Ipogastrio
- 9: Fossa iliaca sinistra

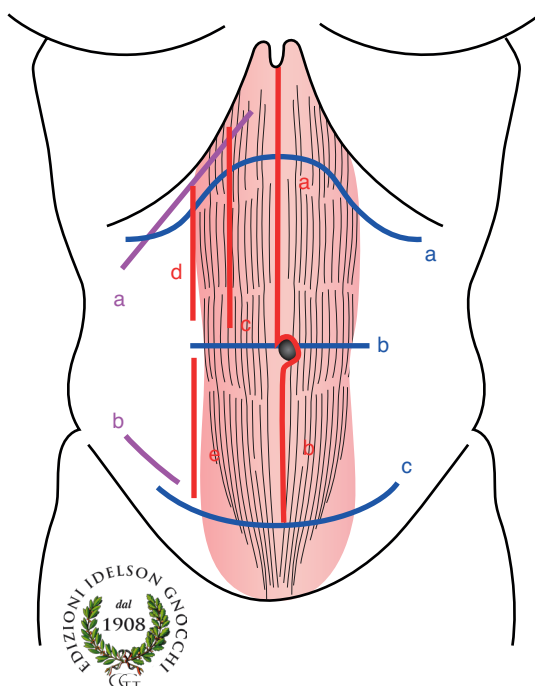
**Figura 2.2** (a) Confini, punti di repere ossei e livelli vertebrali dell'addome. (b) Punti di repere superficiali del fegato e dell'aorta. (c) A sinistra, proiezione di alcuni organi addominali sulla parete anteriore dell'addome suddivisa in quattro (linee blu) o nove (linee rosse) quadranti. A destra: denominazione dei nove quadranti.



**Figura 2.3** Composizione della guaina del retto in sezione trasversale (a) al di sopra del margine costale, (b) al di sopra della linea arcuata e (c) al di sotto della linea arcuata.



**Ellis Anatomia Clinica**



#### Laparatomie verticali

- a) Xifo-ombelicale
- b) Ombelico-pubica
- c) Transrettale destra
- d) Pararettale dx superiore
- e) Pararettale dx inferiore

#### Laparatomie trasversali

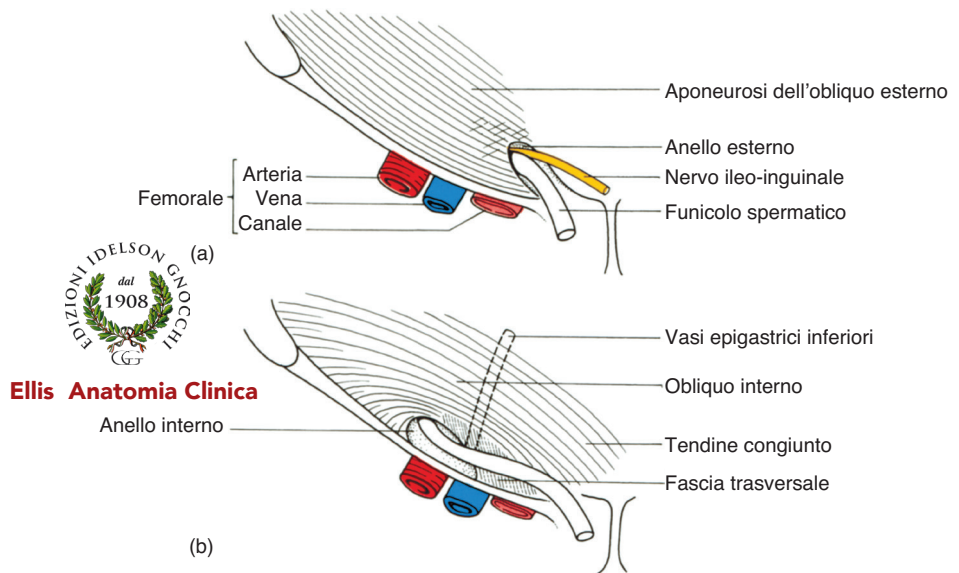
- a) Sottocostale bilaterale
- b) Trasversale ombelicale
- c) Pfannestiel

#### Laparatomie oblique

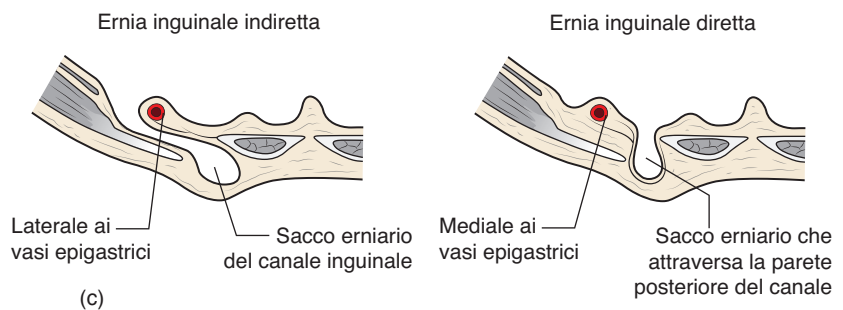
- a) Sottocostale di Kocher
- b) obliqua sec. McBurney

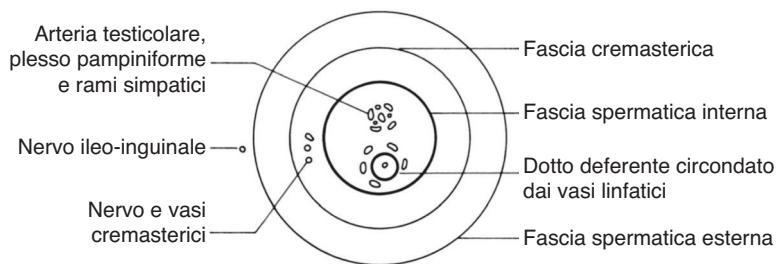
**Figura 2.4** Principali linee di incisione chirurgica addominale attraversanti il muscolo retto.





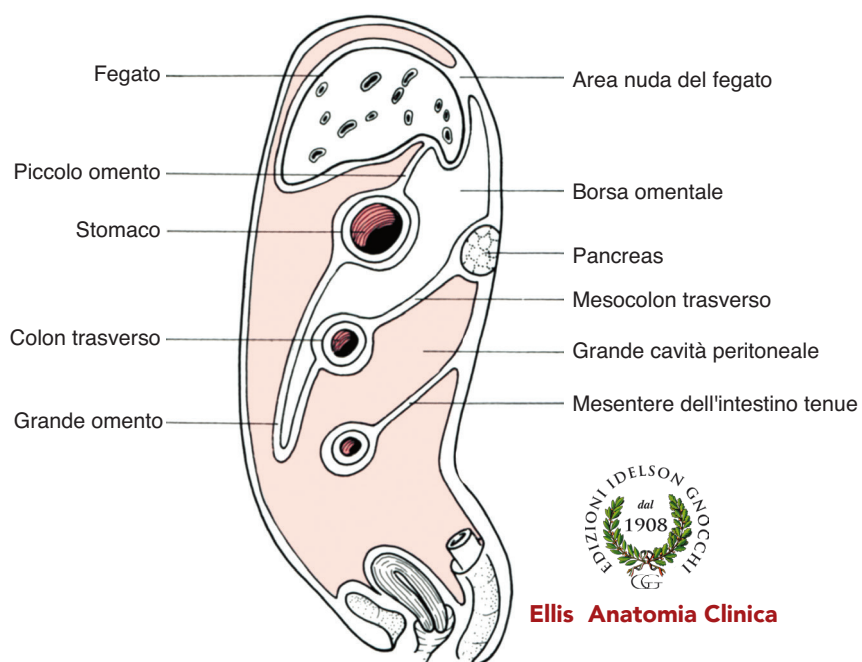
**Figura 2.5** Canale inguinale destro (a) con l'aponeurosi dell'obliquo esterno intatta e (b) l'aponeurosi dell'obliquo esterno rimossa. (c) Schema che mostra i tipi di ernia inguinale.



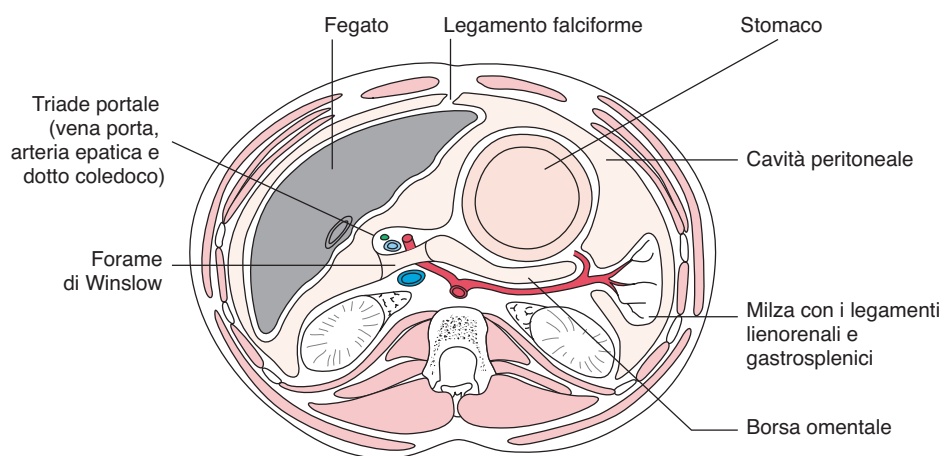


**Ellis Anatomia Clinica**

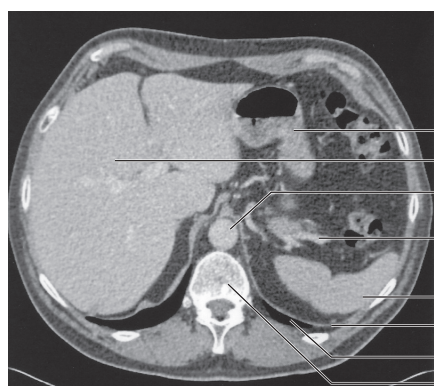
**Figura 2.6** Schema del funicolo spermatico e suo contenuto, in sezione trasversale.



**Figura 2.7** La cavità peritoneale in sezione sagittale (donna).



(a)



(b)

Stomaco  
Fegato  
Aorta  
Margine superiore del pancreas con l'arteria splenica  
Milza  
Diaframma  
Cavità pleurica  
T12

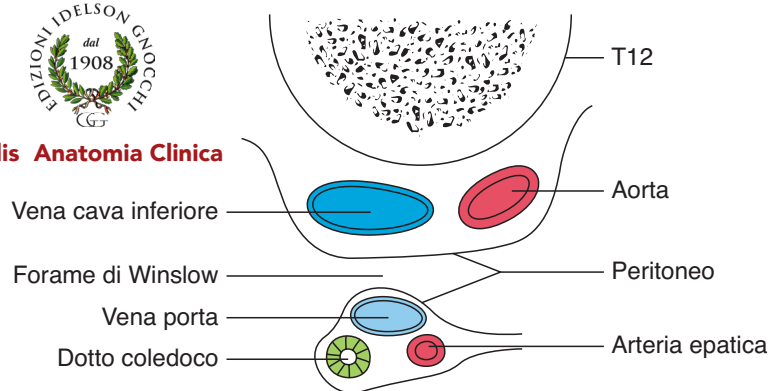


**Ellis Anatomia Clinica**

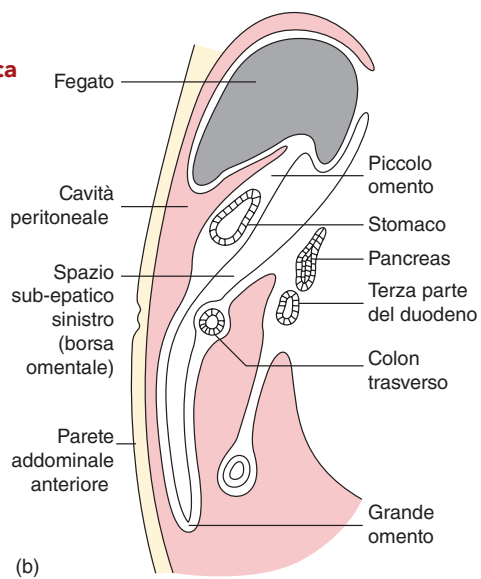
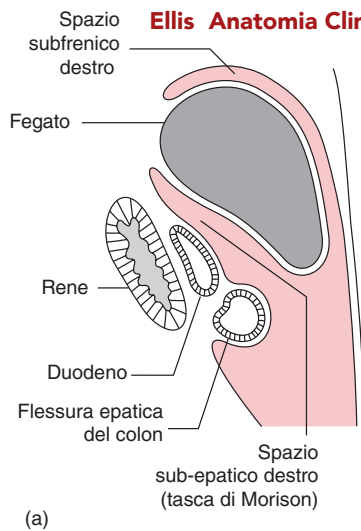
**Figura 2.8** (a) Cavità peritoneale in sezione trasversale (attraverso il forame di Winslow), vista dal basso. (b) La corrispondente scansione TC attraverso T12.



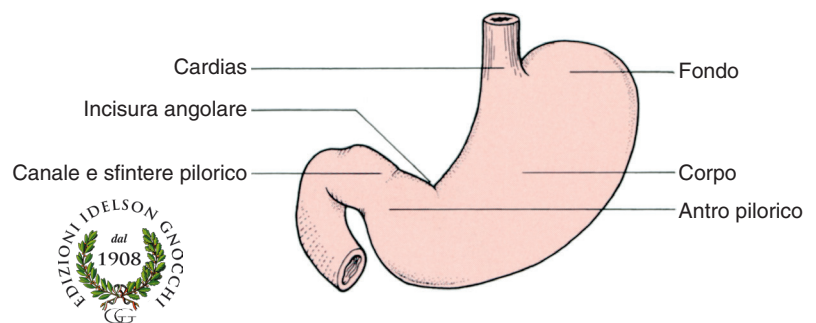
**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.9** Forame di Winslow in sezione trasversale (dall'alto).

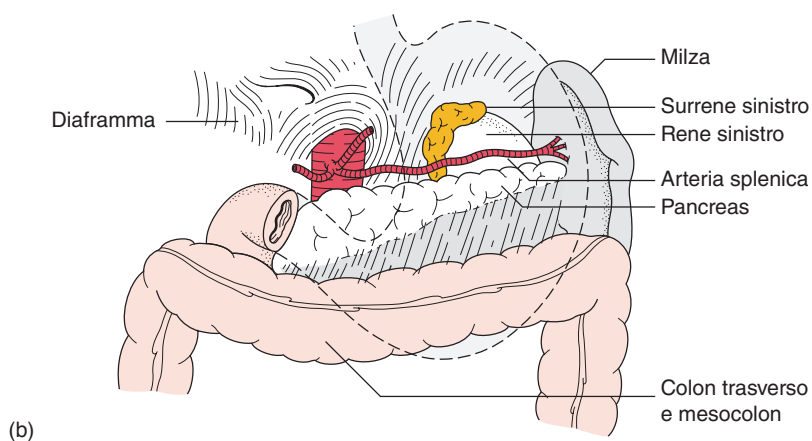
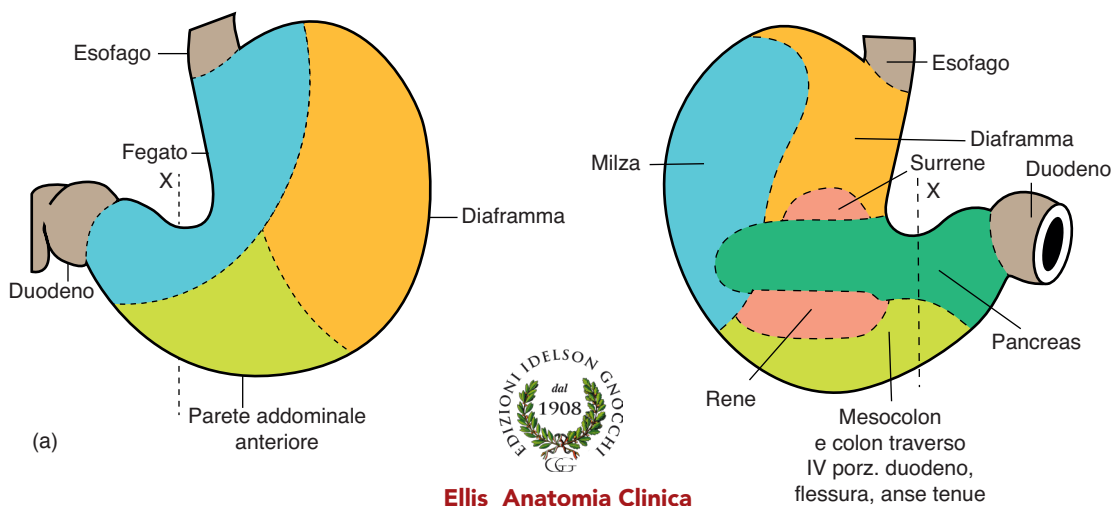


**Figura 2.10** Anatomia dello spazio subepatico destro (a) e sinistro (b) in sezione sagittale.



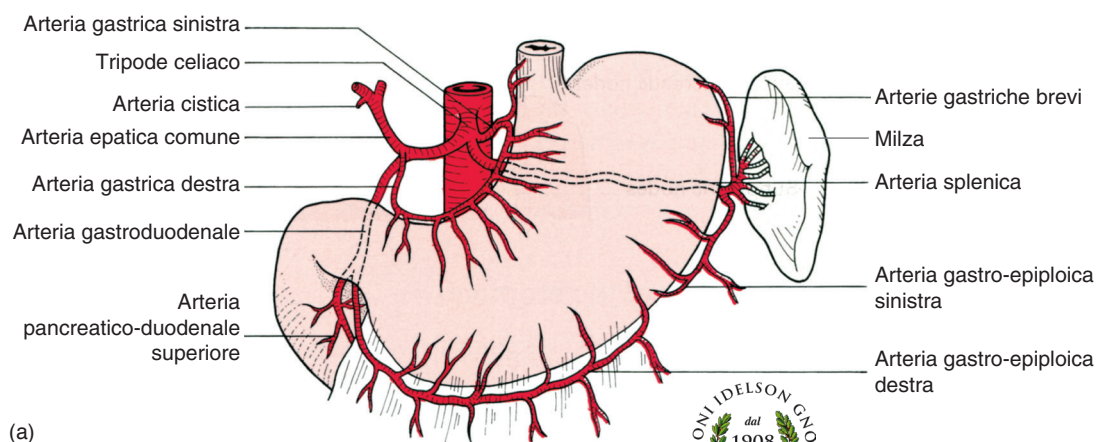
**Figura 2.11** Lo stomaco e le sue parti.

**Ellis Anatomia Clinica**

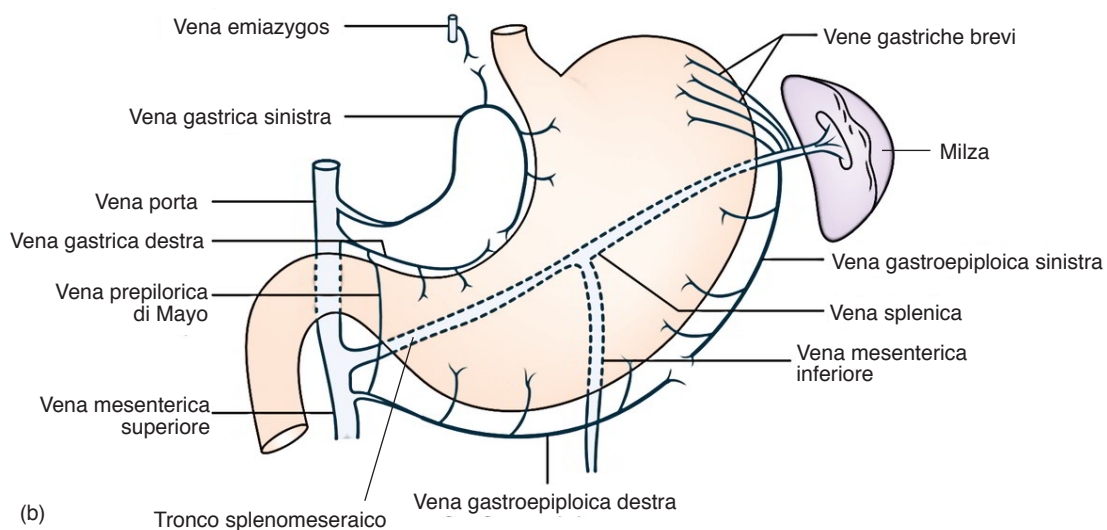


**Figura 2.12** (a) Principali rapporti anteriori (a sinistra) e posteriori (a destra) dello stomaco. (b) Dettaglio sui principali rapporti posteriori dello stomaco; lo stomaco (indicato dalla linea tratteggiata) è sovrapposto al suo letto.

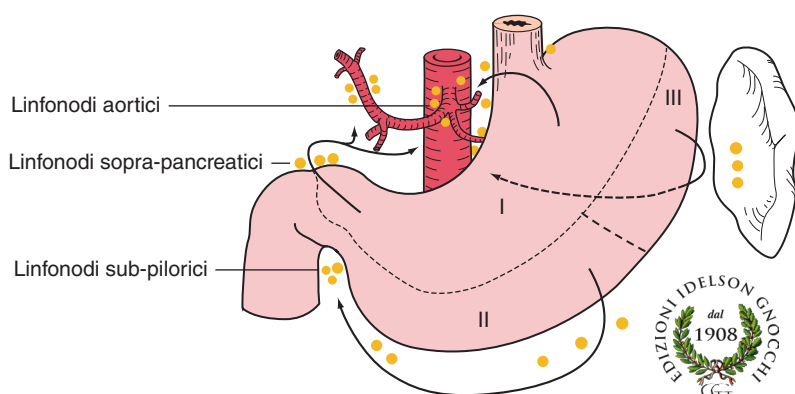




**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.13** a) Irrorazione arteriosa dello stomaco. b) Il drenaggio venoso dello stomaco.



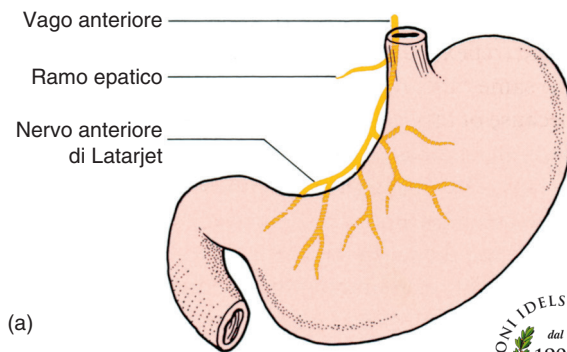
**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.14** Drenaggio linfatico dello stomaco.

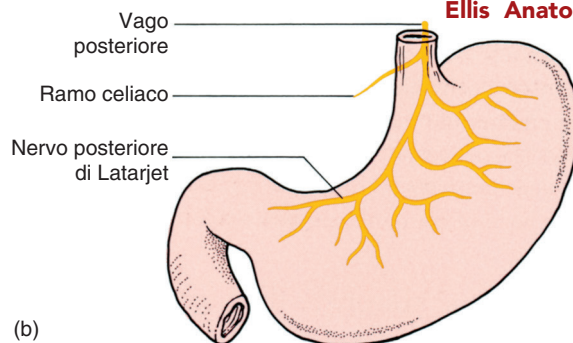
L'area I drena lungo i vasi gastrici destro e sinistro ai linfonodi aortici.

L'area II drena ai linfonodi subpilorici e quindi agli aortici mediante i vasi linfatici lungo i vasi gastro-epiploici destri.

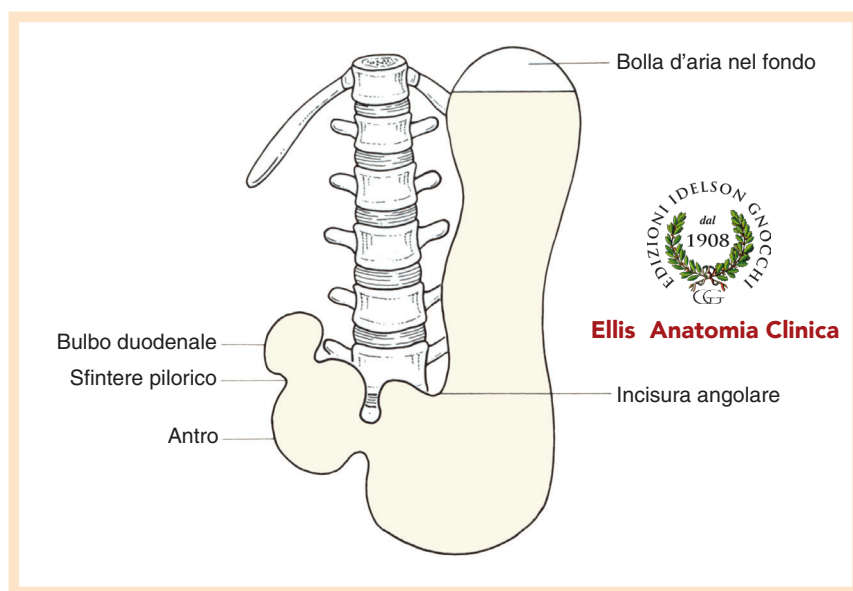
L'area III drena mediante i vasi linfatici lungo i vasi splenici ai linfonodi sopra-pancreatici e quindi ai linfonodi aortici.



**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.15** Innervazione vagale allo stomaco: (a) vago anteriore; (b) vago posteriore.

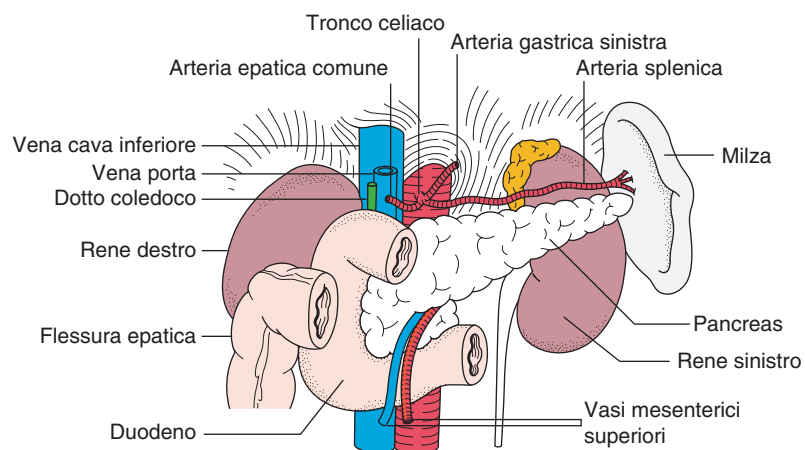


**Figura 2.16** Schema di una radiografia dello stomaco dopo ingestione di pasto di bario.



**Ellis Anatomia Clinica**

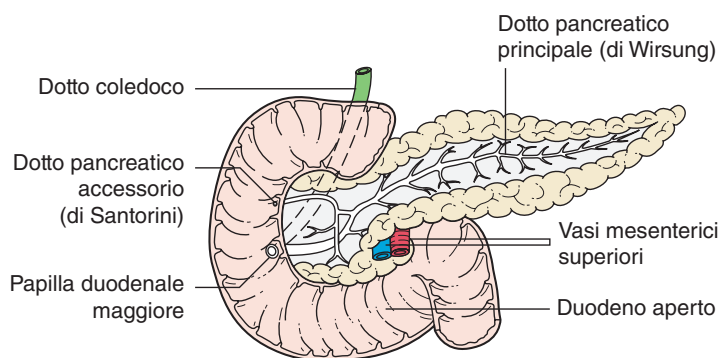
**Figura 2.17** Rapporti del duodeno.

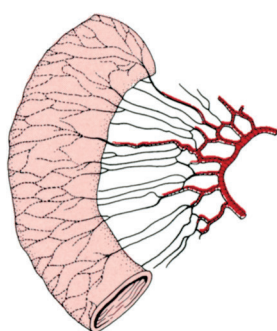




### Ellis Anatomia Clinica

**Figura 2.18** Duodeno e pancreas sezionati per evidenziare i dotti pancreatici e i loro orifizi.

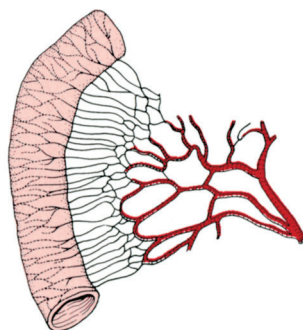




(a) Digiuno

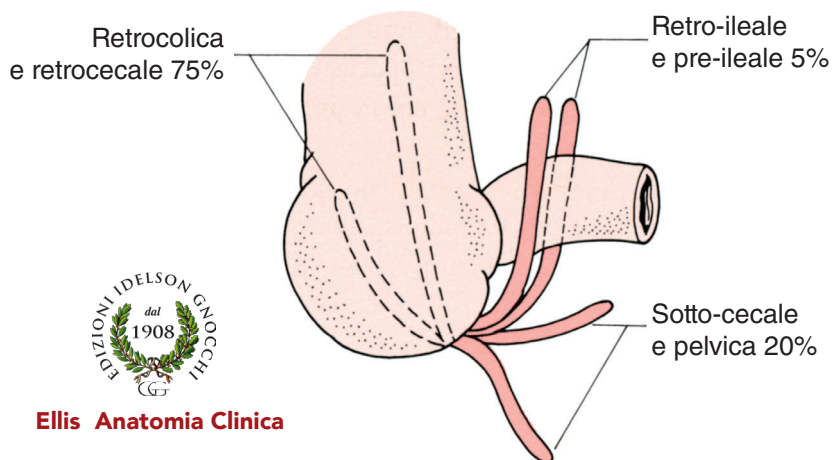


**Ellis Anatomia Clinica**



(b) Ileo

**Figura 2.19** Arcate arteriose semplici del digiuno (a) paragonate alle arcate complesse dell'ileo (b).



**Figura 2.20** Posizioni in cui può trovarsi l'appendice, con percentuale di incidenza approssimativa.



**Ellis Anatomia Clinica**





**Ellis Anatomia Clinica**

Arcata ileocolica

A. cecale anteriore

A. cecale posteriore

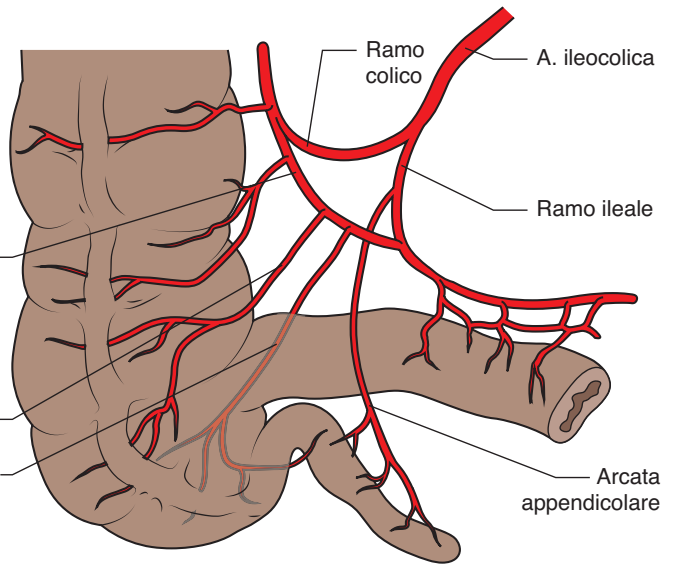
Ramo  
colico

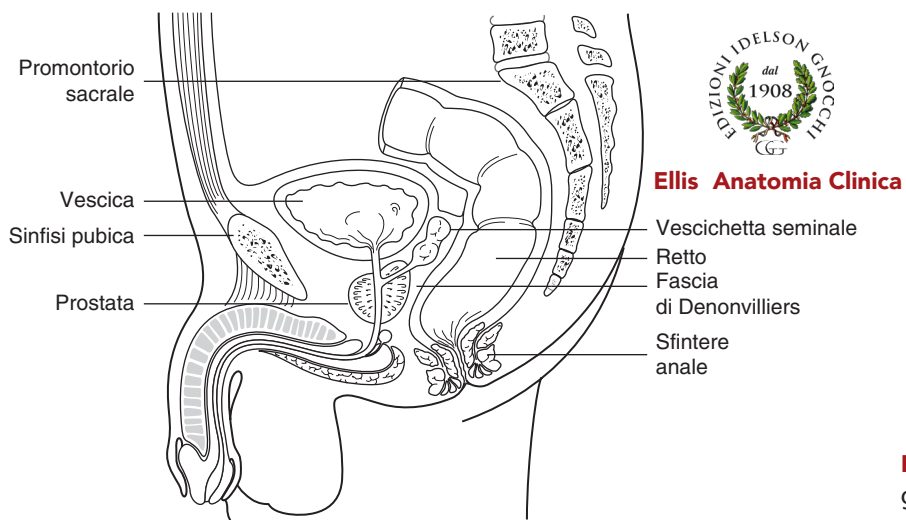
A. ileocolica

Ramo ileale

Arcata  
appendicolare

**Figura 2.21** Rami terminali dell'arteria ileocolica e vascolarizzazione dell'appendice vermiforme.



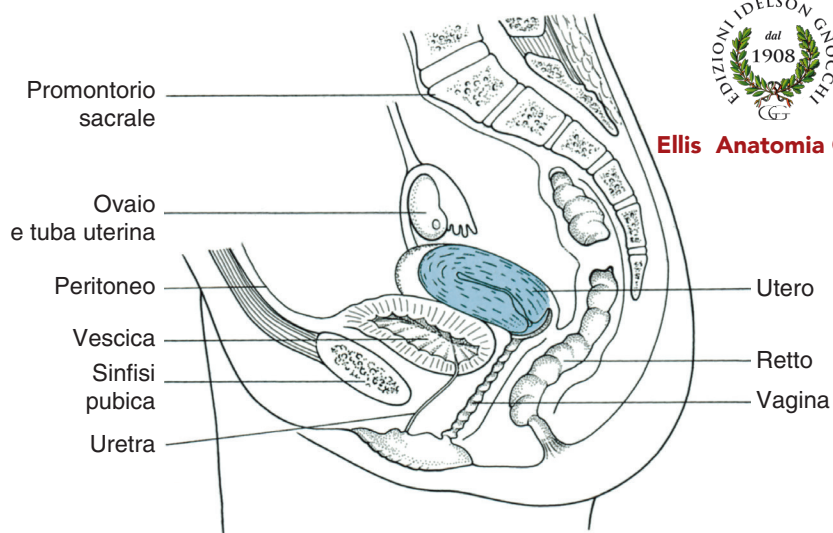


**Ellis Anatomia Clinica**

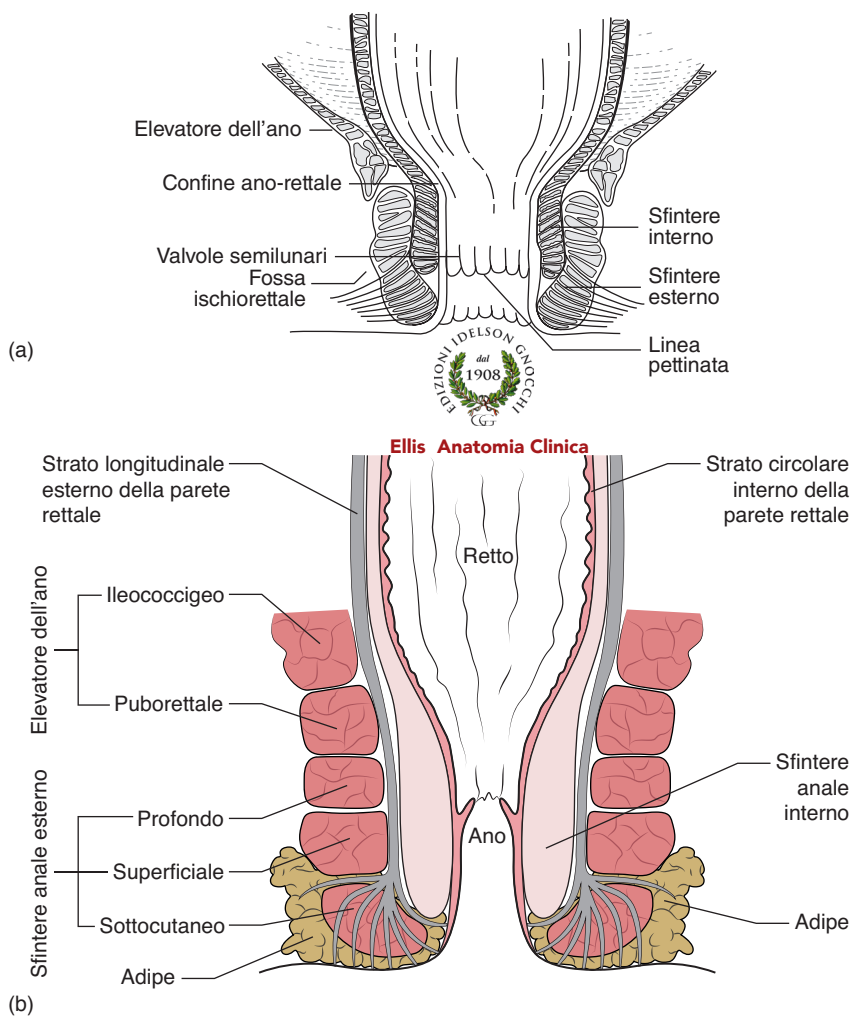
**Figura 2.22** Sezione sagittale del retto e visceri collegati nel maschio.



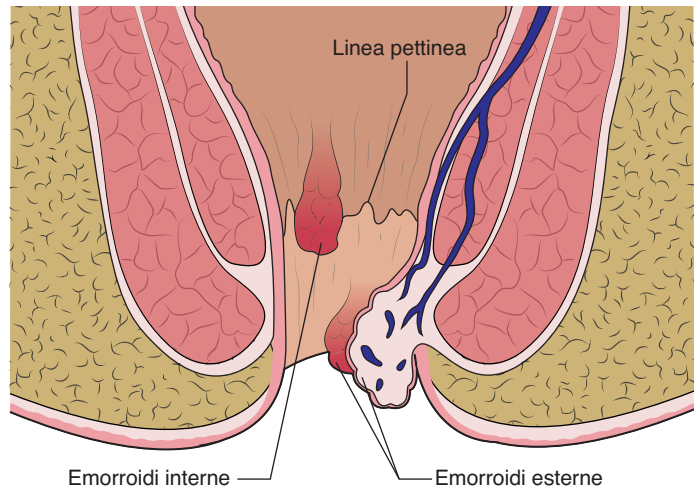
**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.23** Sezione sagittale del retto ed i visceri ad esso collegati nella donna.



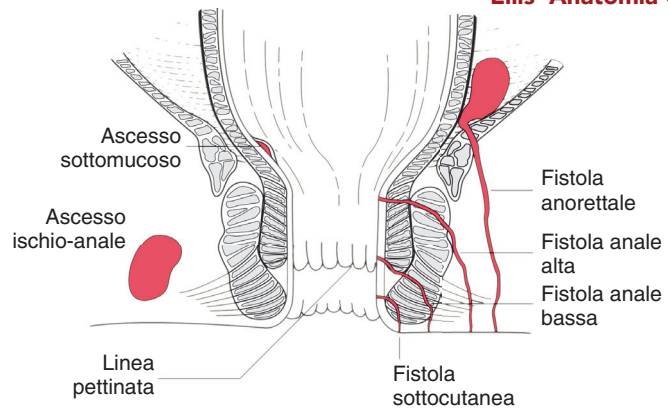
**Figura 2.24** (a) Regione della giunzione retto anale. Si noti che lo sfintere anale interno è in continuità con la muscolatura propria del retto mentre lo sfintere anale esterno è in continuità con l'elevatore dell'ano. (b) Dettaglio degli sfinteri: si noti che lo sfintere anale esterno è suddiviso in tre parti. La parte sottocutanea è attraversata dalle fibre del muscolo corrugatore dell'ano. Questa è una sede frequente di ragadi e ascessi.



(a)

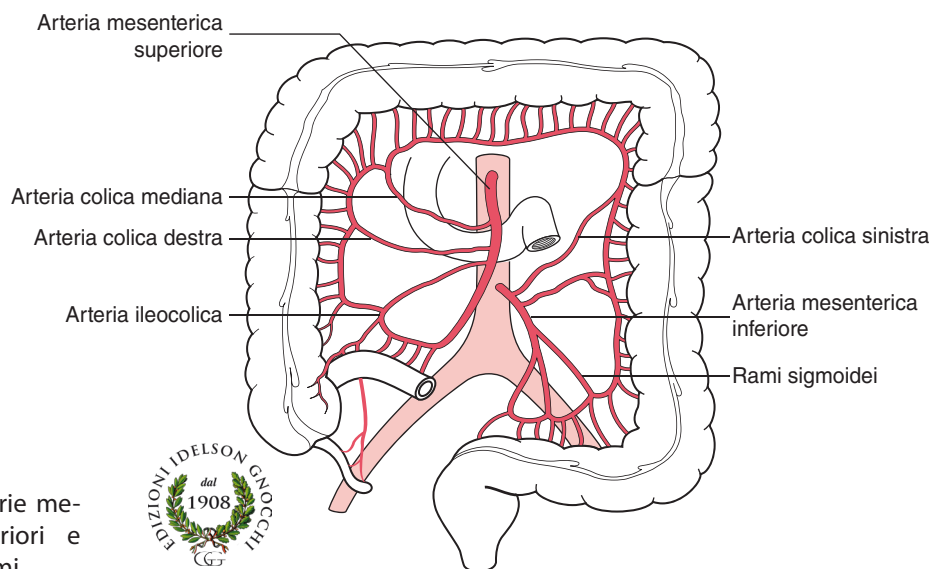


**Ellis Anatomia Clinica**



(b)

**Figura 2.25** (a) Anatomia delle emorroidi. (b) Anatomia delle fistole e degli ascessi perianali.



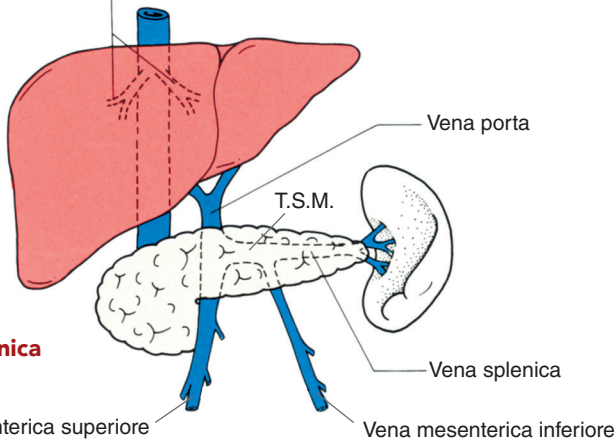
**Figura 2.26** Arterie mesenteriche superiori e inferiori e loro rami.

**Ellis Anatomia Clinica**

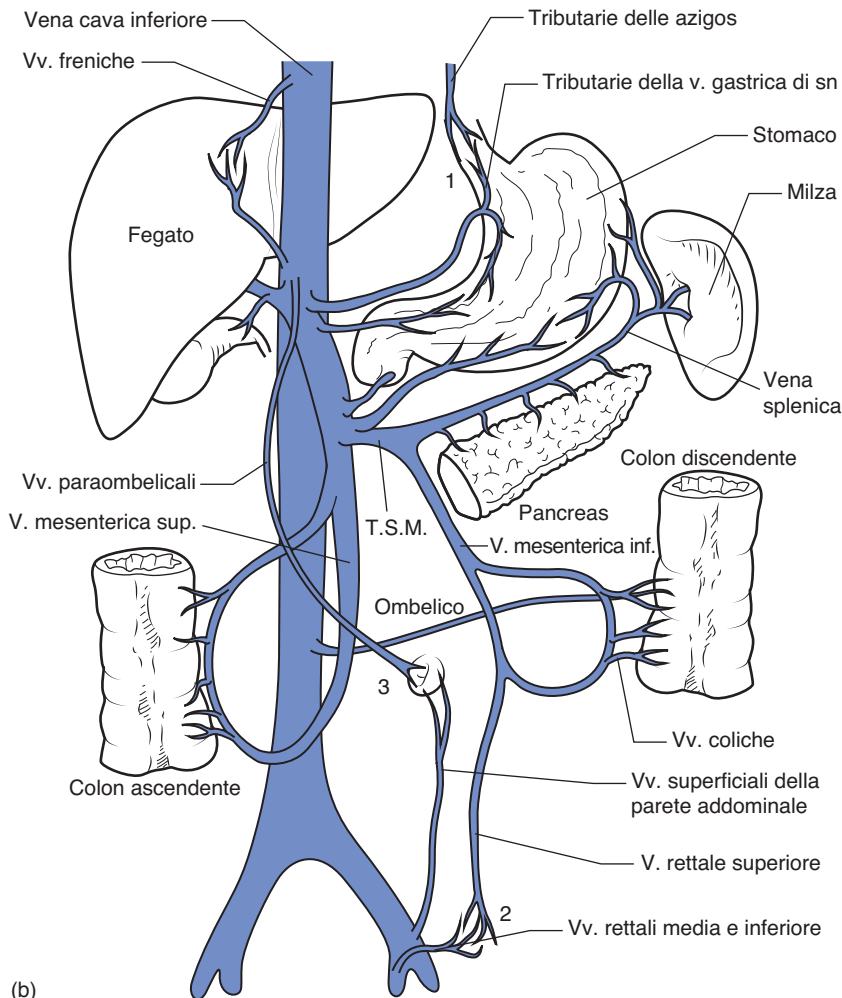
Vene epatiche destra e sinistra  
drenanti nella vena cava inferiore



**Ellis Anatomia Clinica**



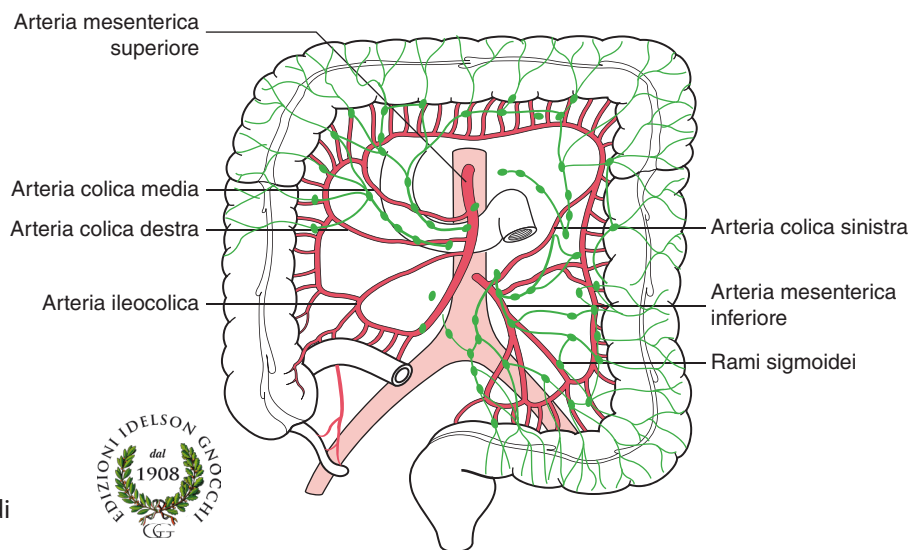
(a)



(b)

**Figura 2.27** (a) Formazione della vena porta: le vene splenica e mesenterica inferiore, unendosi, formano il tronco splenomesenterico (T.S.M.) che si fonde alla mesenterica superiore per formare la vena porta.

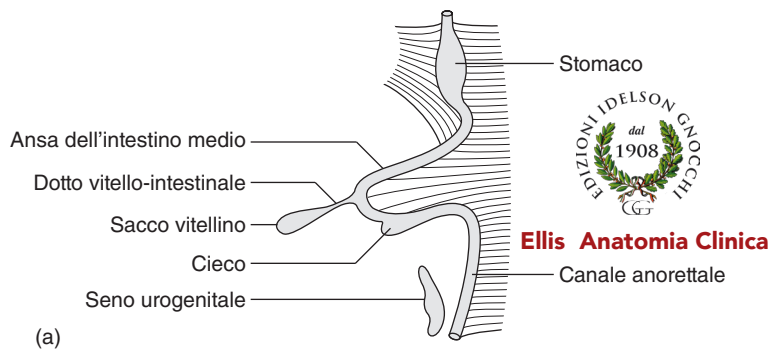
(b) Descrizione delle principali anastomosi porto-cavali. Esse sono presenti: (1) a livello del terzo inferiore dell'esofago, tra le vene esofagee tributarie delle azygos (sistemiche) e quelle tributarie della gastrica di sinistra (portali); (2) a livello rettale, tra la vena rettale superiore (tributaria portale) e le vene rettali media e inferiore (tributarie sistemiche); (3) a livello paraombelicale, tra le vene superficiali della parete addominale anteriore (tributarie sistemiche) e la vena porta.



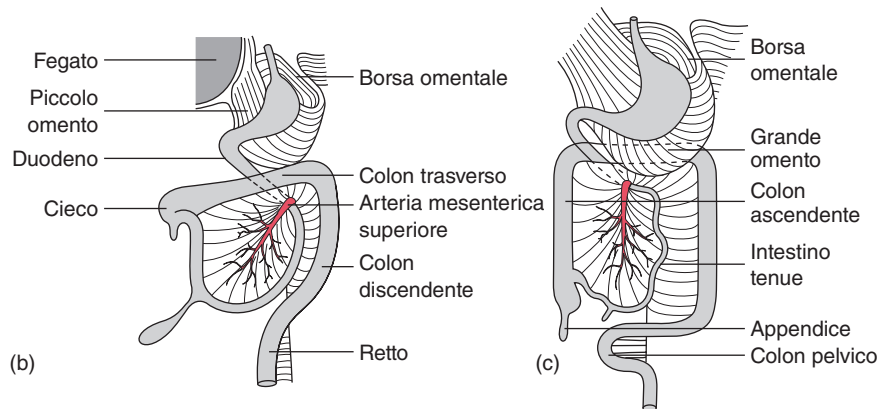
**Figura 2.28** Linfonodi dell'intestino crasso.

**Ellis Anatomia Clinica**

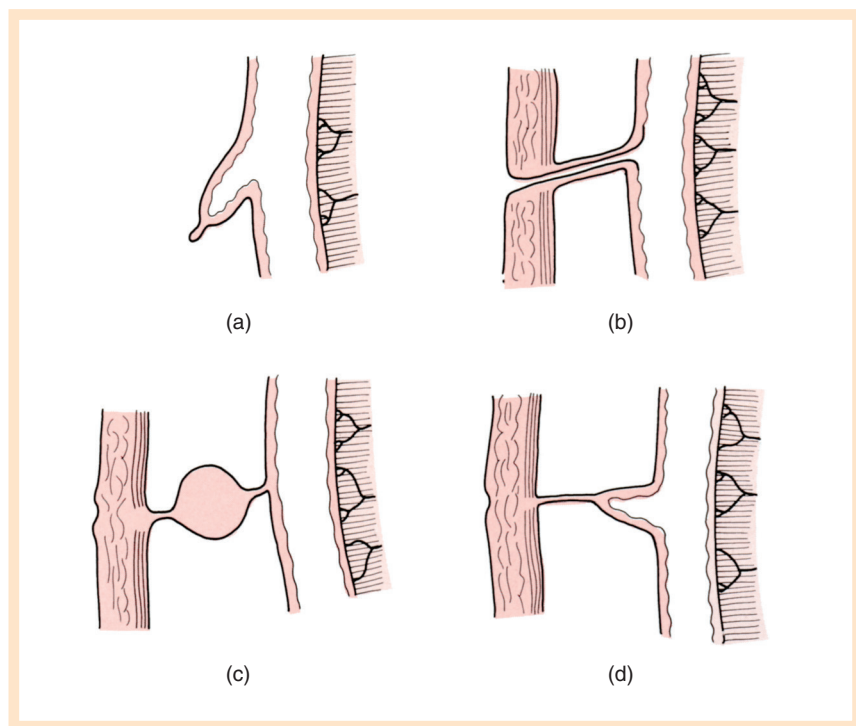


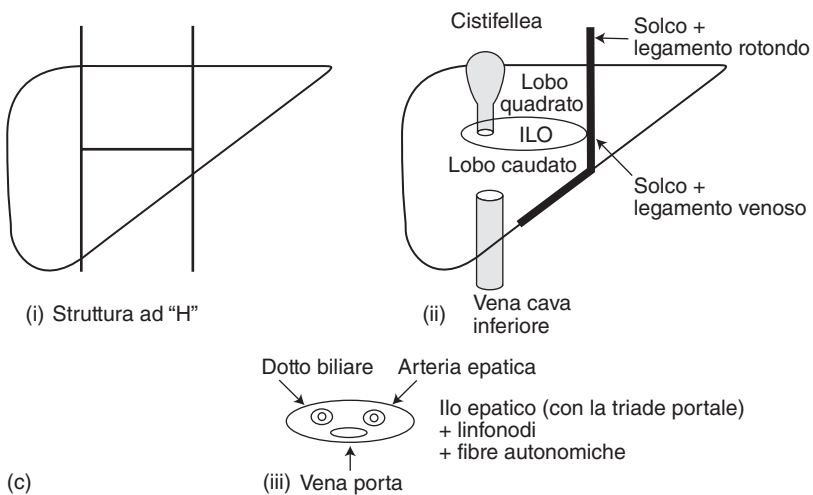
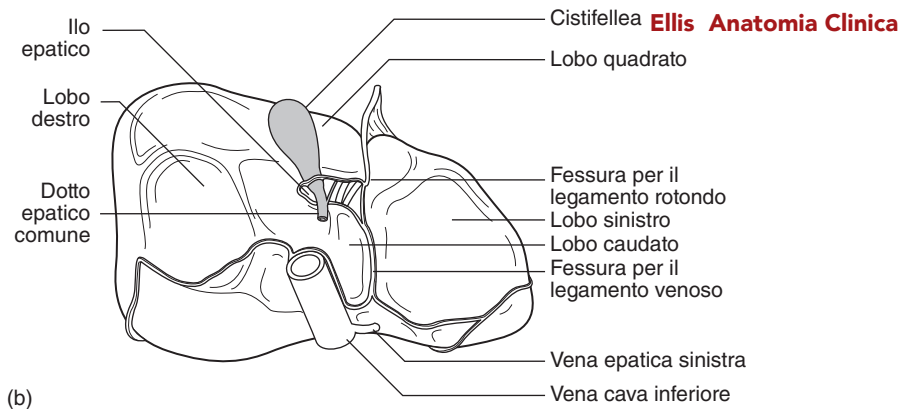
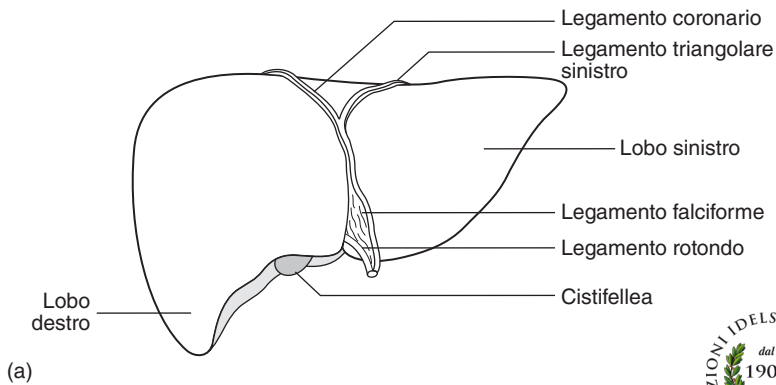


**Figura 2.29** Fasi della rotazione dell'intestino. (a) Ansa intestinale prolassata, vista lateralmente. (b) L'intestino medio ritorna all'addome. (c) Il cieco discende nella sua posizione definitiva. Si noti il completamento della rotazione dello stomaco con la formazione della borsa omentale.

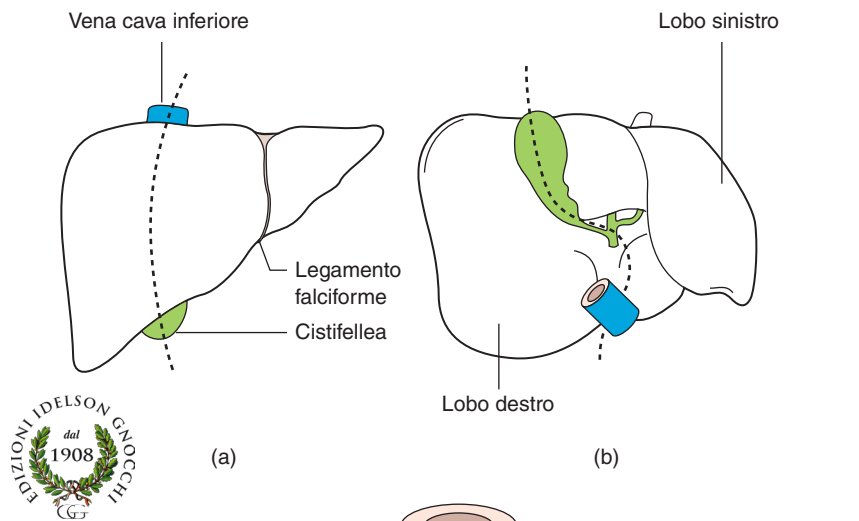


**Figura 2.30** Anomalie associate alla persistenza del dotto vitellino. (a) Diverticolo di Meckel. (b) Dotto vitellino pervio. (c) Cisti all'interno di una corda fibrosa dal margine anti-mesenterico dell'intestino all'ombelico. (d) Diverticolo di Meckel con un filamento terminale all'ombelico.

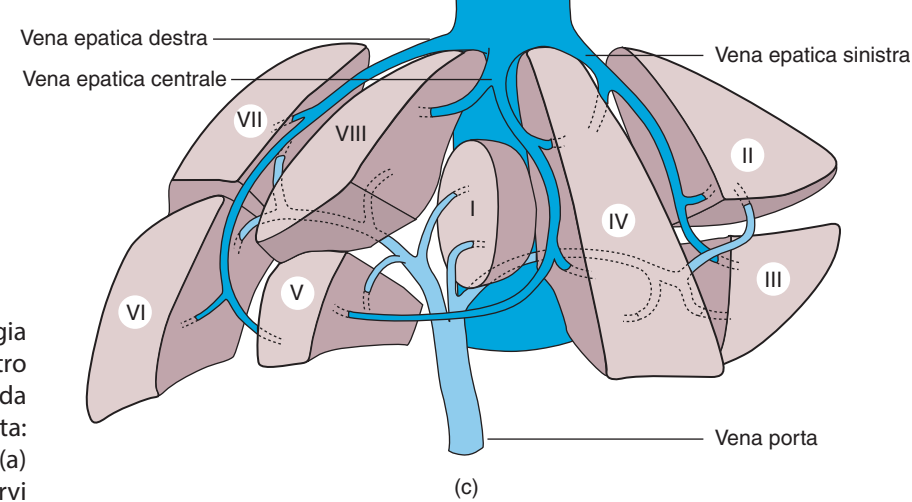




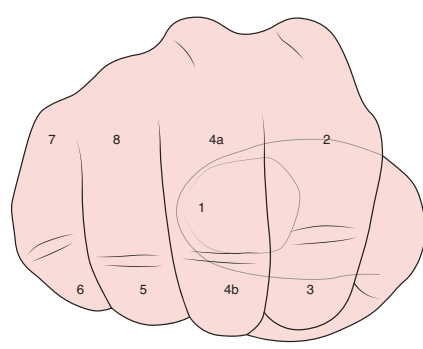
**Figura 2.31** Il fegato e le sue suddivisioni. (a) Faccia diaframmatica. (b) Faccia viscerale. (c) Schema dell'ilo epatico.



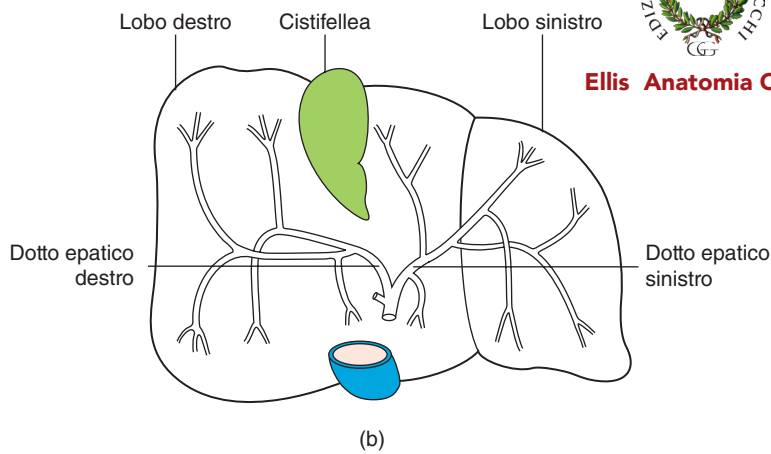
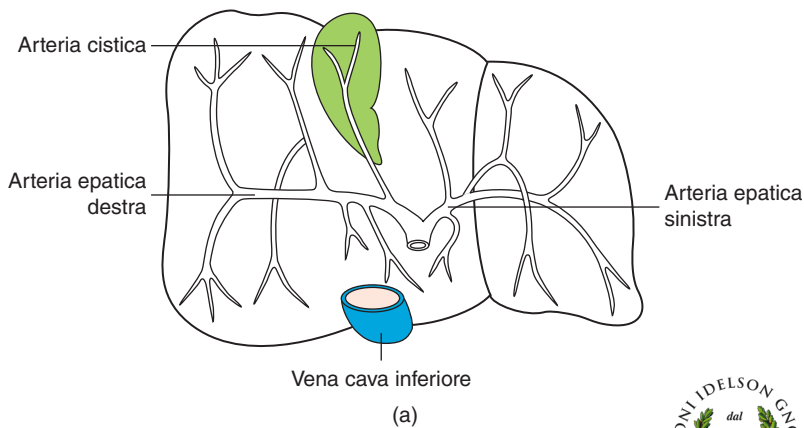
**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.32** Morfologia dei lobi destro e sinistro del fegato separati da una linea punteggiata: faccia diaframmatica (a) e viscerale (b). Si osservi che il lobo quadrato è morfologicamente parte del lobo sinistro mentre il lobo caudato appartiene a entrambi i lobi. (c) Divisione segmentale del fegato. (d) Schema utile per memorizzare la posizione dei segmenti epatici.



d)

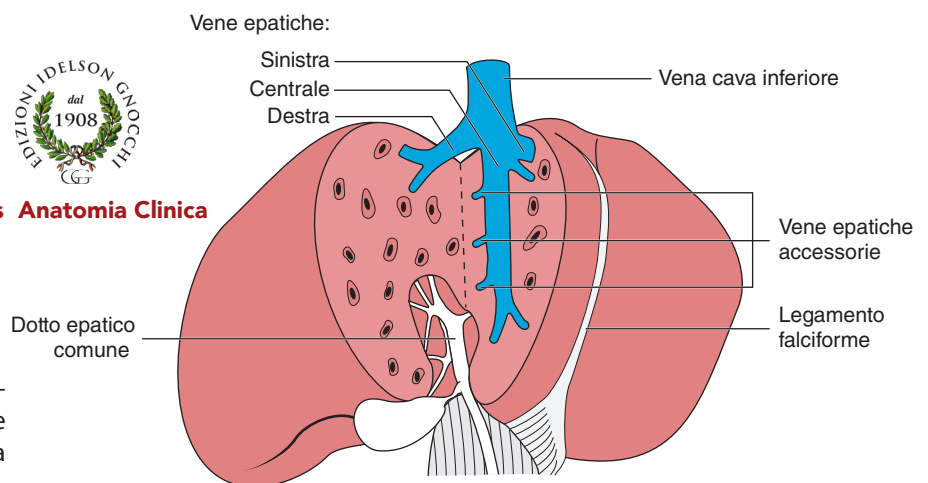


**Ellis Anatomia Clinica**

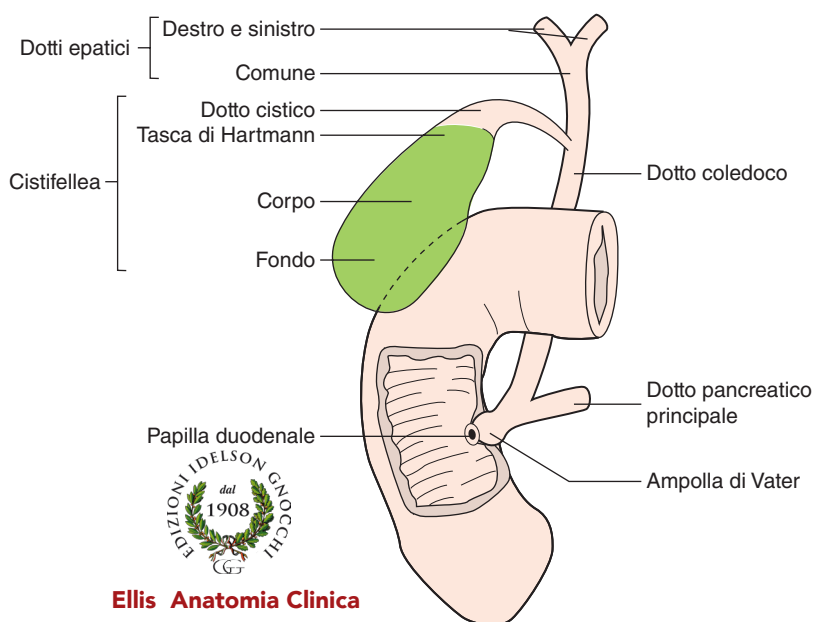
**Figura 2.33** (a) Distribuzione delle arterie epatiche. (b) Distribuzione dei dotti biliari epatici. Si osservi che il lobo quadrato è irrorato esclusivamente dall'arteria epatica sinistra e drenato dal dotto epatico sinistro. Il lobo caudato è irrorato da entrambi.



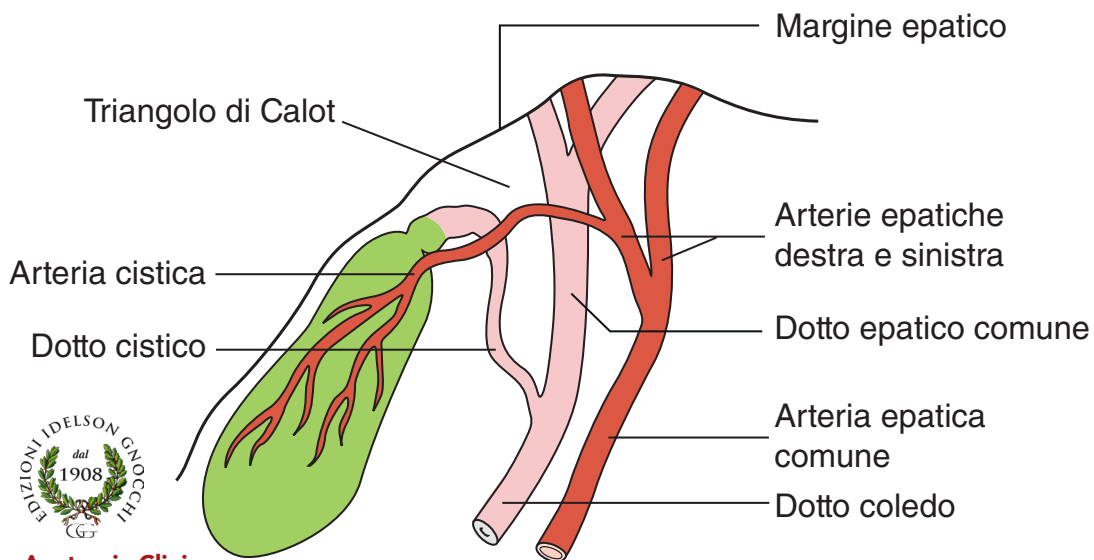
**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.34** Fegato sezionato per evidenziare le tributarie della vena epatica.



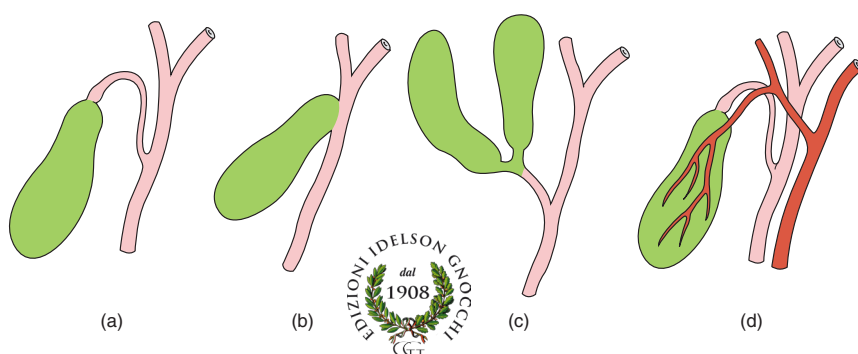
**Figura 2.35** La cistifellea ed il suo sistema duttale (la parete anteriore della seconda parte del duodeno è stata rimossa).



**Ellis Anatomia Clinica**

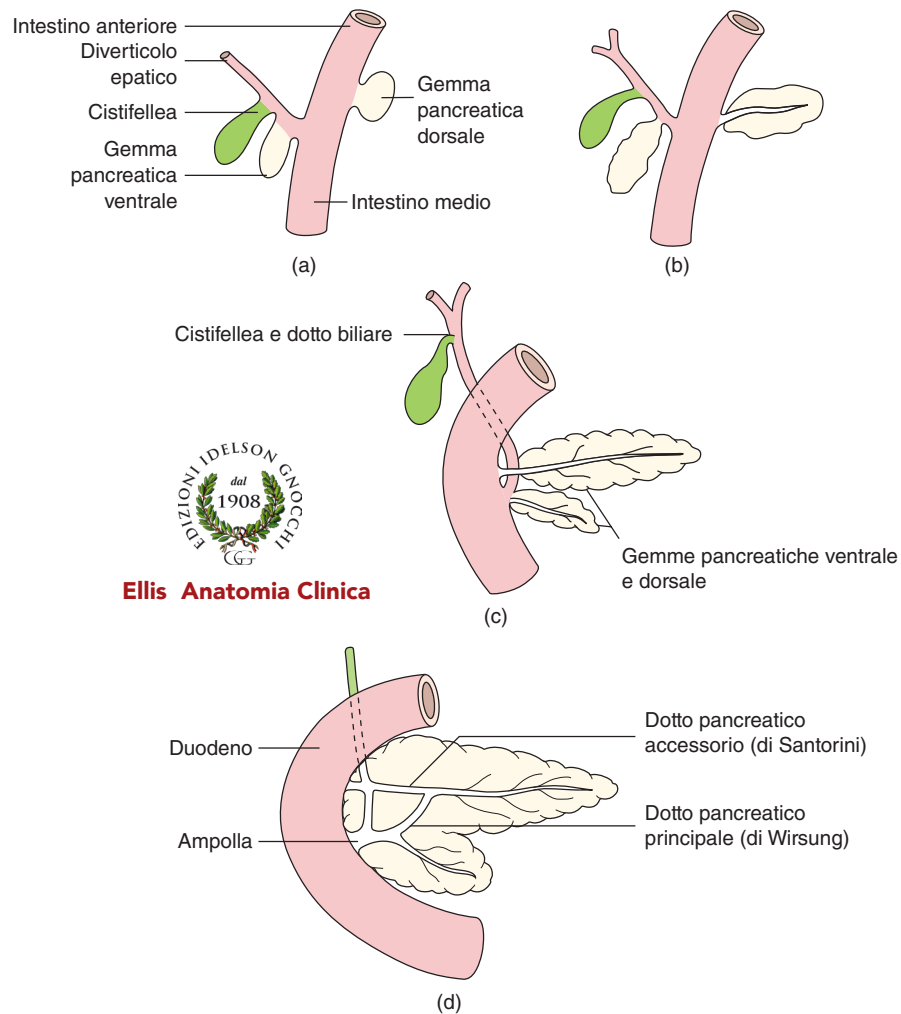
**Figura 2.36** Irrorazione arteriosa della cistifellea e triangolo di Calot.



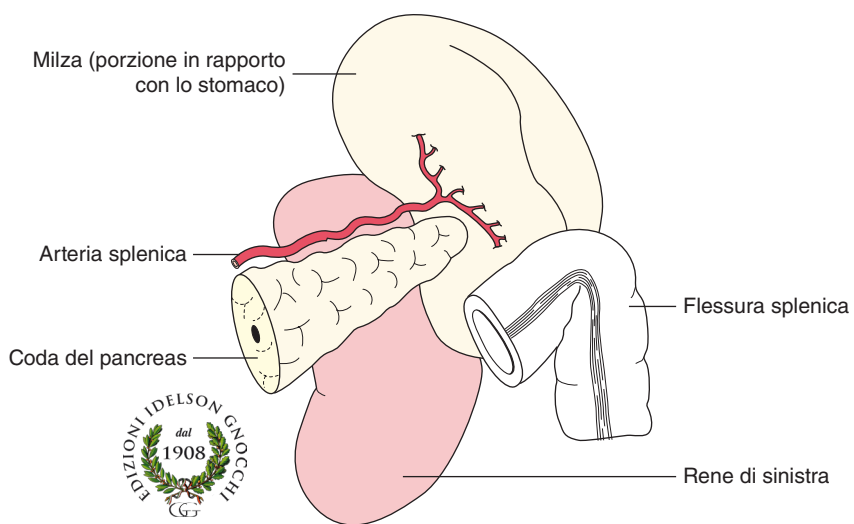


**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.37** Alcune variazioni dell'anatomia delle vie biliari extraepatiche. (a) Un lungo dotto cistico che si collega in basso al dotto coledoco dietro il duodeno. (b) Assenza del dotto cistico - la cistifellea si apre direttamente nel dotto coledoco. (c) Doppia cistifellea, il risultato di un raro diverticolo embrionico bifido del dotto epatico. (d) L'arteria epatica destra decorre davanti al dotto coledoco; ciò si verifica nel 25% dei casi.

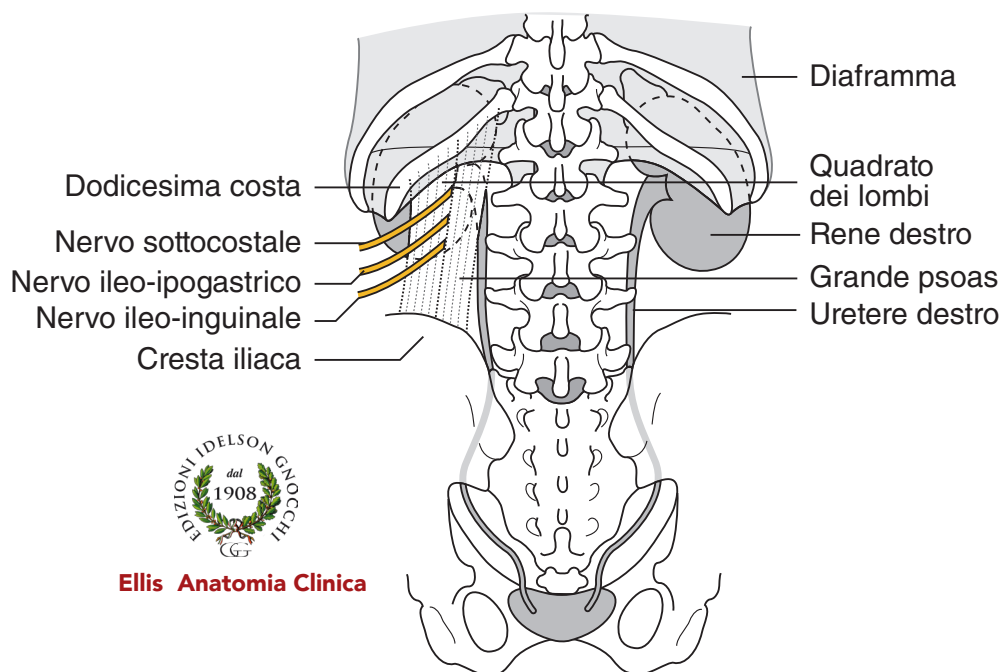


**Figura 2.38** Sviluppo di fegato e pancreas.

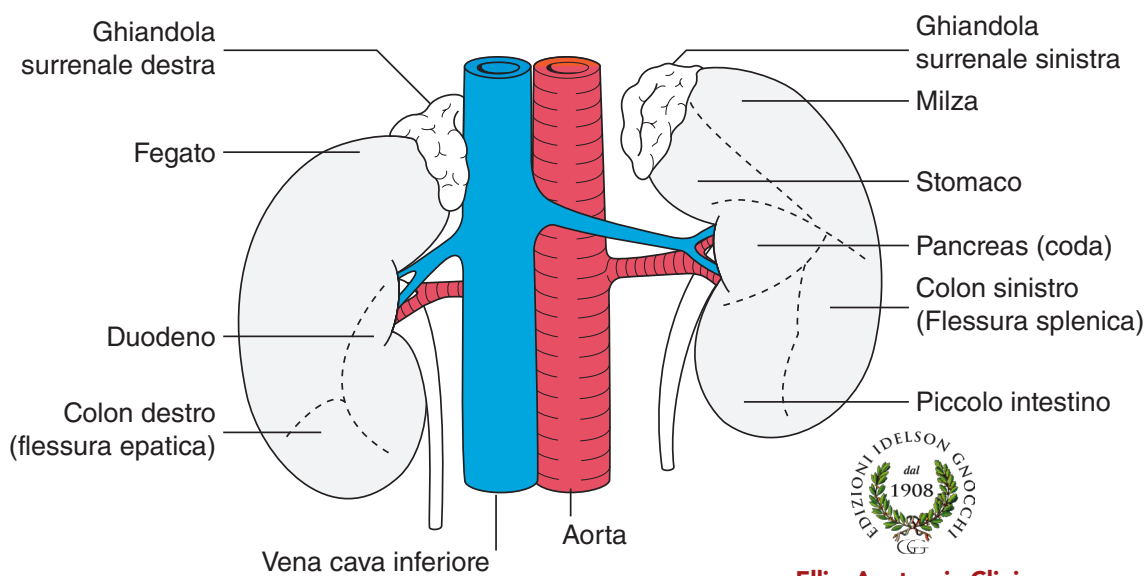


**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.39** La milza ed i suoi rapporti.

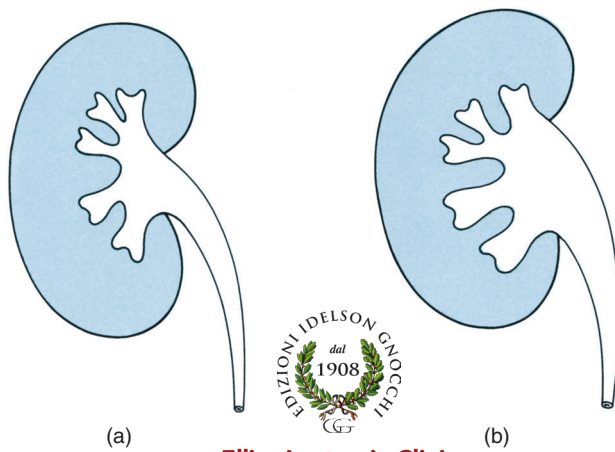


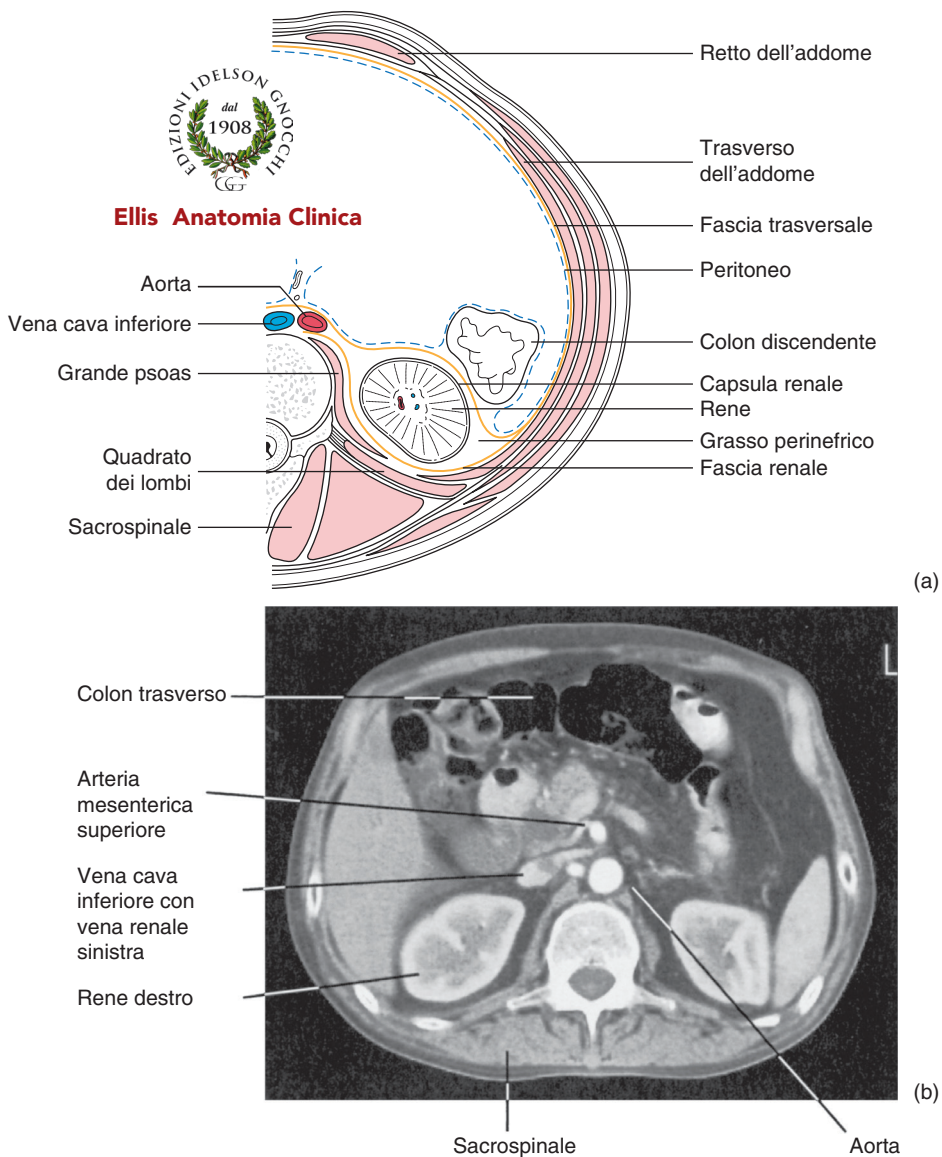
**Figura 2.40** Rapporti posteriori del rene (dal retro).



**Figura 2.41** Rapporti anteriori dei reni.

**Figura 2.42** Variazioni della pelvi renale. (a) La pelvi è circondata dal parenchima renale - pielolitotomia complessa. (b) La pelvi protrude notevolmente - pielolitotomia semplice.

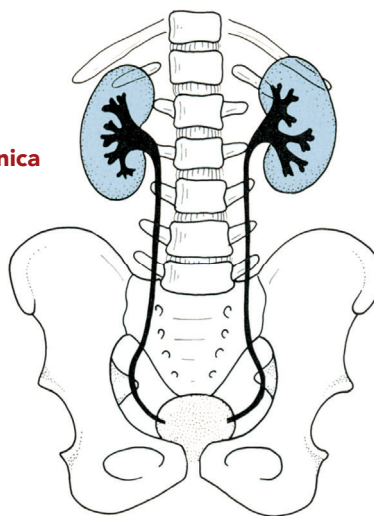




**Figura 2.43** (a) Sezione trasversale (vista dal basso) che dimostra i compartimenti fasciali del rene. (b) Scansione TC della stessa regione. Si noti che le scansioni TC, per convenzione, sono viste dal basso, in modo che l'aorta, ad esempio, è visualizzata a destra. I vasi ematici sono stati evidenziati da un'iniezione intravenosa di mezzo di contrasto.

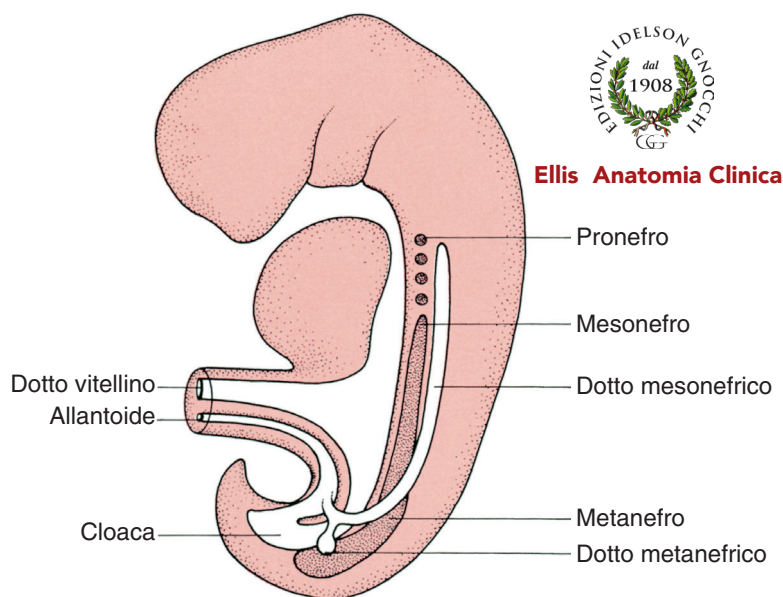


**Ellis Anatomia Clinica**

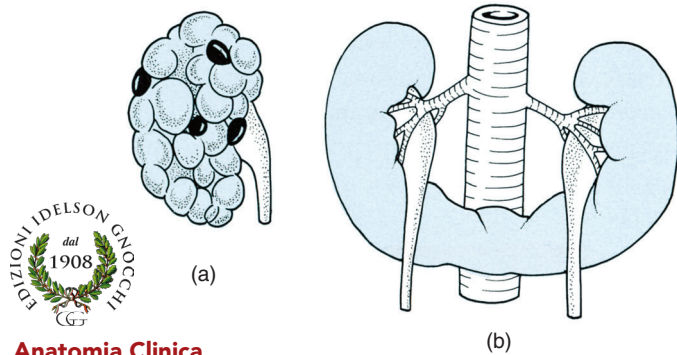


**Figura 2.44** Disegno di un pielogramma intravenoso che illustra la relazione degli ureteri con i punti di repere ossei.

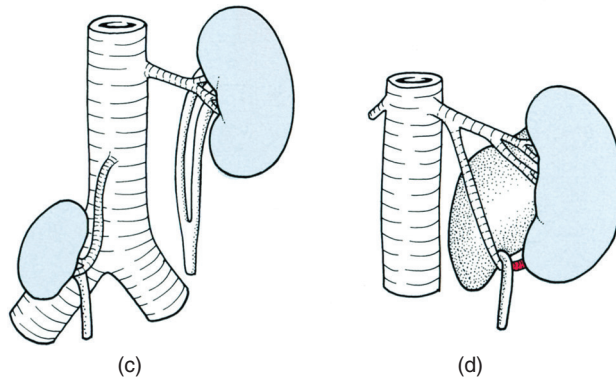




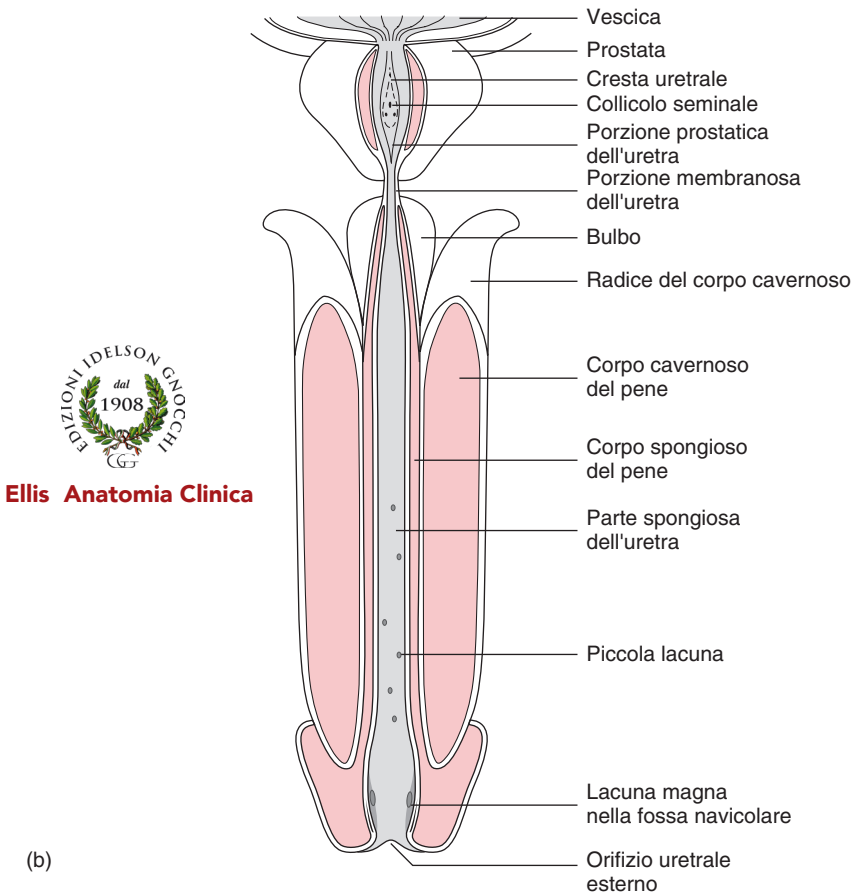
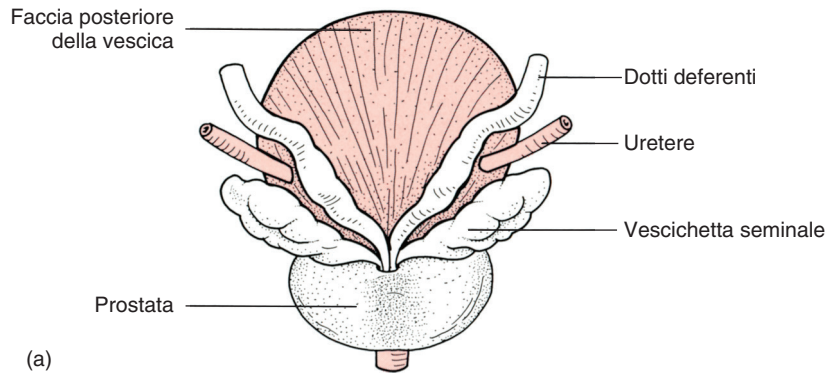
**Figura 2.45** Sviluppo dei sistemi pro-, meso- e metanefrico (da Langman).



**Ellis Anatomia Clinica**

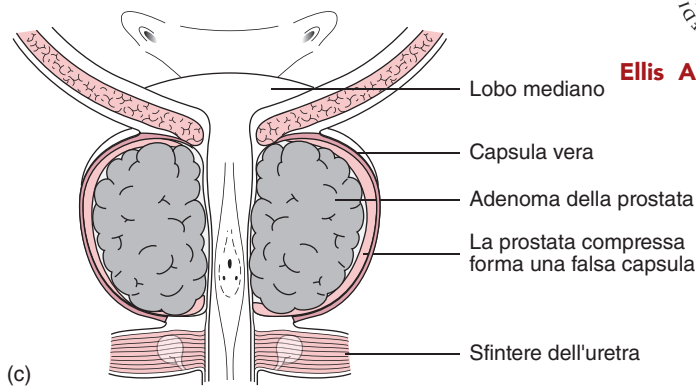
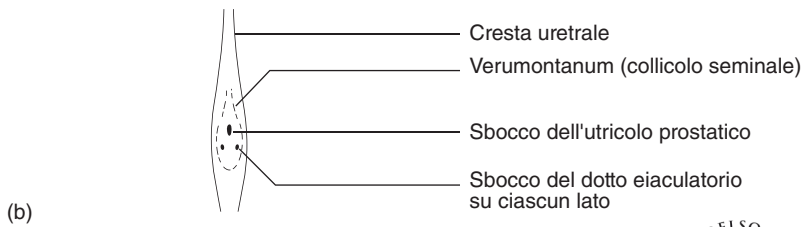
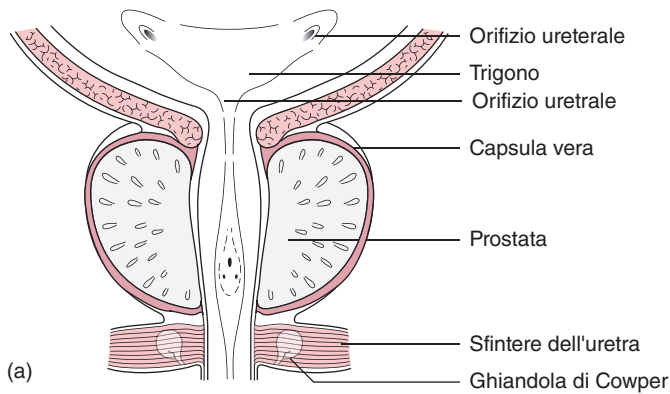


**Figura 2.46** Anomalie renali. (a) Rene policistico. (b) Rene a ferro di cavallo. (c) Rene pelvico (a destra) e doppio uretere (a sinistra). (d) Arteria renale aberrante e idronefrosi associata.

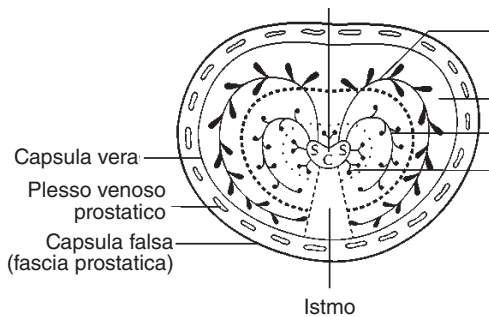


**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.47** (a) Prostata, vescichette seminali e dotti deferenti mostrati in visione posteriore della vescica. (b) Prostata e uretra in sezione verticale.



**Ellis Anatomia Clinica**



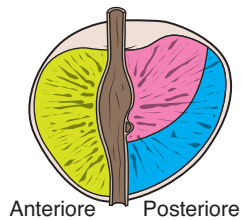
(d)

**Figura 2.48** Anatomia chirurgica della prostatectomia. (a) Prostata normale in sezione verticale. (b) Dettaglio dell'uretra prostatica. (c) Adenoma prostatico (ipertrofia benigna) che comprime il normale tessuto prostatico in una falsa capsula. (d) Il plesso venoso prostatico è presente tra la capsula vera e la capsula falsa. (e) Zonazione della prostata e sue implicazioni anatomiche.

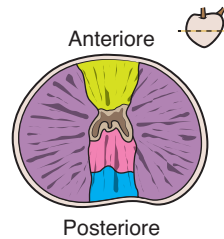
### Lobi

- Laterale
- Mediale (mediano)
- Anteriore (istmo)
- Posteriore

### Sezione sagittale

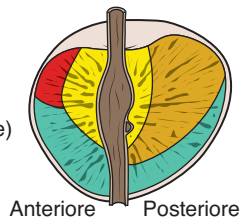


### Sezione trasversale



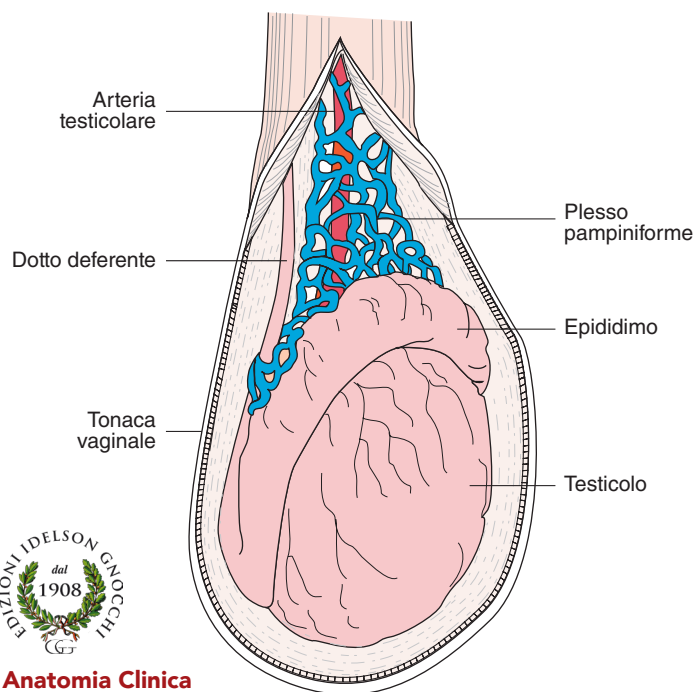
### Zone

- Periferica
- Centrale
- Transizionale (periuretrale)
- Fibromuscolare



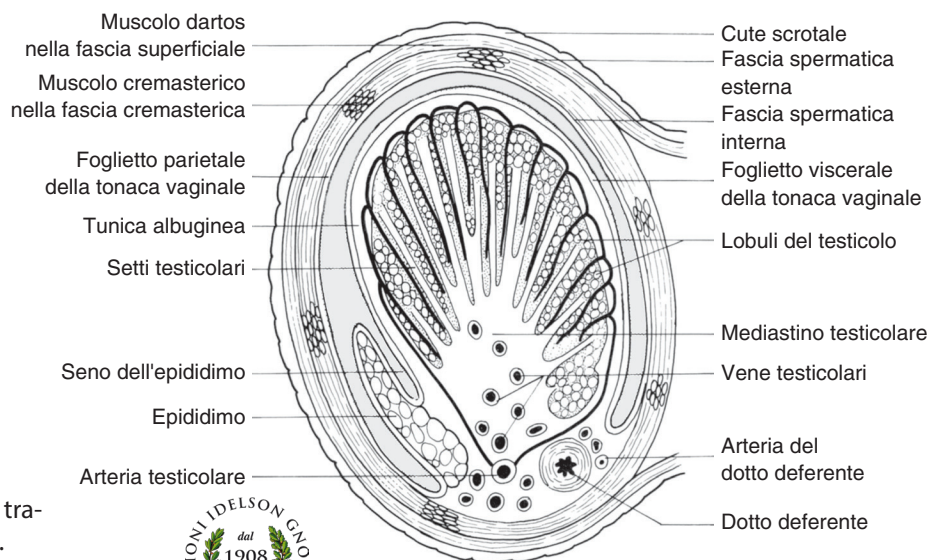
(e)

Zona	Descrizione	Struttura	Compromissione
Transizionale	Circonda l'uretra prostatica	5% del tessuto ghiandolare	Sede frequente di iperplasia prostatica benigna Sede del 20% dei tumori
Centrale	Circonda i dotti eiaculatori	25% del tessuto ghiandolare	Sede del 5% dei tumori – Queste neoplasie invadono le vescichette seminali
Periferica	Circonda la zona centrale Palpabile all'esame digito-anrettale	70% del tessuto ghiandolare	Sede del 75% dei tumori
Anteriore	Costituita da stroma fibromuscolare	Assenza di tessuto ghiandolare	Raramente sede di tumore



**Figura 2.49** Testicolo ed epididimo.

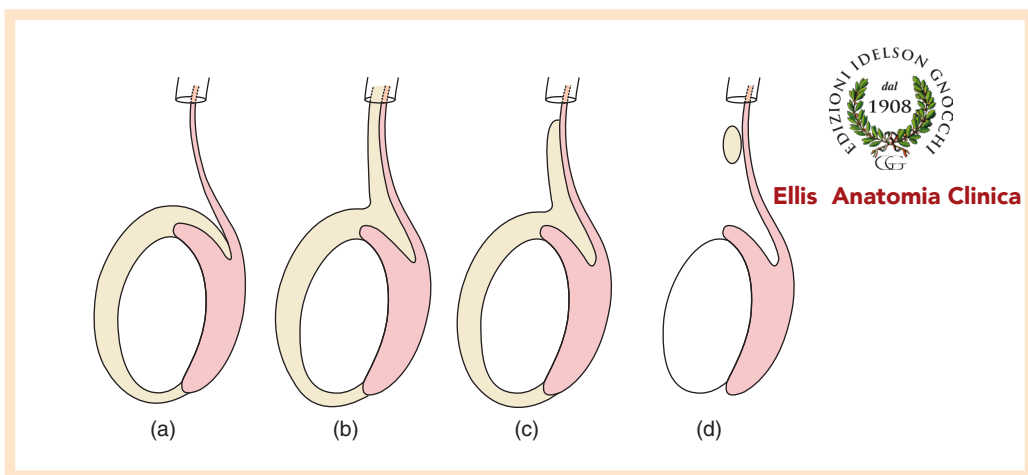
**Ellis Anatomia Clinica**



**Figura 2.50** Sezione trasversale del testicolo.

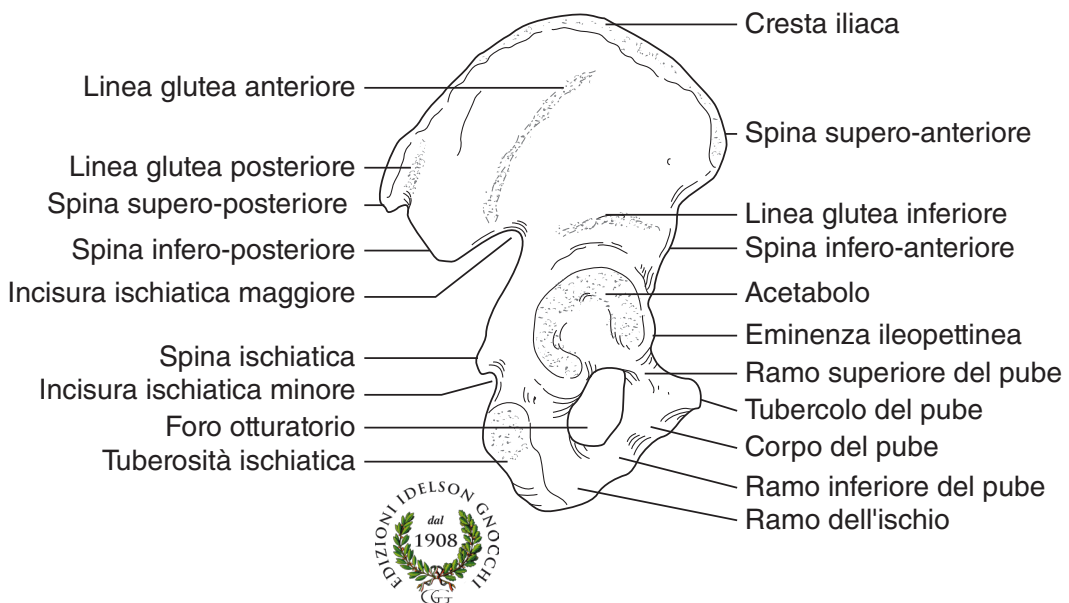


**Ellis Anatomia Clinica**



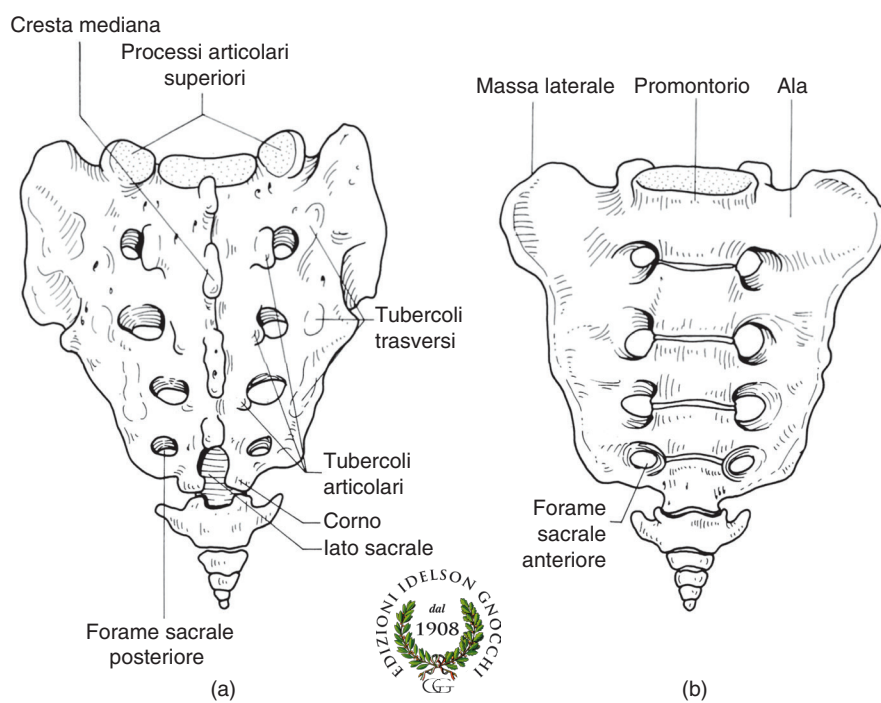
**Figura 2.51** Tipi di idrocele. (a) Idrocele vaginale, (b) Idrocele congenito, (c) Idrocele infantile, (d) Idrocele del funicolo (il canale all'estremità superiore di ciascun diagramma rappresenta l'anello inguinale interno. Giallo, idrocele; rosa, dotto ed epididimo).



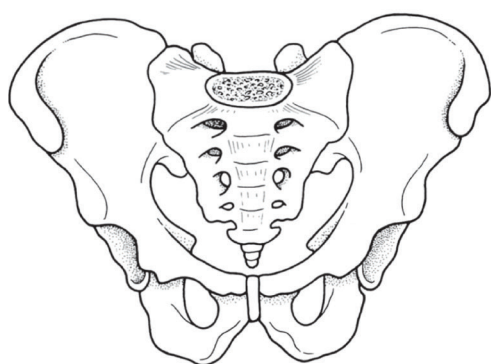


**Ellis Anatomia Clinica**

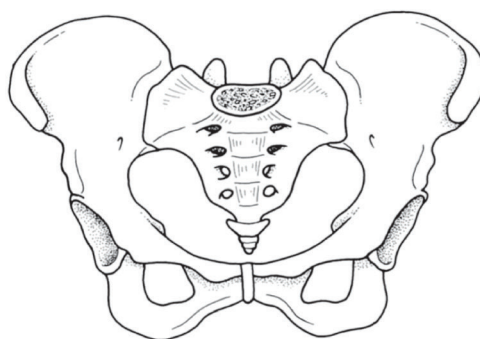
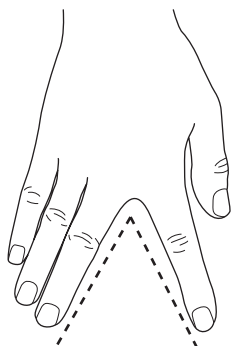
**Figura 2.52** Visione laterale dell'anca.



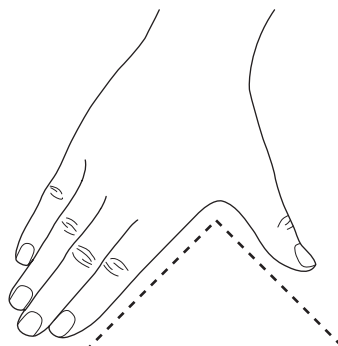
**Figura 2.53** Il sacro in: (a) visione anteriore e (b) posteriore.



(a)



(b)



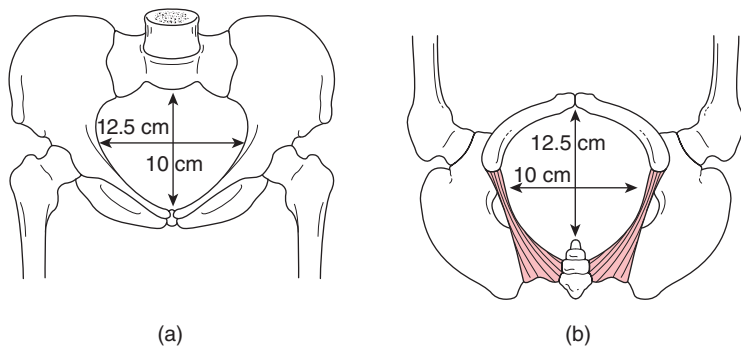
**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.54** Pelvi maschile (a) e femminile (b) a confronto.

**Tabella 2.1** Confronto tra la pelvi maschile e quella femminile.

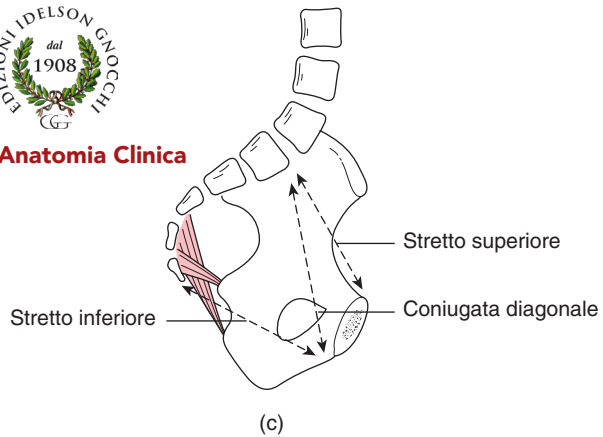
	Maschio	Femmina
Struttura generale	Pesante e spessa	Sottile e leggera
Superficie dell’articolazione	Grande	Piccola
Connessioni muscolari	Ben marcate	Abbastanza indistinte
Pelvi	Profonda	Superficiale
Stretto superiore della pelvi	A forma di cuore	Ovale
Canale pelvico	Lungo e affusolato	Stretto
Stretto inferiore della pelvi	Relativamente piccolo	Relativamente grande
Primo tratto dell’osso sacro	La superficie superiore del corpo occupa quasi la metà dell’ampiezza dell’osso sacro	La superficie superiore ovale del corpo occupa quasi un terzo dell’ampiezza dell’osso sacro
Osso sacro	Lungo, stretto e dotato di cavità regolari	Piccolo, ampio e basso, dotato di curve nella parte finale
Faccetta articolare sacro-iliaca (superficie auricolare)	Si estende molto in basso nel terzo tratto del sacro	Si estende al di sotto il limite superiore del terzo tratto
Angolo sottopubico (tra il ramo inferiore e quello pubico)	“L’angolo tra dito medio ed indice”	“L’angolo tra il pollice e l’indice”
Ramo pubico inferiore	Presenta una superficie particolarmente ripiegata per la presenza del crus penis	Nulla di significativo
Acetabolo	Grande	Piccolo
Tuberosità ischiatiche	Rivolte verso l’interno	Rivolte verso l’esterno
Foro otturatorio	Rotondo	Ovale





**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.55** Misurazioni della pelvi femminile. (a) Stretto superiore. (b) Stretto inferiore. (c) Visione laterale che mostra la coniugata diagonale.



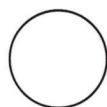


**Tabella 2.2** Misure pelviche ostetriche.

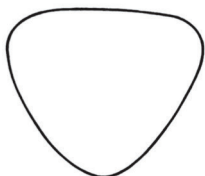
	Trasversale	Obliqua	Anteroposteriore
Stretto superiore della pelvi	12.5 cm	11.5 cm	10 cm
Stretto intermedio della pelvi	11.5 cm	11.5 cm	11.5 cm
Stretto inferiore della pelvi	10 cm	11.5 cm	12.5 cm



(a) Ginecoide



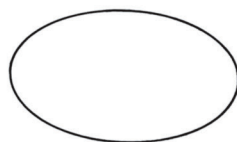
(b) Generalmente contratto



(c) Androide



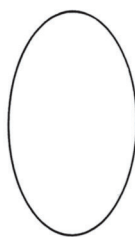
**Ellis Anatomia Clinica**



(d) Platielloide



(e) Rachitico



(f) Antropoide

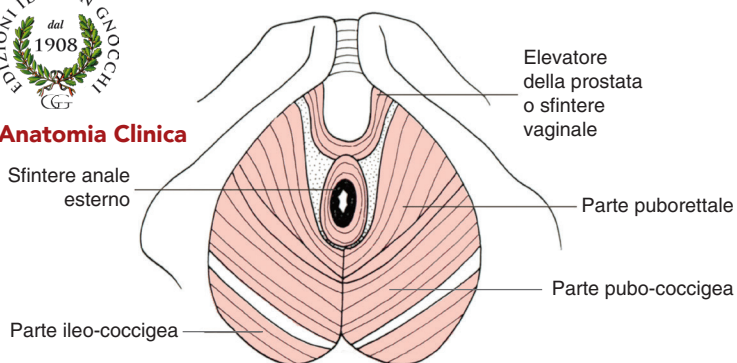


(g) Asimmetrico

**Figura 2.56** Variazioni pelviche e anomalie - illustrate come profili diagrammatici dello stretto superiore.

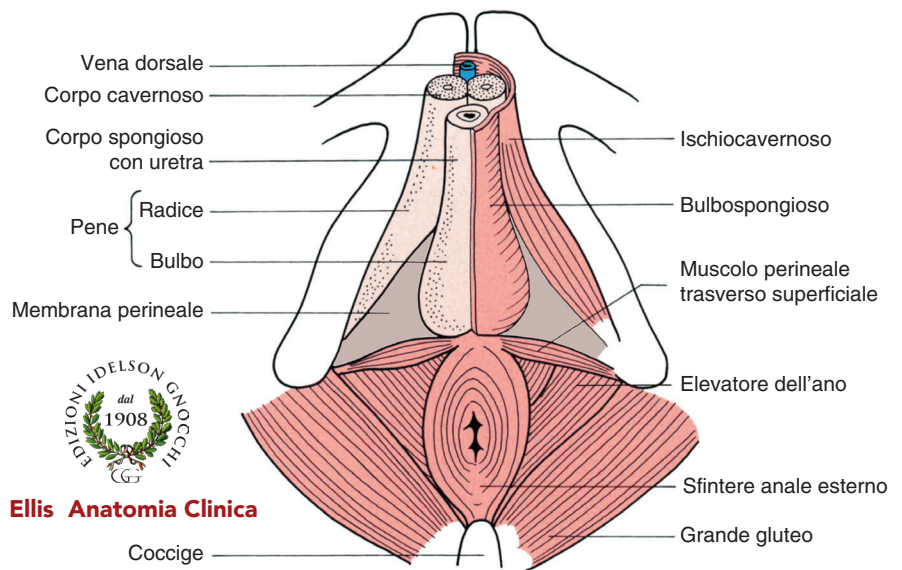


**Ellis Anatomia Clinica**

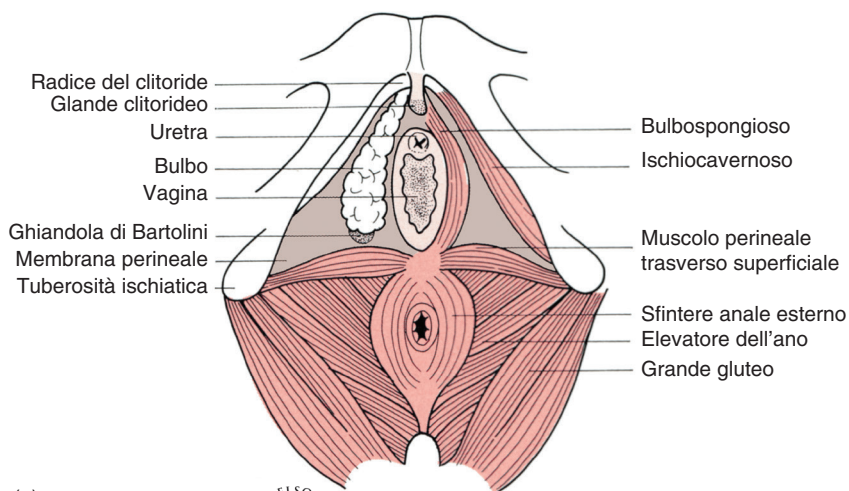


**Figura 2.57** Elevatore dell'ano - faccia inferiore. Si compone di tre parti: pubo-rettale, pubo-coccigea e ileo-coccigea. Esso forma la porzione principale del "diaframma della pelvi".

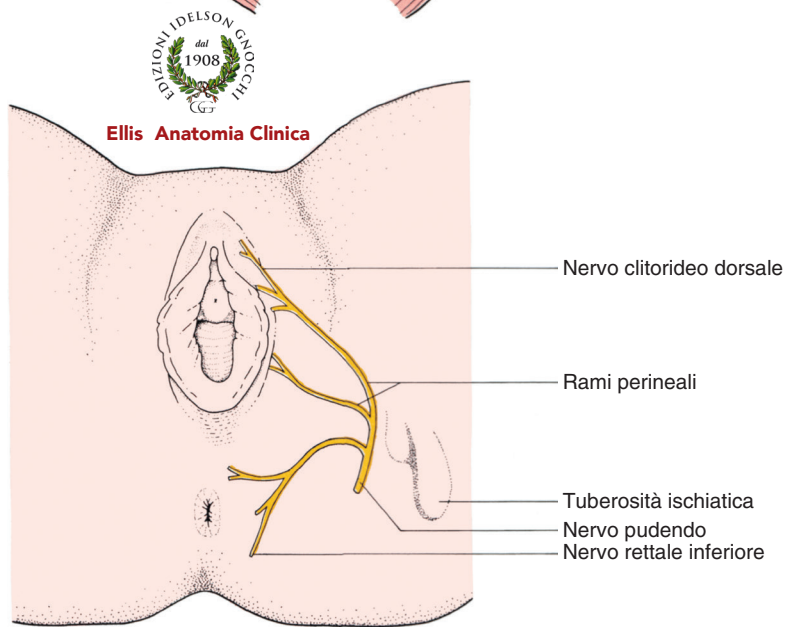




**Figura 2.58** Il perineo maschile - a destra i muscoli del perineo anteriore sono stati sezionati.



(a)



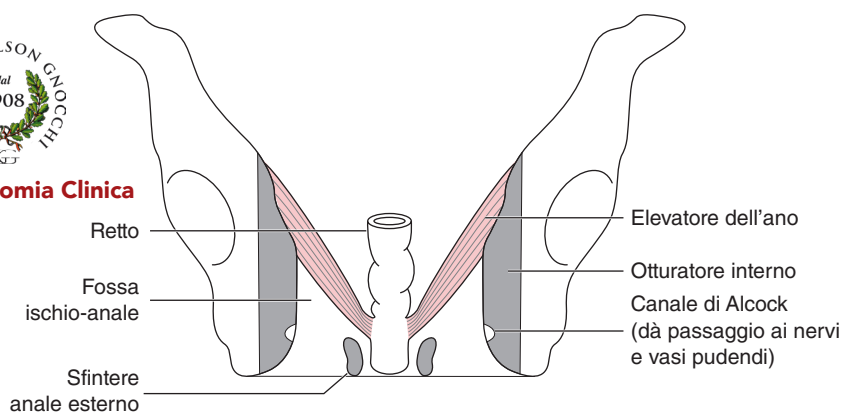
(b)

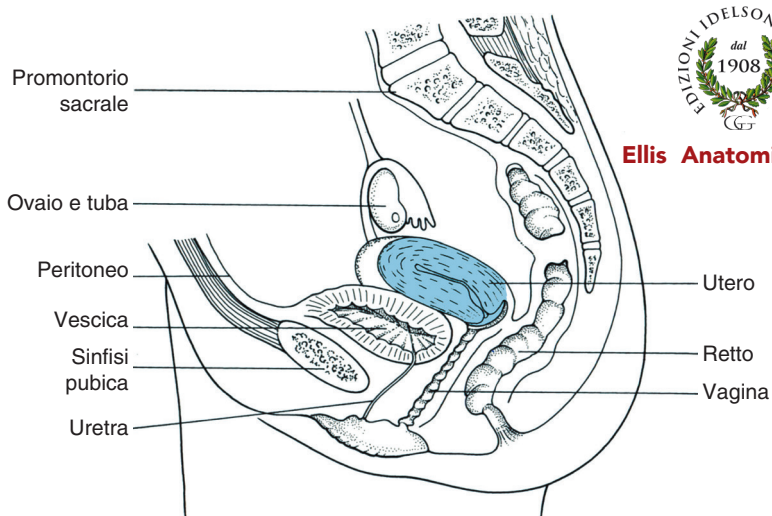
**Figura 2.59** (a) Perineo femminile - a destra i muscoli del perineo anteriore sono stati sezionati. (b) Distribuzione dei rami del nervo pudendo nel perineo femminile. Confronta con Figura 4.41.



**Ellis Anatomia Clinica**

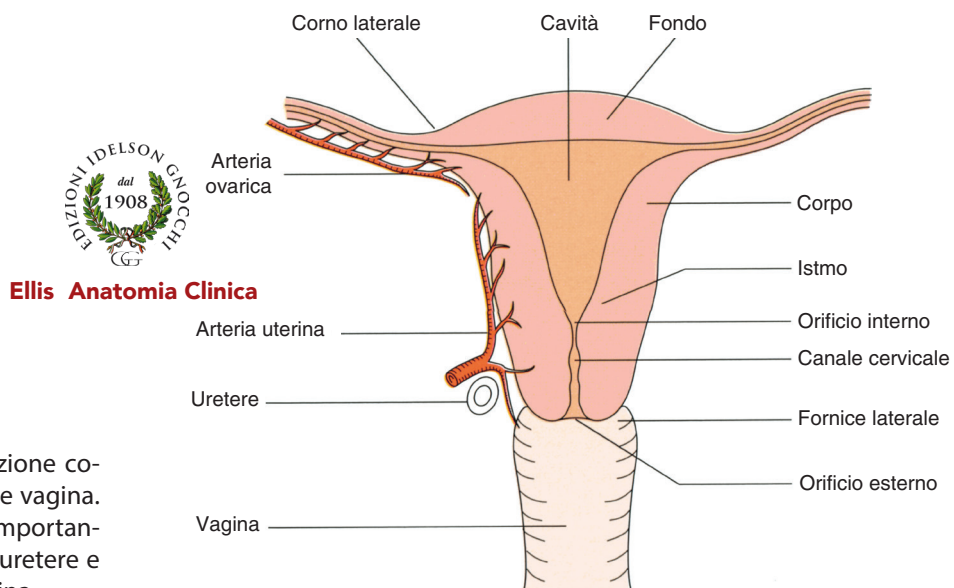
**Figura 2.60** Fossa ischio-rettale (definita più precisamente fossa ischio-anale).





**Ellis Anatomia Clinica**

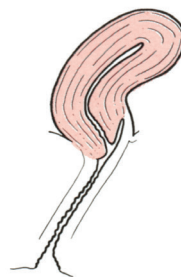
**Figura 2.61** Sezione sagittale dell'utero e suoi rapporti.



**Figura 2.62** Sezione coronale di utero e vagina. Si osservino le importanti relazioni dell'uretere e dell'arteria uterina.



(a) Normale (antiflesso, antiverso)



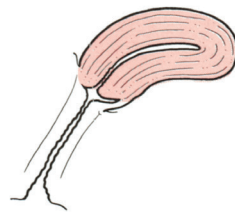
(b) Retroflessione (utero ancora antiverso)



(c) Retroversione (utero ancora antiflesso)

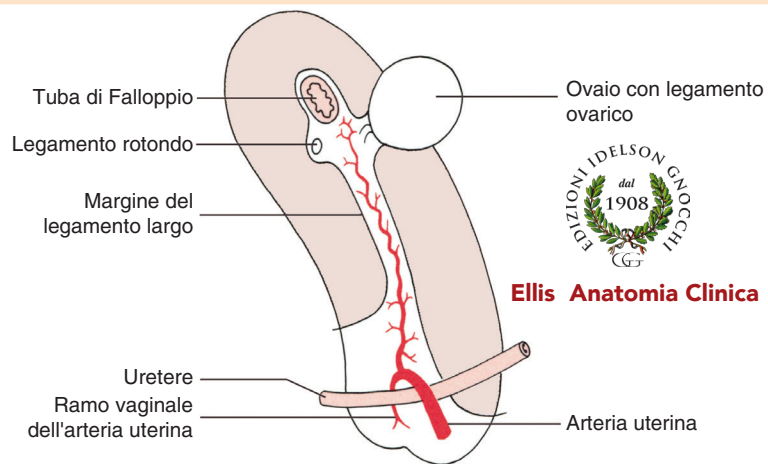


**Ellis Anatomia Clinica**

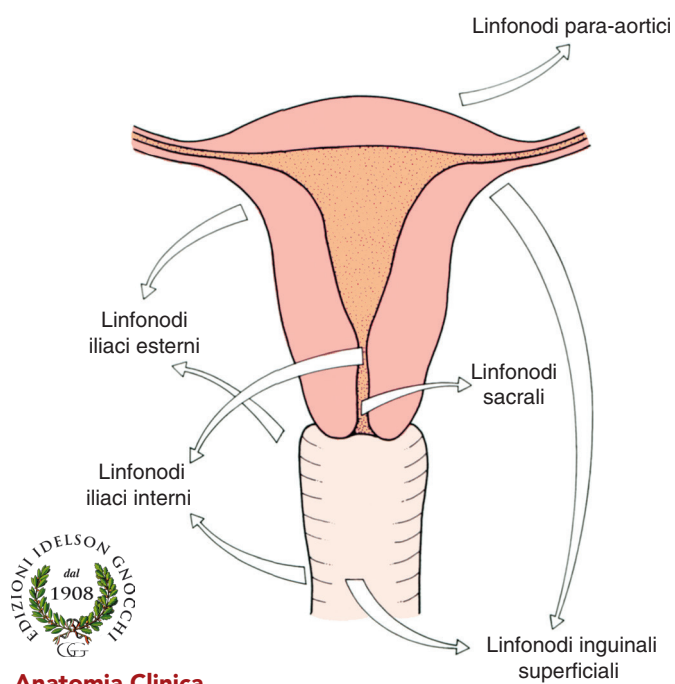


(d) Retroversione e retroflessione

**Figura 2.63** Variazioni delle posizioni uterine e loro nomenclatura.



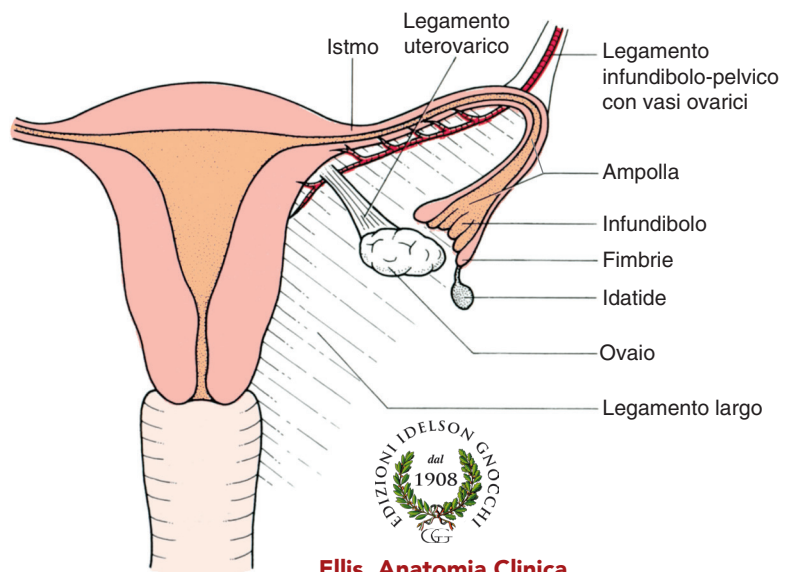
**Figura 2.64** Vista laterale dell'utero (schematica) che mostra il legamento largo, i rapporti dell'uretere e dell'arteria uterina e il rivestimento peritoneale dell'utero (rosa).



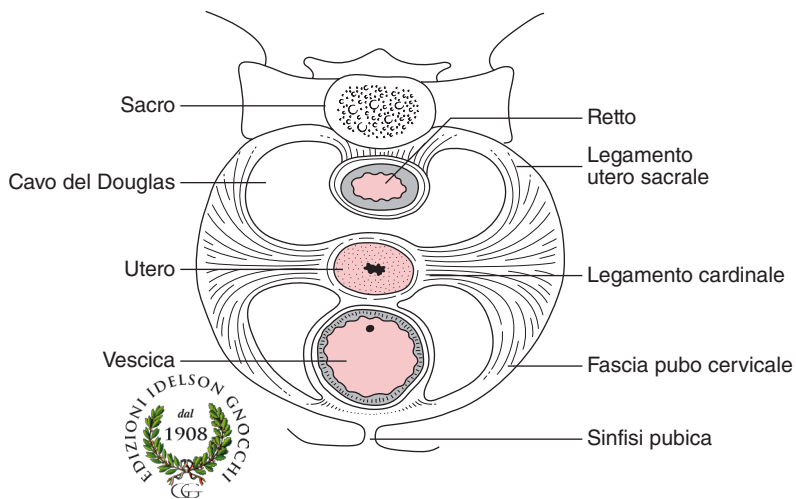
**Figura 2.65** Drenaggio linfatico dell'utero e della vagina.

**Ellis Anatomia Clinica**



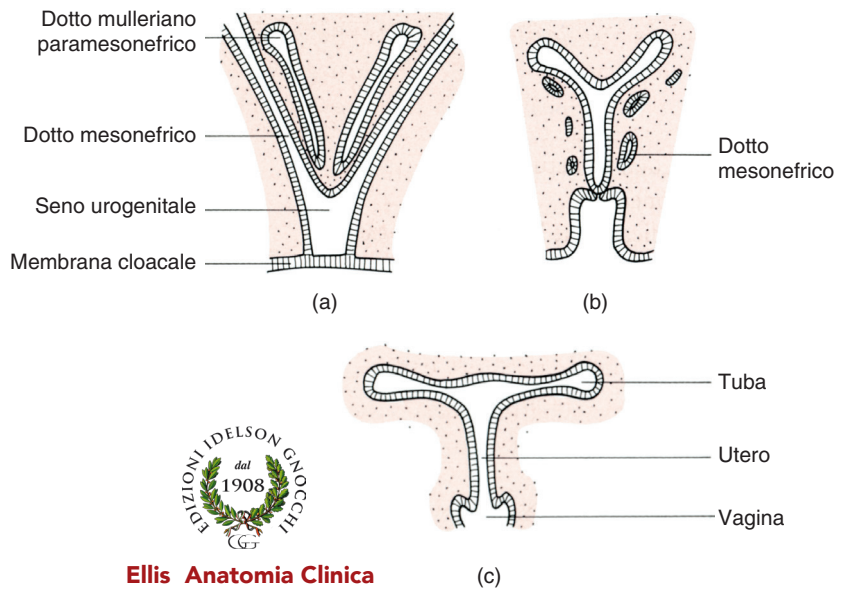


**Figura 2.66** Tuba di Falloppio, ovaio e legamento largo (visti dal retro).

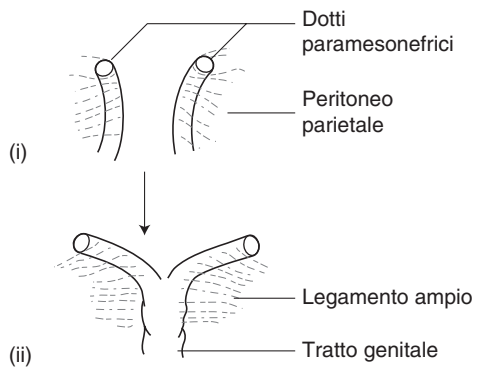


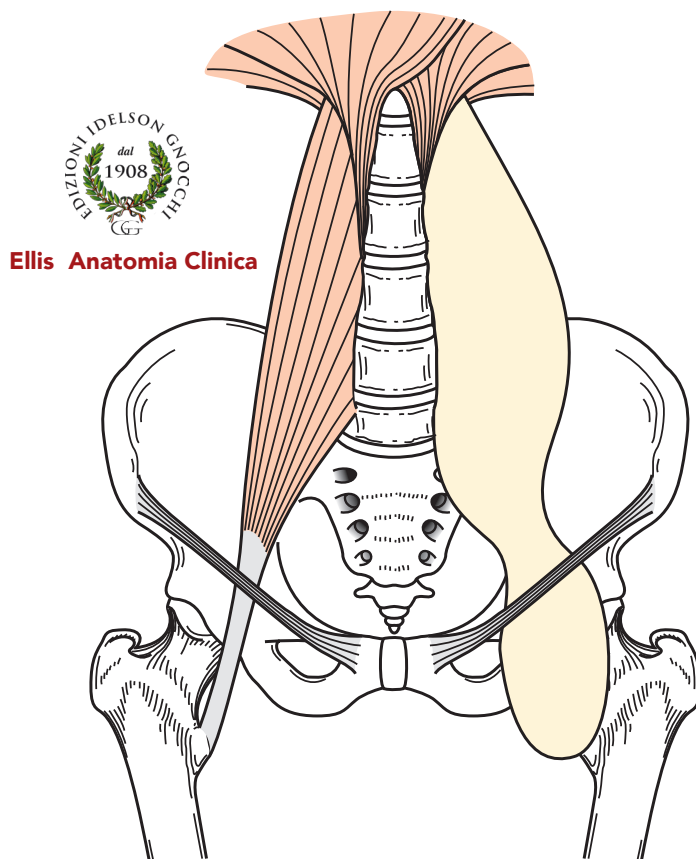
**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.67** Legamenti pelvici visti dall'alto.

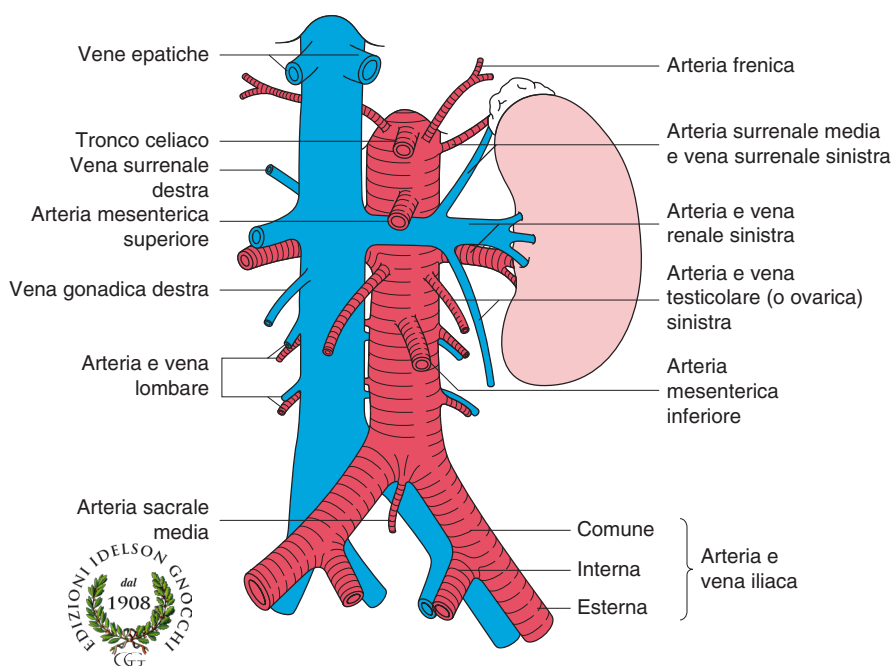


**Figura 2.68** Sviluppo delle tube di Falloppio, utero e vagina dai dotti paramesonefrici (mulleriani) e il seno urogenitale (da Hollinshead) (a-c), e formazione del legamento largo (d).





**Figura 2.69** Guaina dello psoas e suo ascesso. A destra una normale guaina dello psoas; a sinistra è dilata-  
ta da presenza di pus, che decorre verso l'inguine.

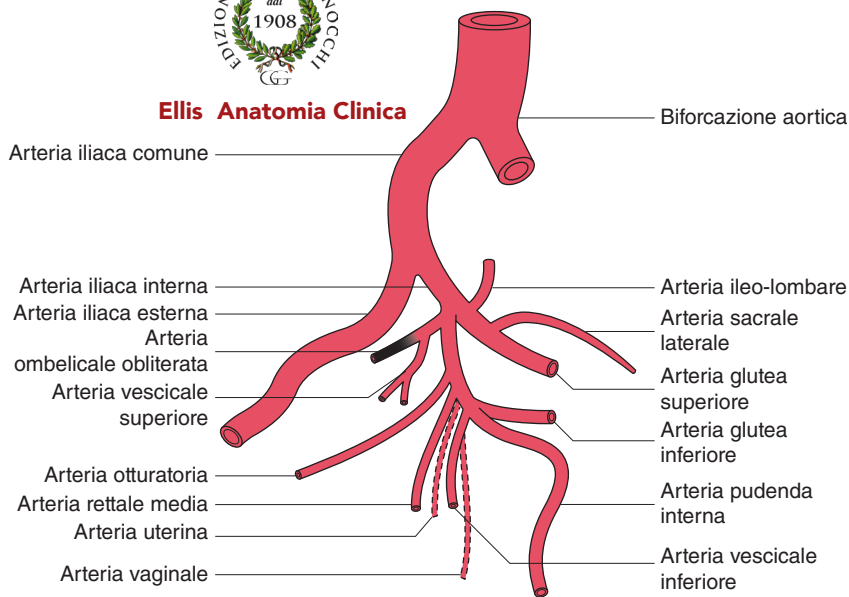


**Ellis Anatomia Clinica**

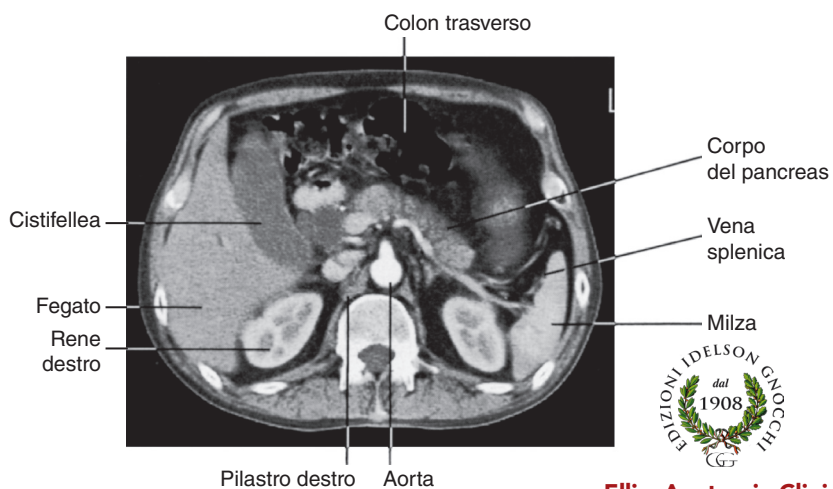
**Figura 2.70** Aorta addominale, vena cava inferiore e loro rami principali.



**Ellis Anatomia Clinica**

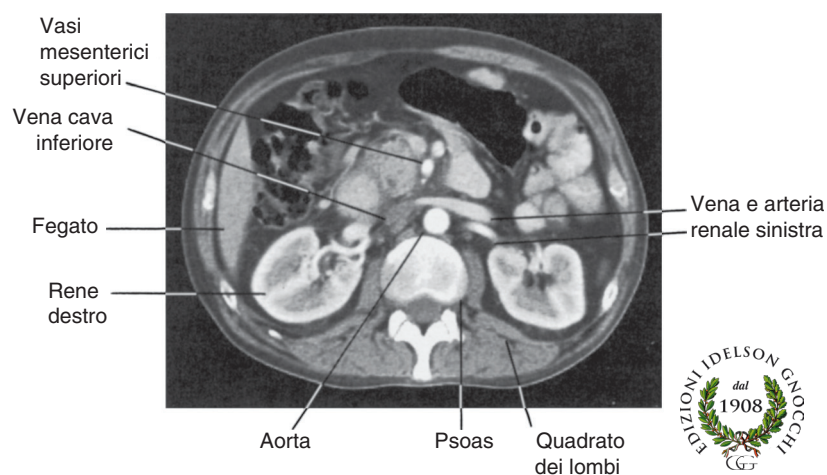


**Figura 2.71** Biforcazione aortica e arteria iliaca interna destra. L'arteria iliaca interna si divide in segmenti anteriore e posteriore. Quest'ultimo dà luogo all'arteria glutea superiore, mentre il primo dà origine a tutti i rami viscerali. Anche se i rami dell'arteria iliaca interna sono piuttosto costanti, la disposizione di questi rami è variabile.



**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.72** – Scansione TC a livello della prima vertebra lombare. Essa evidenzia il fegato, la cistifellea, l'aorta con l'inizio dell'arteria mesenterica superiore, la vena cava inferiore, i pilastri del diaframma, i reni, il pancreas e la milza. La vena splenica può essere osservata al passaggio all'ilo splenico posteriormente al corpo del pancreas. La vena cava giace sul pilastro destro. I vasi sono evidenziati da un'iniezione endovenosa di mezzo di contrasto.



**Ellis Anatomia Clinica**

**Figura 2.73** Scansione TC a livello della seconda vertebra lombare che evidenzia i reni, l'aorta, la vena cava inferiore, il fegato, i vasi mesenterici renali e superiori e i muscoli della parete addominale. I vasi ematici, ancora una volta, sono stati evidenziati da un'iniezione endovenosa di mezzo di contrasto.