

Ellis Anatomia Clinica

Figura 3.1 Il rapporto degli epicondili mediale e laterale con il processo olecranico (a) è alterato in una lussazione del gomito (b) ma preservato in una frattura sovracondiloidea (c).



Ellis Anatomia Clinica

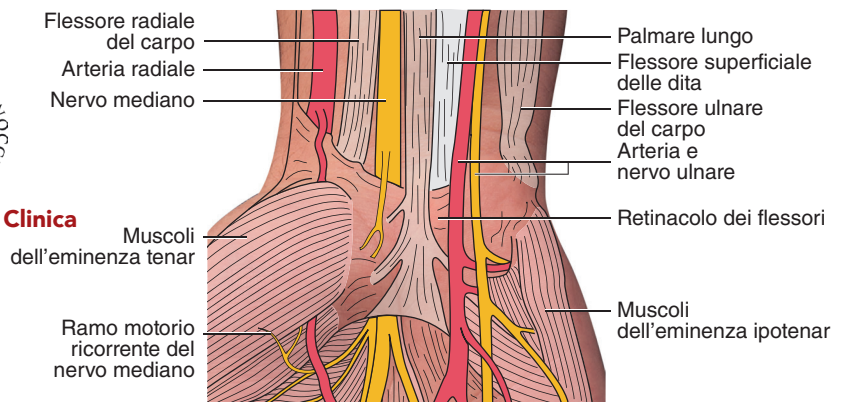
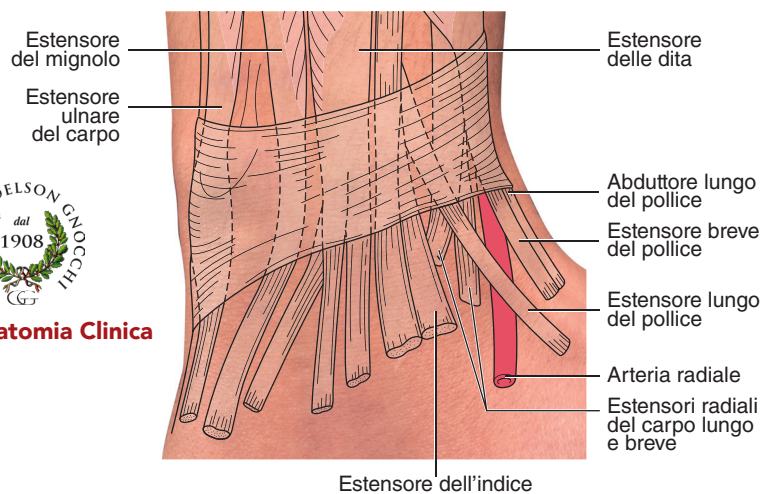


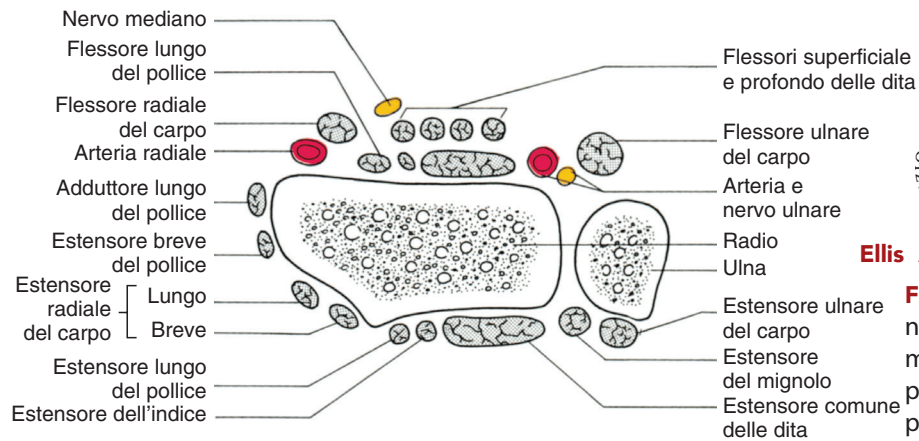
Figura 3.2 Strutture della superficie anteriore del polso destro.



Ellis Anatomia Clinica

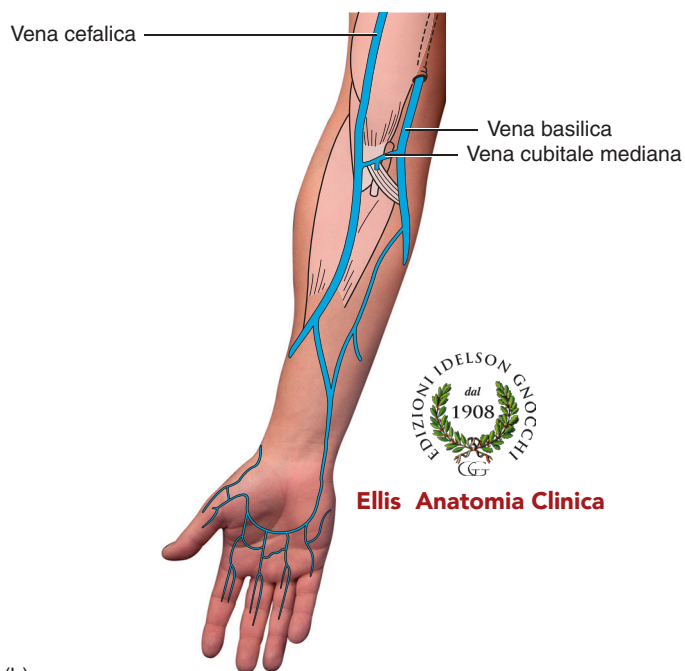
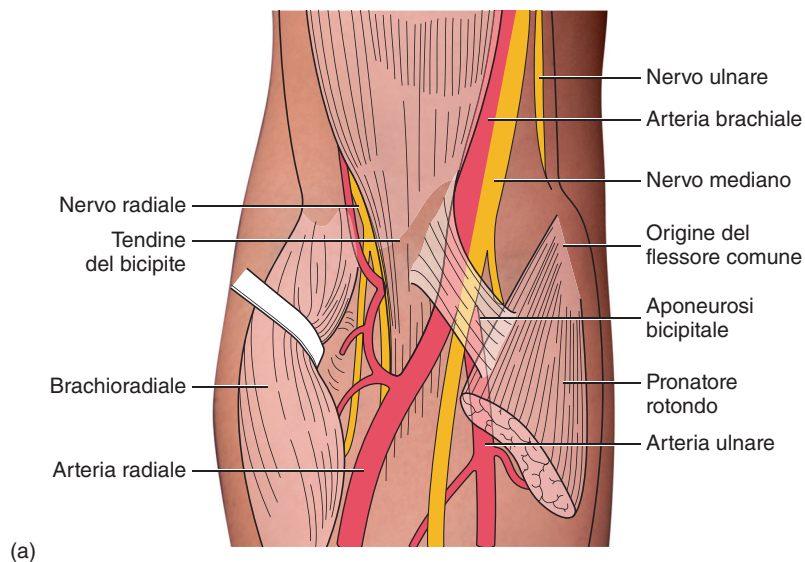
Figura 3.3 Strutture della superficie posteriore del polso destro.



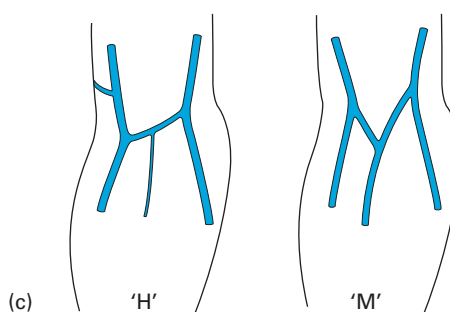


Ellis Anatomia Clinica

Figura 3.4 Sezione trasversale immediatamente al di sopra dell'articolazione del polso.



(b)



(c)

Figura 3.5 (a) Fossa cubitale con aponeurosi bicipitale nel dettaglio. (b) Vene superficiali dell'arto superiore (si noti l'aponeurosi bicipitale situata tra la vena cubitale mediana e l'arteria brachiale). (c) Due varianti comuni nella formazione della vena cubitale mediana.

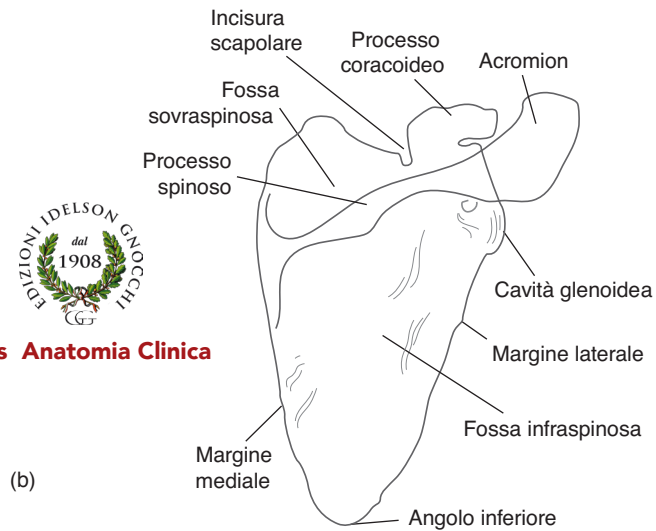
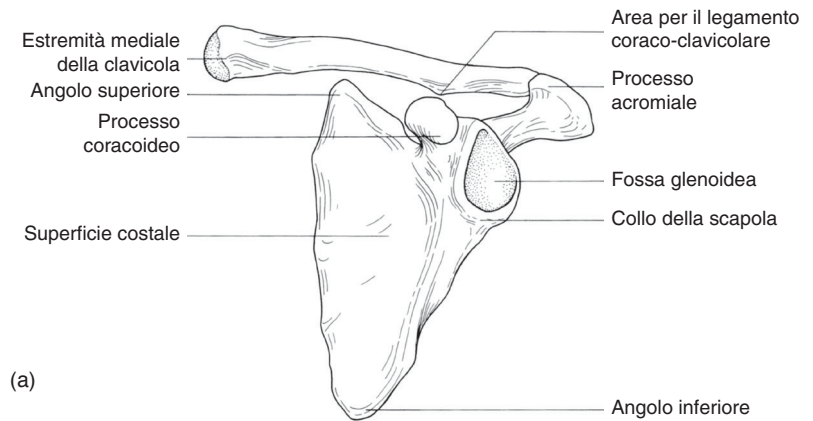
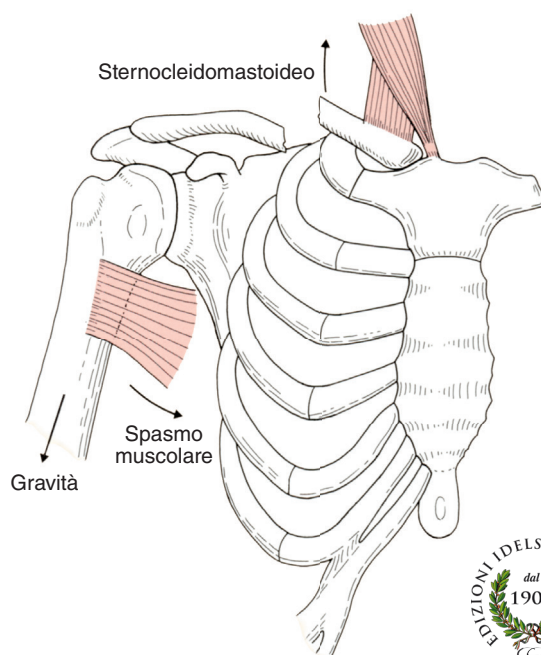
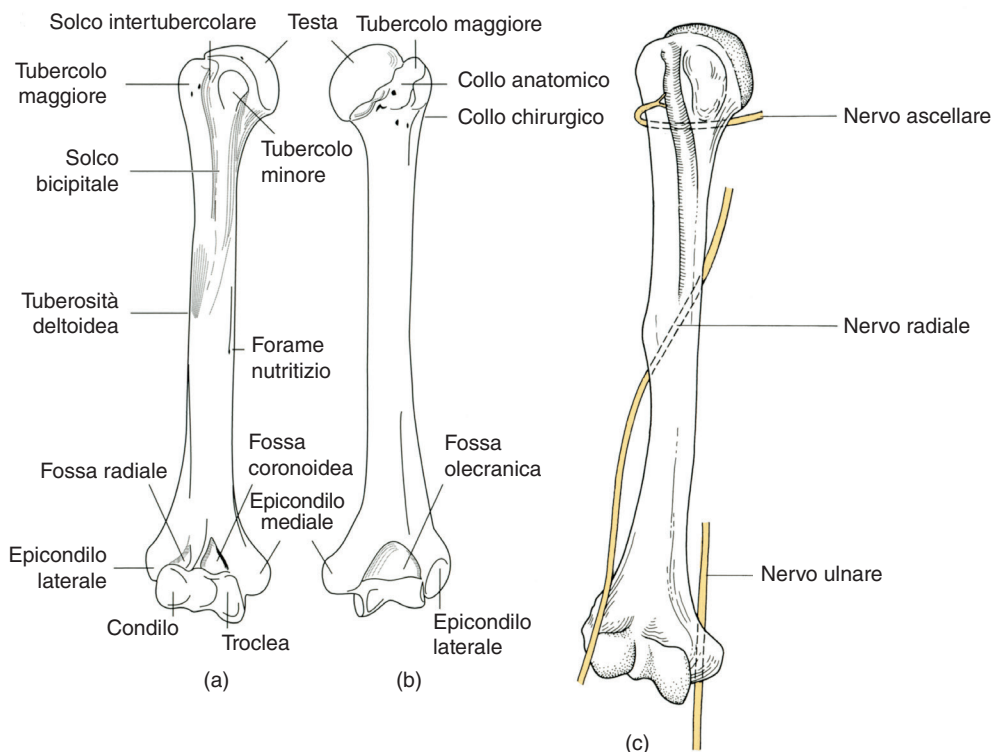


Figura 3.6 (a) Visione anteriore di scapola e clavicola sinistra. (b) Visione posteriore della scapola.

Figura 3.7 Deformità di una clavicola fratturata – dislocazione verso il basso e adduzione del frammento laterale per gravità e spasmo muscolare; leggero sollevamento del frammento mediale da parte dello sternocleidomastoideo.



Ellis Anatomia Clinica



Ellis Anatomia Clinica

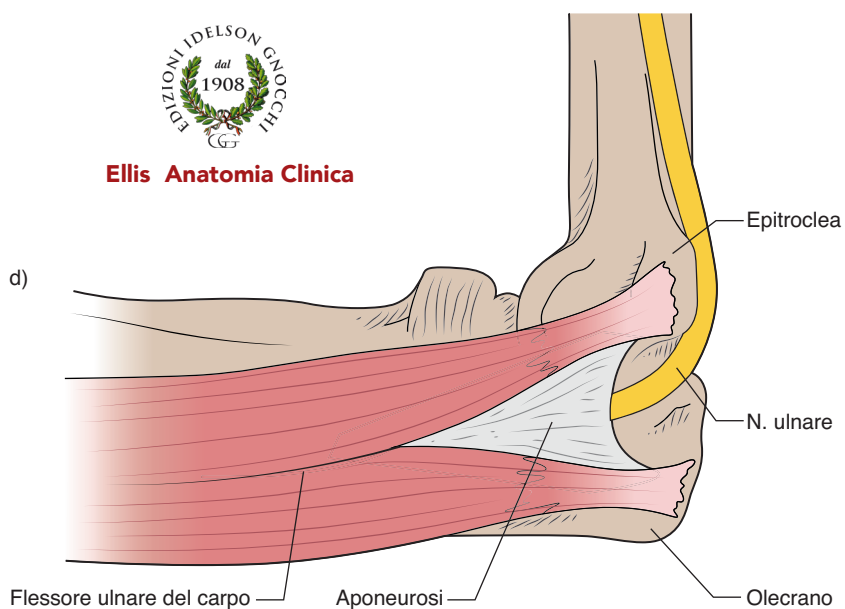


Figura 3.8 Veduta anteriore (a) e posteriore (b) dell'omero destro. (c) L'omero con i suoi tre nervi principali: ascellare, radiale e ulnare. Tutti e tre i nervi possono essere lesionati nelle fratture dell'omero. (d) Viene mostrato il nervo ulnare nel punto in cui entra nel tunnel cubitale, formato dall'aponeurosi tra i due capi di origine del flessore ulnare del carpo, per proseguire il suo decorso nell'avambraccio.

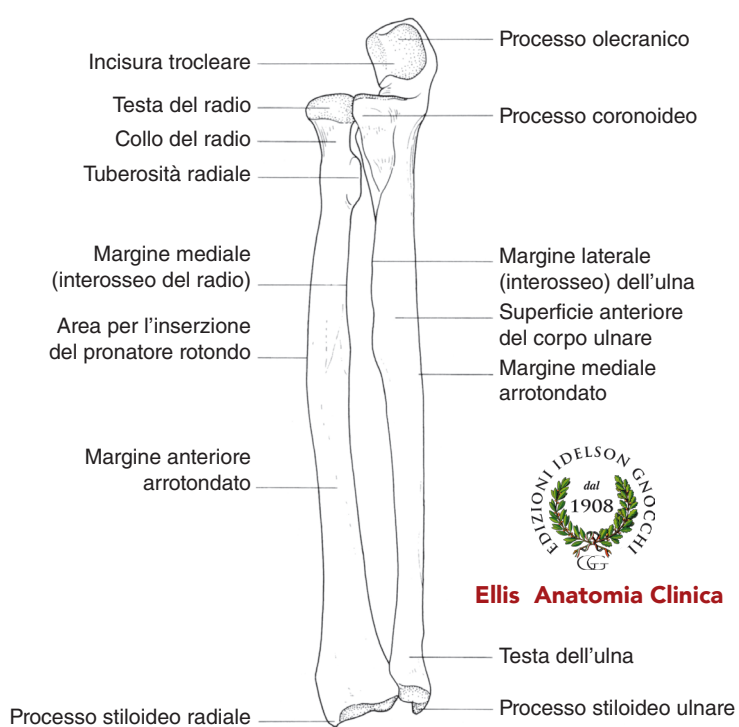
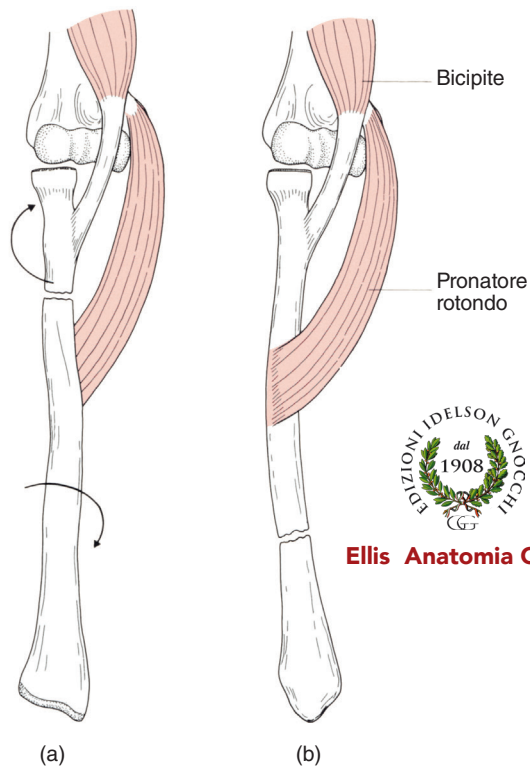


Figura 3.9 Radio e ulna destri – faccia anteriore.

Figura 3.10 L'importante ruolo del pronatore rotondo nelle fratture radiali. (a) Nelle fratture prossimali, al di sopra dell'inserzione del pronatore rotondo, il frammento distale subisce pronazione. Tale frattura deve essere immobilizzata con l'avambraccio in posizione supina. (b) Quando la frattura è distale all'inserzione del pronatore rotondo, l'azione di questo muscolo sul frammento prossimale è annullata dall'azione di supinazione del bicipite. Questa frattura va ridotta in posizione neutrale, a metà strada tra la pronazione e la supinazione.



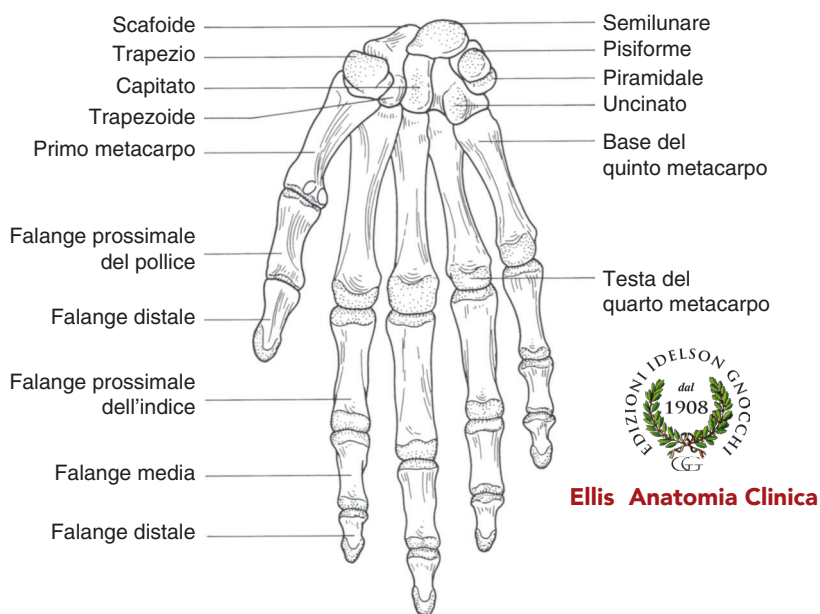
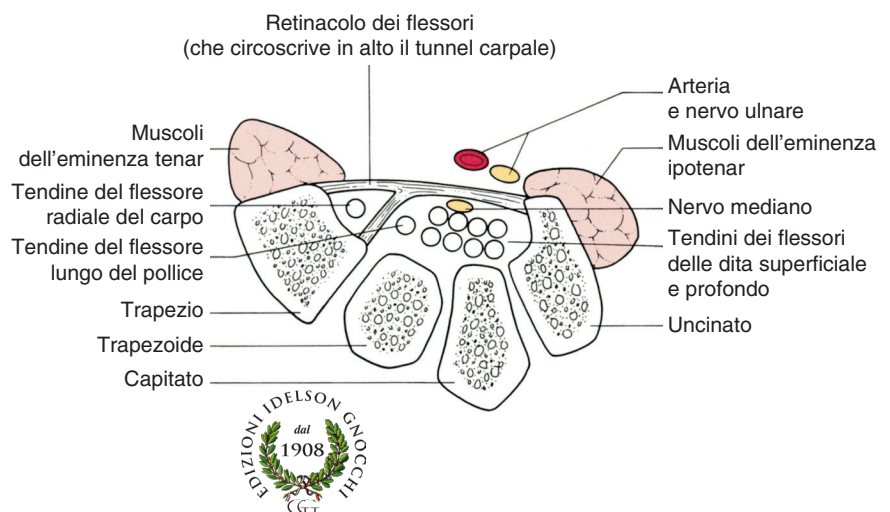


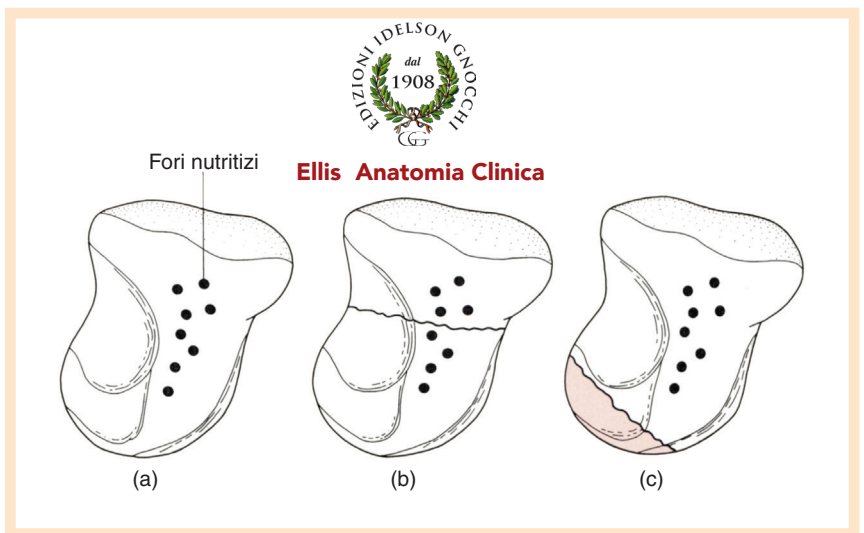
Figura 3.11 Carpo, metacarpo e falangi (superficie anteriore - destra).

Figura 3.12 Sezione trasversale attraverso il carpo (lato destro osservato dall'estremità distale) che mostra le inserzioni del retinacolo dei flessori. Si osservi il compartimento osteofasciale distinto per il tendine del flessore radiale del carpo. Si osservi anche che, a questo livello, il tendine del flessore ulnare del carpo non è più visibile. Esso infatti si collega al pisiforme presente nella fila prossimale delle ossa carpali.



Ellis Anatomia Clinica

Figura 3.13 Irrorazione dello scafoide. (a) I vasi ematici entrano nell'osso soprattutto nella sua parte distale. (b) Frattura della parte centrale dello scafoide – i vasi del frammento prossimale sono preservati. (c) Frattura adiacente al polo prossimale dello scafoide – in questo caso non vi sono vasi che irrorano il frammento prossimale e pertanto è inevitabile la necrosi avascolare dell'osso.





Ellis Anatomia Clinica

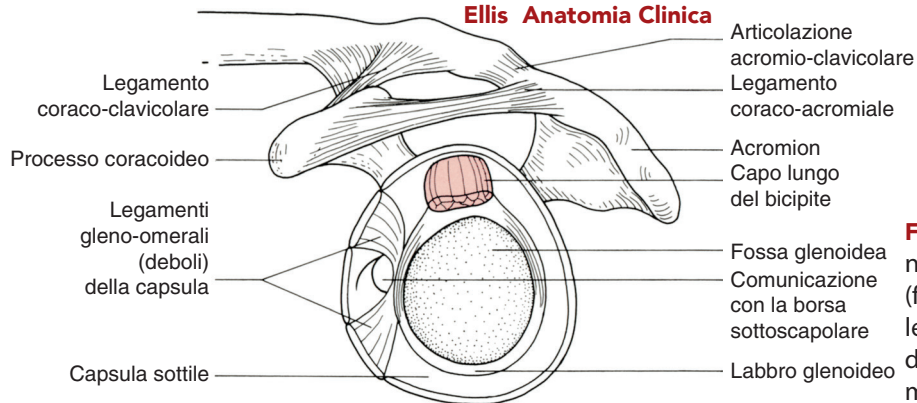
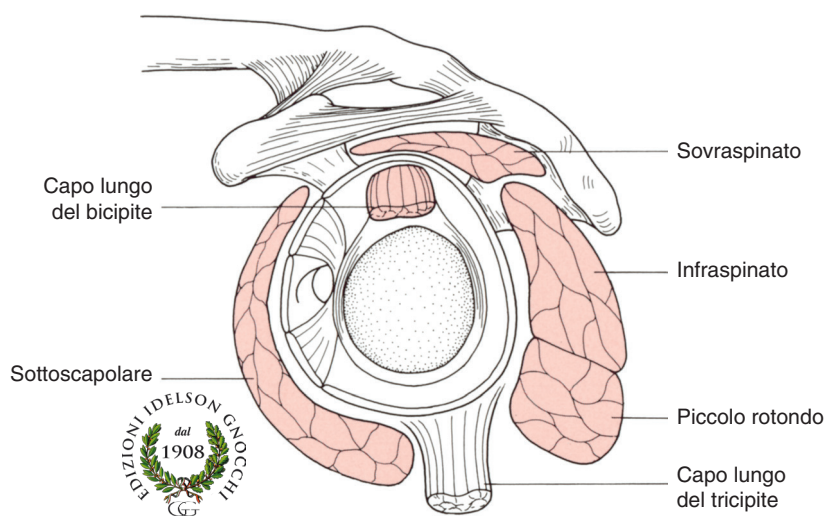
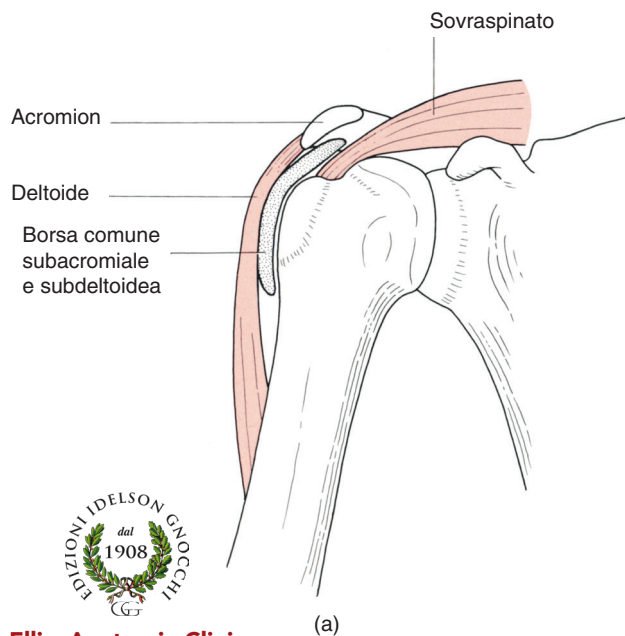


Figura 3.14 Articolazione della spalla sinistra (faccia laterale) - i suoi legamenti sono visibili dopo la rimozione dell'omero.



Ellis Anatomia Clinica

Figura 3.15 Articolazione della spalla – come in Figura 3.14, ma ora con l'aggiunta dei muscoli circostanti.



Ellis Anatomia Clinica

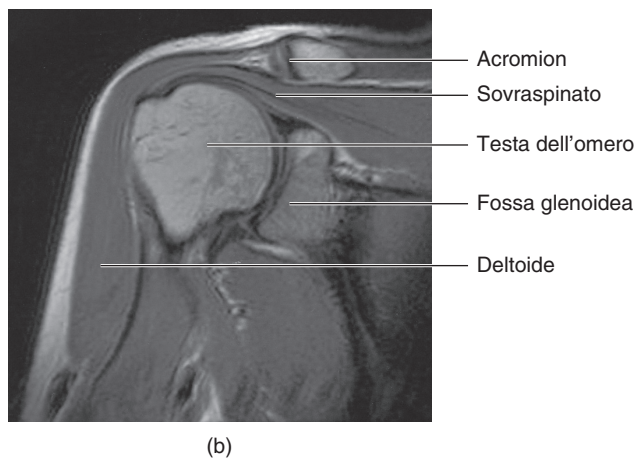


Figura 3.16 (a) Sovraspinato e borse subacromiale-subdeltoidea. Si osservi che il tendine del sovraspinato è adiacente all'acromion – se il tendine si infiamma, il movimento “ad arco” quando la spalla viene abdotta da 60° a 120° è doloroso perché, in questo range, il tendine infiammato urta contro l'acromion. (b) Risonanza magnetica della spalla che mostra alcuni dettagli anatomici descritti nel testo.



Ellis Anatomia Clinica

Testa dell'omero
in posizione subcoracoidea

Sottoscapolare

L'acromion è ora il punto
di repere più laterale

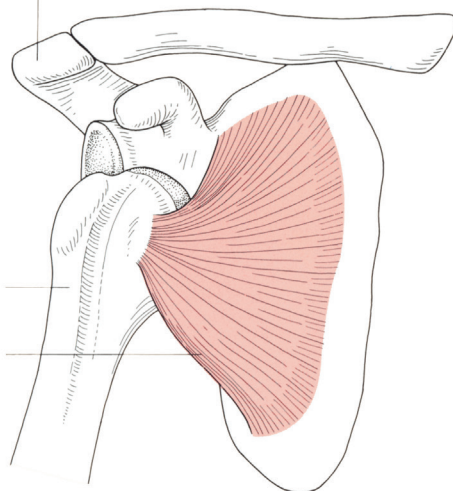


Figura 3.17 Deformità in corso di lussazione della spalla. La testa dell'omero è addotta dai muscoli del cingolo scapolare e ruotata internamente dal sottoscapolare.



Ellis Anatomia Clinica

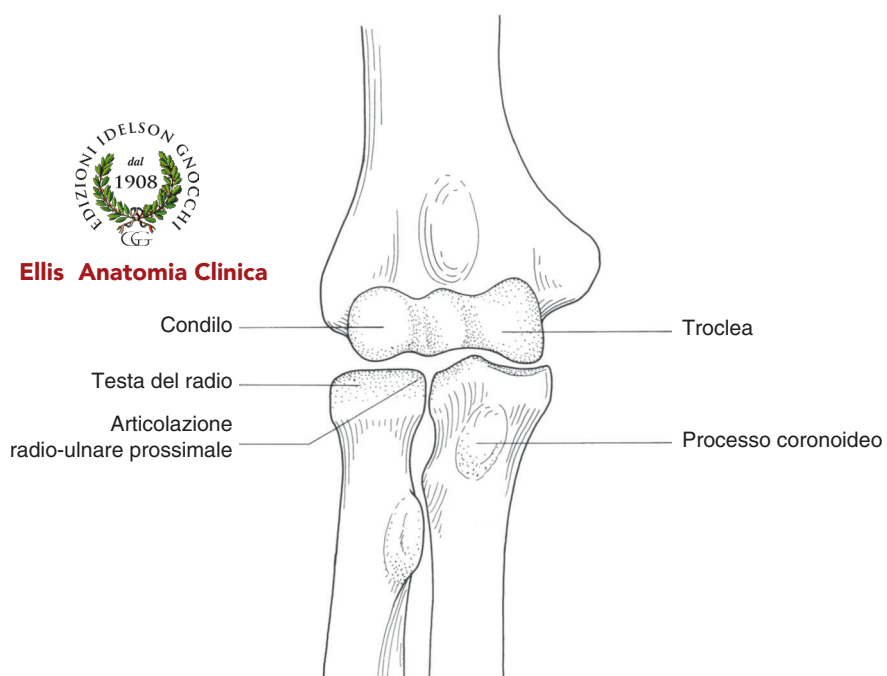
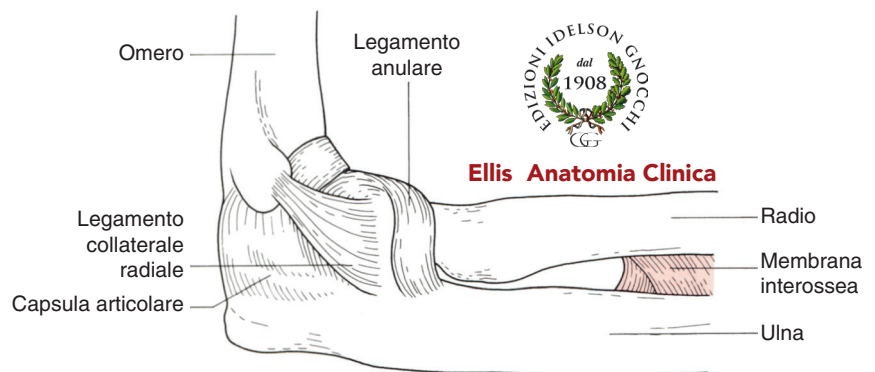


Figura 3.18 Componenti ossee dell'articolazione del gomito (lato destro; faccia anteriore). Si osservino le tre serie di superfici articolari.

Figura 3.19 Capsula articolare del gomito destro – faccia laterale.





Ellis Anatomia Clinica

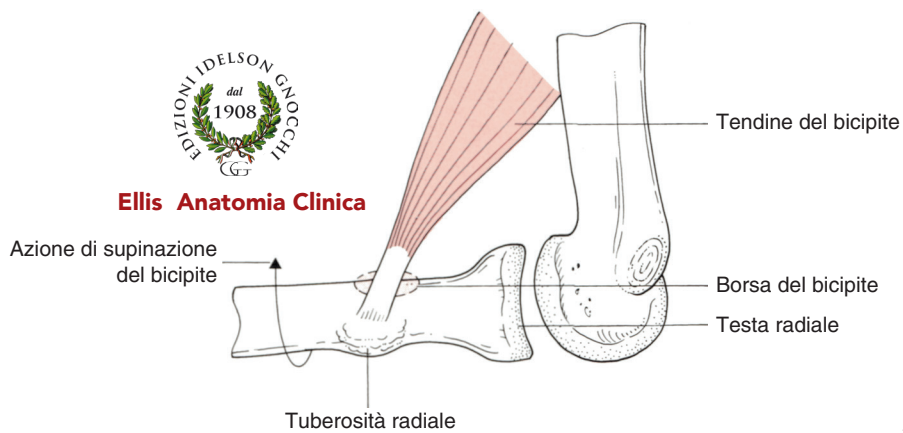


Figura 3.20 Azione di supinazione del bicipite (gomito destro visto dal lato mediale dopo rimozione dell'ulna).

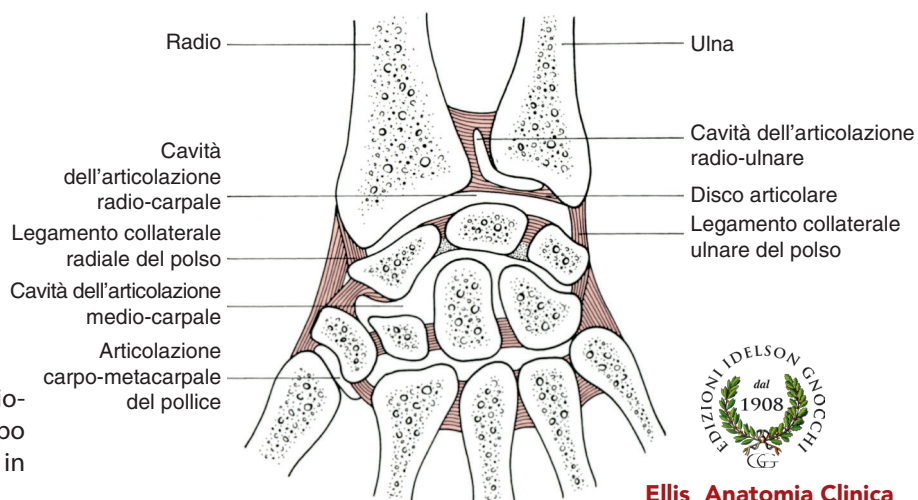


Figura 3.21 Articolazione del polso, del carpo e carpo-metacarpale in sezione.



Ellis Anatomia Clinica

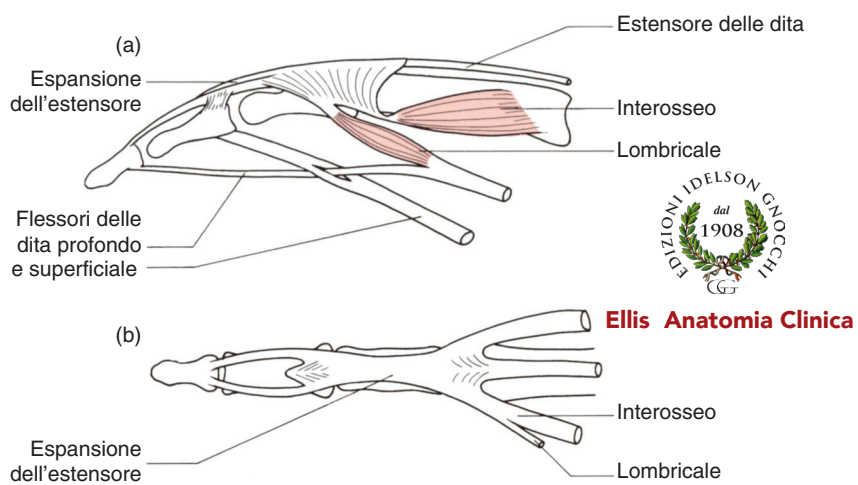


Figura 3.22 Tendini di un dito. (a) Visione laterale. (b) Visione dorsale.

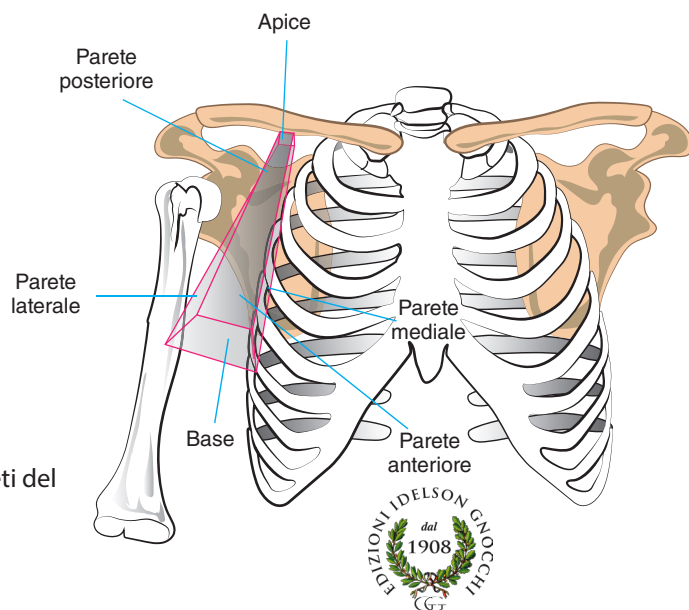


Figura 3.23 Conformazione e pareti del cavo ascellare.

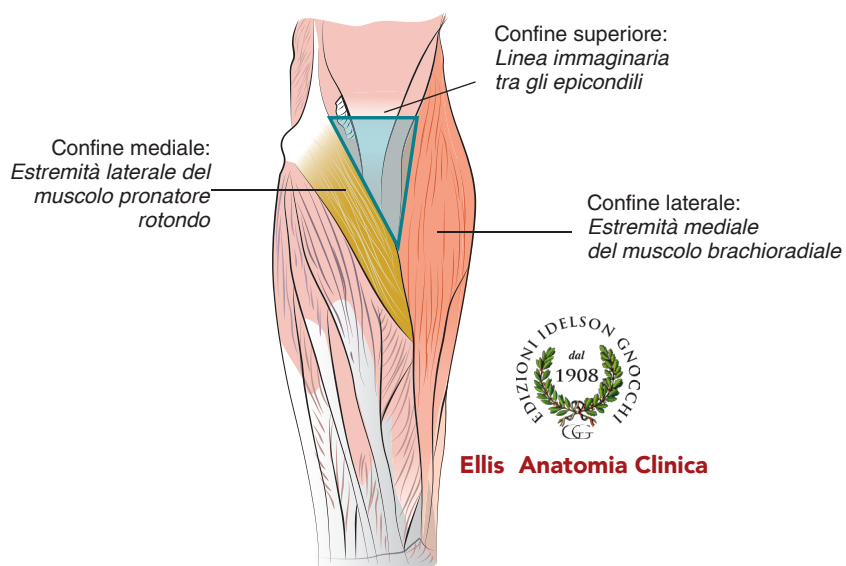


Figura 3.24 Conforma-
zione e pareti della fossa
cubitale destra.

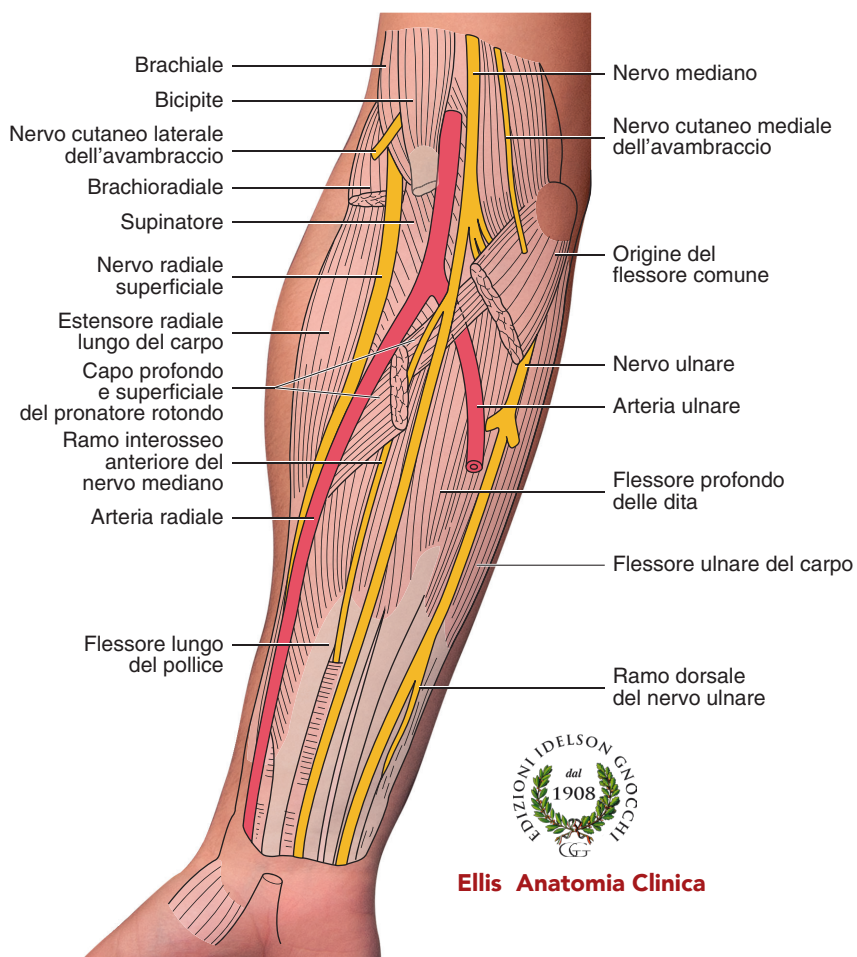


Figura 3.25 Dissezione dell'avambraccio destro (superficie anteriore) che mostra i vasi e i nervi principali. I muscoli superficiali dell'avambraccio a partire dal flessore comune sono stati rimossi, ad eccezione del pronatore rotondo, che è stato parzialmente sezionato.

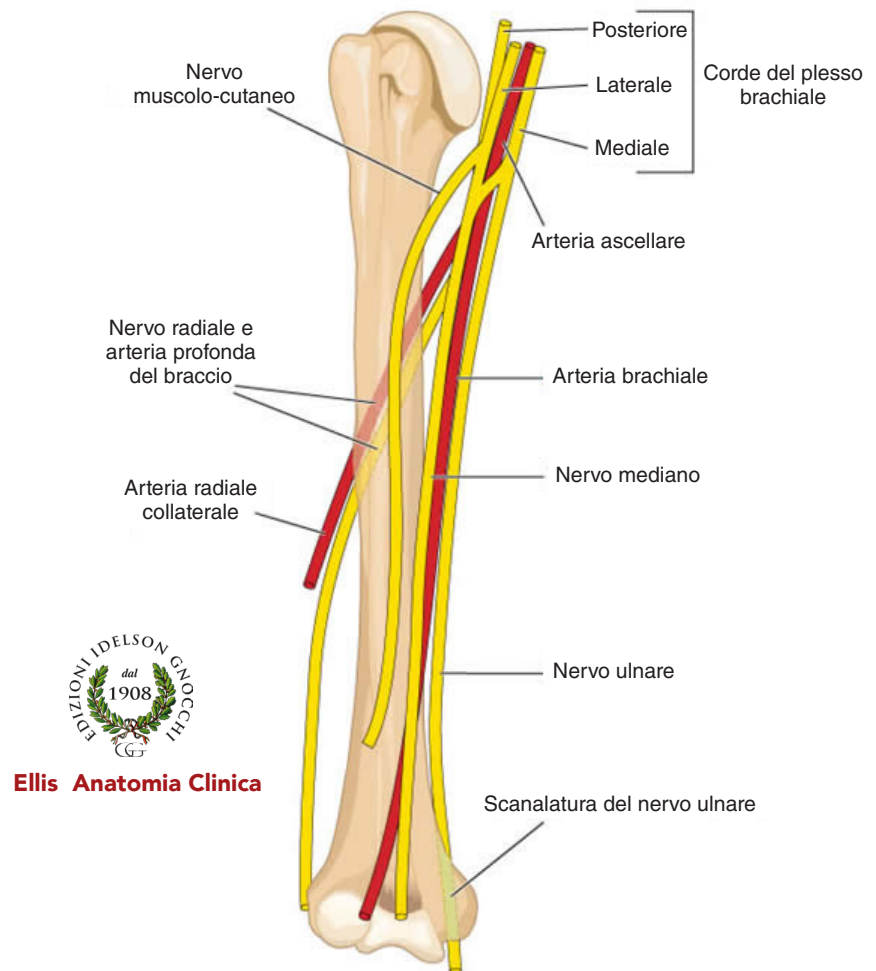


Figura 3.26 Arteria brachiale e suoi rapporti coi nervi mediano e ulnare.

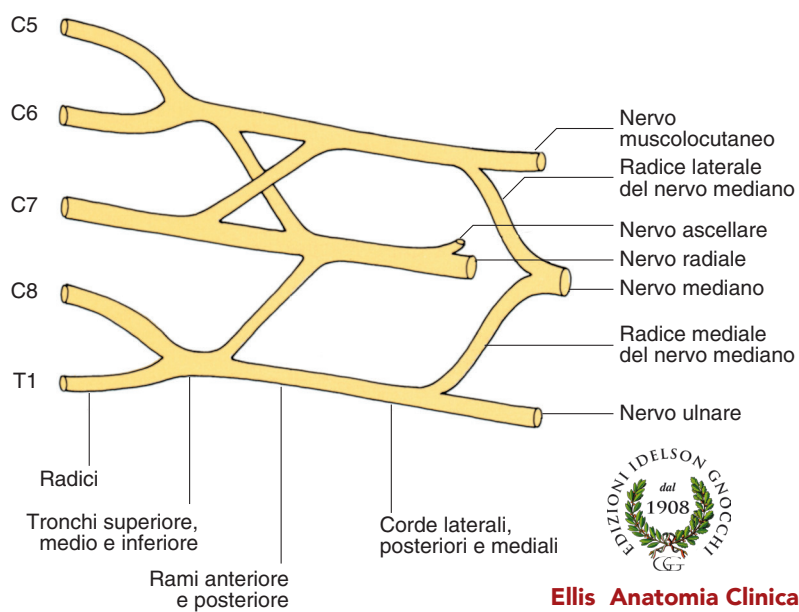


Figura 3.27 Schema del plesso brachiale (vedi testo).

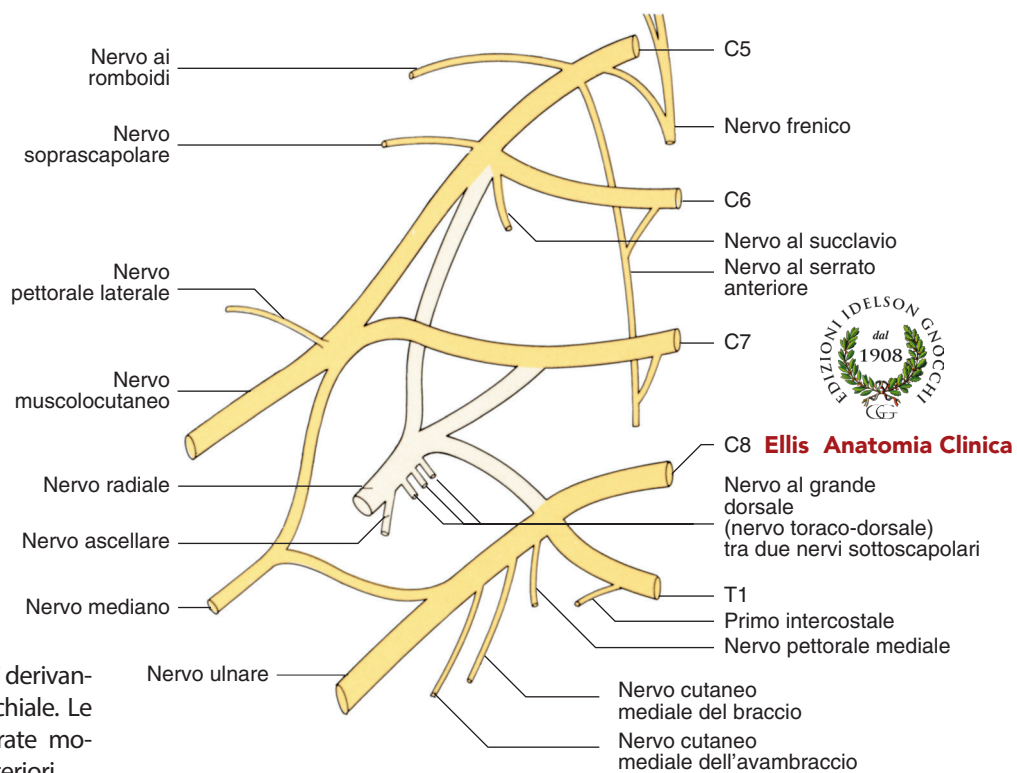


Figura 3.28 Nervi derivanti dal plesso brachiale. Le aree meno colorate mostrano i rami posteriori.

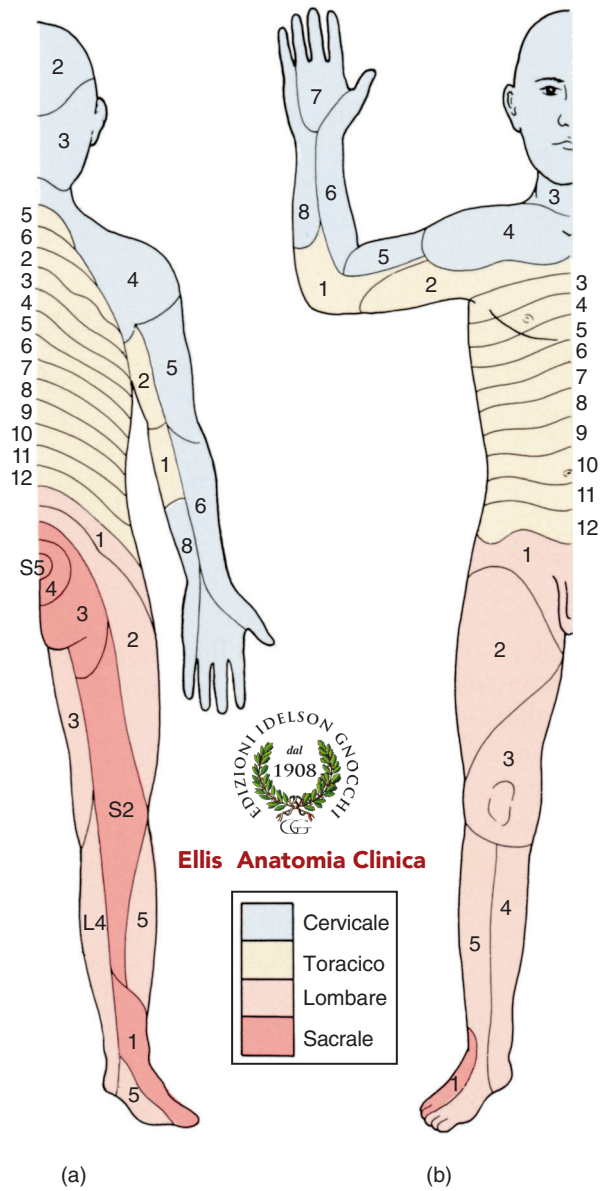


Figura 3.29 Innervazione segmentale cutanea del corpo. (a) Superficie posteriore; (b) Superficie anteriore. I colori indicano il tratto del midollo spinale da cui originano i nervi spinali che vi si distribuiscono.

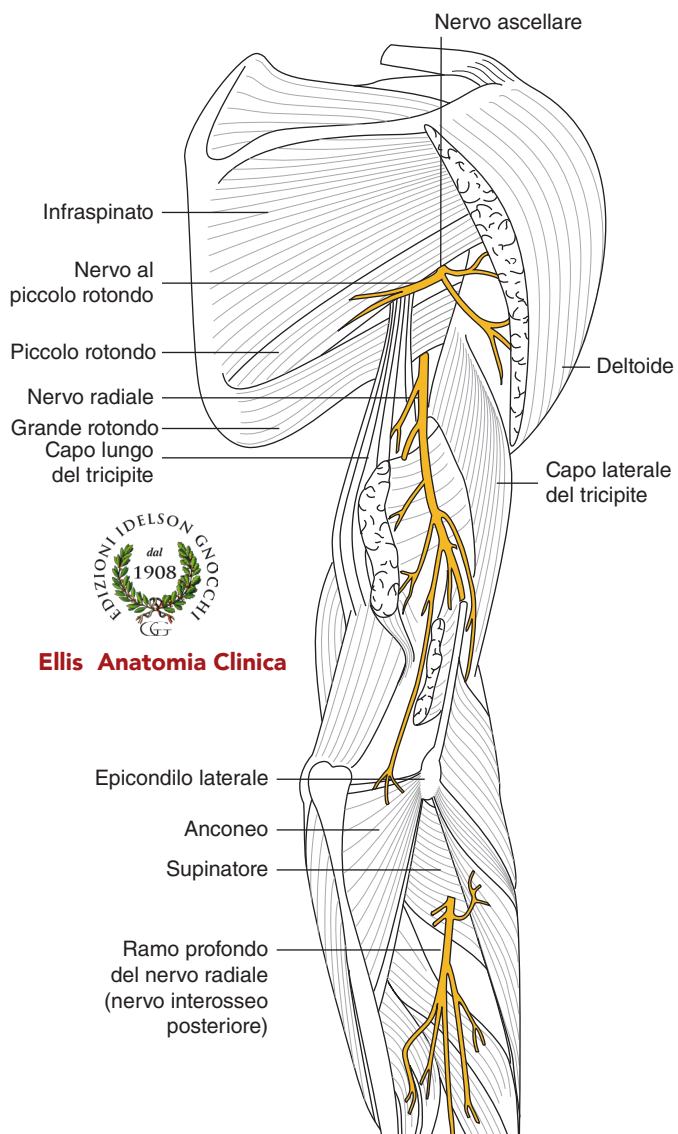


Figura 3.30 Distribuzione del nervo radiale (arto superiore destro, superficie dorsale).



Ellis Anatomia Clinica

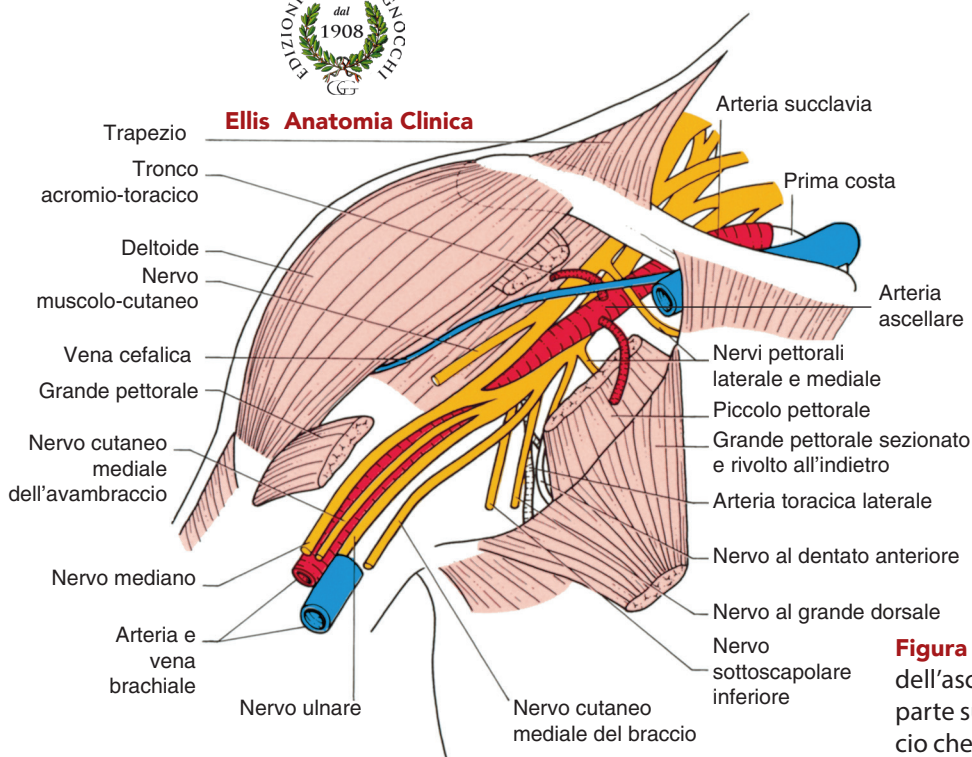
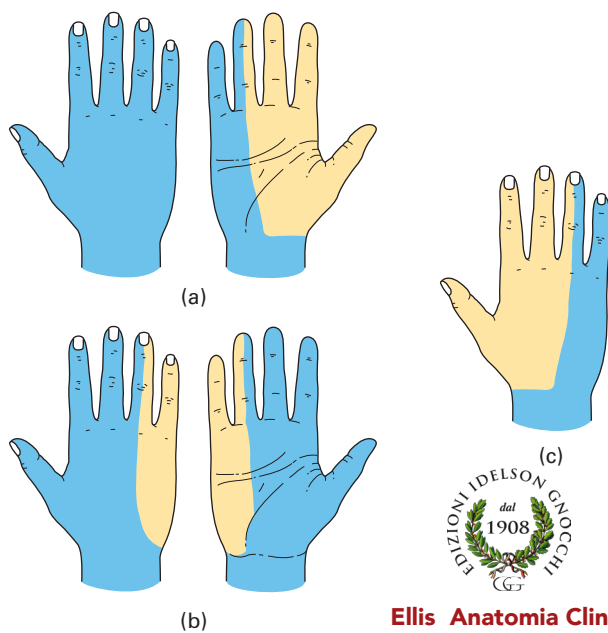
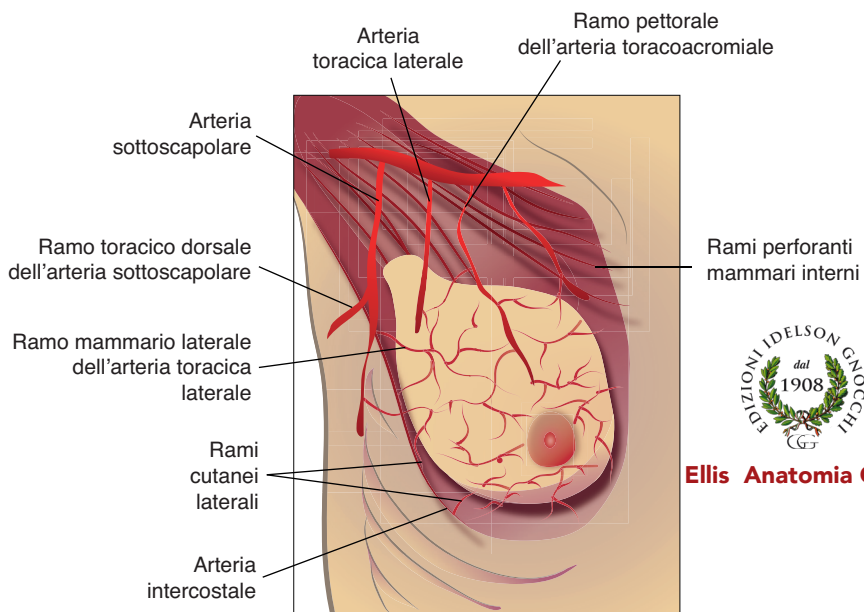


Figura 3.31 Dissezione dell'ascella destra e della parte superiore del braccio che mostra il decorso dei nervi principali.



Ellis Anatomia Clinica

Figura 3.32 Distribuzione cutanea tipica (in giallo) dei nervi mediano (a), ulnare (b) e radiale (c) nella mano (possono comunque esserci considerevoli variazioni e sovrapposizioni).



Ellis Anatomia Clinica

Figura 3.33 Vascolarizzazione arteriosa della mammella.

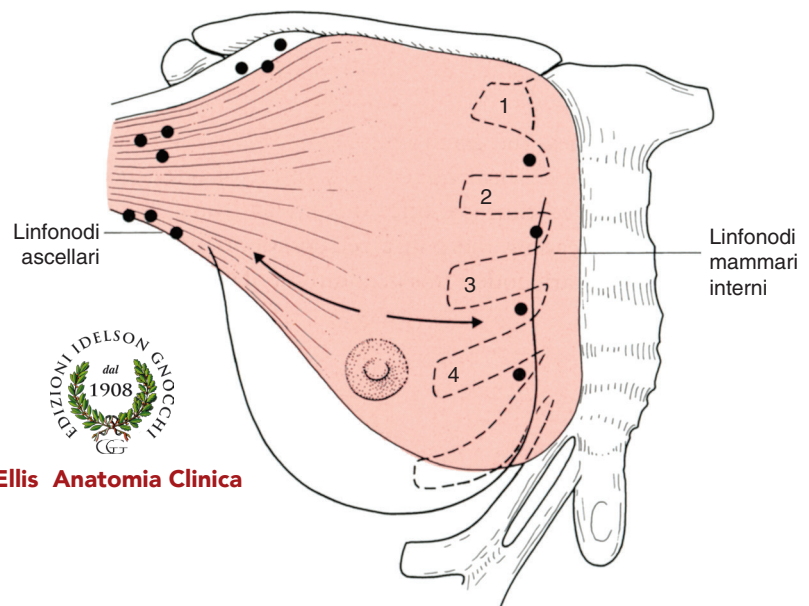


Figura 3.34 Le principali vie di drenaggio linfatico della mammella. Esse seguono il drenaggio venoso della mammella, verso i linfonodi ascellari e la catena linfonodale mammaria interna (toracica interna).

Ellis Anatomia Clinica



Ellis Anatomia Clinica

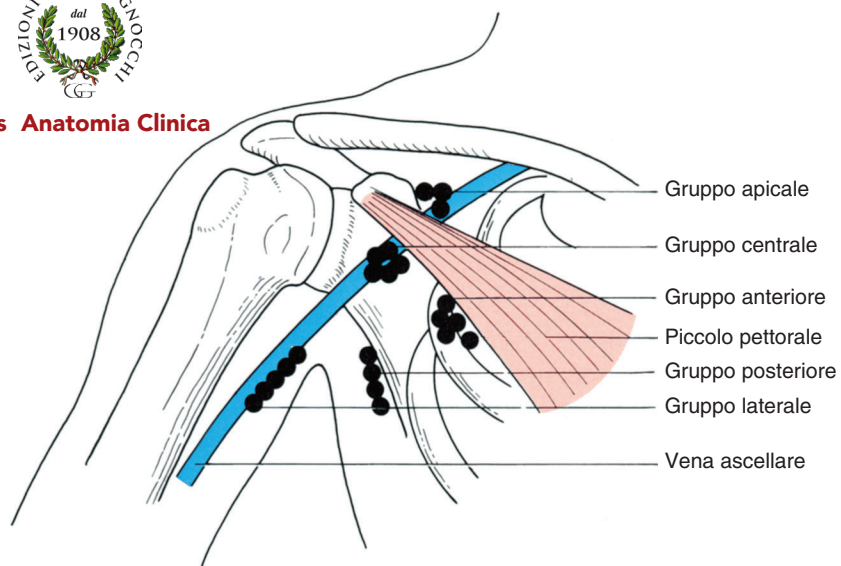
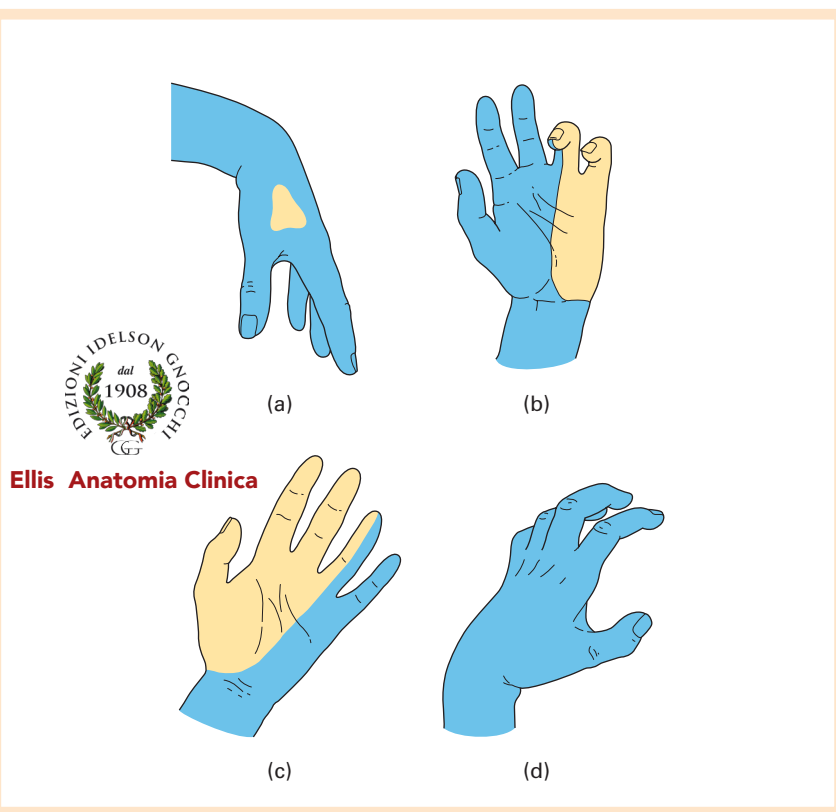


Figura 3.35 Linfonodi dell'ascella.

Figura 3.36 Deformità della mano. (a) Paralisi del nervo radiale – mano cadente. (b) Paralisi del nervo ulnare – mano ad artiglio. (c) Paralisi del nervo mediano – mano di scimmia. (d) Contrattura di Volkmann – altra deformità che causa mano ad artiglio. Le aree gialle rappresentano le aree di anestesia.



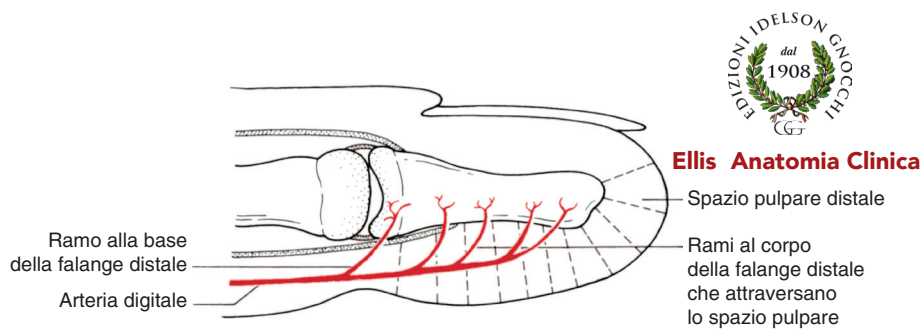


Figura 3.37 Spazio pulpare distale del dito; si osservi la distribuzione dell'irrorazione arteriosa alla falange distale.



Ellis Anatomia Clinica

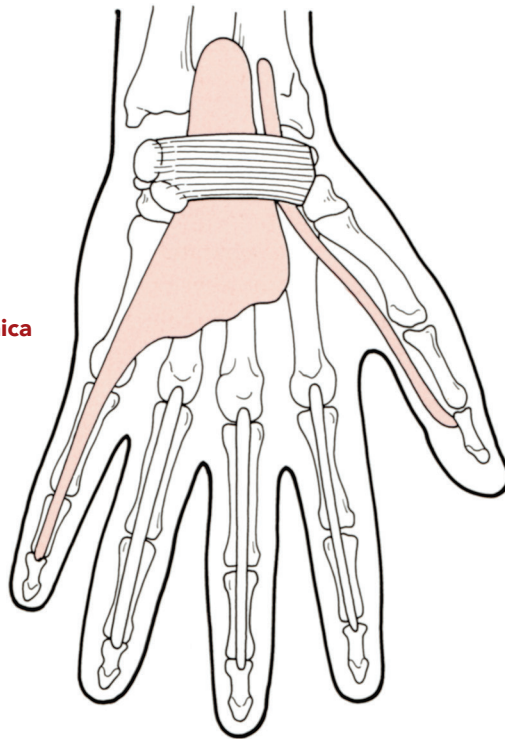


Figura 3.38 Guaine sinoviali dei tendini flessori della mano (sinistra) - la borsa radiale e ulnare decorrono al di sotto del retinacolo dei flessori e forniscono una via potenziale di infezione nell'avambraccio. In molti casi, queste borse sono in comunicazione.



Ellis Anatomia Clinica

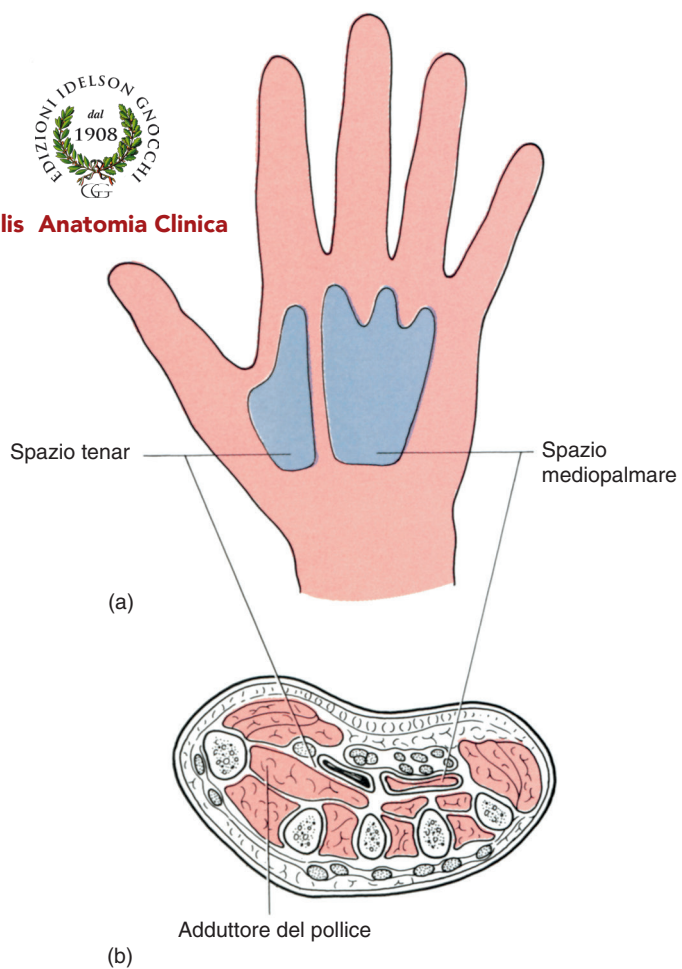


Figura 3.39 Spazi mediopalmare e tenar (mano sinistra): (a) proiettati sulla superficie della mano e (b) in sezione trasversale (visione prossimale).