

LITERATURĂ DIDACTICĂ
Pentru studenții
institutului de medicină

Anatomia omului

VOL. 2



LITERATURĂ DIDACTICĂ

Pentru studenții
institutului de medicină

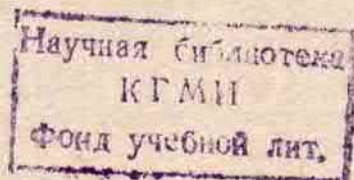
Anatomia omului

În două volume
VOL. 2

Sub redacția

membrului-corespondent al A.Ș.M. a
U.R.S.S. prof. M. R. Sapin

Admis de Direcția generală școli a Ministerului ocrotirii sănătății
al U.R.S.S. în calitate de manual pentru studenții institutelor de
medicină



STUDIU DESPRE VISCERE — SPLANCHNOLOGIA (Splanchnologia)

INTRODUCERE

Viscerele sau organele interne (*viscera*, *splánchna*) sînt situate în cavitățile corpului (toracică, abdominală și pelviană), precum și în regiunea capului și gîtului. Ele participă la funcțiile metabolice ale organismului, în asigurarea lui cu materii nutritive și în evacuarea deșeurilor metabolice.

În conformitate cu originea, particularitățile de structură, topografia și funcțiile lor, viscerele se împart în grupe ce constituie sisteme sau aparate de organe. De exemplu, distingem sistemele digestiv, respirator și aparatul uro-genital. Organele sistemului digestiv sînt situate în regiunea capului și gîtului, în cavitățile toracică și abdominală, precum și în cavitatea pelviană; organele sistemului respirator se află în regiunea capului și gîtului în cavitatea toracică. Aparatul uro-genital e localizat în cavitatea abdominală și în cea pelviană. Pe lângă acestea în cavitatea toracică alături de organele de respirație (plămîni) e situat cordul, care se referă la sistemul sanguin; în cavitatea abdominală împreună cu organele sistemului digestiv se află splina (vezi: „Organele hematopoetice și ale sistemului imun”). Un grup aparte de organe îl constituie glandele endocrine sau glandele lipsite de ducturi de evacuare.

Conform structurii lor viscerele pot fi împărțite în parenchimotoase și tubulare sau cave. Organele parenchimotoase sînt constituite din țesut funcțional (parenchim), care la rîndul său este alcătuit din elemente celulare specializate și stroma de țesut conjunctiv.

Din organele parenchimotoase fac parte ficatul, pancreasul, plămîni, rinichii etc. Stroma execută funcții de suport (carcasă moale) și trofică, ea comportă vase sanguine și limfatice, nervi. Organele tubulare (cavitare) au un aspect de tub de diametru respectiv (esofagul,

stomacul, intestinele, ureterele etc.), pereții cărui delimitază o cavitate. Cu toată varietatea de forme și funcții pereții organelor cavitare au o constituție similară, sînt alcătuite din patru membrane (tunici): internă — mucoasă, baza submucoasă, tunica musculară și membrana externă alcătuită din țesut conjunctiv numită adventiție sau tunica seroasă.

Tunica mucoasă, *túnica mucósa*, constituie membrana internă a organului cavitare (tubul digestiv, respirator) (fig. 1). Suprafața ei este orientată în lumenul organului și e tapetată cu epiteliu de tip variat: pluristratificat plat (cavitatea bucală, laringele, esofagul, porțiunea distală a rectului), de tranziție (căile urinare), unistratificat cilindric (stomac, colonul) sau prismatic (intestinul subțire, trahea). Epiteliul rezidă pe *l a m e l a p r o p r i e* a mucoasei (*lámîna próprie mucósae*), constituită din țesut conjunctiv fibros lax, în care se află incluziuni de țesut limfoid (foliculi), glande, vase și capilare sanguine și limfatice, nervi. Executînd o funcție tegumentară, epitelium mucoasei se prezintă ca o barieră între peretele tubului și lumenul lui (joacă un rol de protecție). În cel mai profund strat al mucoasei, la limită cu baza submucoasă e situată *l a m e l a m u s c u l a r ă* a mucoasei, *lámîna muscularis mucósae*, la contracția căreia mucoasa formează pliuri.

Glandele mucoasei, în funcție de numărul de celule care le alcătuieste, se împart în unicelulare și pluricelulare. Ele elaborează mucus, care acoperă și umezeste mucoasa, sau sucuri digestive, care scindează materiile nutritive complexe pînă la mai simple. **Glandele monocelulare** — care sînt niște celule califorme, sînt situate printre celulele epitelium mucoasei. **Glandele pluricelulare** se localizează în membrana mucoasă și în baza submucoasă, în plus ele mai formează niște organe independente, si-

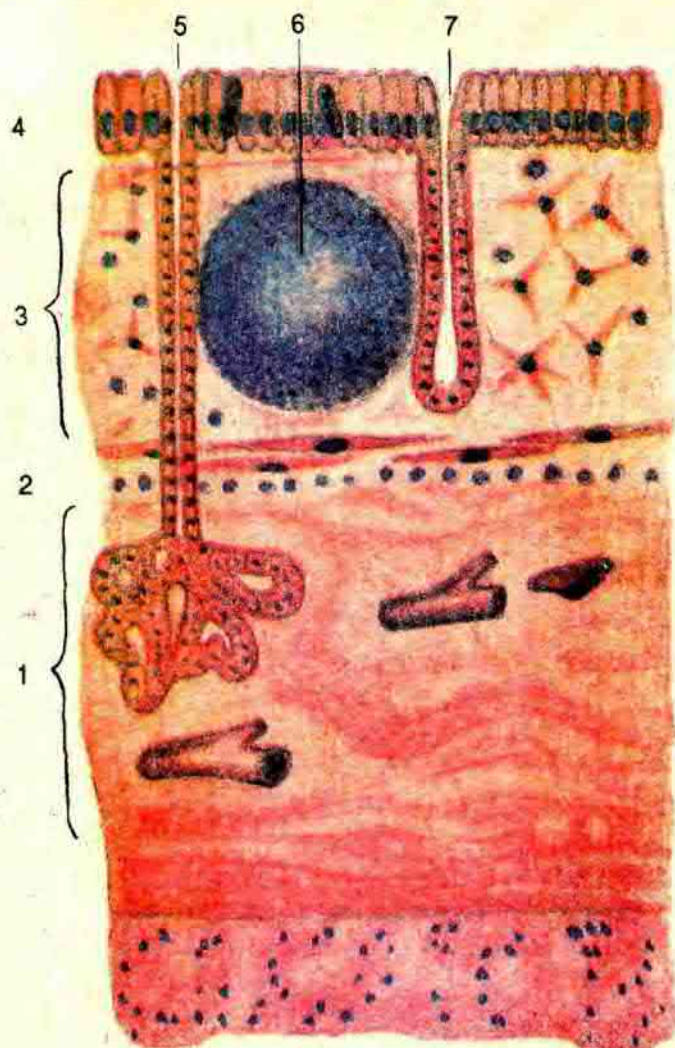


Fig. 1. Structura schematică a tunicii mucoase.

1 — tela submucosa ; 2 — lam. muscularis mucosae ; 3 — lam. propria mucosae ; 4 — epithelium ; 5 — glandula ; 6 — nodulus (folliculus) lymphaticus solitarius.

tuatate adiacent la organele cavitare (de exemplu, glandele salivare mari).

Ca formă glandele pluricelulare se împart în tubulare (în formă de tub simplu), alveolare (cu aspect de vezicule), și alveolar-tubulare. Ca structură glandele pluricelulare pot fi simple, comportând doar un tub sau o veziculă, și compuse, alcătuite dintr-un sistem ramificat de tuburi sau vezicule, ce comunică cu ductul excretor, *ductus excretorius* (fig. 2). Glandele care au ducturi se numesc **exocrine** (*crineo* — elimin), sau **glande cu secreție externă** (anatomia glandelor lipsite de ducturi, sau **glandelor endocrine** : glanda tiroidă, glandele paratiroide, hipofiza, suprarenalele etc. este elucidată în compartimentul respectiv, vezi pag. 146).

În glandele pluricelulare mari distingem lobi, *lobi*, separați între ei de straturi intermediare de țesut conjunctiv, care comportă vase sanguine și limfatice, nervi. Lobii sînt alcătuiți din formațiuni mai mici — *lobuli* (*lobuli*), în limitele cărora se află porțiunile secretoare terminale ale glandei. Din ducturile excretoare ale lobulilor și lobilor se formează *ductul excretor* al glandei (*ductus glandule*), prin care secretul este evacuat în lumenul organului.

În mucoasă și în baza submucoasă se află incluziuni de țesut limfoid : diseminat difuz, precum și aglomerat în foliicule limfatice solitare sau grupate (*folliculi lymphatici solitari et agregati*) (vezi : „Organele hematopoetice și sistemului imun“).

Baza submucoasă, tela submucosa, constituie următorul strat al peretelui organului cavitat, separat de mucoasă printr-o foiță musculară. În baza submucoasă sînt situate vase sanguine și limfatice, nervi, ea încorporează glande și foliicule limfatice. Grație bazei submucoase membrana mucoasă poate să se deplaseze și să formeze pliuri. În locurile unde baza submucoasă lipsește mucoasa crește intim cu stratul subiacent și nu formează pliuri.

Tunica musculară, tunica muscularis, e dispusă spre exterior de baza submucoasă. În porțiunile inițiale ale tractului digestiv (cavitatea bucală, laringele, treimea superioară a esofagului) și la capătul lui final (sfincterul extern al anusului) membrana musculară e constituită din fibre musculare striate, iar în celelalte porțiuni ale lui ea este formată de celule musculare netede. Fasciculele de celule musculare netede sînt dispuse în două straturi și sînt orientate în direcții diferite. Cele adiacente nemijlocit la baza submucoasă formează fascicule circulare de celule musculare netede — *stratum circular* (intern), *stratum circulare*, spre exterior de acesta e situat stratul longitudinal (extern), *stratum longitudinal*, cu orientare respectivă a celulelor. Importanța funcțională a membranei musculare a organelor tubulare din sistemul digestiv constă în a propulsa și mesteca masele alimentare prin

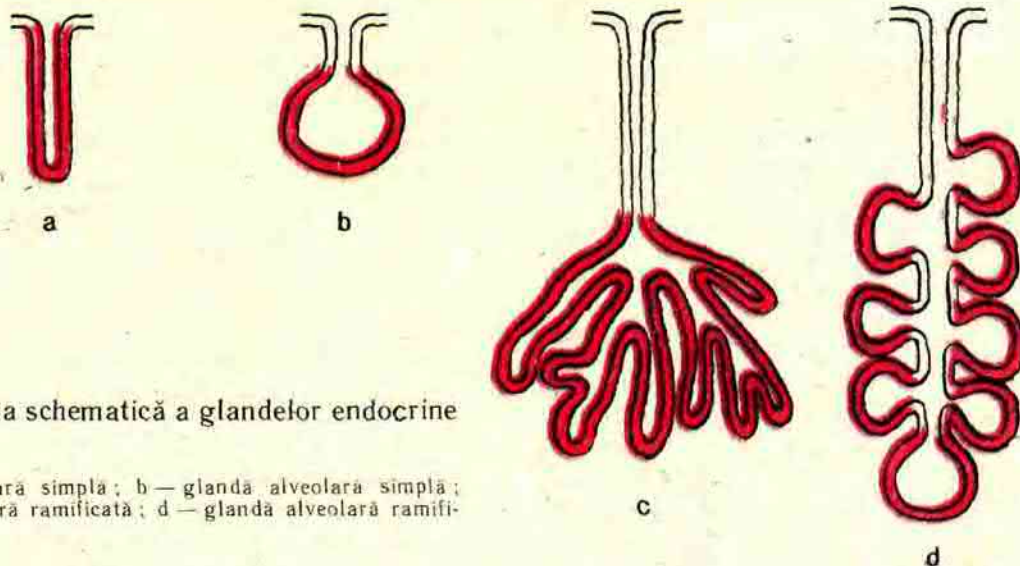


Fig. 2. Structura schematică a glandelor endocrine multicelulare:

a — glandă tubulară simplă; b — glandă alveolară simplă; c — glandă tubulară ramificată; d — glandă alveolară ramificată.

tractul digestiv. În organele sistemului respirator membrana musculară reglează lumenul bronhiilor, iar în organele tubulare ale aparatului urogenital — lumenul căilor urinare.

Advenția, túnica adventitia, sau la unele organe **membrana seroasă, túnica serósa,** constituie foița externă a tuburilor digestiv și respirator, a căilor urinare și genitale și este alcătuit din membrană seroasă sau din țesut conjunctiv fibros lax. Membrana adventițială a unor organe, notamente: faringele, esofagul, trahea, le tapetează pe fața lor exterioară, incorporând vase și nervi. Membrana seroasă (peritoneul) tapetează porțiunea abdominală a esofagului, stomacul, intestinul subțire și alte organe ale cavității abdominale. În cavitatea toracică tegumentul seros al plămînilor se numește pleură. Cordul este acoperit de o foiță viscerală a pericardului seros numită epicard.

Organele interne se află în cavitățile corpului în vecinătatea oaselor scheletului, mușchilor, vaselor și nervilor. Cu ocazia descrierii topografiei organelor în raport spațial cu alte formațiuni ne folosim de noțiuni anatomice speciale. Pentru a desemna poziția organelor față de oasele scheletului folosim vocabula „scheletotopie” (din gr. *tópos* — loc). Poziția unui organ sau grup de organe în corpul uman, în cavitățile lui este desemnată prin termenul „holotopie” (din gr. *hólos* — în întregime, deplin). Pentru a desemna raportul unui organ la alte

organe adiacente se folosește termenul „sintopie” (din gr. *sin* — împreună, în ansamblu).

SISTEMUL DIGESTIV

Din sistemul digestiv (*systema digestorium*) fac parte cavitatea bucală cu organele încorporate, faringele, esofagul, stomacul, intestinul subțire și gros, ficatul, pancreasul.

Funcția acestui sistem constă în tratarea mecanică și chimică a alimentelor ingerate, în absorbirea materiilor digerate și în evacuarea materiilor inabsorbibile și indigeste.

Organele care constituie sistemul digestiv sînt situate în regiunea capului, gîtului și cavităților toracică, abdominală, pelviană. Cavitatea bucală constituie porțiunea incipientă a sistemului. Aici dinții asigură tratarea mecanică a alimentelor, mărunțindu-le și frămîntîndu-le, iar limba asigură amestecarea lor cu saliva evacuată în cavitatea bucală din glandele salivare. Din cavitatea bucală alimentele trec prin faringe, apoi prin esofag și sînt propulsate în stomac. În acesta chimul alimentar se reține pentru cîteva ore și se expune tratamentului cu suc gastric, se rarefiază, se amestecă intens și se expune digestiei. În intestinul subțire în care nimerește chimul alimentar venit din stomac continuă tratamentul chimic ulterior cu bilă, cu secreții ale pancreasului și glandelor intestinale. Bila elaborată de ficat și sucul

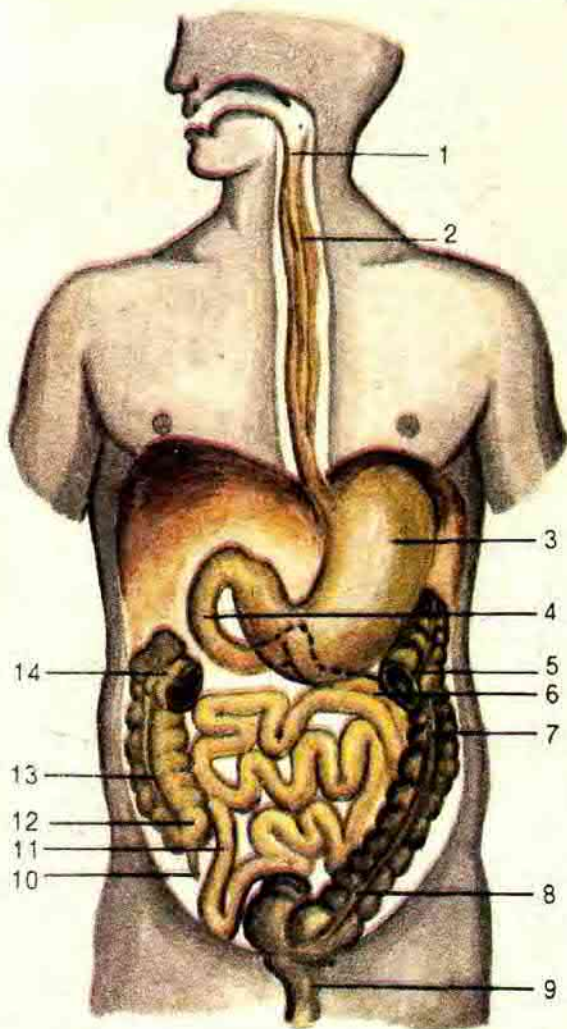


Fig. 3. Schema tubului digestiv.

1 — pharyx ; 2 — oesophagus ; 3 — ventriculus ; 4 — duodenum ; 5, 14 — colon transversum (parțial rezecat) ; 6 — jejunum ; 7 — colon descendens ; 8 — colon sigmoideum ; 9 — rectum ; 10 — appendix vermiformis ; 11 — ileum ; 12 — caecum ; 13 — colon ascendens.

pancreatic secretat de pancreas se scurg la începutul intestinului subțire numit duoden. În jejun și ileon continuă amestecarea intensă a chimului alimentar, ceea ce asigură tratarea lui chimică completă, și absorbția eficientă a materiilor nutritive în capilarele sanguine și limfactice situate în pereții lor. În continuare masele indigeste și inabsorbțibile nimeresc în intestinul gros alcătuit din cec, colonul ascendent, colonul transvers, colonul discendent, colonul sigmoid și rectul. În intestinul gros are loc absorbția apei și formarea masei fecale din deșeurile alimentare.

Cavitatea bucală, faringele și porțiunea incipientă a esofagului sint situate

în regiunea capului și gâtului ; în cavitatea toracică se află partea cea mai mare a esofagului, în cavitatea abdominală — porțiunea terminală a esofagului, stomacul, intestinul subțire, cecul, colonul, ficatul, pancreasul, iar în regiunea pelviană — rectul.

Privit în ansamblu sistemul digestiv reprezintă un tub sau tract digestiv, care începe prin fanta bucală și se termină prin orificiul anal (fig. 3).

CAVITATEA BUCALĂ

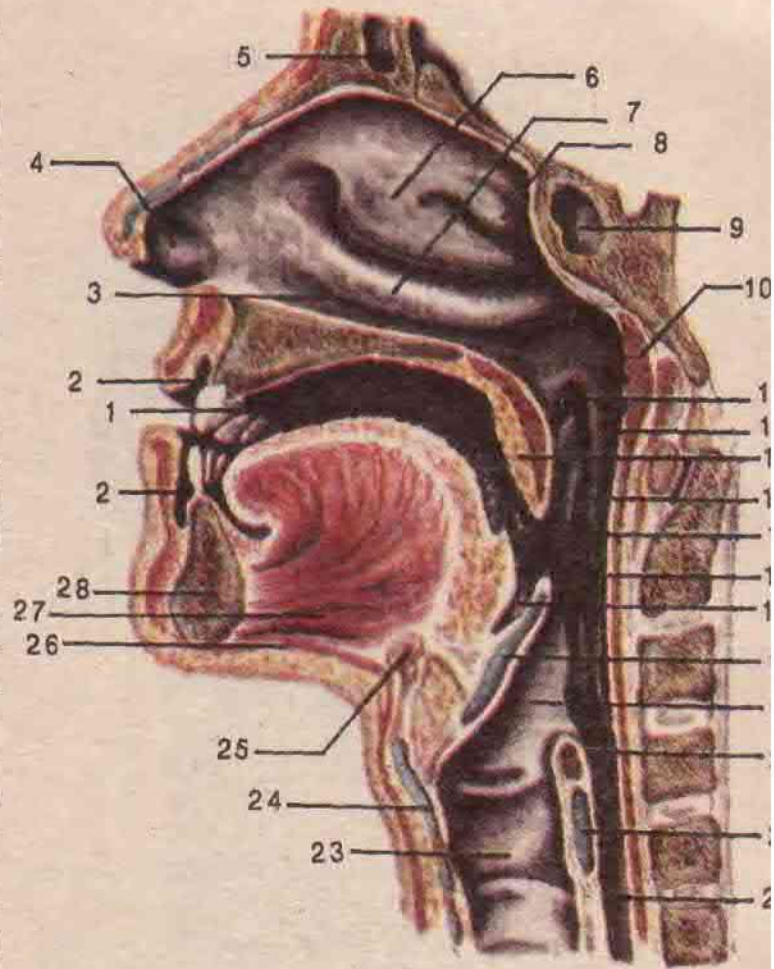
Cavitatea bucală, *căvitas óris*, e situată în partea inferioară a craniului facial și constituie porțiunea incipientă a tubului digestiv (fig. 4). Acest spațiu este delimitat, inferior, de mușchii părții superioare a gâtului, care formează **diafragma (planșeul)** cavității bucale (*diaphragma óris*) ; superior se află palatul, care separă cavitatea bucală de cea nazală. Bilateral, cavitatea bucală este delimitată de obraji, anterior, de buze, iar posterior — printr-un orificiu larg numit **vestibul faringian, făuces**, cavitatea bucală comunică cu faringele (fig. 5). În cavitatea bucală sint amplasați dinții, se află limba, în această cavitate se deschid canalele glandelor salivare mari și mici.

Apofizele alveolare ale maxilarelor și dinții impart cavitatea bucală în **vestibul bucal, vestibulum óris**, și **cavitatea bucală propriu-zisă, căvitas óris própria**. Vestibulul bucal este delimitat în exterior de buze și obraji, iar din interior — de gingii (care sint apofizele alveolare, tapetate cu membrană mucoasă) și dinți. Vestibulul cavității bucale și cavitatea bucală propriu-zisă comunică prin fanta dintre dinții superiori și inferiori. Accesul în cavitatea bucală, mai bine zis în vestibulul ei, se numește **orificiu bucal, rima óris**, și este delimitat de buze.

Buza superioară și buza inferioară, lábium supérius et labium inferius, reprezintă niște cute musculo-cutanate. Baza buzelor este formată de fibrele mușchiului circular al orificiului bucal. Fața externă a buzelor e acoperită cu piele, iar cea internă este tapetată cu o membrană mucoasă. La marginea buzelor pielea trece treptat în mucoasă (zona de tranziție,

Fig. 4. Cavitatea bucală și cavitatea faringiană (secțiune sagitală).

1 — cavitas oris propria; 2 — vestibulum oris; 3 — meatus nasi inferior; 4 — vestibulum nasi; 5 — sinus frontalis; 6 — concha nasalis media; 7 — concha nasalis inferior; 8 — concha nasalis superior; 9 — sinus sphenoidalis; 10 — tonsilla pharyngealis (adenoidea); 11 — ostium pharyngeum tubae auditivae; 12 — torus tubarius; 13 — palatum molle (velum palatinum); 14 — pars oralis; 15 — tonsilla palatina; 16 — isthmus faucium; 17 — radix linguae (tonsilla lingualis); 18 — epiglottis; 19 — plica aryepiglottica; 20 — pars laryngea; 21 — cartilago cricoidea; 22 — esophagus; 23 — trachea; 24 — cartilago thyroidea; 25 — os hyoideum; 26 — m. geniohyoideus; 27 — m. genioglossus; 28 — mandibula.



intermediară). Membrana mucoasă a buzelor în vestibulul cavității bucale trece pe apofizele alveolare ale maxilarelor și formează pe linie mediană niște pliuri bine pronunțate — frenulul labial superior și frenulul labial inferior, *frenulum labii superioris et frenulum labii inferioris*. Buzele superioară și inferioară, delimitând orificiul bucal, în stînga și în dreapta trec una în alta în colțurile gurii prin **comisura labială** (*commissura labiorum*).

Obrajii, buccae, drept și stîng, delimitează bilateral cavitatea bucală. În profunzimea obrazilor e situat mușchiul buccinator (*m. buccinator*). Pe fața externă obrazul ca și buzele e acoperit de derm, iar din interior e tapetat de membrana mucoasă care trece apoi pe buze. Între piele și mușchiul buccinator se află o depresiune în care se acumulează țesut adipos, ce formează **corpul adipos al obrazului, corpus adiposus buccae**, deosebit de dezvoltat la copii. Dezvoltarea excesivă a corpului adipos din obrazii copiilor sugari duce la îngroșarea peretelui cavității bucale, minimalizînd astfel efectele presiunii atmosferice asupra cavității bucale a copilului în timpul actului de supt. Pe mucoasa obrazilor în vestibulul cavității bucale se deschide canalul glandei salivare parotide. Ostiul acestui canal se află la nivelul molarului II superior și uneori formează o p a-

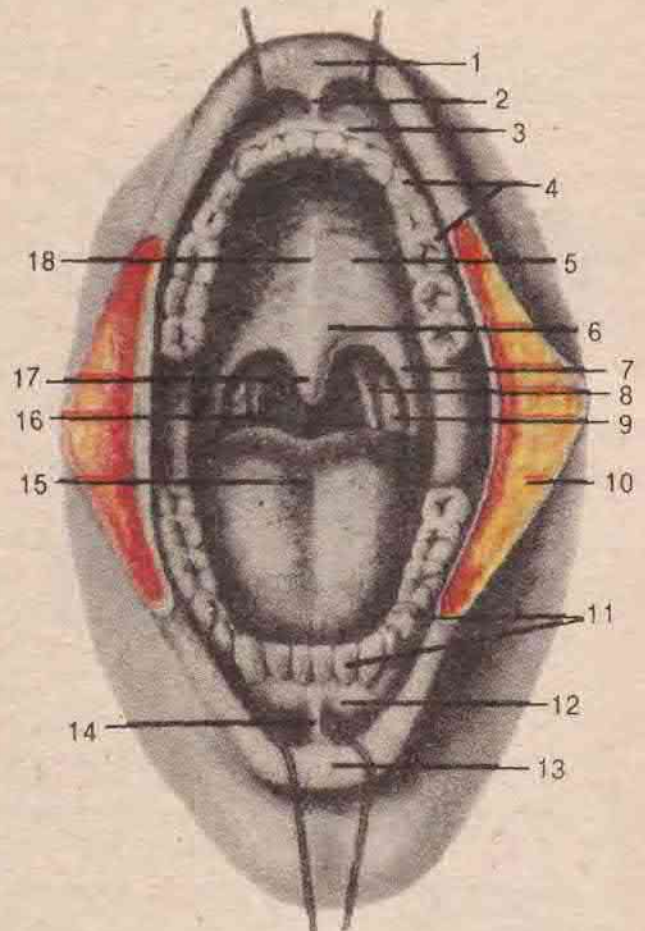


Fig. 5. Cavitatea bucală; aspect anterior.

1 — labium superius; 2 — frenulum labii superioris; 3, 12 — gingiva; 4 — arcus dentalis superior; 5 — palatum durum; 6 — palatum molle (velum palatinum); 7 — arcus palatoglossus; 8 — arcus palatopharyngeus; 9 — tonsilla palatina; 10 — suprafața obrazului rezecat; 11 — arcus dentalis inferior; 13 — labium inferius; 14 — frenulum labii inferioris; 15 — dorsum linguae; 16 — fauces; 17 — uvula palatina; 18 — raphe palati.

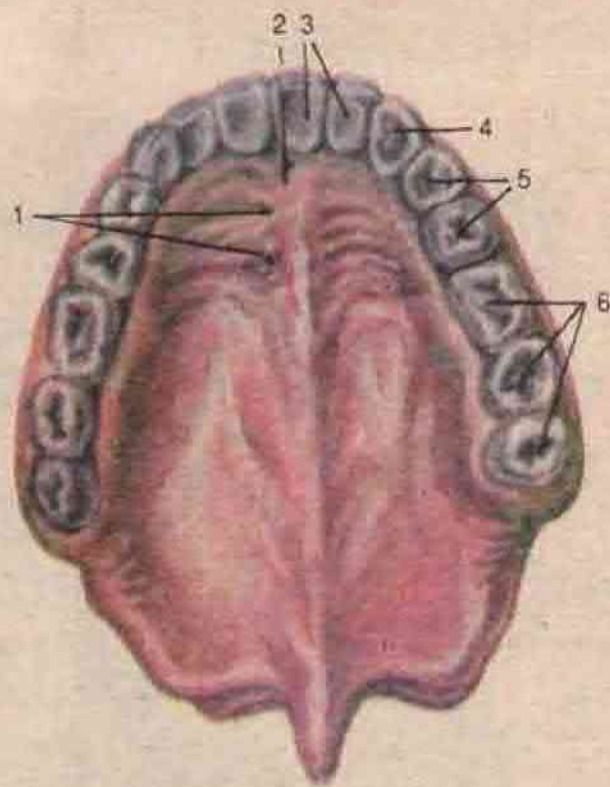


Fig. 6. Dinții permanenți ai maxilei și mucoasa palatină; aspect posterior.

1 — plicae palatinae transversae; 2 — papilla incisiva; 3 — dentes incisivi; 4 — dens caninus; 5 — dentes premolares; 6 — dentes molares.

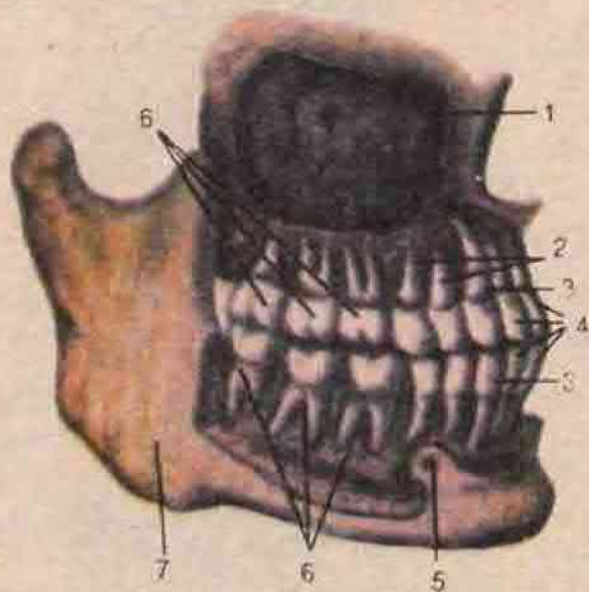


Fig. 7. Dinții permanenți și rădăcinile lor; aspect din dreapta. Porțiunile anterolaterale ale apofizei alveolare maxilare și părți alveolare mandibulare sînt rezecate; sinusul maxilar e secționat.

1 — sinus maxillaris; 2 — dentes premolares; 3 — dentes canini; 4 — dentes incisivi; 5 — for. mentale; 6 — dentes molares; 7 — mandibula.

pilă a glandei parotide, *papilla parotidea*.

Dinții

Dinții *dentes*, sînt situați în alveolele dentare ale maxilei și mandibulei pe marginile superioare ale gingiilor (fig. 6,7). Ca origine ei reprezintă niște papile modificate ale mucoasei cavității bucale. Ca compoziție chimică și caractere fizice dinții se aseamănă cu oasele, însă se disting de acestea prin provenire și structură: ei nu sînt acționați de mușchi, sînt fixați imobil cu rădăcinile în alveole, formînd o joncțiune neîntreruptă numită gomfoză, *gomphosis*.

Funcția dinților constă în a capta, a decupa și tritura alimentele. Dinții omului participă de asemenea la vorbirea articulată, contribuind la pronunțarea unor sunete.

Toți dinții omului au același plan de structură. Dintele este alcătuit din coroană, col și rădăcina (fig. 8). Coroana dintelui, *corona dēntis*, e cea mai masivă porțiune a lui și proeminează de asupra gingiei. Pe coroanele tuturor dinților distingem cîteva laturi sau fețe. Fața linguală, *facies linguālis*, este orientată spre limbă; fața vestibulară, *facies vestibularis (facialis)*, este orientată în vestibulul bucal; fața de contact, *facies contactus*, e orientată spre un dinte vecin din aceeași serie. Dințele are două fețe de contact: medială (anterioară) și distală (posteroară). Fața ocluzală (de masticatie), *facies oclusālis*, constituie fața de contact a seriilor superioară și inferioară de dinți la ocluziunea lor.

În alveola dentală se află rădăcina dintelui, *radix dēntis*, de formă conică. Fiecare dinte posedă de la una la trei rădăcini. Rădăcina dintelui se termină cu un *apex (apex radiceis)*, în care se află un orificiu minuscule, *foramen apicis dentis*. Colul dintelui, *collum dēntis*, reprezintă o ușoară îngustare a dintelui, o strangulație între coroană și rădăcină. Colul dintelui este încorsetat de mucoasa gingivală. În interiorul dintelui se află o cavitate dentară de dimensiuni mici, *cavitas dentis* (pulpa-

ris), care formează cavitatea coronală, *cavitas coronalis*, și se prelungește în rădăcina dintelui, formînd canalul rădăcinii dintelui (*canalis radices dentis*). Orificiul apexului dintelui deschide intrarea în acest canal. Prin el în interiorul dintelui intră o arteră, nervi, ajungînd prin canalul rădăcinii dintelui pînă la pulpa dintelui (*pulpa dentis*), care umple cavitatea dentară, tot de aici iese o venă.

Substanța dintelui este alcătuită din dentină, adamantină (smalț dentar) și ciment. Dentina, *dentinum*, formează masa de fond a dintelui situată în jurul cavității dentale și în jurul canalului rădăcinii dintelui. Pe din afară coroana dintelui este acoperită cu adamantină (smalț dentar), *enamelum*, iar rădăcina — de ciment, *ceméntum*. În alveolele dentare rădăcinile dinților cresc tenace cu periostul alveolar.

La copii primii dinți apar la 5—7 luni, iar în vîrsta de 2—2,5 ani numărul lor ajunge pînă la 20 (fig. 9). Aceștia sînt **dinții de lapte** sau căzători, *dentes decidui*. La copii de 5—7 ani dinții de lapte încep să cadă cedînd locul **dinților permanenți**, *dentes permanentes*. La omul matur în condiții normale există 32 de dinți.

Avînd același plan de structură dinții omului diferă ca formă și dimensiuni în funcție de locul de amplasare a lor în alveolele maxilarelor. Distingem patru forme de dinți: incisivi, canini, premolari și molari (fig. 10, 11). Diferențele de formă ale dinților țin de adaptarea lor în procesul evoluției la captarea și tratarea mecanică a alimentelor variate. De exemplu, incisivii sînt adaptați la decupare (separare din bloc) a hranei, caninii pentru sfișierea, premolarii — pentru fragmentare, iar molarii, dotați cu tuberculi, — servesc pentru triturarea alimentelor. Dinții omului sînt dispuși simetric în formă de două serii de dinți — superioară și inferioară. Seria superioară și inferioară de dinți permanenți e alcătuită fiecare din 16 dinți plasați în alveolele respective ale maxilei și mandibulei. De fiecare parte a seriei dentare, pornind de la planul median, sînt situați cîte 8 dinți. Indiferent de parte —

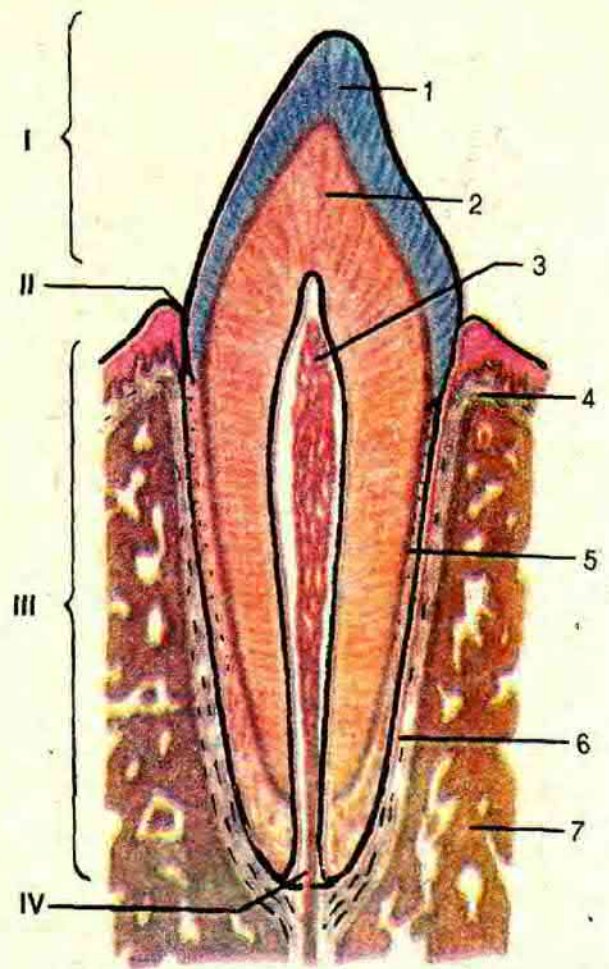


Fig. 8. Structura schematică a dintelui.

1 — enamelum ; 2 — dentinum ; 3 — pulpa dentis ; 4 — gingiva ; 5 — cementum ; 6 — periodontium ; 7 — os ; I — corona dentis ; II — cervix dentis ; III — radix dentis ; IV — canalis radices dentis.

dreaptă sau stîngă, și de serie — superioară sau inferioară — printre acești 8 dinți distingem, pornind lateral de la planul median: 2 incisivi, 1 canin, 2 premolari și 3 molari. Prin urmare numărul de dinți de pe o parte a maxilei sau de pe o jumătate din mandibulă poate fi prezentat prin următoarea serie de cifre: 2, 1, 2, 3. Fiecare cifră din serie denotă numărul de dinți de anumită formă, pornind de la planul median. Înregistrarea dinților în formă de serie de cifre a primit numirea de formulă dentară. Formula dentară deplină la omul matur are următorul aspect:

3 2 1 2 2 1 2 3

3 2 1 2 2 1 2 3

În această formulă deasupra liniei orizontale sînt prezentați dinții maxilei,

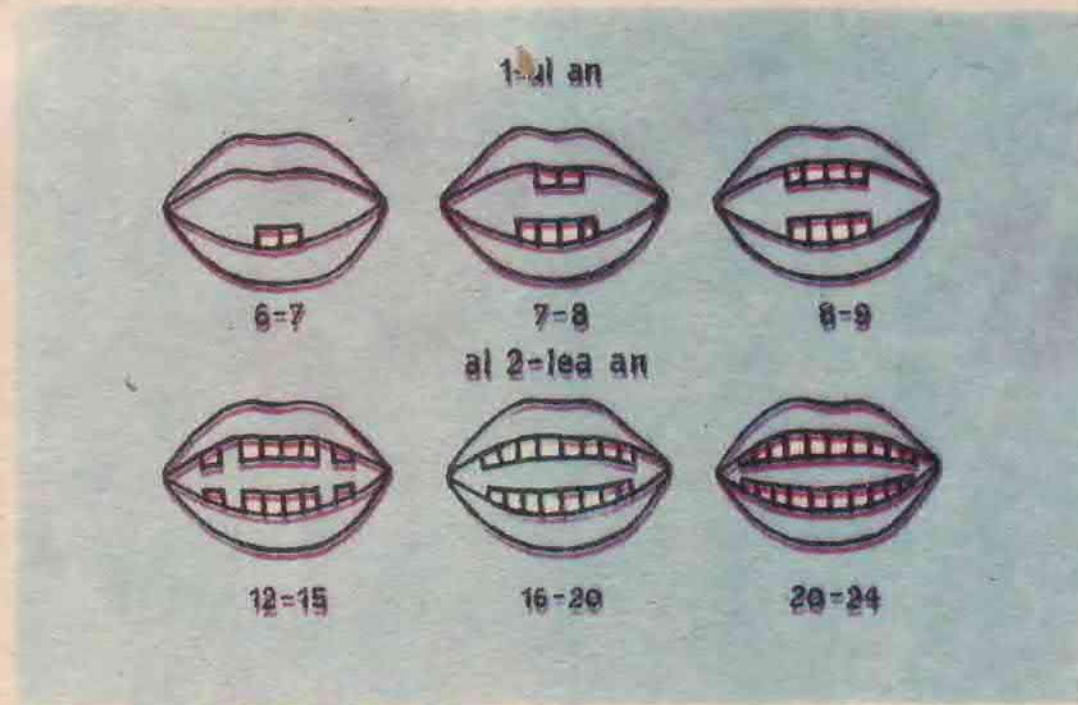


Fig. 9. Termenele de erupție a dinților de lapte (schema).

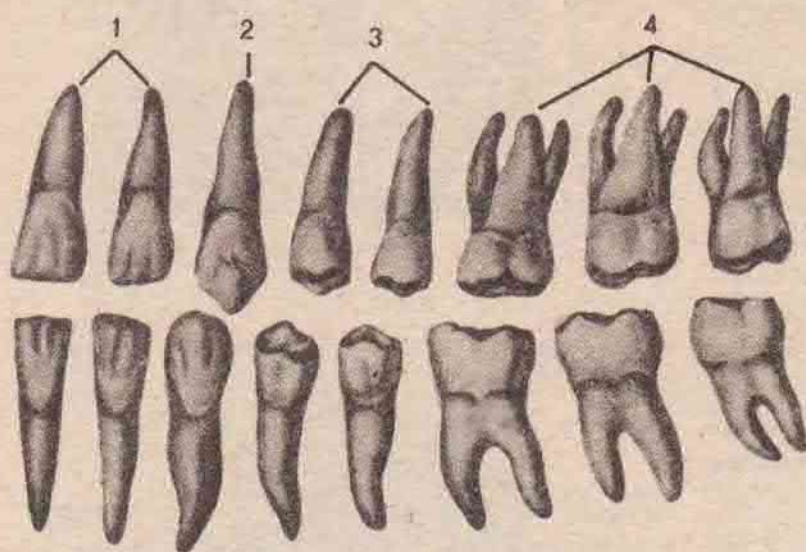


Fig. 10. Dinții permanenți, partea dreaptă; fața linguală.

1 — dentes incisivi; 2 — dens caninus; 3 — dentes premolares; 4 — dentes molares.

iar mai jos de ea — dinții mandibulei. Linia verticală împarte seriile în dinți de dreapta și dinți de stânga.

Printre dinții temporari lipsesc premolariii, iar molarii nu sînt trei la număr, ci numai doi. Prin urmare, pe maxilă sau mandibulă distingem pe o singură parte următorii dinți temporari: 2 incisivi, 1 canin și 2 molari (molari de lapte) (2 1 0 2). Formula deplină a danturii temporare are următorul aspect :

2 0 1 2 2 1 0 2

2 0 1 2 2 1 0 2

Incisivii, caninii și molarii diferă prin forma coroanei și numărul de rădăcini.

Incisivii, *dentes incisivi*, au o coroană în formă de dalta. Marginea ei secantă este îngustă și formează o creastă secantă cupantă. Coroanele incisivilor superiori sînt mult mai late decît la cei inferiori. Incisivii au o singură rădăcină de formă conică, la incisivii inferiori fiind compresată bilateral. Deosebim incisivi mediali și laterali în funcție de amplasarea lor în raport spațial cu planul median.

Caninii, *dentes canini*, au o coroană de formă conică cu vîrf acuminat. Dintele canin are o singură rădăcină lungă și compresată bilateral. La caninii inferiori rădăcina este mai scurtă decît la cei superiori și la apex poate fi bifurcată.

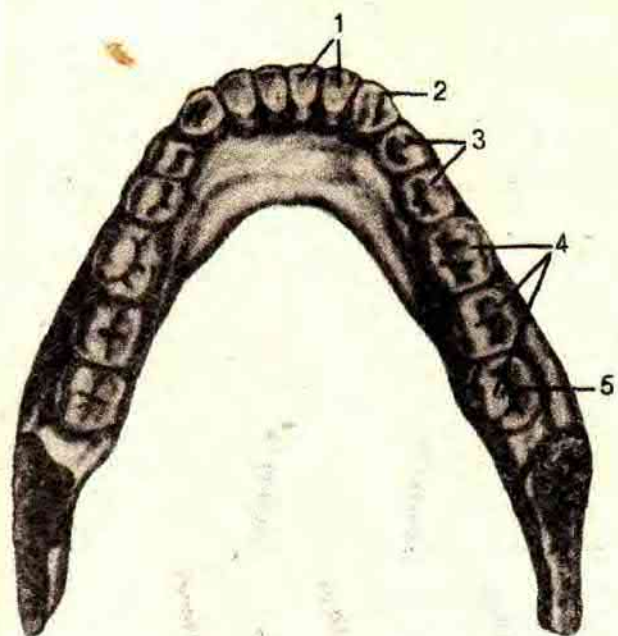


Fig. 14 — Dinții permanenți ai maxilei; aspect superior.

1 — dentes incisivi; 2 — dens caninus; 3 — dentes premolares; 4 — dentes molares; 5 — dens serotinus.

Uneori caninii inferiori pot avea rădăcină dublă.

Premolarii, dentes premolares, sînt situați posterior de canini. Coroana premolarului, privită pe fața de angrenare, are o formă rotundă sau ovală. Înălțimea coroanei este mult mai mică decît la canini. Pe fața ocluzivă a coroanei (suprafața de angrenare) distingem 2 tuberculi trituranți de formă conică. Unul — din partea vestibulului bucal, celălalt — din partea linguală. Această formă de suprafață triturantă a premolarilor asigură fragmentarea și triturarea alimentelor. Premolarul are o singură rădăcină de formă conică. Rădăcina primului premolar superior în jumătate din cazuri poate avea apexul bifurcat.

Molarii, dentes molares, sînt situați posterior de premolari. Dimensiunile lor merg diminuînd în direcție antero-posterioară. Molarul III este cel mai mic și mai întîrziat în erupție, din care cauză e numit molar de mîntre sau întîrziat, *dens serotinus*. Uneori dinții de mîntre lipsesc. Coroana molarilor are o formă cuboidă. Pe fața triturantă a coroanei există de la 3 la 5 tuberculi. Prezența lor pe fețele triturante ale molarilor asigură numeroase puncte de con-

tact în timpul angrenării maxilarelor și contribuie la triturarea alimentelor. Molarii inferiori au 2 rădăcini (anterioară și posterioară), iar cei posteriori — 3 (1 linguală și 2 orientate spre obraji).

Dinții temporari au o structură internă și externă asemănătoare cu cea a dinților permanenți, însă sînt de două ori mai mici ca dimensiune. Adamantina dinților temporari e de nuanță mata, albă sau albăstrie, spre deosebire de nuanța gălbuie a adamantinei dinților constanți. Rădăcinile dinților temporari sînt subdezvoltate, pe cînd colul este bine pronunțat.

La apropierea maxilarelor are loc angrenarea dinților superiori și inferiori. Această angrenare a primit numirea de ocluziune. În caz de angrenare normală, grație dimensiunii mari a arcadei alveolare și orientării dinților seriei superioare

Tabelul 1. Termenii de erupție a dinților deciduali și permanenți

Dintele	Maxila sau mandibula	Termenii de erupție a dinților	
		deciduali (luni)	permanenți (ani)
Incisivul medial	Maxila	7—8	7—8
	Mandibula	6—7	6—7
Incisivul lateral	Maxila	8—9	8—9
	Mandibula	7—8	7—8
Caninul	Maxila	18—20	11—12
	Mandibula	16—18	9—10
Premolarul I	Maxila	—	10—11
	Mandibula	—	10—12
Premolarul II	Maxila	—	10—12
	Mandibula	—	11—12
Molarul I	Maxila	14—15	6—7
	Mandibula	12—13	6—7
Molarul II	Maxila	23—24	12—13
	Mandibula	20—22	11—13
Molarul III	Maxila	—	17—21
	Mandibula	—	12—26

spre exterior, dinții maxilei acoperă parțial dinții mandibulei (angrenare în foarfecă sau exactă). Incisivii superiori trec anterior de cei inferiori, iar tuberculii vestibulari ai molarilor și premolarilor de pe maxilă se dispun spre exterior față de aceeași tuberculi de pe coroanele dinților mandibulari. În caz de angrenare corectă nu are loc o incidentă precisă a dinților din seria superioară și inferioară din cauza necorespunderii dimensiunilor lor. De exemplu, incisivul medial superior este mai lat decât cel inferior și contactează cu partea secantă nu numai cu incisivul medial inferior ci și cu cel lateral inferior. Pornind de aici, dinții următori contactează nu cu unul ci cu doi dinți din seria opusă.

Dinții de lapte și cei definitivii erup în anumite perioade de vîrstă (tab. 1). Termenele de erupție a lor depind de asemenea de nutriția copilului și de alte condiții. Subțierea gingiei și apariția coroanei dintelui în cavitatea bucală se numește erupție a dintelui. Erupția dinților temporari începe de obicei pe la jumătatea primului an de viață și se termină la începutul anului întâi de viață. Primii erup incisivii, apoi primii molari, caninii și ultimii apar molarii II. Între vîrsta de 3 și 6—7 ani funcționează numai dinții temporari. Primordiile dinților definitivii se formează foarte timpuriu și pînă la erupție sînt situate între rădăcinile dinților temporari. Înainte de erupția unui dinte definitiv cel temporar cade. Erupția dinților definitivii începe la vîrsta de 6—7 ani și se termină pe la 13—15 ani. Molarii de minte (molarii III) erup în perioada de la 12 la 26 de ani.

Primii dintre dinții definitivii erup primii molari inferiori, apoi incisivii mediali și primii molari superiori, apoi incisivii laterali. Mai tîrziu erup primii premolari, după ei caninii, premolarii II și în sfîrșit molarii II.

Vom menționa că la fete erupția dinților se produce mai devreme decât la băieți. Odată cu vîrsta (în senescență) din cauza involuției generale a organismului se observă căderea dinților definitivii (vezi tab. 1).

Anomaliile dentare se caracterizează

prin tulburări de amplasare, de număr și formă a dinților. Dinții pot fi amplasați nu pe marginea apofizelor alveolare ale maxilarelor, ci pe fețele lor laterale, orientate spre vestibulul bucal sau în cavitatea bucală propriu-zisă. Uneori dinții erup din palatul dur, penetrînd în cavitatea nazală. Sînt descrise cazuri de absență a incisivilor laterali superiori, a premolarilor II. Deseori se înregistrează modificări de formă a dinților: rădăcini prea lungi, prea scurte sau cotite sub diferite unghiuri, număr excesiv de rădăcini sau tuberculi pe fața triturantă a coroanei dintelui.

Gingiile, gingivae, reprezintă o membrană mucoasă care tapetează apofizele alveolare ale maxilei și mandibulei, care proeminează sub formă de arcuri la limita dintre vestibulul cavității bucale și cavitatea bucală propriu-zisă. Membrana mucoasă a gingiilor este foarte compactă, groasă, încorsetează colul dinților și concrește tenace cu periostul apofizelor alveolare.

Limba

Limba, *lingua*, este un organ muscular, care participă la mixționarea alimentelor în cavitatea bucală, la actele de deglutiție, de articulație a vorbirii și poartă pe suprafața lui organul gustativ. Limba este situată pe peretele inferior al cavității bucale (pe planșeu) și, cînd arcurile dentare sînt angrenate, ea ocupă aproape în întregime această cavitate, adică mulează pe palatul dur, pe gingii și dinți.

Limba reprezintă un corp plat de formă oval-oblongată. Partea ei anterioară se îngustează, formînd *apexul* (virful) *limbii* (fig. 12), *apex linguae*, iar partea posterioară, lată și groasă constituie rădăcina ei, *rădix linguae*. Între apex și rădăcină se întinde *corpul limbii*, *corpus linguae*. Fața superioară sau *dorsul limbii*, *dorsum linguae*, este convexa în sens superoposterior (spre boltă și faringe). Fața inferioară a limbii, *facies inferior linguae*, se desemnează numai în partea anterioară a limbii (în regiunea apexului și începutul corpului limbii). În partea

Fig. 12. Limba, partea laringiană a faringelui; aspect superior.

1 — apex linguae; 2 — corpus linguae; 3 — margo linguae; 4 — sul. medianus linguae; 5 — papillae foliatae; 6 — papillae fungiformes; 7 — papillae vallatae; 8 — sul. terminalis; 9 — for. caecum; 10 — radix linguae; 11 — tonsilla lingualis; 12 — plica glossoepiglottica mediana; 13 — epiglottis; 14 — recessus piriformis; 15 — plica aryepiglottica; 16 — rima glottidis; 17 — incisura interarytenoidea.

stingă și în partea dreaptă limba are margini, *margo linguae*. La palparea limba este moale, forma și dimensiunile ei se modifică neconținut.

Pe dorsul limbii trece brazda mediană, *sulcus medianus linguae*, formată de pe urma concreșterii a două părți laterale a limbii în perioada dezvoltării embrionale. În sens posterior această brazdă se termină cu o fosă, numită orificiu orb. Orificiul orb al limbii, *foramen caecum linguae*, se află la limita dintre rădăcină și corpul limbii și constituie locul de formare a excrescenței intestinului primar ce formează primordiul glandei tiroide. Anterior și bilateral de orificiul orb spre marginile limbii trece un șanț nu prea adânc, *sulcus terminalis*, care desemnează linia limitrofă dintre corp și rădăcina limbii. Masa de fond a limbii este alcătuită din mușchi tapetați în exterior de o membrană mucoasă.

Tunica mucoasă a limbii, tunică mucosae linguae, de culoare roz pală, pe fața dorsală, pe marginile corpului și pe apexul limbii are un aspect catifelat din cauza numeroaselor excrescențe numite papile linguale, *papillae linguales*. Papilele linguale la om au dimensiuni și formă variată, comportă vase sanguine și nervi, acestea fiind conductorii sensibilității olfactive sau generale, fiecare papilă linguală reprezintă o excrescență de țesut conjunctiv tapetat ca și toată membrana mucoasă cu un epiteliu plat multistratificat necornificat. Distingem următoarele tipuri de papile. Papile

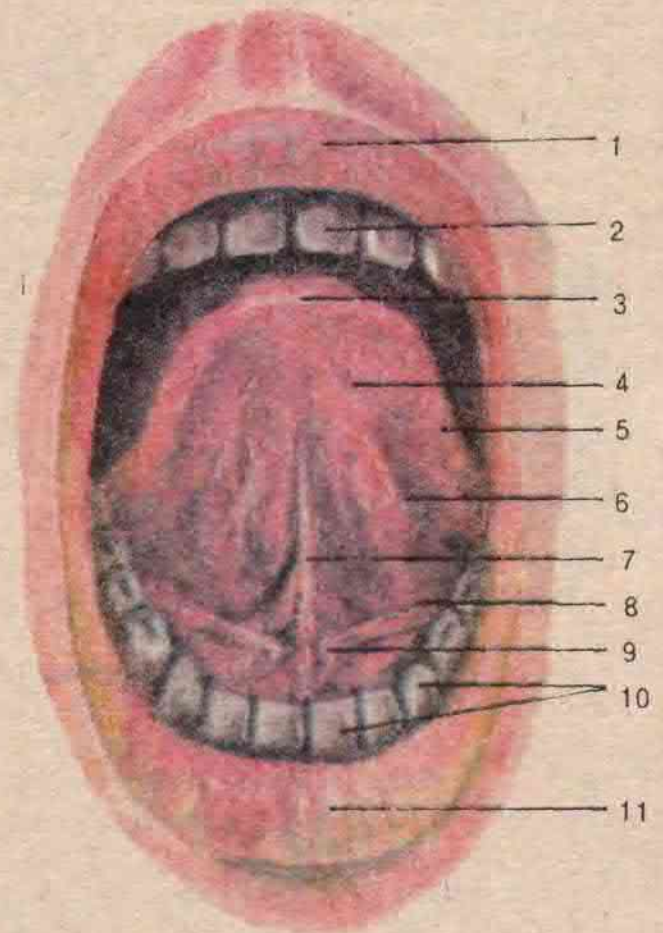
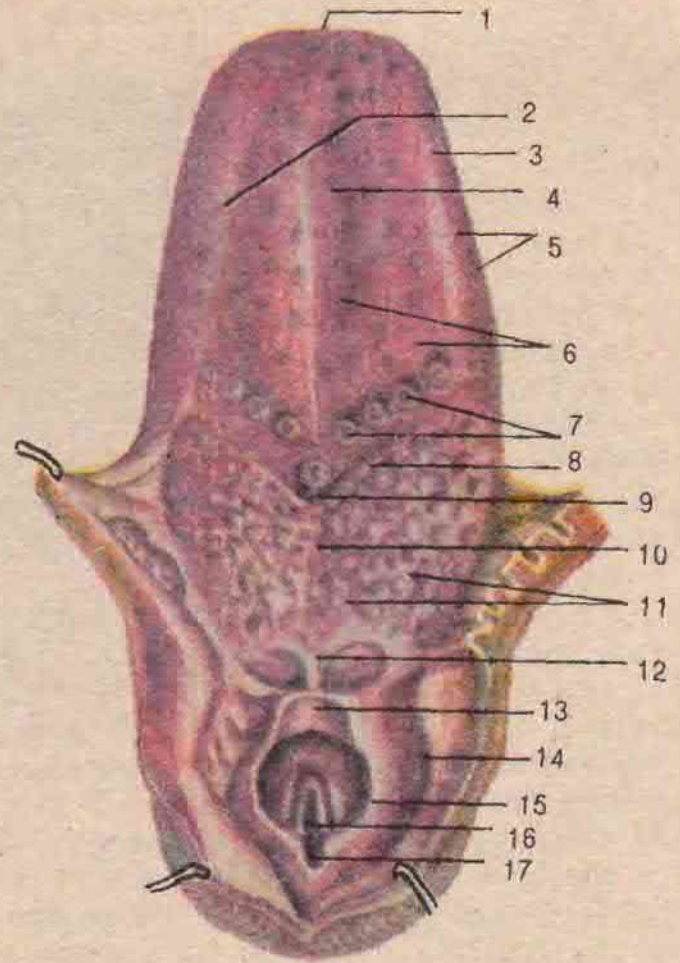


Fig. 13. Fața interioară a limbii și regiunea sublinguală.

1 — labium superius; 2 — dentes superiores; 3 — apex linguae; 4 — facies inferior linguae; 5 — margo linguae; 6 — plica fimbriata; 7 — frenulum linguae; 8 — plica sublingualis; 9 — caruncula sublingualis; 10 — dentes inferiores; 11 — labium inferius.

filiforme și conice, *papillae filiformes et papillae conicae*, cele mai numeroase, ele sînt dispuse pe toată fața dorsală a limbii, anterior de șanțul terminal.

Papilele fungiforme, *papillae fungiformes*, sînt localizate mai ales în regiunile apicală și marginale ale limbii. Ele au o bază îngustată și un vîrf sferic dilatat. În papile se află corpusculii gustativi de la care pornesc nervii conductorii de sensibilitate gustativă. Papilele fungiforme sînt mai puține la număr decît cele filiforme și conice, însă sînt mai mari ca dimensiune și pot fi observate cu ochiul liber.

Papilele valate (inconjurate de val), *papillae vallatae*, în număr de 7—12 sînt situate anterior de brazda terminală și orificiul orb pe o linie ce amăneste cifra romană V. Diametrul unei asemenea papile echivalează cu 2—3 mm. În centrul papilei se află o proeminență ce poartă corpusculii gustativi, iar în jurul ei e situat un val delimitat de proeminența centrală printr-un șanț îngust.

Papilele foliate, *papillae foliatae*, au aspect de lamele plate alungite și sînt situate pe marginile limbii.

Membrana mucoasă a rădăcinii limbii e lipsită de papile, însă e dotată cu numeroase proeminențe ce conțin folicule limfoide. Totalitatea foliculelor din mucoasa rădăcinii limbii a fost denumită **amigdala linguală** (*tonsilla linguális*) (vezi „Organele sistemului imun”). Membrana mucoasă a feței inferioare a limbii este netedă, fină, formează două plice franjurate, *plicae fimbriatae*, confluențe spre apexul limbii, iar la trecerea lor în planșeul cavității bucale formează la proiecția liniei mediane **frenul limbii**, *frenulum linguae*. Bilateral de frenul e situată o proeminență pară — **papila sublinguală**, *caruncula sublingualis*, pe care se deschid ducturile de secreție a glandelor salivare submandibulare și sublinguală (fig. 13). Posterior de papila sublinguală se află o **plică sublinguală longitudinală**, *plica sublingualis*, care corespunde glandei salivare omonime situate aici.

Mușchii limbii, *músculi linguae*, sînt pari, formați din fibre musculare stria-

te. Septul longitudinal fibros al limbii, *septum linguae*, împarte limba în două jumătăți simetrice, separînd mușchii unei părți de mușchii celeilalte. Acest sept e orientat vertical în plan median. Marginea lui superioară nu ajunge pînă la mucoasa dorsală a limbii și coincide cu șanțul median al ei.

În limbă putem distinge două grupe de mușchi: mușchi proprii, avînd origine și inserție în profunzimea limbii (mușchiul longitudinal superior, longitudinal inferior, transversal și vertical) (fig. 14), și mușchi scheletici, avînd originea pe oasele scheletului capului, dincolo de limitele limbii, și inserție în profunzimea limbii (mușchiul genioglos, mușchiul hioglos și cel stiloglos) (fig. 15).

Mușchiul longitudinal superior, *m. longitudinalis superior*, este situat în etajele superioare ale limbii nemijlocit sub membrana mucoasă. Își ia originea în profunzimea rădăcinii limbii, iar cu anumite fascicule ale lui — pe fața anterioară a epiglotei, pe coarnele mici ale osului hioid și se inseră în regiunea apexului. **Acțiune**: contractă limba, îi ridică apexul în sus.

Mușchiul transversal al limbii, *m. transversus linguae*, este alcătuit din fascicule ce pornesc transversal de la septul limbii în ambele părți spre margini. Fasciculele musculare se inseră în mucoasa marginilor dreaptă și stîngă ale limbii. **Acțiune**: reduce dimensiunile transversale ale limbii, ridică dorsul limbii.

Mușchiul vertical al limbii, *m. verticalis linguae*, e situat mai ales în porțiunile laterale ale limbii între mucoasa dorsală și fața inferioară a limbii. **Acțiune**: aplatisează limba.

Mușchiul genioglos, *m. genioglossus*, își ia originea pe spina mandibulei. Fibrele lui trec posterosuperior bilateral de septul lingual și se inseră în profunzimea limbii. **Acțiune**: tracțiune anteroinferioară a limbii.

Mușchiul hioglos, *m. hyoglossus*, are originea pe coarnele mari și pe corpul osului hioid, trece anterosuperior și se inseră în porțiunile laterale ale limbii. **Acțiune**: tracțiune posteroinferioară a limbii.

Mușchiul stiloglos, *m. styloglossus*,

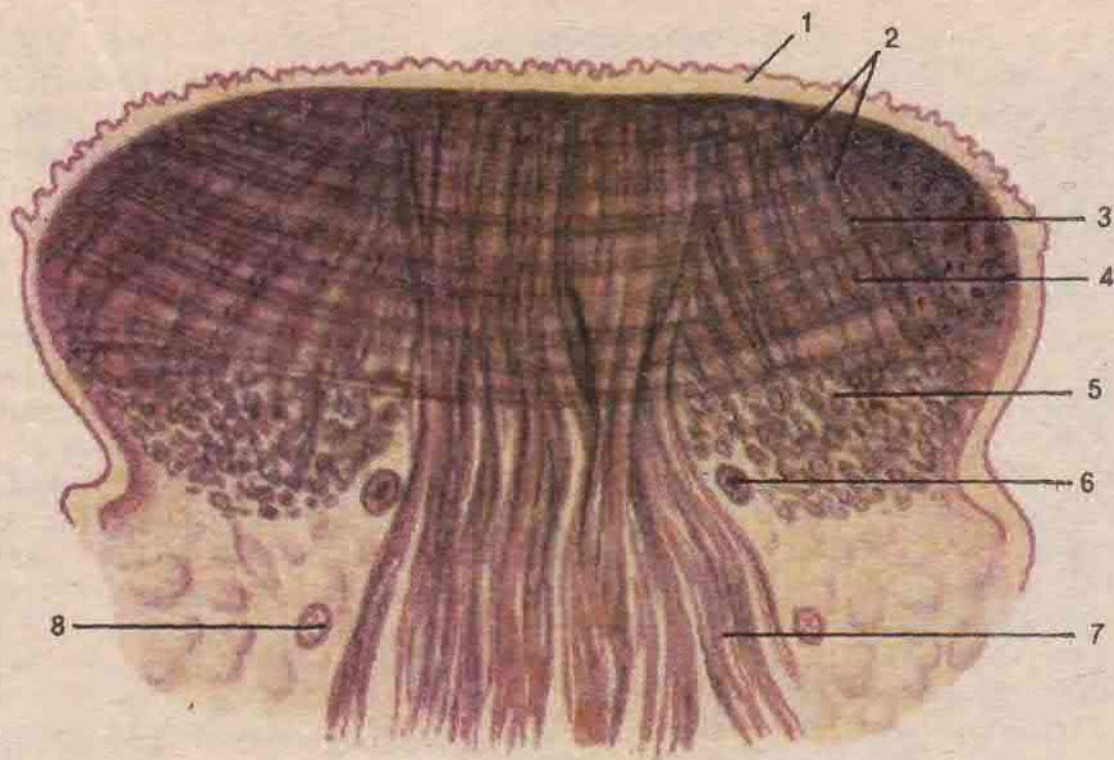


Fig. 14. Limba (secțiune transversală).

1 — tunica mucosa linguae; 2 — m. longitudinalis superior; 3 — m. transversus linguae; 4 — m. verticalis linguae; 5 — m. longitudinalis inferior; 6 — a. lingualis; 7 — m. genioglossus; 8 — n. lingualis.

are originea pe apofiza stiloidă și pe ligamentul stilohioid, se îndreaptă inferoanterior și medial, pătrunde lateral în profunzimea limbii. **A c ț i u n e:** tracțiune posterosuperioară a limbii; în contracție unilaterală tracționează limba în partea omonimă.

Mușchii limbii formează în profunzimea ei un sistem complicat de fibre musculare întreșute, ceea ce îi conferă o mare mobilitate și variabilitate a formei.

Vasele și nervii limbii. Limba este irigată din artera linguală (ce deviază de la artera carotida externă), ramificându-se pînă la capilare, ce în limba formează o rețea deasă. Singele venos este transportat spre vena omonimă (*v. lingualis*), afluentă a venei jugulare interne. Vasele limfatice de la limba se îndreaptă spre ganglionii limfatici submentali, submandibulari și laterali cervicali profunzi.

Nervii limbii provin din diferite surse. Inervația motorie a mușchilor limbii e realizată de nervul hipoglos (perechea XII). Inervația sensibilă a mucoasei în primele 2/3 ale limbii e realizată de terminațiile nervului lingual (din nervul

mandibular — ramura a treia a nervului trigemen, perechea V), iar în treimea

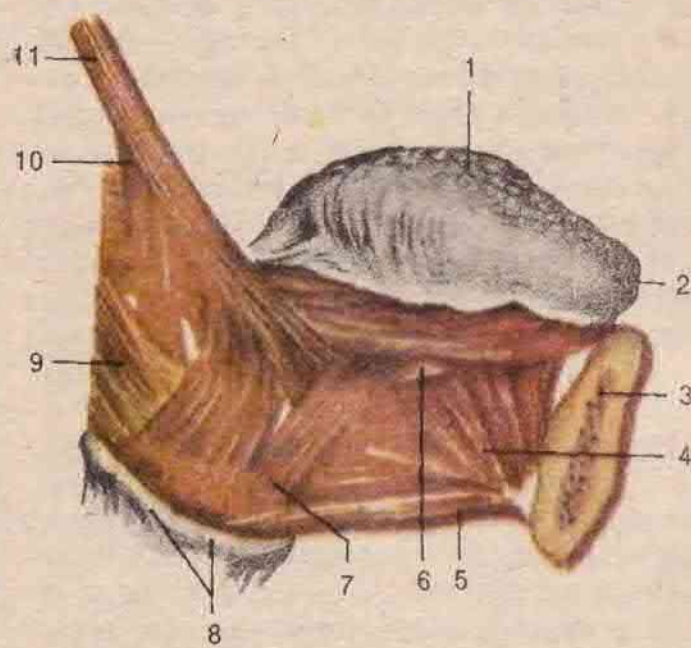


Fig. 15. Mușchii limbii; aspect lateral (din dreapta). Jumătatea dreaptă a mandibulei e rezecată.

1 — dorsum linguae; 2 — apex linguae; 3 — mandibula; 4 — m. genioglossus; 5 — m. geniohyoideus; 6 — m. longitudinalis inferior; 7 — m. hyoglossus; 8 — os hyoideum; 9 — m. constrictor pharyngis medius; 10 — m. stylopharyngeus; 11 — m. styloglossus.

posteriora a limbii — de terminațiile nervului glosofaringian (perechea IX), iar în membrana mucoasă din regiunea rădăcinii limbii intră o ramură a nervului faringian superior (din nervul vag, perechea X). Inervația gustativă în treimea posterioră a limbii e realizată de nervul glosofaringian, iar în celelalte 2/3 anterioare — din nervul facial prin intermediul coardei timpanului, fibrele căreia intră în componența nervului lingual.

Glandele cavității bucale

Din glandele cavității bucale, *glândulae oris*, fac parte glandele salivare mari și mici, ducturile căreia se deschid în cavitatea bucală (fig. 16). Glandele salivare mici, *glandulae salivariae minores*, sînt situate în profunzimea mucoasei sau în baza submucoasă care tapetează cavitatea bucală. Dimensiunile glandelor variază oscilînd între 1 și 5 mm. Topografic distingem **glande labiale**, *glândulae labiales*, **glande bucale**, *glândulae buccales*, **glande molare**, *glândulae molares*, situate adiacent la molari, **glande palatine**, *glândulae palatinae*, și **glande linguale**, *glândulae linguales*. Cele mai numeroase printre ele sînt glandele labiale și palatine. Glandele mici ale cavității bucale se impart în seroase, mucoase și mixte, în funcție de caracterul secretului elaborat. Glandele seroase (linguale) elaborează un lichid bogat în proteine, glandele mucoase (palatine, linguale) elaborează mucus, iar cele mixte (bucale, molare, labiale, linguale) elaborează un secret mixt.

Glandele salivare mari, *glândulae salivariae majores*, sînt pare, situate dincolo de limitele cavității bucale, însă ducturile lor se deschid în ea. Din aceste glande fac parte parotida, submandibulară și sublinguală. Ca și cele mici, glandele salivare mari elimină secreții seroase, mucoase și mixte. Salivă se numește amestecul de secreții ale tuturor glandelor salivare în cavitatea bucală.

Glanda parotidă, *glândula parotidea*, este o glandă de tip seros cu masa de 20-30 g. E cea mai mare dintre glandele salivare și are o formă neregulată. Ea este

situată anteroinferior de pavilionul urechii, pe fața laterală a ramurii mandibulei și marginii posterioare a mușchiului maseter; în exterior este acoperită de fascie și piele. În partea de sus glanda ajunge aproape de arcada zigomatică, jos — pînă la unghiul mandibulei, iar posterior — pînă la apofiza mastoidiană a osului temporal și marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian. În profunzime posterior de mandibulă (în foseta retromandibulară), glanda parotidă aderă cu **partea ei profundă**, *pars profunda*, la apofiza stiloidă și la mușchii ce își iau originea la acest nivel (stilohioid, stiloglos, stilofaringian). Glanda este penetrată de artera carotidă externă, de vena retromandibulară, de nervii facial și auriculo-temporal, iar în profunzimea ei se află ganglionii limfatici parotici profunzi.

Glanda parotidă are o consistență moale și manifestă o structură lobulară. Din exterior glanda este acoperită de o capsulă de țesut conjunctiv, fasciculele de fibre ale căreia pătrund în interiorul organului, delimitînd lobulii unul de altul. Ductul parotid, *ductus parotideus* (canalul Stenon) iese din glandă și la marginea ei anterioară trece înainte cu 1—2 cm mai jos de arcada zigomatică pe fața externă a maseterului, apoi, ocolind marginea anterioară a acestui mușchi, penetrează mușchiul buccinator și se deschide în vestibulul cavității bucale printr-un orificiu la nivelul molarului II superior. Ca structură glanda parotidă constituie o glandă alveolară compusă. Pe fața mușchiului maseter lingă ductul parotid deseori întîlnim o **glandă parotidă accesorie**, *glândula parotis accessoria*.

Vasele și nervii glandei parotide. Iri-garea cu sînge e realizată de ramurile parotide (*rr. parotidei*) deviate de la artera temporală superficială. Sîngele venos e transportat în vena retromandibulară. Vasele limfatice ale glandei se varsă în ganglionii limfatici parotici superficiali și profunzi. **Inervație:** *rr. parotidei* derivate de la nervul auriculotemporal, cea parasimpatică — de fibrele postganglionare din componența nervului auriculotemporal din plexul auricular, cea sim-

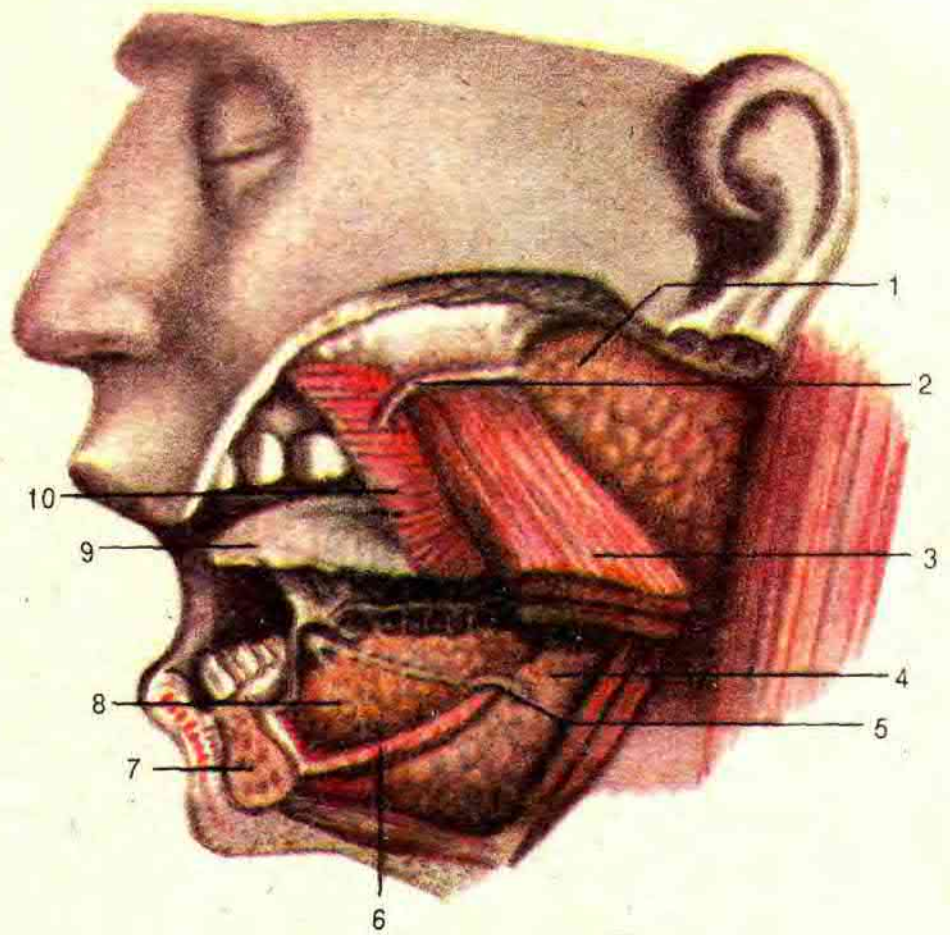


Fig. 16. Glandele salivare mari. Jumătatea stângă a mandibulei e rezecată.

1 — gl. parotidea ; 2 — ductus parotidus ; 3 — m. masseter (rezecat) ; 4 — gl. submandibularis ; 5 — ductus submandibularis ; 6 — m. mylohyoides ; 7 — mandibula ; 8 — gl. sublingualis ; 9 — lingua ; 10 — m. buccinator (rezecat).

patică — din plexul situat în jurul arterei carotide externe.

Glanda submandibulară, glandula submandibularis, constituie o glandă alveolar-tubulară compusă ce elaborează un secret mixt. E situată în trigonul submandibular și e acoperită cu o capsulă fină. Din exterior la glandă aderă foia superficială a fasciei cervicale și pielea. Suprafața medială este adiacentă la mușchii hioglos și stiloglos. În partea de sus glanda este tangentă la fața internă a corpului mandibulei, iar partea ei inferioară depășește marginea inferioară a acesteia. Partea anterioară a glandei, având forma unei excrescențe mici, rezidă pe marginea posterioară a mușchiului milohioidian. La acest nivel din glandă iese ductul ei submandibular, *ductus submandibularis* (canalul Wharton), care se îndreaptă înainte adiacent din partea medială la glanda salivară sublinguală și se deschide printr-un orificiu mic în papila sublinguală, în apropiere nemijlocită de frenulul limbii. Din partea laterală glanda vine în tangență cu artera și vena facială pînă la indoirea lor peste marginea inferioară a mandibu-

lei, precum și cu ganglionii limfatici submandibulari.

Vasele și nervii glandei submandibulare. Glanda este irigată din ramurile arteriale (*rr. glandulăres*) deviate de la artera facială. Singele venos este transportat în vena omonimă. Vasele limfatice se scurg în ganglionii mandibulari adiacenți. Inervația secretoare (parasimpatică) se realizează din nervul facial (perechea VII) prin coarda timpanică și ganglionul submandibular ; cea simpatică — din plexul dispus în jurul arterei carotide externe.

Glanda sublinguală, glandula sublingualis, are dimensiuni mici și elaborează un secret de tip mucos. E situată pe fața superioară a mușchiului milohioidian, imediat sub mucoasa planșeului cavității bucale, care formează aici o plică sublinguală. Din partea laterală glanda aderă la fața internă a mandibulei la nivelul fosei sublinguale, iar din partea medială e adiacentă la mușchii genihioidian, hioglos, și genioglos. Ductul sublingual mare, *ductus sublingualis major*, se deschide împreună cu ductul

secretor al glandei submandibulare (sau separat de el) în papila sublinguală. Cîteva ducturi sublinguale mici (*dúctus sublinguáles minóres*) se deschid în cavitatea bucală în mod separat pe suprafața membranei mucoase de-a lungul plicei sublinguale.

Vasele și nervii glandei sublinguale. Glanda este irigată de ramurile arterei sublinguale (din artera linguală) și de la artera mentonieră (din artera facială). Singele venos este transportat prin venele omonime. Vasele limfatice ale glandei se scurg în ganglionii limfatici submandibulari și mentonieri. Inervația secretoare (parasimpatică) vine de la nervul facial (perechea VII) prin coarda timpanică și ganglionul submandibular; cea simpatică — din plexul din jurul arterei carotide externe.

Bolta palatină

Bolta palatină, *palátum*, alcătuiește perețele superior al cavității bucale și este formată din palatul dur și palatul moale. Membrana mucoasă tapetează palatul dur (osos) și concrește tenace cu acesta. Anterior și bilateral mucoasa trece pe apofizele alveolare ale maxilei formînd gingiile, iar posterior ea se continuă în palatul moale.

Palatul dur, *palátum dúrurum*, ocupă primele 2/3 ale bolții palatine; baza lui o constituie apofizele palatine ale maxilei și lamelele orizontale ale oaselor palatine. Mucoasa ce tapetează palatul dur e de culoare roz pală. Pe mediana ei trece sutura palatină, *ráphe paláti*, de la care deviază lateral 1—6 pliuri palatine transversale. Ele sînt mai pronunțate la nou-născuți și constituie niște rudimente ale valorilor palatine care contribuie la tratarea mecanică (tritarea) a hranei la unele animale.

Palatul moale, *palátum mólle*, constituie 1/3 din bolta palatină și e situat posterior de palatul dur. El constituie un stor de țesut conjunctiv (aponeuroză palatină), racordat pe marginea posterioară a plăcilor orizontale ale oaselor palatine cu niște mușchi, fasciculele cărora se întrețese în acest stor și prin membrana mucoasă care tapetează palatul moale pe

ambele părți. Mucoasa, care tapetează palatul moale în partea superioară, este o continuare a mucoasei cavității nazale, iar în partea inferioară ea trece în membrana mucoasă a palatului dur. Cu alte cuvinte, putem considera că palatul moale constituie o membrană mucoasă pusă în două în profunzimea căreia se află aponeuroza palatină și mușchi. Porțiunea anterioară a palatului moale e dispusă orizontal, iar cea posterioară atîrnă liber formînd vălul palatin (*vélum palatinum*). Porțiunea posterioară a palatului moale se termină cu o margine liberă, avînd o excrescență ovată la mijloc, numită uvulă (*úvala palátina*). Uvula poate avea forme și dimensiuni variate. De la marginile laterale ale vălului palatin pornesc două pliuri arcuate. Cea anterioară — arcul palatoglós, *árcus palatoglóssus*, coboară pe suprafața laterală a limbii, iar cea posterioară arcul palatofaringian, *árcus palatopharýngeus*, e orientat în jos spre perețele lateral al faringelui. Între arcurile anterior și posterior de ambele părți se află o fosă *fossa tonsilláris* ocupată de amigdala palatină, *tonsilla palatina*. Amigdala palatină reprezintă un conglomerat de țesut limfoid, are o formă oblongat-ovală și ocupă partea inferioară a *fossa tonsillaris*. Dimensiunile amigdalei variază pe diapazon larg. La adulți dimensiunea ei verticală echivalează cu 20—25 mm, cea anteroposterioară — cu 15—20 mm, grosimea — cu 12—15 mm. Pe suprafața amigdalei palatine se află un număr mare de proeminente și depresiuni (cripte). Fața medială a amigdalei e tapetată cu epiteliu și e orientată în cavitatea bucală, cea laterală este adiacentă la perețele faringelui, fiind separată de ea printr-o capsulă fibroasă. La o distanță de 1,0—1,5 cm posterior de amigdala palatină trece artera carotidă internă, fapt de care se va ține cont cu ocazia extirpării amigdalelor. În piesele microscopice de amigdale observăm că criptele lor pătrund adînc în profunzimea ei, iar țesutul limfoid e repartizat pe alocuri difuz, pe alocuri sub formă de noduli.

În componența palatului moale intra următorii mușchi striati (de contracție voluntară) (fig. 17): **mușchiul tensor**

al vălului palatin, *m. t nsor v li palatini*, este par, are un aspect de lamă trigonală. Se inseră în palatul moale din partea de sus, având originea pe porțiunea cartilaginoasă a trompei Eustache și spina osului sfenoid. Ajung nd la c rligul apofizei pterigoide, tendonul acestui mușchi trece peste el și se îndreaptă medial, inserindu-se în aponeuroza palatului moale. Contractindu-se, acest mușchi tensionează vălul palatin în sens transversal și dilată lumenul trompei Eustache; mușchiul levator al vălului palatin, *m. lev tor v li palatini*, este par, situat medial de cel precedent și este orientat vertical.  și ia originea pe fața inferioară a piramidei osului temporal anterior de orificiul canalului carotid, și de la porțiunea cartilaginoasă a trompei Eustache. Mușchii drept și st ng se întrețese în aponeuroza palatului moale. Contractia acestui mușchi par ridică palatul moale în sus; mușchiul uvulei, *m.  vulae*, de asemenea par, are originea pe spina nazală posterioară, pe aponeuroza palatină, de la care se îndreaptă în sens posterior și se inseră în mucoasa uvulei palatine. Contractindu-se, ridică și scurtează uvula; mușchiul palatoglos, *m. palatogl ssus*, este par, își ia originea pe partea laterală a rădăcinii limbii și ridic ndu-se în profunzimea arcului palatoglos, se inseră în aponeuroza palatului moale. Prin contractia acestor mușchi vălul palatin se lasă în jos, reduc nd orificiul vestibulului faringian; mușchiul palatofaringian, *m. palatopharyngeus*, este par, de formă trigonală, prin baza lată își ia originea de pe perețele posterior al faringelui și de pe marginea posterioară a lamelei cartilajului tiroid.  n ascensiune spre arcu palatoglos fasciculele acestui mușchi se inseră în aponeuroza palatului moale. Contract ndu-se, acești mușchi coboară vălul palatin și reduc accesul în vestibulul faringian.

Mușchii palatului moale responsabili de ridicarea vălului palatin, il alipesc de pereții posterior și laterali ai faringelui, separ nd astfel porțiunea nazală a faringelui de celelalte părți ale lui. Aceasta se întimplă în timpul mișcărilor de deglutiție, ceea ce previne pătrunde-

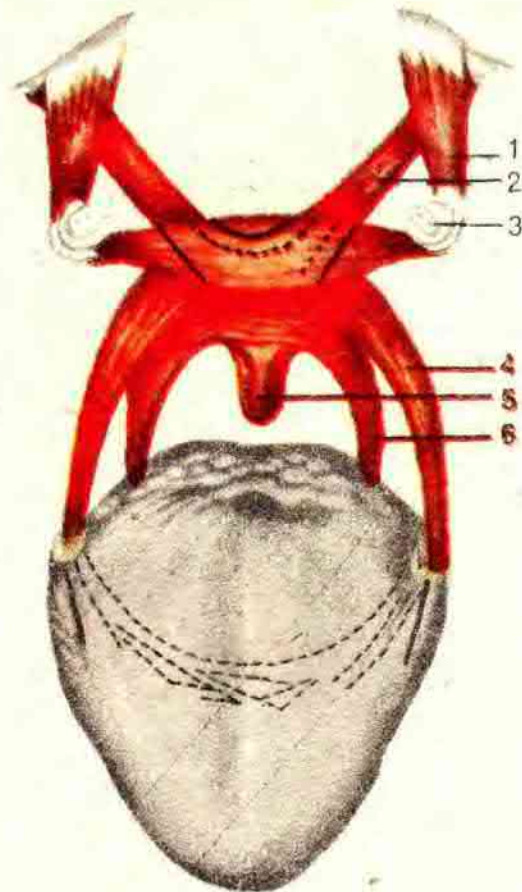


Fig. 17. Mușchii palatului moale (schemă).

1 — m. tensor veli palatini; 2 — m. levator veli palatini; 3 — hamulus pterygoideus; 4 — m. palatoglossus; 5 — m. uvulae; 6 — m. palatopharyngeus.

rea alimentelor în cavitatea nazală. Mușchii palatului moale, responsabili de coborirea vălului palatin și de îngustarea accesului în vestibulul faringian, separă de la bolul alimentar porțiuni mici care sînt îndreptate în faringe.

Particularitățile de vîrstă ale cavității bucale, limbii, glandelor salivare și bolții palatine

Cavitatea bucală a nou-născutului are dimensiuni reduse. Partea vestibulară este delimitată de cavitatea bucală doar prin marginea gingivală și nu prin apofize alveolare. Buzele sînt groase, tunica mucoasă este acoperită de papile, pe fața internă a buzelor se observă valuri transversale. Porțiunea de tranziție este îngustă, mușchiul orbicular al buzelor este bine dezvoltat.

Palatul dur plat se află la nivelul bolții faringelui, palatul moale este scurt, dispus orizontal. Vălul palatin nu se atin-

ge de peretele posterior al faringelui, ceea ce îi asigură copilului o respirație neîntreruptă în timpul suptului. Membrana mucoasă a palatului dur formează niște cute transversale puțin pronunțate și are puține glande.

Limba la nou-născut este lată, scurtă, groasă și puțin mobilă. Ea ocupă cavitatea bucală în întregime. Când gura este închisă, limba depășește marginile gingivale și se atinge de obraji. În sens anterior limba depășește marginile maxilei și mandibulei și ajunge în vestibulul cavității bucale, care la nou-născut este foarte mic. Papilele limbii sînt bine pronunțate, iar amigdala linguală e subdezvoltată.

În vîrsta de sugar, odată cu erupția dinților temporari și mai apoi în perioada primei copilării se produce o sporire esențială a dimensiunilor apofizelor alveolare ale maxilarelor și cavității bucale. Bolta palatului dur devine bombată.

Amigdala palatină la nou-născuți are dimensiuni mici (sub 7 mm), însă prin gura deschisă se vede bine, deoarece este puțin acoperită de arcada anterioară. Spre finele primului an de viață a copilului amigdală, crescînd vertiginos, proeminează din fossa tonsilară în sens medial. La copii amigdala are dimensiuni relativ mari. Această amigdală atinge dimensiunile maxime (28 mm) pe la vîrsta de 16 ani.

Glandele salivare la nou-născuți sînt subdezvoltate. Ele cresc deosebit de intens după a patra lună în cursul primilor 2 ani. Ulterior glandele cresc în lungime, canalele lor devin mai ramificate. Ductul glandei salivare parotide are un aspect de arc cu curbura orientată în jos și e situat ceva mai jos decît la adulți; ductul se deschide la nivelul molarului I. Obrajii la copii sînt bombați din cauza că între pielea obrazilor și musculatura bucală bine dezvoltată se află un corp adipos de formă ovală. Odată cu vîrsta corpul adipos devine tot mai plat și este împins în sens posterior după mușchiul maseter.

FARINGELE

Faringele, *pharynx*, este un organ impar situat în regiunea capului și gîtului și este o parte constitutivă a sistemelor digestiv și respirator. Faringele are o formă de tub infundibular suspendat pe baza craniului. Superior el este fixat de baza craniului: posterior de tuberculul faringian al părții bazilare a osului occipital, bilateral — de piramidele oaselor temporale (anterior de orificiul extern al canalului carotid), apoi de lamela medială a apofizei pterigoide. La nivelul vertebrelor VI—VII cervicale el trece în esofag. În faringe se deschid coanele cavității nazale și orificiul vestibulului faringian. Bolul alimentar din cavitatea bucală în timpul actului de deglutiție trece prin vestibulul faringian, ajungînd în faringe, apoi în esofag. Aerul din cavitatea nazală, prin coane, sau din cavitatea bucală, prin vestibulul faringian, de asemenea pătrunde în faringe, iar apoi în laringe. În acest mod faringele este locul de intersecție a căilor digestivă și respiratoare.

Fața posterioară a faringelui este adiacentă la fața anterioară a corpurilor vertebrelor cervicale, separîndu-se de acestea prin mușchii prevertebrali și prin foia prevertebrală a fasciei cervicale. Între fața posterioară a faringelui și foia fasciei cervicale se află **spațiul retrofaringian**, *spatium retropharyngeum*, umplut cu țesut conjunctiv lax, în care se află ganglionii limfatici faringieni. Lateral de faringe sînt situate fasciculele vasculo-nervoase ale gîtului (artera carotidă, vena jugulară internă, nervul vag), anterior de faringe se află cavitatea nazală (sus), cavitatea bucală și laringele (jos).

Data fiind forma lui de tub aplatizat în sens anteroposterior, faringele are diametrul maxim la nivelul cavităților nazală și bucală. Lungimea faringelui echivalază în medie cu 12—14 cm. În afară de pereții anterior, posterior și laterali în faringe distingem și un perete superior format de o parte din baza craniului care e tapetată cu mucoasă și se află anterior de orificiul mare occipital. Aceasta e **bolta faringelui**, *fofnix pharyn-*

gis. Peretele posterior al faringelui nu are orificii, iar cel anterior aproape că lipsește, deoarece la acest nivel sînt situate numeroase orificii: coanele, vestibulul faringian și accesul în laringe (fig. 18).

În faringe distingem trei părți în conformitate cu organele situate anterior de el: **partea nazală**, *pârs nasális*, **partea bucală**, *pârs orális*, și **partea laringiană**, *pârs larýngea*. *Pârs nasális* se află la nivelul coanelor și constituie compartimentul superior al faringelui, *pars oralis* se întinde de la vălul palatin pînă la accesul în laringe și se află la nivelul vestibulului faringian (nivelul vertebrei III cervicale). *Pars larýngea* constituie compartimentul inferior al faringelui și e dispusă la nivelul accesului în laringe pînă la trecerea faringelui în esofag. Partea nazală a faringelui (rinofaringele) se referă doar la căile de respirație, partea orală — se referă atît la căile digestive, cît și la cele respiratorii, iar partea laringiană se referă doar la căile digestive. Partea superioară (nazală) a faringelui este mereu deschisă, deoarece pereții lui nu colabează. În timpul actului de deglutiție partea nazală (rinofaringele) e separată de cealaltă parte a faringelui de către vălul palatin, iar epiglota închide accesul în laringe, din care cauză bolul alimentar este propulsat numai în esofag, fără a nimeri nici în cavitatea nazală, nici în cavitatea laringiană.

Pe fața internă a faringelui, la nivelul trecerii peretelui lui superior în peretele posterior, precum și în regiunea fornixului se află o proeminență mică formată prin acumulare de țesut limfoid — **amigdala faringială (adenoidă)**, *tonsilla pharyngeális (adenoidea)*. Amigdala faringiană e bine dezvoltată la copii, pe cînd la maturi se distinge cu greu pe suprafața peretelui posterior al faringelui. Pe pereții laterali ai faringelui, posterior de coane, la nivelul extremității posterioare a cornetului nazal inferior se face văzut **orificiul faringian al trompei Eustache**, *ostíum pharyngeum tubae auditivae*, cu aspect infundibuliform. Trompa Eustache unește cavitatea urechii medii cu cavitatea faringelui, contribuind astfel la echilibrarea presiunii atmosferice în inte-

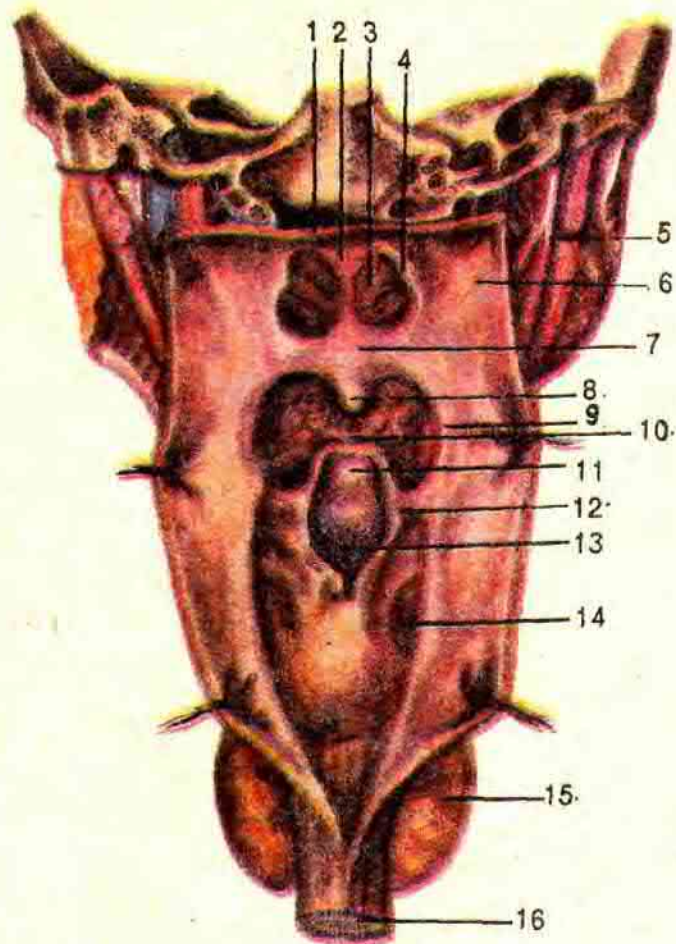


Fig. 18. Cavitatea faringelui; aspect posterior. Peretele posterior al faringelui e deschis.

1 — fornix pharyngis; 2 — septum nasi; 3 — choanae; 4 — torus tubarius; 5 — m. stylopharyngeus; 6 — peretele lateral al faringelui; 7 — lața superioară a palatului moale; 8 — uvula; 9 — arcus palatopharyngeus; 10 — radix linguae; 11 — epiglottis; 12 — plica aryepiglottica; 13 — aditus laryngis; 14 — recessus piriformis; 15 — gl. thyroidea; 16 — esophagus.

reriorul cavității timpanice. Orificiul faringian al trompei Eustache, în sens posterosuperior, este delimitat de un burelet numit **t ô r u s t u b á r i u s**. Anterior de acest orificiu, între el și vălul palatin există un conglomerat de țesut limfoid numit **amigdală tubară**, *tonsilla tubária*. În acest mod orificiile care duc în cavitatea faringelui din cavitățile nazală și bucală sînt înconjurate de aglomerări de țesut limfoid. De exemplu, posterior de coane se află amigdalele faringiană și tubară, lîngă orificiul vestibulului faringian sînt situate amigdalele palatine și linguală. Acest complex din 6 amigdale a primit o denumire comună de inel limfoepitelial (inelul Pirogov-Waldeier).

Pe peretele anterior al părții inferioare (laringiene) a faringelui se află un orificiu care duce în laringe. El este delimitat

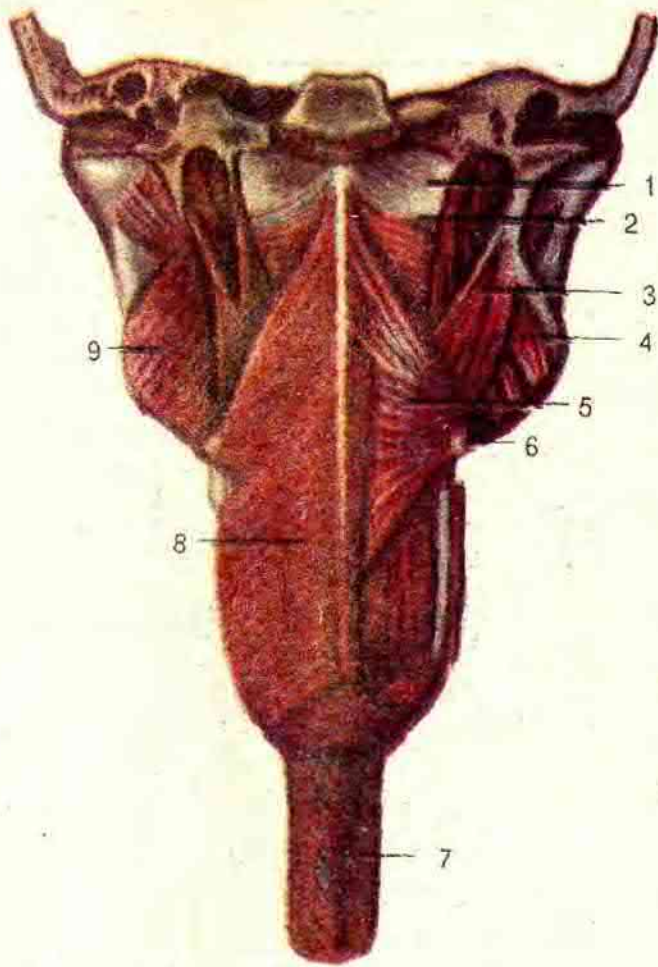


Fig. 19. Mușchii faringelui; aspect posterior. În partea dreaptă e rezecat constrictorul inferior al faringelui, în partea stângă sînt rezecați mușchii digastric și stilohioidian.

1 — fascia pharyngobasilaris; 2 — m. constrictor pharyngis superior; 3 — m. stylopharyngens; 4 — m. stylohyoideus; 5 — m. constrictor pharyngis medius; 6 — os hyoideum; 7 — esophagus; 8 — m. constrictor pharyngis inferior; 9 — m. pterygoideus medialis.

de sus de către epiglota, din părți — de pliurile ariteno-epigloteice, iar din jos — de către cartilajele aritenoide ale laringelui. Inferior de acest orificiu se află proeminența laringiană (mărul lui Adam), care e rezultatul prolabării laringelui în cavitatea faringiană. Lateral și ceva mai sus de această proeminență în peretele faringelui e situată p u n g a p i r i f o r m ă, *recessus piriformis*.

Peretele faringelui este format din tunică mucoasă (*tunica mucosa*), care aderă intim pe o placă durabilă de țesut conjunctiv care la acest nivel ține locul de bază submucoasă. În porțiunea inferioară (laringiană) a faringelui această placă are o structură de bază submucoasă laxă (*tela submucosa*), iar în porțiu-

nile superioare ale faringelui are o structură fibroasă ce a primit numirea de fascie faringo-bazilară (*fascia pharyngobasilaris*). Spre exterior de baza submucoasă se află tunica musculară, *tunica muscularis*, și o membrană de țesut conjunctiv numită adventiție, *adventitia*.

Membrana mucoasă, care tapetează din interior pereții faringelui în porțiunile de sus nu formează pliuri, deoarece aderă intim la fascia faringobazilară, care e rezistentă și tenace. La nivelul rinofaringelui mucoasa e tapetată de epiteliul ciliar, iar mai jos de el, e tapetată cu epiteliu pavimentos pluristratificat conform funcțiilor acestor părți ale faringelui. În mucoasa faringelui sînt situate glande mucoase, secreția cărora, eliminîndu-se în faringe, înlesnește lunecarea bolului alimentar în deglutiție.

Din exterior baza submucoasă, iar în partea de sus, fascia faringobazilară sînt acoperite de mușchii faringelui, care sînt alcătuiți din țesut muscular striat.

Mușchii faringelui se împart în constrictori ai faringelui și longitudinali — levatori ai faringelui (fig. 19).

Constrictorul superior al faringelui, m. constrictor pharyngis superior, își ia originea pe lamela medială a apofizei pterigoide a osului sfenoid, de la sutura pterigomandibulară (*râphe pterygomandibulare*) — o fișie fibroasă racordată între *hămulus pterygoideus* și mandibulă, pe mandibulă (*linea mylohyoidea*) și pe rădăcina limbii ca o prelungire a *m. transversus linguae*. Fibrele constrictorului superior al faringelui trec posteroinferior, concrescînd pe linia mediană a feței posterioare a faringelui cu fasciculele asemănătoare din partea opusă. Dat fiind că fibrele superioare ale acestui constrictor nu acoperă peretele faringelui în porțiunea lui superioară, acesta este constituit de fascia faringobazilară și de membrana mucoasă, acoperite pe din afară de adventiție.

Constrictorul mediu al faringelui, m. constrictor pharyngis medius, are originea pe carnele mare și mic ale osului hioidian. În continuare fasciculele acestui mușchi se răsfirează în evantai în sus și în jos, îndreptîndu-se spre fața poste-

rioară a faringelui, unde concresec cu fibrele musculare venite din partea opusă. Marginea superioară a constrictorului mediu se suprapune pe partea inferioară a fibrelor musculare ale constrictorului superior al faringelui.

Constrictorul inferior al faringelui, *m. constrictor pharyngis inferior*, își ia originea pe fața laterală a cartilajelor tiroid și cricoid. Fibrele lui musculare se răsfiră în evantai posteroinferior, orizontal și superior, acoperă doimea inferioară a constrictorului mediu și concresec cu fasciculele mușchiului omonim din partea opusă pe fața posterioară a faringelui. Fibrele musculare inferioare ale acestui constrictor faringian se inseră pe fața posterioară a porțiunii incipiente a esofagului.

De pe urma concreșterii fasciculelor musculare ale constrictorilor părților dreaptă și stîngă, pe fața posterioară a faringelui, de-a lungul liniei mediane se formează sutura faringelui, *râphe pharyngis*.

Din mușchii longitudinali ai faringelui, care sînt levatorii lui, fac parte **mușchiul stilofaringian**, *m. stylopharyngeus*, și **mușchiul palatofaringian**, *m. palatopharyngeus*. Mușchiul stilofaringian își ia originea pe apofiza stiloidă a osului temporal și, trecînd inferoanterior, penetrează printre constrictorii superior și mediu și se inseră în peretele faringelui. O parte din fasciculele acestui mușchi se inseră pe marginea superioară a cartilajului tiroid.

Mușchii faringelui participă la actul de deglutiție. Cînd bolul alimentar ajunge în cavitatea faringelui, mușchii longitudinali ridică faringele în sus, îmbrăcîndu-l parcă pe bolul alimentar, iar constrictorii faringelui se contractă succesiv de sus în jos de pe urma cărui fapt bolul alimentar este propulsat spre esofag. Din exterior faringele este tapetat cu un strat fin de țesut conjunctiv (*adventitia*), prin intermediul căruia el vine în contact cu organele adiacente.

Vasele și nervii faringelui. În peretele faringelui se ramifică *a pharyngea ascendens* (din artera carotidă externă) *rr. pharyngeales* (din trunchiul tireocervical — ramuri ale arterei subclavie),

ramurile faringiale (din artera palatină ascendentă — ramuri ale arterei faciale). Singele venos este transportat prin plexul faringian (plexus pharyngeus), apoi prin venele faringiene (vv. pharyngei), vîrsîndu-se în vena jugulară. Vasele limfatice ale faringelui se scurg în ganglionii limfatici retrofaringieni și laterali profunzi (jugulari interni).

Inervația faringelui este realizată de ramurile nervului glosofaringian (perechea IX), nervului vag (perechea X), precum și prin ramurile laringofaringiene (*rr. laryngopharyngei* — din trunchiul simpatic), care formează un plex nervos în peretele faringelui.

Particularitățile de vîrstă ale faringelui

Faringele la nou-născut are aspect infundibuliform cu partea superioară înaltă și largă, cea inferioară fiind scurtă și îngustă. Proiecția marginii inferioare a faringelui la nou-născut se află la nivelul discului intervertebral dintre corpurile vertebrelor III și IV cervicale, spre finele copilăriei secunde (11—12 ani) — la nivelul vertebrelor V—VI cervicale, iar în perioada pubertară — la nivelul vertebrei V cervicale. Partea nazală a faringelui este scurtă, bolta este aplatisată. Lungimea faringelui la nou-născut e de circa 3 cm, diametrul transversal variază între 2,1 și 2,5 cm, cel anteroposterior echivalează cu 1,8 cm. Orificiul faringian al trompei Eustache la nou-născut e situat la nivelul palatului dur. Este dispus în apropiere de vîlul palatin, are un aspect de fantă hiantă. După 2—4 ani de vîrstă orificiul se deplasează în sens superoposterior și pe la 12—14 ani capătă o formă circulară. Dimensiunile părții nazale a faringelui la 2 ani de viață a copilului sporesc de două ori.

Amigdalele se dezvoltă deosebit de intens pe parcursul primilor doi ani de viață, apoi creșterea devine mai domolă.

Amigdala faringiană la nou-născut ocupă doimea posterioară a faringelui și proeminează în sens anterior. Pe parcursul primului an de viață amigdala crește în volum apropiindu-se de coană. La vîrsta de 12—14 ani creșterea devine mai lentă, apoi survine o perioadă de in-

voluție parțială a ei. După 20—22 de ani dimensiunile amigdalei faringiene rămân practic neschimbate.

Amigdala tubară a nou-născutului e situată inferoposterior de fanta trompei Eustache și se unește în partea ei posterioară cu amigdala faringiană, în partea inferioară și anterioară cu cea palatină, iar marginea ei anterioară ajunge pînă la coane.

ESOFAGUL

Esofagul, *esôphagus*, constituie un tub compresat anteroposterior, avînd o lungime de 25—30 cm, prin care bolul alimentar din faringe trece în stomac. Esofagul începe în regiunea gîtului la nivelul vertebrelor VI—VII cervicale, apoi trece prin cavitatea toracică și se termină în cavitatea abdominală prin pătrunderea lui în stomac spre stînga de vertebrele X—XII toracice (fig. 20).

În esofag distingem trei părți: cervicală, toracică și abdominală. Partea cervicală, *pars cervicalis*, și partea toracică, *pars thoracica*, sînt adiacente la coloana vertebrală și îi respectă curburile acesteia. La nivelul vertebrei IX toracice esofagul deviază de la coloana vertebrală în sens anterior și intrucitva spre stînga. Partea cervicală a esofagului este situată între trahee, plasată anterior, și coloana vertebrală, plasată posterior. De ambele laturi ale esofagului se află nervul recurent respectiv și artera carotidă comună. Partea toracică a esofagului e plasată la început în mediastinul superior, iar apoi în cel posterior. În mediastinul superior pînă la nivelul vertebrei IV toracice anterior de esofag se află trahea, iar în mediastinul posterior — pericardul. La nivelul vertebrei IV toracice anterior și din stînga esofagul vine în tangență cu arcu aortal. Mai jos de nivelul vertebrei V toracice esofagul e deplasat spre dreapta, apoi spre stînga față de aorta toracică. În continuare esofagul trece anterior de aortă și la nivelul nemijlocit de penetrare a diafragmului trece anterolateral spre stînga de ea. La nivelul vertebrelor IV—V toracice față de partea anterioară a esofagului intersectează bronhia

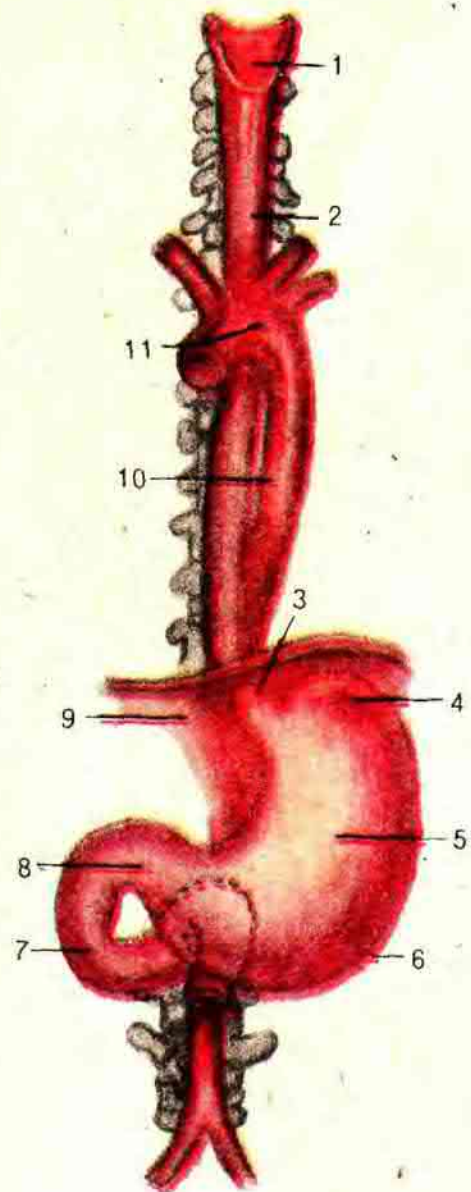


Fig. 20. Esofagul și stomacul.

1 — pars laryngea pharyngis; 2 — esophagus; 3 — pars abdominalis esophagii; 4 — fundus (fornix) ventriculi; 5 — corpus ventriculi; 6 — curvatura ventriculi major; 7 — duodenum; 8 — pars pylorica; 9 — diaphragma; 10 — pars thoracica aortae; 11 — arcus aortae.

principală stînga. Pe fețele anterioară și posterioară ale porțiunii inferioare din partea toracică a esofagului sînt situați nervii vagi stîng și drept. În porțiunea superioară a părții toracice esofagul limtrofează cu pleura mediastinală stîngă, iar în porțiunea inferioară — cu cea dreaptă.

Partea abdominală, *pars abdominalis*, a esofagului, lungă de 1—3 cm, este adiacentă la fața posterioară a lobului stîng al ficatului.

În trei locuri esofagul are niște îngustări. Prima se află la nivelul vertebrelor

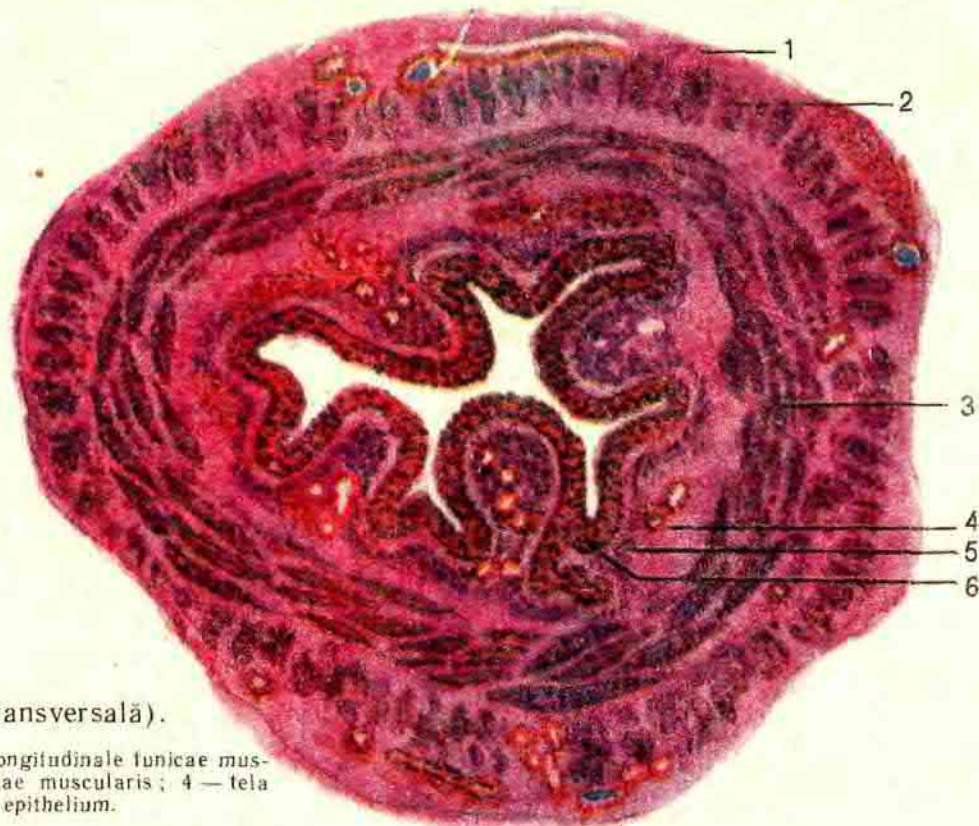


Fig. 21. Esofagul (secțiune transversală).

1 — tunica adventicia ; 2 — stratum longitudinale tunicae muscularis ; 3 — stratum circulare tunicae muscularis ; 4 — tela submucosa ; 5 — tunica mucosa ; 6 — epithelium.

VI—VII cervicale, unde faringele trece în esofag, a doua — la nivelul vertebrelor IV—V toracice, unde esofagul vine în contact cu suprafața bronhiei stângi, și a treia — la nivelul penetrării esofagului prin diafragm.

Tunica externă a esofagului, *tunica adventicia*, este formată de țesut conjunctiv fibros lax. (fig. 21).

Tunica musculară, *tunica muscularis*, este alcătuită din două straturi: extern longitudinal și intern circular. În partea superioară a esofagului tunica musculară este alcătuită din fibre musculare striate, care în partea lui medie sînt substituite treptat de celule musculare netede, iar în partea inferioară a esofagului tunica musculară constă doar din țesut muscular neted, care continuă în peretele stomacului.

Baza submucoasă, *tela submucosa*, este bine dezvoltată, ceea ce îi permite mucoasei de pe ea să formeze pliuri longitudinale. Din această cauză pe secțiunea transversală lumenul esofagului are o formă stelată. Pliurile longitudinale ale mucoasei se aplatizează de la contactul cu bolul alimentar, ceea ce contribuie la mărirea lumenului esofagian.

Tunica mucoasă, *tunica mucosa*, este relativ groasă și e dotată cu o foiță musculară bine pronunțată. Dinspre lumen esofagul este tapetat cu epiteliu pavimentos pluristratificat. În profunzimea mucoasei (și în baza submucoasă) se află glandele mucoase ale esofagului, *glândulae esophagae*, care se deschid în lumenul lui. În mucoasă și în baza submucoasă se află de asemenea ganglioni limfatici solitari.

Esofagul în imagine radiologică. În examenele esofagului se aplică metoda de umplere a lui cu mase radiocontrastante (sulfat insolubil de bariu), care ocupă lumenul esofagului, proiectînd pe ecran o umbră oblongată, vizibilă pe fondul deschis al cimpurilor pulmonare între coloana vertebrală și cord. În afară de cele trei îngustări menționate mai sus esofagul comportă încă o îngustare vizibilă pe radiografie la nivelul intrării lui în stomac.

Vasele și nervii esofagului. Irigația esofagului în partea lui cervicală e realizată de *rr. esophagae* (din artera tiroidă inferioară), în partea toracică de — *rr. esophagae* (din partea toracică a aortei), în partea abdominală — de *rr. esophagae* (din artera gastrică stîngă).

Singele venos este transportat prin venele omonime: din partea cervicală — în vena tiroidă, din cea toracică — în venele impară și semiimpară, din cea abdominală — în vena gastrică stângă.

Vasele limfatice în partea cervicală a esofagului se scurg în ganglionii limfatici laterali profunzi (jugulari), ale părții toracice — în ganglionii prevertebrali, mediastinali posteriori, ale părții abdominale — în ganglionii gastrici stingi (inelul limfatic al cardiei). O parte din vasele limfatice ale esofagului, evitând ganglionii limfatici, se scurg nemijlocit în ductul toracic.

Spre esofag de la nervii vagi drept și sting (perechea X) deviază ramurile esofagiene — *rr. esophăgei* și ramurile respective de la plexul aortal toracic. De pe urma acestui fapt în peretele esofagului se formează plexul esofagian, *pléxus esophăgeus*.

Particularitățile de vîrstă ale esofagului

Esofagul nou-născutului reprezintă un tub de 10—12 cm lungime avînd diametrul de la 4 la 9 mm (la vîrsta de 2 luni) cu îngustări anatomice abia detectabile. Cea mai pronunțată este îngustarea faringeană (superioară) a esofagului. Spre finele perioadei de copilărie secundă (11—12 ani) lungimea esofagului atinge 20—22 cm. Distanța de la dinți pînă la cardia stomacului la nou-născut e de 16,3 cm, la vîrsta de 2 ani — 22,5—24 cm, la vîrsta de 5 ani — 26—27,9 cm, la copilul de 12 ani — 28—34,2 cm. Lumenul esofagului la vîrsta de 2—6 luni constituie 0,85—1,2 cm, după 6 ani — 1,3—1,8 cm.

Începutul esofagului la nou-născut se află la nivelul discului intervertebral dintre corpurile vertebrelor III și IV cervicale, apoi datorită deplasării inferioare a faringelui are loc coborîrea limitei superioare a esofagului (la 2 ani — pînă la vertebrele IV—V cervicale, la 10—12 ani — pînă la V—VI și la 15 ani — pînă la vertebrele VI—VII). În senescență începutul esofagului se află la nivelul vertebrei I toracice.

Tunica musculară a esofagului la nou-

născut este subdezvoltată, însă crește intens pînă la 12—15 ani, apoi ea suferă puține schimbări. Tunica mucoasă la copii pînă la un an comportă puține glande; pliurile lui longitudinale apar pe la vîrsta de 2—2,5 ani.

STOMACUL

Stomacul, *ventriculus* (*găster*), reprezintă o dilatare a tubului digestiv între esofag și duoden. Sucul secretat de glandele gastrice conține enzime digestive, acid clorhidric și alte materii fiziologice, care scindează proteinele, parțial lipidele, și are efecte bactericide: mucoasa gastrică elaborează materii antianemice (factorii Castl) — niște compuși ce influențează hematopoeza.

Structura stomacului. În stomac distingem **peretele anterior**, *pâries antérieur*, orientat anterior și intrucitva în sus, și **peretele posterior**, *pâries postérieur*, orientat posteroinferior. De la margini, la nivelul joncțiunii peretelui anterior cu cel posterior se formează **curbura mică a stomacului**, *curvatúra ventriculi minor*, de orientare dextrosuperioară, și curbura mare a stomacului, *curvatura ventriculi major*, care este mai lungă și are o orientare sinistroinferioară (fig. 22). În partea superioară a curburii mici se află locul de pătrundere a esofagului în stomac — orificiul cardiac, *óstium cardíacum*, iar partea stomacului circumiacentă la acest orificiu se numește **cardia**, *pârs cardiaca*. Spre stînga de cardia se observă o prolabare globuloasă de orientare sinistrosuperioară, care constituie **fundul (bolta) stomacului**, [*fúndus* (*fórnix*) *ventriculi*]. Pe curbura mică a stomacului în porțiunea ei inferioară mai există o prolabare numită **incisura unghiulară**, *incisură angularis*. Compartimentul drept, mai îngust, al stomacului se numește **parte pilorică**, *pârs, pylórica*. Pe ea distingem o porțiune mai largă numită **antrul piloric**, *ántrum pylóricum*, și o porțiune mai îngustă numită **canal piloric**, *canalis pyloricus*, după care urmează duodenul. Limita dintre stomac și duoden constituie un șanț circular numit **pilor**, *pylorus*, care corespunde

locului de ieșire din stomac — numit orificiu piloric, *ostium pyloricum*. Partea medie a stomacului, situată între partea cardială și fund din stînga și partea pilorică din dreapta se numește **corpul stomacului**, *corpus ventriculi*.

Dimensiunile stomacului variază pe un diapazon vast în funcție de tipul constituțional (vezi: „Radioanatomia stomacului”) și gradul de umplere a stomacului. Stomacul umplut moderat are o lungime de 24—26 cm, iar distanța maximă dintre curbura mare și cea mică nu depășește 10—12 cm, fețele anterioară și posterioară fiind distanțate una de alta de 8—9 cm. Lungimea stomacului gol echivalează cu circa 18—20 cm, iar distanța dintre curbura mare și mică — 7—8 cm, peretele anterior și posterior contactează. Capacitatea medie a stomacului de om matur e de circa 3 l (1,5—4,0 l).

Stomacul își modifică neconținut forma și dimensiunile în funcție de gradul de umplere și de starea organelor adiacente. Stomacul gol nu contactează cu peretele abdominal anterior, deoarece se deplasează în sens posterior, iar anterior de el vine colonul transvers. În stare de umplere curbura mare a stomacului coboară pînă la nivelul ombilicului.

Topografia stomacului. Stomacul este situat în partea superioară a cavității abdominale sub diafragm și ficat. 3/4 din stomac se află în ipocondrul stîng (regio hypochondriaca sinistra), iar 1/4 — în regiunea epigastrică (regio epigastrica). Orificiul cardial de intrare este situat lingă partea stîngă a corpurilor vertebrelor X—XI toracice, iar orificiul de ieșire a pilorului — la marginea dreaptă a vertebrelor XII toracică și I lombară. Axul longitudinal al stomacului este orientat de sus în jos, de la stînga la dreapta și posteroanterior. Fața anterioară a stomacului în regiunea părții cardiale, fundului și corpului stomacului contactează cu diafragmul, în regiunea curburii mici — cu fața viscerală a lobului stîng al ficatului. O porțiune mică din corpul stomacului, de formă triunghiulară, contactează nemijlocit cu peretele abdominal anterior

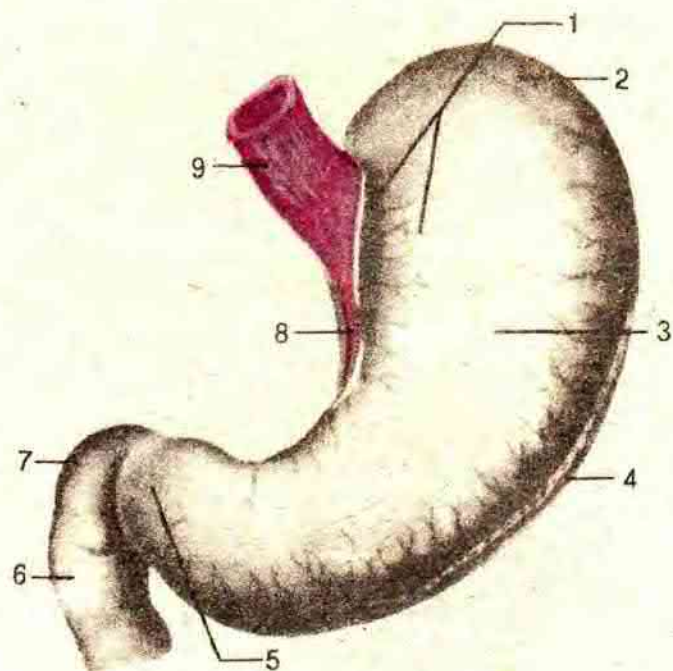


Fig. 22. Stomacul; aspect anterior.

1 — pars cardiacă; 2 — fundus (fornix) ventriculi; 3 — corpus ventriculi; 4 — curvatura ventriculi major; 5 — pars pylorică; 6 — pars descendens duodeni; 7 — pars superior duodeni; 8 — curvatura ventriculi minor; 9 — esophagus.

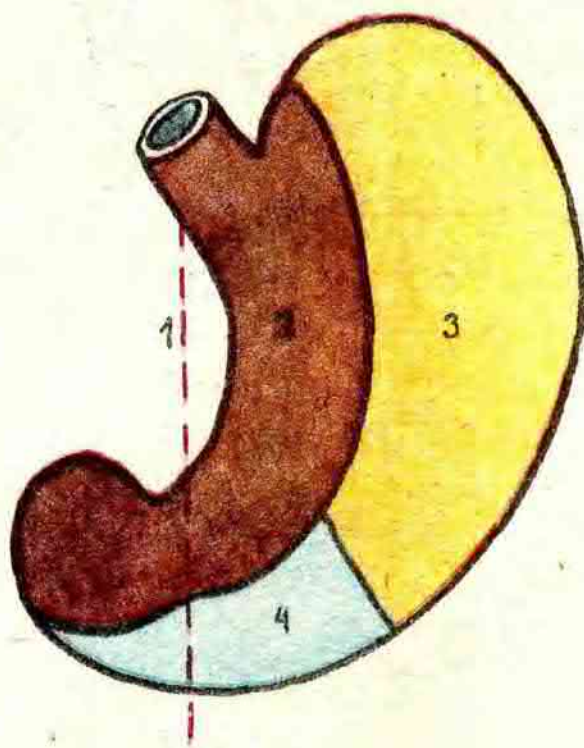


Fig. 23. Ariile de contact ale feței anterioare a stomacului cu organele învecinate.

1 — linia mediană a corpului uman; ariile de contact: 2 — cu ficatul; 3 — cu diafragmul; 4 — cu peretele abdominal anterior.

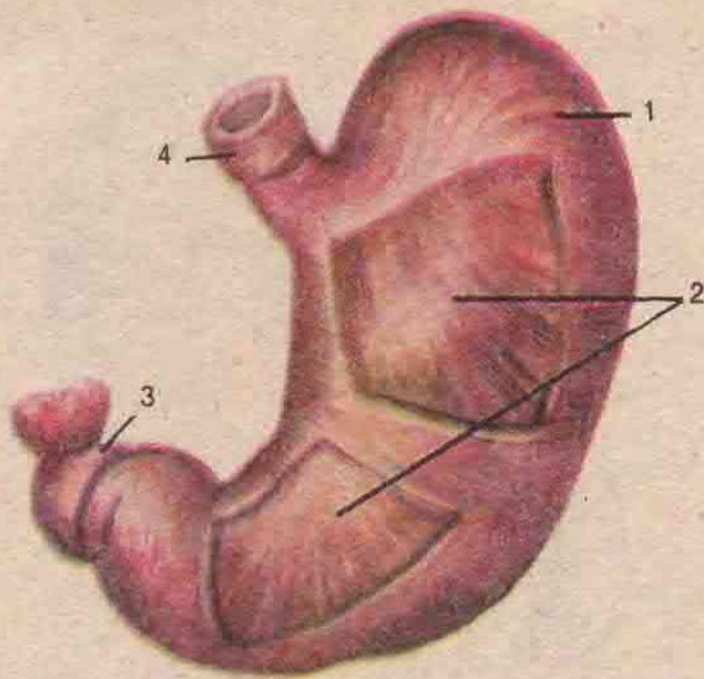


Fig. 24. Tunica musculară a stomacului. Stratul circular și fibrele oblice (o parte din stratul circular e rezecat).

1 — stratum circulare; 2 — fibrae obliquae; 3 — trecerea pars pylorica în duodenum (stratum longitudinale); 4 — esophagus (stratum longitudinale).

(fig. 23). Posterior de stomac se află fisura cavității peritoneale — bursa omentala *bursa omentalis*, care îl delimitează de organele situate retroperitoneal pe peretele abdominal posterior. Fața posterioară a stomacului în regiunea curburii mari este adiacentă la colonul transvers și la mezoul lui, în partea superioară stângă a acestei curburii (fundul stomacului) ajunge la splină. Posterior de corpul stomacului sunt situate retroperitoneal polul superior al rinichiului stâng cu glanda suprarenală și pancreasul.

Poziția relativ stabilă a stomacului este asigurată de mobilitatea redusă a orificiilor lui de intrare și ieșire și de prezența ligamentelor peritoneale (vezi: „Peritoneul”).

La curbura mică a stomacului de la hilul hepatic vin două foițe (duplicatura) de peritoneu — **ligamentul hepatogastic**, *lig. hepatogasticum*; de la curbura mare în jos spre colonul transvers de asemenea pornesc două foițe ale peritoneului — **ligamentul gastrocolic**, *lig. gastrocolicum*, și în fine — de la începutul curburii mari și de la partea stângă a fundului stomacului duplicatura peritoneului trece în stînga spre hilul splinei formînd **ligamentul gastrolial**, *lig. gastroliale*.

Structura peretelui stomacului. Tunica externă a stomacului, *tunica serosa*, acoperă organul din toate părțile.

Stomacul ocupă o poziție intraperitoneală (vezi: „Peritoneul”). Doar niște fișii înguste din peretele stomacului pe curburile lui mare și mică nu au tegument peritoneal. La acest nivel prin interiorul ligamentelor vin la stomac vase sanguine și nervi. **Baza subseroasă** fină, *tela subserosa*, delimitează membrana seroasă de cea musculară. **Tunica musculară**, *tunica muscularis*, a stomacului este bine dezvoltată și este alcătuită din trei straturi: extern longitudinal, mediu circular și intern oblic (fig. 24).

Stratul longitudinal, *stratum longitudinale*, reprezintă continuarea stratului longitudinal din tunica musculară a esofagului. Fasciculele musculare longitudinale sunt situate mai ales

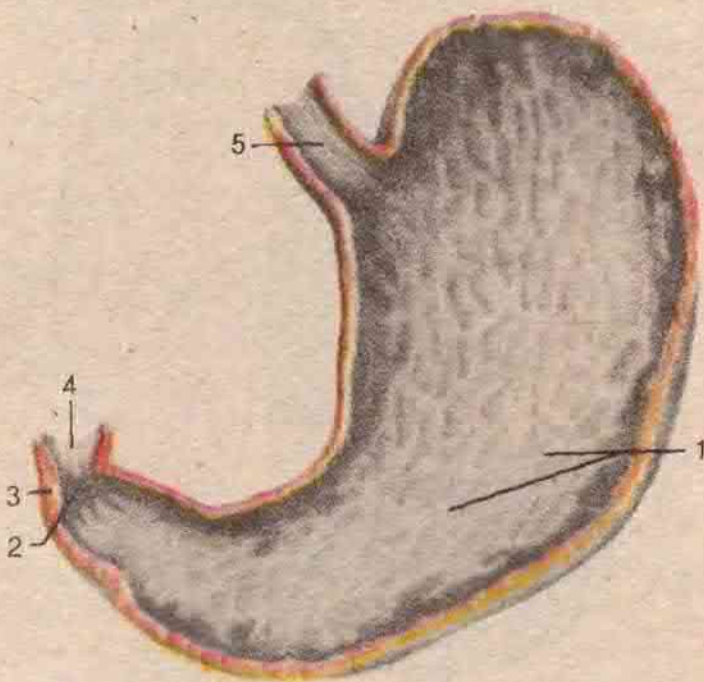


Fig. 25. Tunica mucoasă a stomacului. Peretele anterior al stomacului e rezecat.

1 — plicae gastricae; 2 — ostium pyloricum; 3 — m. sphincter pylori; 4 — tun. mucosa duodeni; 5 — tun. mucosa esophageae.

lingă curburile mică și mare ale stomacului. Pe pereții anterior și posterior ai stomacului acest strat este alcătuit din fibre musculare răsfirate, care sînt mai dezvoltate în regiunea pilorului. Stratul circular, *stratum circulare*, e dezvoltat mai bine decît cel longitudinal, în regiunea părții pilorice a stomacului stratul se îngroașă, formînd în jurul orificiului de ieșire a stomacului **sfincterul piloric**, *m. sphincter pylori*, al treilea strat din tunica musculară, existent numai la stomac, este alcătuit din fibre oblice, *fibrae obliquae* (*stratum obliquum* — BNA). Fibrele oblice trec peste partea cardială a stomacului spre stînga de orificiul cardial și coboară în jos spre dreapta pe pereții anterior și posterior ai organului, orientîndu-se spre curbura mare.

Baza submucoasă, *tela submucosa*, e destul de groasă, ceea ce îi permite mucoasei aderente la ea să formeze pliuri. **Tunica mucoasă**, *tunica mucosa*, e de culoare gri-roz și este tapetată cu un strat de epiteliu cilindric. Grosimea acestei tunici oscilează între 0,5 și 2,5 mm. Grație prezenței **foței musculare a membranei mucoase**, *lamina muscularis mucosae*, și bazei submucoase, tunica mucoasă formează numeroase pliuri gastrice, *plicae gastricae*, care în diferite compartimente ale stomacului au orientare variată (fig. 25). De exemplu, de-a lungul curburii mici sînt situate pliurile longitudinale, iar în regiunea fundului și corpului stomacului există pliuri transversale, oblice și longitudinale. La nivelul trecerii stomacului în duoden se află **valvula inelară a pilorului**, *valvula pylorica* (BNA), care la contractia sfincterului piloric separă definitiv cavitatea stomacului de cea a duodenului.

Toată suprafața mucoasei stomacului (pe pliuri și între ele) comportă niște proeminente mici (de 1—6 mm în diametru) numite **arii gastrice**, *areae gastricae* (fig. 26). Pe suprafața acestor arii se află **foveolele gastrice**, *foveolae gastricae*, care reprezintă orificiile glandelor gastrice foarte numeroase (circa 35 mln). Acestea din urmă secretă suc gastric (enzime diges-

tive), pentru tratarea chimică a alimentelor. În baza de țesut conjunctiv a tunicii mucoase se află vase arteriale, venoase și limfatice, nervi, precum și ganglioni limfatici solitari.

Radioanatomia stomacului. La omul viu stomacul este un organ foarte mobil, care își schimbă neconținut forma și poziția în funcție de tonusul tunicii musculare, de poziția corpului și de gradul de umplere (fig. 27, 28). Pornind de la funcțiile digestive și motorii ale stomacului, la el distingem sacul digestoriu, *saccus digestorius*, alcătuit din fundul și corpul stomacului, și canalul egestoriu (de evacuare), *canalis egestorius*, care include partea pilorică și pilorul stomacului.

Limita anatomică dintre sacul digestoriu și canalul de evacuare o constituie incisura unghiulară la nivelul căreia se află sfincterul fiziologic al peretelui stomacului. La indivizii de tip brahimorf de constituție stomacul are o formă de con situat cvazitransversal.

Pentru tipul mezomorf de constituție este caracteristic stomacul de formă hamată. Corpul stomacului e dispus cvazivertical, apoi se incurbează brusc spre dreapta, încît partea pilorică ocupă o poziție ascendentă în dreapta lingă coloana vertebrală. Între sacul digestoriu și canalul egestoriu se formează un unghi ascuțit deschis în sus.

La indivizii cu tip dolicomorf de constituție a corpului stomacul are forma unui ciorap alungit. Porțiunea descendentă (*saccus digestorius*) ajunge departe în jos, porțiunea pilorică ce reprezintă canalul egestoriu, se ridică brusc în sus, situîndu-se pe linia mediană sau intrucitva lateral de ea (în stînga sau în dreapta).

Aceste forme ale stomacului, precum și numeroasele variante intermediare ale lor se înregistrează în poziția verticală a corpului. În decubit dorsal sau lateral forma stomacului se modifică mai ales de pe urma schimbării raportului spațial cu organele vecine. Forma stomacului mai depinde de vîrstă și sex: la femei forma frecventă a stomacului e cea hamat-oblongată, la bătrîni și copii — cea în formă de con. Forma stoma-

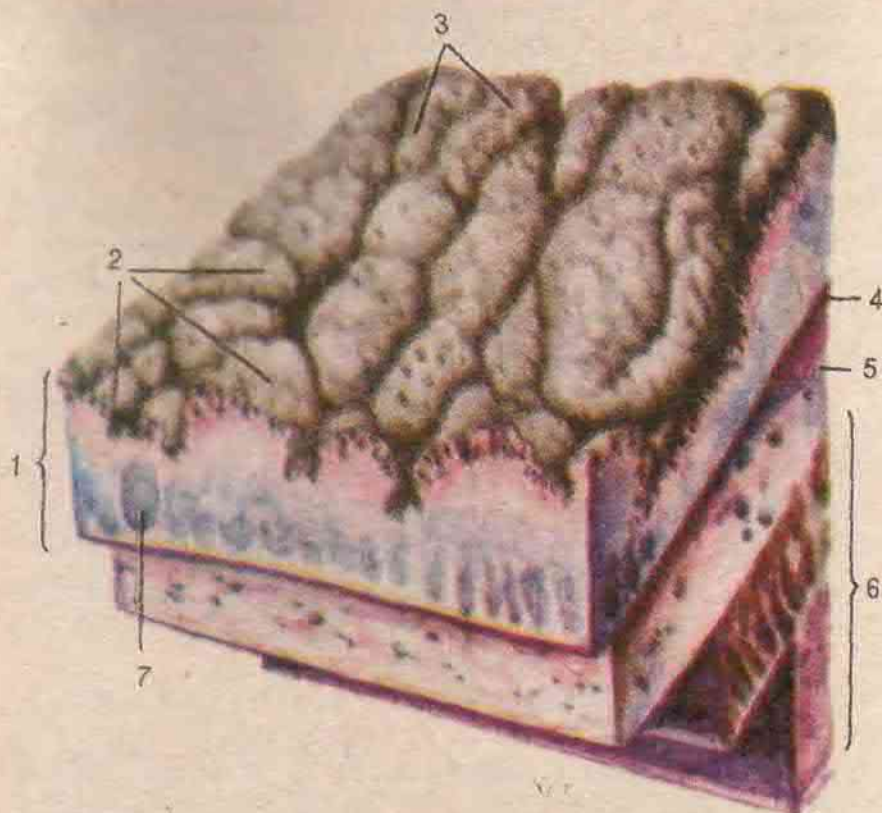


Fig. 26. Structura peretelui stomacului.

1 — tun. mucosa ; 2 — areae gastricae ; 3 — foveolae gastricae ; 4 — lam. muscularis mucosae ; 5 — tela supmucosa ; 6 — tun. muscularis ; 7 — nodulus (folliculus) lymphaticus solitarius.

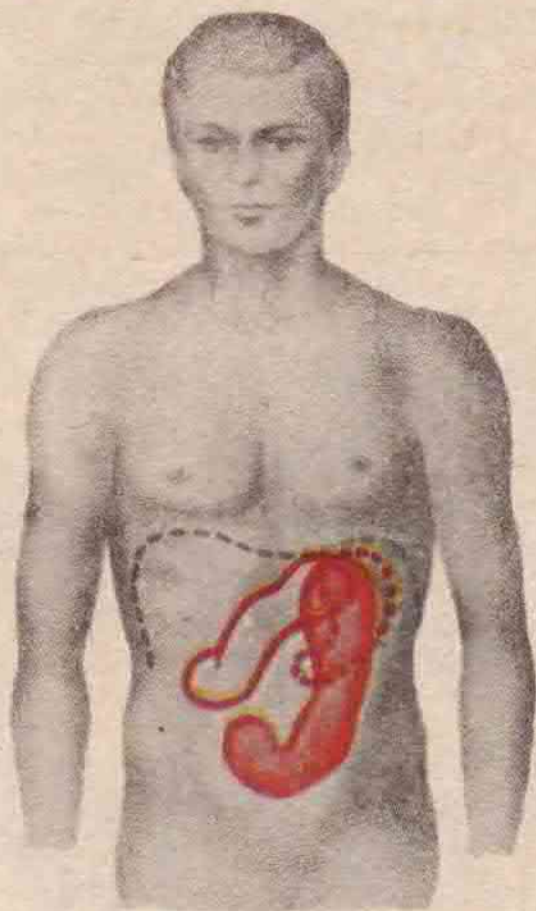


Fig. 27. Proiecția stomacului pe peretele abdominal anterior.

Linia punctată indică contururile stomacului și diafragmului în poziția verticală a corpului uman ; linia neîntreruptă indică conturul stomacului în decubit drept ; stomacul în poziție de decubit stâng e prezentat în culoare roză.

cului la omul viu depinde și de starea funcțională a organului. De exemplu, pe nemincate stomacul îmbracă o formă de canal îngust cu o dilatare ușoară în regiunea fundului și corpului lui. Stomacul plin se dilată respectiv alimentelor ingerate. Cu ocazia examenului radiologic al stomacului putem observa configurația pliurilor tunicii mucoase și undele peristaltice.

Vasele și nervii stomacului. La mica curbura a stomacului vine *a. gástrica sinistra* (din trunchiul celiac) și *a. gástrica dextra*, ramură a arterei hepatice proprii ; la curbura mare vine *a. gastroepiploica dextra* (ramură a arterei gastroduodenale) și *a. gastroepiploica sinistra* ; la fundul stomacului — *aa. gástrici brèves* (ramuri ale arterei lienale). Arterele gastrice și gastroepiploice anastomozează în regiunea curburii mari și mici, prinzând stomacul într-un inel arterial, de la care deviază numeroase ramuri spre pereții stomacului. Singele venos de la pereții stomacului se scurge prin venele omonime, care însoțesc arterele, și sint afluențe ale venei porte. Vasele limfatice se scurg în ganglionii limfatici gastrici (din compartimentele superioare ale stomacului din partea curburii

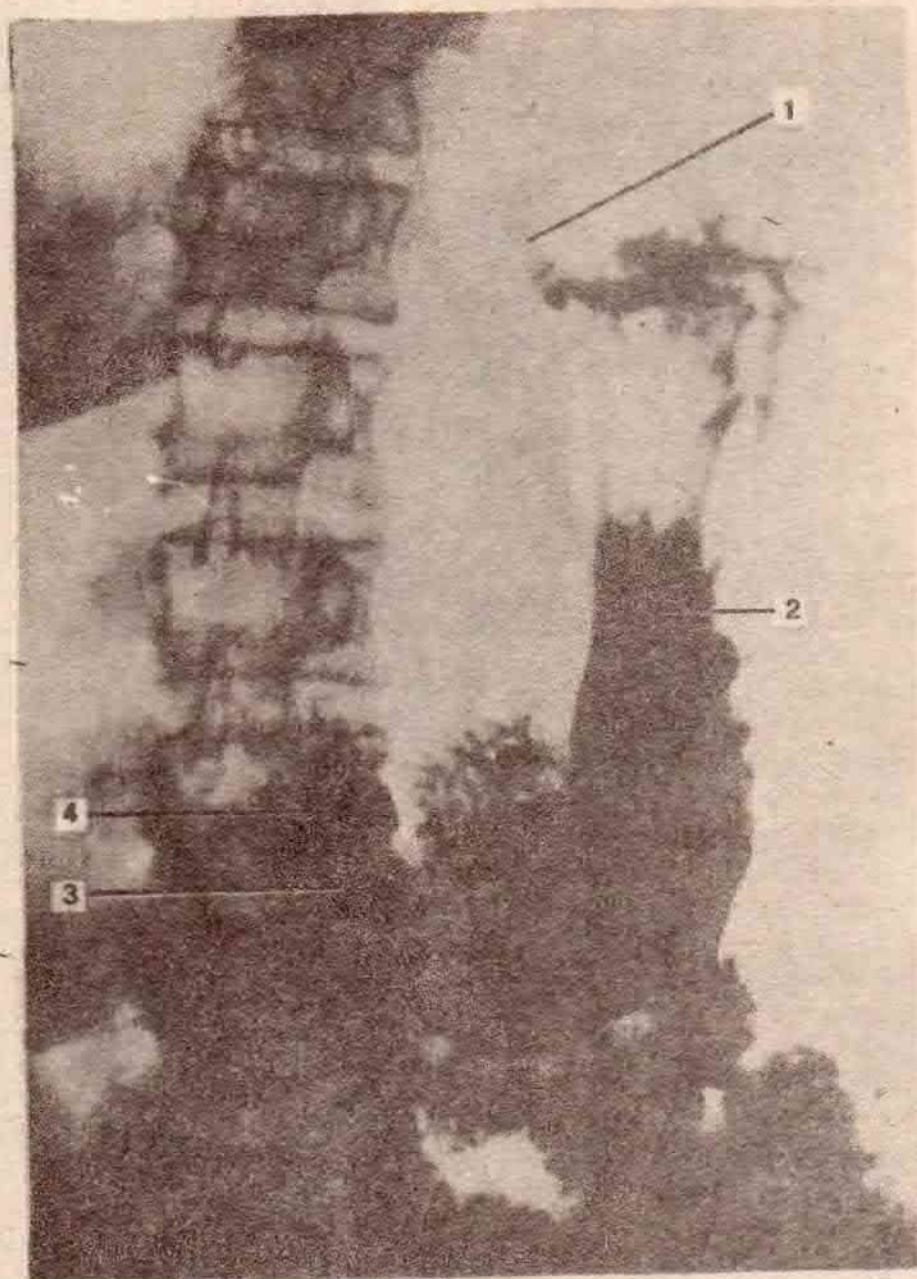


Fig. 28. Radiografie a stomacului umplut cu masă contrastantă.

1 — pars cardiacă; 2 — corpus ventriculi; 3 — pars pylorică; 4 — ampulla duodeni.

mici și de la porțiunea cardială — în inelul limfatic al cardiei), în ganglionii limfatici gastroepiploici drept și stâng (de la compartimentele inferioare și de la curbura mare), în ganglionii pilorici (suprapilorici, infrapilorici și retropilorici). La inervația stomacului (la formarea plexului gastric, plexus gastricus), participă nervii vagi (perechea X) și simpatici. Trunchiul vag anterior se ramifică în peretele anterior, iar trunchiul posterior respectiv în peretele posterior al stomacului.

Nervii simpatici deviază spre stomac de la plexul gastric pe traiectul arterelor gastrice.

Particularitățile de vîrstă ale stomacului

Stomacul nou-născutului are o formă cilindrică sau de corn de bou, de cirlig de prins pește. Partea cardială, fundul și porțiunea pilorică sînt slab pronunțate, pilorul este larg. Capacitatea stomacului e de circa 50 cm, lungimea — 5 cm, lățimea — 3 cm. Spre finele primului an de viață stomacul se alungeste și pe la vîrsta de 7—11 ani capătă forma caracteristică pentru omul matur. Formarea părții cardiale se definitivează doar la debutul copilăriei secunde (8 ani). La vîrsta de un an lungimea stomacului atinge 9 cm, lățimea — 3 cm,

capacitatea sporește pînă la 250—300 cm. La vîrsta de 2 ani capacitatea stomacului echivalează cu 490—590 cm, de 3 ani — 580—680 cm, de 4 ani — pînă la 750 cm. Spre finele copilăriei secunde (12 ani) capacitatea sporește pînă la 1300—1500 cm. La copiii alimentați artificial se observă destinderea stomacului, mai ales în regiunea peretelui anterior. O mare parte din stomacul nou-născutului (cardia, fundul, o parte din corp) se află în hipocondrul sting și este acoperită de lobul sting al ficatului. Curbura mare este adiacentă la colonul transvers. Pe măsura reducerii în volum a lobului sting al ficatului, stomacul se apropie de peretele abdominal anterior și se deplasează în epigastriu.

Orificiul de intrare în stomac la nou-născut se află la nivelul vertebrelor VIII—IX, iar orificiul pilorului — la nivelul vertebrelor XI—XII toracice. Odată cu creșterea și dezvoltarea copilului stomacul coboară și la vîrsta de 7 ani în poziția verticală a corpului orificiul lui de intrare se proiectează între vertebrele XI—XII toracice, iar orificiul de ieșire — între vertebrele XII toracică și I lombară. În senescență stomacul coboară și mai mult. La nou-născut tunica mucoasă a stomacului este relativ groasă, pliurile sînt înalte. Ariile gastrice au dimensiuni de la 1 la 5 mm, foveolele gastrice sînt în număr de circa 200.000. Numărul acestor foveole la vîrsta de 3 luni sporește pînă la 700.000, la vîrsta de 2 ani — pînă la 1300.000 iar la 15 ani echivalează cu 4 mln.

Tunica musculară a stomacului la nou-născut compoartă toate trei straturi, deși stratul longitudinal și fibrele oblice sînt subdezvoltate. Tunica musculară ajunge la grosimea maximă pe la vîrsta de 15—20 de ani.

INTESTINUL SUBȚIRE

Intestinul subțire, *intestinum ténue*, este porțiunea cea mai lungă a tubului digestiv. El este situat între stomac și colon (fig. 29). În intestinul subțire, chimul alimentar după ce a fost tratat cu salivă și suc gastric, se expune acțiunii sucului intestinal, bilei, sucului pancrea-

tic; aici produsele digestiei se absorb în vasele sanguine și limfatice (în capilare). Intestinul subțire este localizat în regiunea celiacă (regiunea medie a abdomenului), inferior de stomac și de colonul transvers, ajungînd pînă la intrarea în cavitatea pelviană.

La omul viu lungimea intestinului subțire oscilează între 2,2 și 4,4 m, la bărbați intestinul este mai lung decît la femei. La cadavru din cauza dispariției tonusului tunicii musculare lungimea intestinului subțire echivalează cu 5—6 m.

Intestinul subțire are o formă de tub, diametrul căruia în porțiunea lui incipientă echivalează în medie cu 47 mm, iar în regiunea terminală — cu 27 mm. Limita superioară a intestinului subțire e constituită de pilorul stomacului, iar cea inferioară — de valvula ileocecală în locul unde el trece în cec.

În intestinul subțire distingem următoarele compartimente: duoden, jejun și ileon. Jejunul și ileonul, spre deosebire de duoden, comportă un mezzou bine pronunțat și se consideră ca parte mezenterică a intestinului subțire.

Duodenul, duodenum, reprezintă porțiunea incipientă a intestinului subțire și e situat pe peretele posterior al cavității abdominale. Lungimea duodenului la omul viu echivalează cu 17—21 cm, iar la cadavru 25—30 cm. Duodenul începe de la pilor și trece în formă de potcoavă în jurul capului pancreasului. În duoden distingem 4 părți: superioară, descendentă, orizontală și ascendentă.

Partea superioară, pars superior, începe de la pilorul stomacului în dreapta de vertebra XII toracică sau I lombară, pornește spre dreapta și intrucîtva posterosuperior, formînd curbura superioară (*flexura*) a duodenului, *flexura duodeni superior*, și continuă cu partea descendentă. Lungimea acestei părți a duodenului e de 4—5 cm.

Posterior de partea superioară se află vena portă, ductul biliar comun, iar fața ei superioară contactează cu lobul patrat al ficatului.

Partea descendentă, pars descendens, începe de la flexura superioară a duodenului la nivelul vertebrei I lombare și coboară de-a lungul marginii drepte a

coloanei vertebrale pînă la nivelul vertebrei III lombare, apoi flectează brusc în stînga, formînd flexura inferioară a duodenului, *flexura duodeni inferior*. Lungimea părții descendente e de 8—10 cm. Posterior de partea descendentă se află rinichiul drept, din stînga și intrucitva posterior trece ductul biliar comun. Anterior, duodenul este intersectat de rădăcina mezoului colonului transvers și tot aici el este adiacent la ficat.

Partea orizontală, pars horisontalis, începe de la flexura inferioară a duodenului, trece orizontal spre stînga la nivelul corpului vertebrei III lombare, anterior de vena cavă inferioară adiacentă la coloana vertebrală, apoi pornește în sus și continuă cu **partea ascendentă (pars ascendens)**, care se termină la marginea stîngă a corpului vertebrei II lombare printr-o flexura bruscă în jos, înainte și în stînga. Aceasta e flexura duodeno-jejunală, *flexura duodeno-jejunalis*, adică locul de trecere a duodenului în jejun. Flexura e fixată pe diafragm cu ajutorul mușchii suspensor al duodenului (*m. suspensorius duodeni*). Posterior de partea ascendentă se află partea abdominală a aortei, iar la nivelul trecerii părții orizontale în cea ascendentă, superior de duoden trec artera și vena mezenterice superioare, care se încorporează în rădăcina mezoului intestinului subțire. Între porțiunea descendentă și capul pancreasului, se află un șanț în care e situată extremitatea ductului biliar comun. Unindu-se cu ductul pancreasului, acesta se deschide în lumenul duodenului pe ampula lui Vater (pron: Fater) sau papilă duodenală mare.

Duodenul nu are mezou și este situat retroperitoneal. Peritoneul este adiacent la duoden în partea lui anterioară cu excepția locurilor unde el este intersectat de rădăcina colonului transvers (pars descendens) și de rădăcina mezoului intestinului subțire (pars horisontalis). Porțiunea incipientă a duodenului, numită ampulă, *ampulla*, este încorsetată de peritoneu din toate părțile.

Pe fața internă a peretelui duodenului se văd niște **pliuri circulare, plicae cir-**

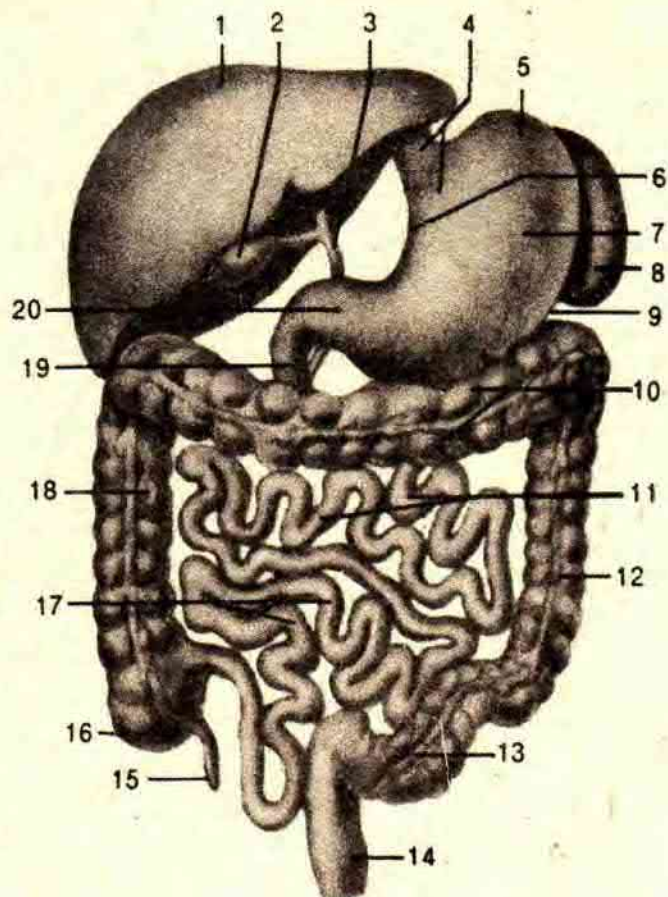


Fig. 29. Topografia organelor în cavitatea abdominală (schema).

1 — hepar; 2 — vesica felleae; 3 — ductus choledochus; 4 — pars cardiaca ventriculi; 5 — fundus (fornix) ventriculi; 6 — curvatura ventriculi minor; 7 — corpus ventriculi; 8 — lien; 9 — curvatura ventriculi major; 10 — colon transversum; 11 — jejunum; 12 — colon descendens; 13 — colon sigmoideum; 14 — rectum; 15 — appendix vermiformis; 16 — caecum; 17 — ileum; 18 — colon ascendens; 19 — duodenum; 20 — pars pylorica ventriculi.

culâres, caracteristice pentru tot intestinul subțire, precum și niște pliuri longitudinale existente doar în porțiunea incipientă a duodenului, în ampula acestuia. În afară de acestea, un **pliu longitudinal al duodenului, plica longitudinalis duodeni**, se află pe peretele medial al părții descendente. Acest pliu în partea inferioară comportă **papila mare a duodenului** (ampula lui Vater), *papilla duodeni major*, unde printr-un orificiu comun se deschid ductul biliar comun și ductul pancreasului. Superior de papila mare e situată **papila mică a duodenului, papilla duodeni minor**, pe care se află orificiul ductului accesoriu al pancreasului. În lumenul duodenului se deschid **glandele duodenale, glandulae duo-**

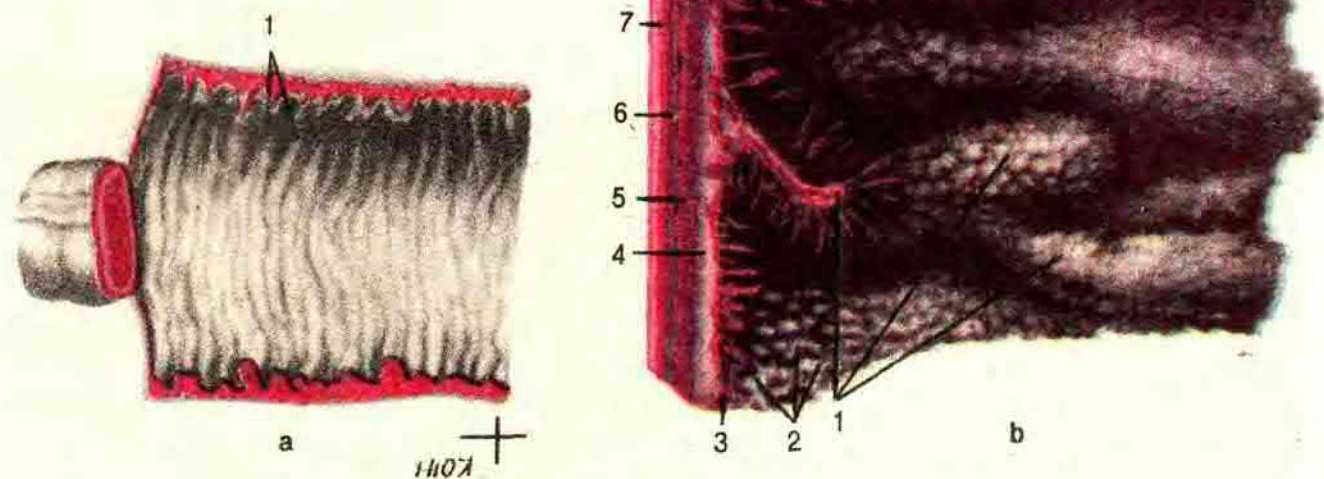


Fig. 30. Intestinul subțire.

a — porțiune de intestin secționat longitudinal; b — suprafața tunicii mucoase și straturile peretelui intestinal. 1 — plicae circulares; 2 — villi intestinales; 3 — tunica mucosa; 4 — tela submucosa; 5 — stratum circulare tunicae muscularis; 6 — stratum longitudinale tunicae muscularis; 7 — tun. serosa.

denăles, care sînt situate în baza submucoasă a peretelui intestinului.

Vasele și nervii duodenului. Duodenul este irigat de *aa. pancreaticoduodenales superiores anterior et posterior* (din artera gastroduodenală) și *a. pancreaticoduodenales inferior* (din artera mezenterică superioară), care anostomozează între ele și trimit spre peretele intestinului „ramuri duodenale (*rr. duodenales*). Venele omonime se scurg în vena portă și în afluenții ei. Vasele limfatice ale duodenului se îndreaptă spre ganglionii limfatici pancreatoduodenali, mezenterici superiori, celiaci și lombari. Inervația duodenului e realizată de ramurile directe ale nervilor vagi din plexul gastric, hepatic și mezenteric superior.

Radioanatomia duodenului. Distingem porțiunea incipientă a duodenului numită bulb, *būlbus duodēni*, care se vede în formă de opalescență triunghiulară cu baza orientată spre pilorul stomacului, delimitându-se de acesta printr-o strânguție îngustă (generată de contracția sfincterului piloric). Virful opalescenței triunghiulare a bulbului corespunde nivelului primului pli circular al mucoasei duodenale. Forma duodenului cunoaște variabilitate individuală. De exemplu, are formă de potcoavă cînd sînt vizibile toate porțiunile lui, se întilnește

în 60% din cazuri. În 25% din cazuri duodenul are o formă inelară și în 15% are o formă de ansă, dispusă vertical, simulînd litera „U”. Sînt posibile și forme de tranziție.

Partea mezenterică a intestinului subțire, care este o continuare a duodenului, e situată mai jos de colonul transvers și de mezoul lui și formează 14—16 anse, acoperite anterior de marele epiploon. Doar 1/3 din numărul anselor se află la suprafață și sînt accesibile examenului de revistă, iar 2/3 din numărul lor sînt situate în profunzimea cavității abdominale și, pentru a le examina, e nevoie de a întinde intestinul. Cam 2/5 din partea mezenterică a intestinului subțire se referă la jejun și 3/5 — la ileon. Nu există o limită strictă între aceste compartimente ale intestinului subțire.

Jejunul, jejūnum, urmează nemijlocit după duoden, ansele lui se află în partea stîngă superioară a cavității abdominale.

Ileonul, ileum, fiind continuarea jejunului, ocupă partea dreaptă inferioară a cavității abdominale și trece în intestinul cec în regiunea fosei iliace drepte. Jejunul și ileonul sînt acoperiți din toate părțile de peritoneu (sînt localizate intraperitoneal), care formează **tunica seroasă externă, tūnica serōsa**, a pereților lor,

care e situată pe o **bază subseroasă fină, tēla subserosa**. Dat fiind faptul că peritoneul se apropie de intestin dintr-o singură parte, pe jejun și ileon distingem partea liberă acoperită de peritoneu și partea opusă, mezenterică, unde peritoneul care acoperă intestinul trece în mezul lui. Între cele două foițe ale mezoului spre intestin vin artere și nervi, pleacă vene și vase limfatice. La acest nivel intestinul are o fișie îngustă ce nu este acoperită de peritoneu.

Tunica musculară, situată sub baza subseroasă, tūnica muscularis, conține un strat longitudinal extern, *stratum longitudinale*, și un strat circular intern, *stratum circulare*, care este mai dezvoltat decît cel longitudinal. La nivelul de trecere a ileonului în cec există o îngroșare a stratului muscular circular.

După tunica musculară urmează **baza submucoasă, tēla submucosa**, care e destul de groasă. Ea este alcătuită din țesut conjunctiv fibros lax, în care se află vase sanguine, limfatice și nervi.

Tunica internă mucoasă tūnica mucosa, e de culoare roz la nivelul duodenului și jejunului și de culoare gri-roz la nivelul ileonului, ceea ce se explică prin diferența de intensitate a irigării în aceste compartimente. Membrana mucoasă a peretelui intestinului subțire formează pliuri circulare, *plicae circulares*, numărul total al cărora atinge 650 (fig. 30). Lungimea fiecărui pli constituie $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ din circumferința intestinului, înălțimea pliurilor e de circa 8 mm. Pliurile sînt formate din tunica mucoasă cu participarea bazei submucoase. Înălțimea pliurilor scade în direcție de la jejun spre ileon. Suprafața mucoasei este catifelată, din cauza vilozităților intestinale (*villi intestinales*), lungi de 0,2—1,2 mm (fig. 31). Prezența acestor vilozități numeroase (4—5 mln), precum și a pliurilor, mărește suprafața de absorbție a tunicii mucoase din intestin, care este tapetată cu un singur strat de epiteliu cilindric și comportă o rețea deasă de vase sanguine și limfatice. Baza vilozităților o constituie țesutul conjunctiv al foiței proprii a tunicii mucoase, ce con-

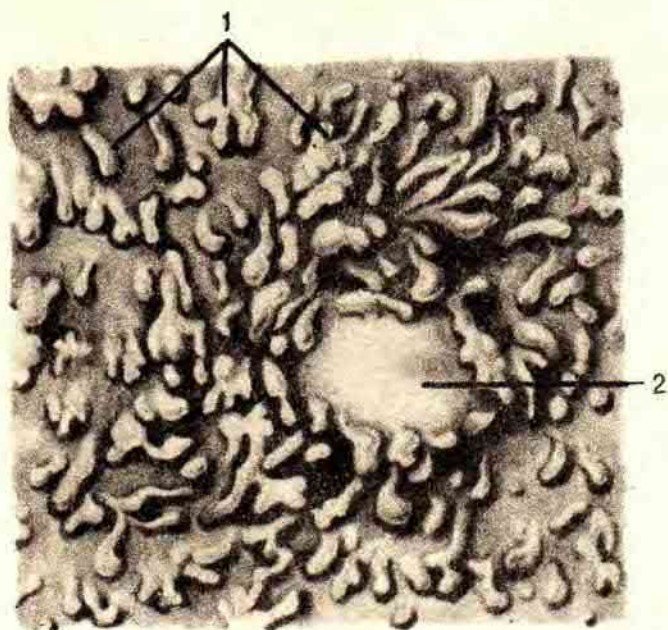


Fig. 31. O porțiune de suprafață a tunicii mucoase din intestinul subțire.

1 — villi intestinales ; 2 — nodulus (folliculus) lymphaticus solitarius.

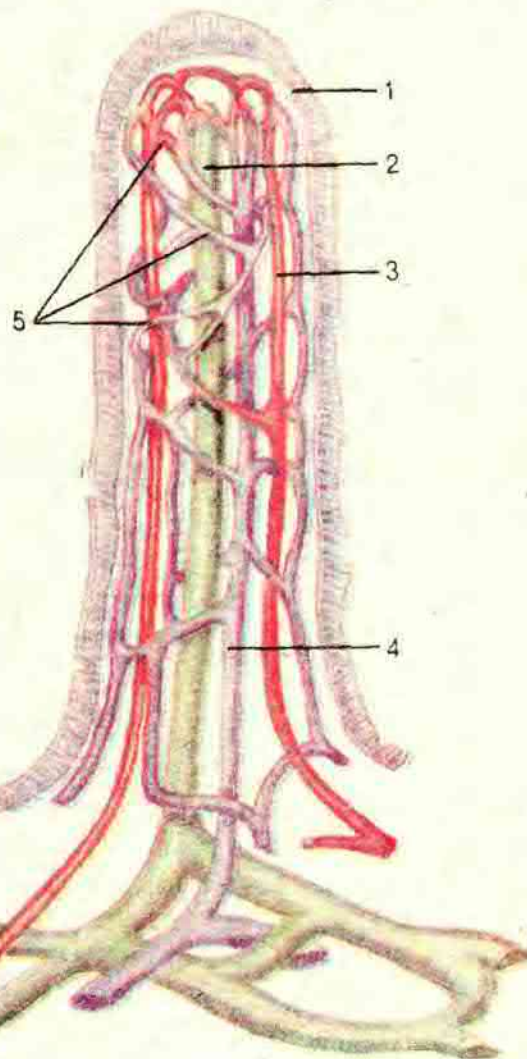


Fig. 32. Structura vilozității intestinale (schemă).

1 — epitelium intestinal ; 2 — sinus limfatic central ; 3 — vas arterial ; 4 — vas venos ; 5 — capilare sanguine.

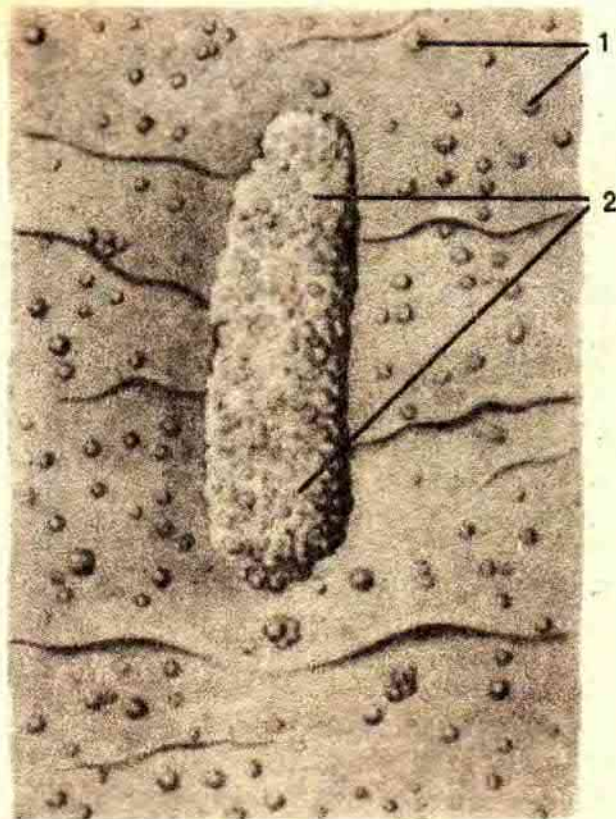


Fig. 33. O porțiune de suprafață a tunicii mucoase a ileonului.

1 — noduli (folliculi) lymphatici solitarii; 2 — placa limfoidă; (folliculus lymphaticus aggregatus).

ține o cantitate nu prea mare de celule musculare netede. În vilozitate se află un capilar limfatic plasat central, numit sinus chilos. (fig. 32). În fiecare vilozitate pătrunde o arteriolă, care se împarte în două capilare și din ea ies venule. Arteriola, venulele și capilarele sint repartizate în vilozitate în jurul sinusului chilos, în apropierea epitelului. Printre celulele epiteliale care tapetează mucoasa intestinului subțire se întilnesc în mare număr celule caliciforme, care elaborează mucus (glande monocelulare). Pe toată suprafața mucoasei între vilozități se deschid numeroase **glande intestinale**, *glândulae intestināles*, de formă tubulară, care elaborează suc intestinal. Ele sint situate în profunzimea tunicii mucoase.

În mucoasa intestinului subțire se află numeroși foliculi limfatici solitari, *folliculi lymphatici solitarii*, numărul total al cărora în intestinul subțire la adolescenți atinge 15.000. În mucoasa ileo-

nului există de asemenea acumulări masive de țesut limfoid — ganglioni limfatici agregați (plăci Peyer), *noduli (folliculi) lymphatici aggregați*, numărul cărora oscilează între 20 și 30 (fig. 33). Ele sint situate pe acea latură a intestinului care vine în opoziție la marginea lui mezenterică și proeminează pe suprafața membranei mucoase. Ganglionii limfatici agregați au o formă ovală, lungimea lor constituie 2—3 cm și mai mult lățimea — 0,8—1,0 cm.

Vasele și nervii jejunului și ileonului. La irigarea jejunului și ileonului participă 15—20 *aa. intestināles* (ramuri ale arterei mezenterice superioare). Singele venos este transportat prin venele omonime în vena portă. Vasele limfatice se scurg în ganglionii limfatici mezenterici (superiori): de la porțiunea terminală a ileonului — în ganglionii ileocolici. Inervația peretelui intestinului subțire e realizată de ramurile nervilor vagi și plexului mezenteric superior (nervi simpatici).

Radioanatomia jejunului și ileonului. Examenul radioanatomic scoate în evidență poziția și relieful tunicii mucoase. Ansele jejunului sint situate spre stînga și în centrul cavității abdominale, vertical și orizontal, iar ansele ileonului — în porțiunea dreaptă inferioară a abdomenului (unele anse ale lui coboară în micul bazin), sint dispuse vertical și oblic. Intestinul subțire pe radiogramă are un aspect de bandă subțire de 1—2 cm lățime, iar în caz de scădere a tonusului pereților are lățimea de 2,5—4 cm. Contururile intestinului sint neregulate din cauza proeminării în lumenul intestinal a pliurilor circulare, înălțimea cărora pe radiogramă echivalează cu 2—3 mm în jejun, și 1—2 mm în ileon. Cînd se folosește puțină masă radiocontrastantă în lumenul intestinului (umplere „insuficientă”) se observă lesne pliurile, iar în caz de umplere „pe saturate”, (în lumenul intestinal masa contrastantă este abundentă) se determină dimensiunea, poziția, forma și contururile intestinului.

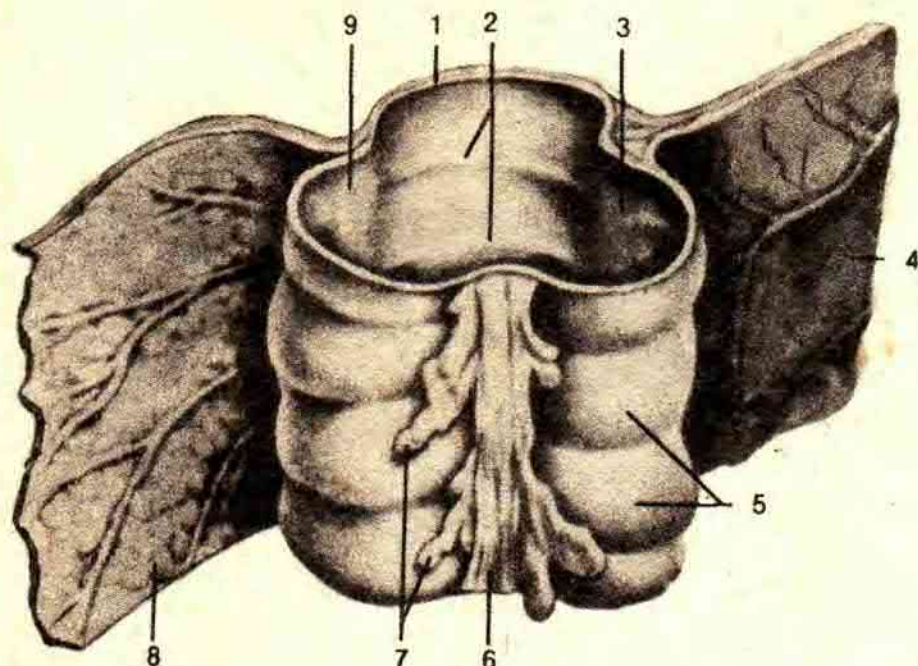


Fig. 34. Fragment de colon transvers.

1 — peretele intestinal; 2 — plicae semilunares coli; 3 — tenia mesocolica; 4 — mesocolon; 5 — haustrae coli; 6 — tenia libera; 7 — appendixes epiploicae; 8 — omentum majus; 9 — tenia omentalis.

Particularitățile de vîrstă ale intestinului subțire

Intestinul subțire al nou-născutului are o lungime de 1,2—2,8 m; la vîrsta de 2—3 ani lungimea lui constituie în medie 4,8 m. Spre finele copilăriei secunde lungimea lui ajunge la lungimea intestinului de om matur (circa 5-6 m); Lățimea lumenului intestinului subțire spre finele primului an de viață constituie 16 mm, iar la vîrsta de 3 ani — 23,2 mm. Duodenul la nou-născut are o formă inelară, flexurile lui se formează mai tîrziu. Începutul și sfîrșitul lui se află la nivelul vertebrei I lombare. După 5 luni partea superioară a duodenului se află la nivelul vertebrei XII toracice; la vîrsta de 7 ani partea descendentă coboară pînă la vertebra II lombară și chiar mai jos (pe la vîrsta de 12 ani). Glandele duodenale la nou-născut au dimensiuni mici, sînt mai puțin ramificate decît la matur. Aceste glande se dezvoltă deosebit de intens în primii ani de viață a copilului.

La nou-născut poziția anșelor jejunului și ileonului este variată: orizontală și verticală, ceea ce depinde de poziția rădăcinii mezoului și de starea funcționată a intestinului. Pliurile și vilozitățile tunicii mucoase sînt puțin pronunțate. Numărul de glande intestinale sporște pe parcursul primului an de viață. Foliculele limfoide solitare și agregate

în profunzimea tunicii mucoase a intestinului la nou-născut sînt deja formate. Tunica musculară este subdezvoltată, mai ales stratul ei longitudinal.

INTESTINUL GROS

Intestinul gros, *intestinum crăssum*, urmează după intestinul subțire și constituie compartimentul terminal al sistemului digestiv, în el se definitivează procesele de digestie, se mulează și se evacuează în exterior masele fecale. În intestinul gros distingem cecul (intestinul orb) cu apendicele vermiform, colonul ascendent, colonul transvers, colonul descendent, colonul sigmoid, rectul, care se termină cu anusul.

Intestinul gros e situat în cavitatea abdominală și în cavitatea micului bazin. Lungimea lui oscilează între 1 și 1,65 m. Diametrul intestinului gros e de 5—8 cm, iar în porțiunea terminală — circa 4 cm. Intestinul gros poartă câteva caractere distinctive (fig. 34). În primul rînd pe fața lui externă se văd trei traveuri longitudinale — **bandeletele colonului, téniae coli**, formate de pe urma concentrării stratului muscular longitudinal la acest nivel. Fiecare bandeletă are o lățime de circa 1 cm și denumire proprie. **Bandeleta mezocolică, ténia mesocolică** corespunde locului de fixare la intestinul gros (pe colonul transvers și

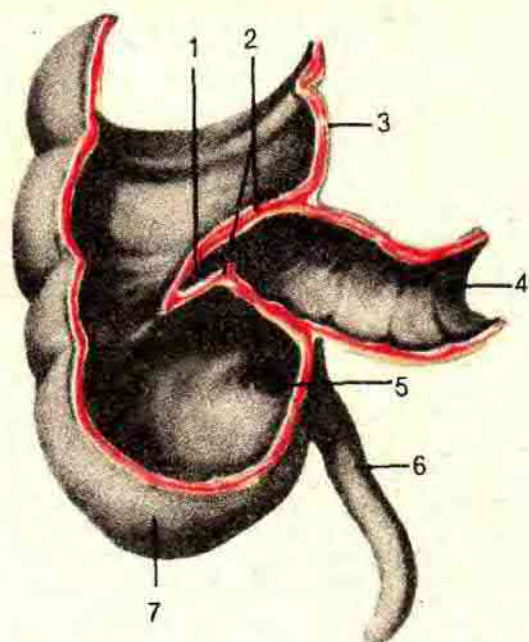


Fig. 35. Cecul și apendicele vermiform. Peretele anterior este rezezat.

1 — ostium ileocaecale; 2 — valva ileocaecalis; 3 — colon ascenden; 4 — ileum; 5 — ostium appendixis vermiformis; 6 — appendix vermiformis; 7 — caecum.

sigmoid) a mezourilor lor sau liniei de fixare a intestinului (colonului ascendent și descendent) la peretele abdominal posterior. *Ban deleta omentală, ténia omentális*, se află pe fața anterioară a colonului, unde la el se fixează epiploonul mare, și continuă pe celelalte porțiuni ale intestinului gros. *Ban deleta liberă, ténia liberă*, este situată pe fața anterioară (liberă) a colonului ascendent și colonului descendent, iar la colonul transvers — pe fața lui inferioară din cauza unei ptoze și torsionări ușoare în jurul axului longitudinal.

În al doilea rând, între bandelele colonului există numeroase prolabări sacciforme ale peretelui colonului — **haustrele colonului, háustrae cóli**, separate între ele de niște șanțuri adânci, ceea ce conferă contururilor exterioare ale colonului un aspect gofrat. Haustrele se formează din cauza incoincidenței în lungimea bandelelele și porțiunilor de colon dintre bandelele. În al treilea rând, pe fața externă a colonului de-a lungul bandelelele liberă și omentală sînt situate niște prolabări dactiloide ale tunicii seroase, ce conțin țesut conjunctiv — **apendicele epiploice, appéndices epiplóicae**. Ele ating 4—5 cm lungime.

Cecul, caecum, este situat în fosa iliacă dreaptă și constituie partea inițială dilatată a intestinului gros mai jos de nivelul pătrunderii ileonului în el (fig. 35). Fața posterioară a cecului rezidă pe mușchii iliac și marele psoas, iar fața lui anterioară e adiacentă la peretele abdominal anterior. Cecul este acoperit de peritoneu din toate părțile (poziție intraperitoneală), însă nu are mezou. Poziția cecului la oamenii maturi e foarte variabilă. El se poate afla mai sus de nivelul spinei anterioare superioare a osului iliac sau mult mai jos — la intrarea în micul bazin. Lungimea cecului e de 6—8 cm, diametrul atinge 6—7,5 cm. Pe fața lui posteromedială se întâlnesc într-un singur punct bandelelele colonului. La acest nivel pornește **apendicele vermiform, appéndix vermifórmis**, care reprezintă o excrescență a cecului, avînd 2—20 cm lungime (în medie—8,6 cm), și în diametru de 0,5—1,0 cm. Apendicele vermiform este acoperit de peritoneu din toate părțile (poziție intraperitoneală) și posedă mezou.

Poziția apendicelui depinde de lungimea lui și de poziția cecului. De regulă, apendicele vermiform este situat în fosa iliacă dreaptă, însă poate fi plasat mai sus sau mai jos de ea.

Orientarea apendicelui vermiform poate fi descendentă (40—45%), laterală (17—20%), ascendentă (13%). În caz de poziție ascendentă, apendicele vermiform deseori e situat posterior de cec.

Locul de trecere al ileonului în cec — **orificiul ileocecal, óstium ileocaecále**, constituie o fantă dispusă cvaziorizontal, delimitată de sus și de jos de două pliuri, care proemină în cavitatea cecului pentru a forma **valva ileocecală, vâlva ileocaecális** (valvula lui Bauhin). Anterior și posterior pliurile valvei sînt coalescente și formează friul **valvei ileocecale, frénulum vâlvae ileocaecális**. În adîncul pliurilor valvei se află un strat orbiculat de musculatură acoperită cu tunică mucoasă. Valva ileocecală cu aspect infundibuliform, are partea îngustă orientată în lumenul cecului, lăsînd trecere liberă bolului alimentar din intestinul subțire în cel gros. Dacă în intestinul cec crește presiunea, pliurile valvei ileocecale se

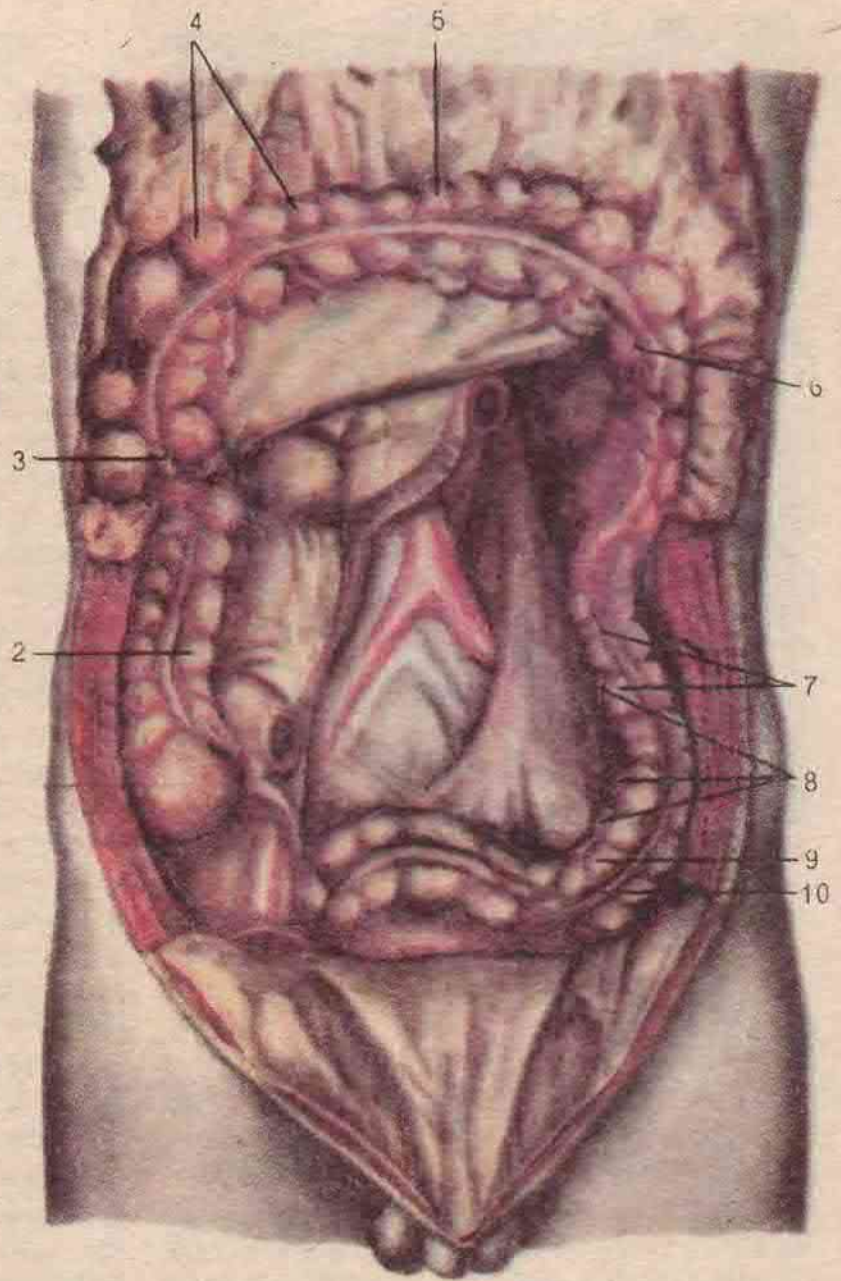


Fig. 36. Intestinul gros. Jejunul și ileonul sînt rezecați.

1 — caecum; 2 — colon ascendens; 3 — flexura coli dextra; 4 — haustrae coli; 5 — colon transversum; 6 — flexura coli sinistra; 7 — colon descendens; 8 — appendices epiploicae; 9 — colon sigmoideum; 10 — tenia libera.

închid și accesul din intestinul gros în cel subțire este exclus. Ceva mai jos de valva iliocecală pe fața externă a cecului există **orificiul apendicelui vermiform**, *ostium appendicis vermiformis*, lângă care deseori se observă o plică semilunară formată din tunică mucoasă.

Colonul ascendent, *colon ascendens*, constituie prelungirea cecului în sus. Este situat în partea dreaptă a abdomenului și se proiectează în regiunea laterală dreaptă. Ajungînd la fața viscerală a lobului drept al ficatului, colonul face un cot brusc în stînga, formînd astfel flexura dreaptă a colonului, *flexura coli dextra*, apoi trece în colonul transvers. Lungimea colonului ascendent echivalează cu 15—20 cm.

Posterior el este adiacent la mușchiul patrat al lombelor și la mușchiul transvers abdominal, la fața anterioară a rinichiului drept; medial — la mușchiul mare al lombelor; anterior — la peretele abdominal anterior, medial contactează cu ansele ileonului, lateral — cu peretele drept al cavității abdominale. Colonul ascendent este acoperit anterior și bilateral de peritoneu (poziție mezoperitoneală).

Colonul transvers, *colon transversum* (fig. 36), este dispus transversal în cavitatea abdominală și se întinde de la flexura dreaptă a colonului pînă la **flexura stîngă a colonului**, *flexura coli sinistra*, unde acest intestin trece în colonul descendent. Lungimea colonului trans-

vers oscilează între 30 și 85 cm (în medie 50 cm). Lungimea lui depășește distanța dintre punctele de început și sfârșit din care cauză colonul transvers ocupă o poziție de arc, avînd curbura orientată inferior. Poziția colonului transvers este foarte variabilă și depinde de tipul de constituție, de lungimea colonului, de vîrsta individului. În copilărie întîlnim mai frecvent colon transvers scurt. La indivizi de tip constituțional brahimorf colonul transvers în majoritatea cazurilor este dispus de-a curmezișul, iar la indivizii de tip constituțional dolicomorf el prolabează în jos, coborînd chiar mai jos de ombilic (formă de ghirlandă).

Colonul transvers este acoperit din toate părțile de peritoneu (poziție intraperitoneală), posedă mezou cu ajutorul căruia se fixează pe peretele posterior al cavității abdominale, ceea ce îi conferă deplasări de mare amplitudine. La colonul transvers mezoul se fixează la nivelul bandetei mezocolice. Din sus la flexura dreaptă a colonului transvers vin în adiacență ficatul, stomacul, splina (la flexura stîngă a colonului), din jos — ansele intestinului subțire, posterior se află duodenul și pancreasul. Pe stomacul gol fața anterioară a colonului transvers este adiacentă la peretele abdominal anterior, iar cînd stomacul este plin, colonul transvers este întins de către stomac și se îndepărtează de la peretele abdominal.

Colonul descendent *colon descendens*, începe de la flexura stîngă a colonului transvers, trece în jos și ajunge la nivelul fosei iliace stîngi, unde trece în colonul sigmoid. Colonul descendent este situat în porțiunea stîngă a cavității abdominale și se proiectează pe regiunea laterală stîngă. Lungimea descendentului e de circa 12—15 cm. Cu fața posterioară el este adiacent la mușchiul patrat al lombilor, la polul inferior al rinichiului stîng și la mușchiul iliac — în fosa iliacă stîngă. Fața anterioară a colonului descendent contactează cu peretele abdominal anterior, avînd în dreapta ansele jejunului, iar din stînga — peretele abdominal stîng. Peritoneul acoperă colonul descendent pe fețele anterobilaterale ale acestuia (poziție mezoperitoneală).

Colonul sigmoid, *colon sigmoideum*,

este situat în fosa iliacă stîngă; se întinde de la nivelul crestei osului iliac în sus pînă la articulația sacroiliacă, la nivelul căreia trece în rect. Lungimea colonului sigmoid la omul matur oscilează între 15 și 67 cm. Sigmoidul formează două anse, forma și dimensiunile cărora cunoscut importante variații individuale. Colonul sigmoid este situat intraperitoneal (este acoperit din toate părțile de peritoneu), posedă mezou, care se fixează pe peretele abdominal posterior. Prezența mezoului asigură mobilitatea colonului sigmoid.

Structura peretelui colonului. Spre interior de tunica seroasă și de baza subseroasă e situată tunica musculară, al cărui strat longitudinal extern formează 3 fascicule late în forma de bandete, iar stratul circular este repartizat pe toată lungimea colonului oarecum uniform, îngroșîndu-se întrucîtva la baza pliurilor semilunare. Baza submucoasă și tunica mucoasă sînt bine dezvoltate. Mucoasa nu formează vilozități. Există doar niște **pliuri semilunare ale colonului**, *plîcae semilunares còli*, dispuse în trei rînduri (între bandete) și coincid limitelor dintre haustre. În tunica mucoasă se observă numeroase glande tubulare intestinale și celule caliciforme. În tunica mucoasă și în baza submucoasă se află ganglioni limfatici solitari, iar în peretele apendicelui vermiform — **ganglionii limfatici agregați ai apendicelui vermiform**, *noduli lymphatici aggregati appendicis vermiformis* (vezi: „Organele hematopoezei și sistemului imun”).

Vasele și nervii colonului. La colon vin ramurile arterei mezenterice superioare: la cec și apendicele viermiform — artera iliocolică cu ramurile ei (artera ascendentă, arterele cecale anterioară și posterioară, artera apendicelui vermiform); spre colonul ascendent — artera colică dreaptă; spre colonul transvers — artera colică medie. Ramurile arterei mezenterice inferioare se îndreaptă spre colonul descendent — artera colică stîngă, și la colonul sigmoid — arterele sigmoide. Sîngele venos este transportat prin venele omonime în venele mezenterice superioară și inferioară, care sînt afluențele venei porte. Vasele limfatice

se îndreaptă spre ganglionii limfatici, iliocolici, prececali, retrocecali, apendiculari (de la cec și apendicele vermiform), spre ganglionii limfatici mezocolici (pericolici, colici drept, mediu și stîng) — de la colonul ascendent transvers și descendent, la ganglionii mezenteriei inferioare (sigmoizi) de la colonul sigmoid.

La colon vin ramuri de la nervii vagi (la colonul sigmoid — de la nervii viscerali pelvieni) și nervii simpatici din plexurile mezenterice superior și inferior.

Radioanatomia colonului. Examenul radiologic al colonului se face după umplerea lui cu masa de contrast din intestinul subțire, cît și prin rect (clismă contrastantă înaltă). Cînd se contractă stratul muscular longitudinal, colonul se scurtează și haustrele devin vizibile (fig. 37). Cînd intestinul gros este supraumplut cu masă contrastantă, iar bandelele musculare longitudinale sînt relaxate, haustrele se nivelează și caracteristicile exterioare ale colonului aproape că dispar. Sfincterele fiziologice ale intestinului gros (porțiunile cu tonus sporit al stratului muscular circular) pot fi de asemenea observate cu ocazia examenului radiologic. La omul viu se înregistrează o poziție mai joasă a colonului transvers decît pe cadavru. Apendicele vermiform în condiții normale contrastează sub forma de fișie funiculară de poziție și lungime variată.

Rectul *réctum*, constituie partea terminală a intestinului gros; în el se acumulează, apoi se evacuează din organism masele fecale. Rectul este situat în cavitatea bazinului mic, și are la omul matur o lungime medie de 15 cm, diametrul oscilînd între 2,5 și 7,5 cm. Posterior de rect se află sacrul și coccisul. Anterior de el la bărbați se află prostata, vezica urinară, veziculele seminale și ampulele canalelor deferente, iar la femei — uterul și vaginul.

Rectul în realitate nu este rectiliniu, ci formează două curburi în plan sagital. Prima, numită **flexura sacrală**, *flexúra sacrális*, respectă concavitatea sacrului; a doua — **flexura perineală**, *flexúra perineális*, e situată în regiunea perineului, anterior de coccis, avînd convexitate

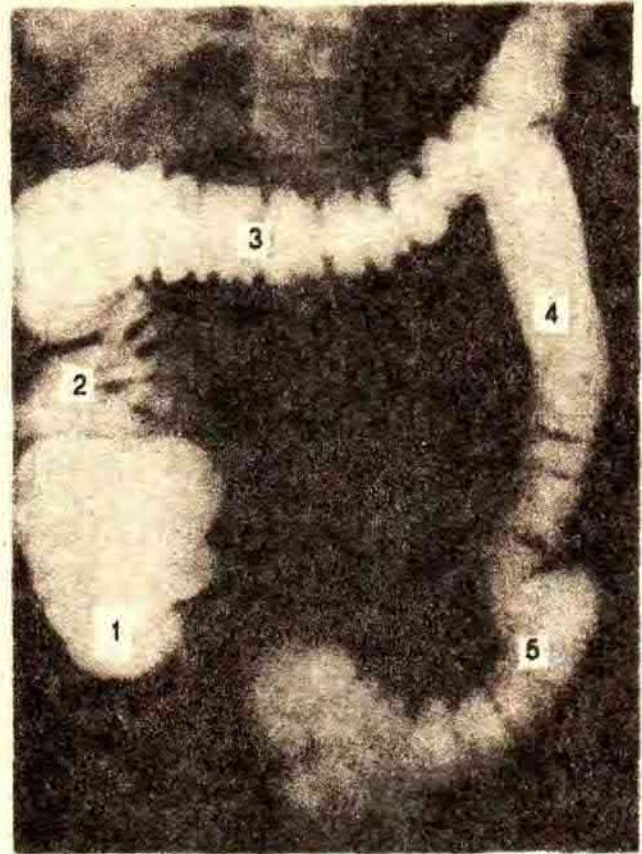


Fig. 37. Radiografia intestinului gros umplut cu masă contrastantă.

1 — caecum ; 2 — colon ascenden ; 3 — colon transversum ; 4 — colon descenden ; 5 — colon sigmoideum.

anterioară. Flexurile rectului în plan frontal nu sînt constante.

Structura rectului. O parte din rect, care se află în cavitatea bazinului mic, formează la nivelul sacrului o dilatare numită **ampulă rectală**, *ámpulla récti* (fig. 38). Partea mai îngustă a rectului, care trece prin perineu, se numește **canal anal**, *canális anális*. Canalul anal în partea lui inferioară are un orificiu deschis spre exterior numit **anus**, *ánus*.

Structura peretelui rectului. Membrana externă a rectului în porțiunea ei superioară e constituită de peritoneu (túnica serósa), care acoperă această porțiune a rectului din toate părțile (poziție intraperitoneală). În partea medie rectul este acoperit de peritoneu din trei părți (poziție mezoperitoneală), iar în treimea inferioară rectul nu este acoperit de peritoneu (poziție extraperitoneală) și tunica lui externă e prezentată de adventiție.

Stratul muscular longitudinal este

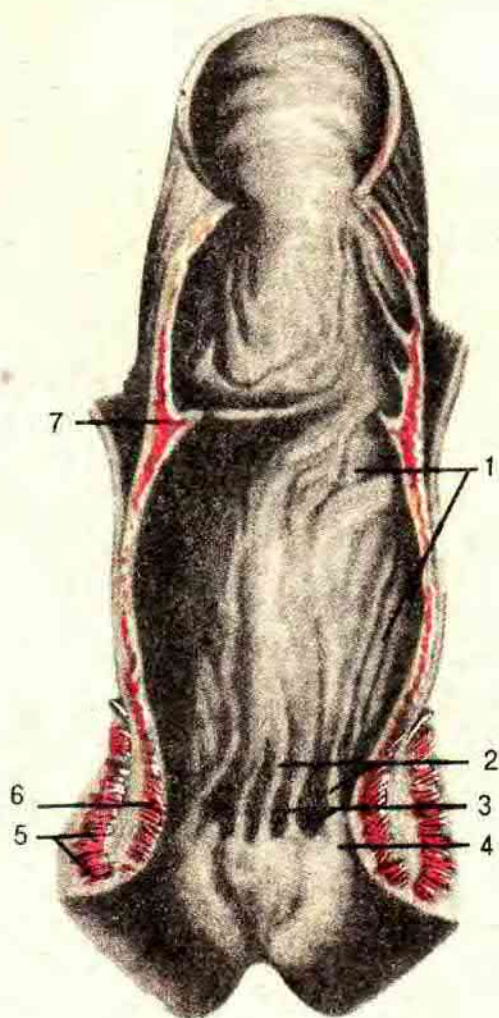


Fig. 38. Rectul. Peretele anterior e rezecat.

1 — ampulla recti; 2 — columnae anales; 3 — sinus anales; 4 — linea anorectalis; 5 — m. sphincter ani externus; 6 — m. sphincter ani internus; 7 — plica transversa recti.

compact și din inferior în el se inseră fibrele mușchiului levator al anusului (vezi: „Diafragmul bazinului“). Stratul muscular circular intern în regiunea canalului anal formează **sfincterul anal intern** (involuntar), *m. sphincter ani internus*. El are o înălțime de 2—3 cm și limita lui inferioară corespunde cu nivelul trecerii tunicii mucoase a canalului anal în pielea circumanală. **Sfincterul anal extern** (voluntar), *m. sphincter ani externus*, este situat nemijlocit sub piele și intră în componența mușchilor diafragmului bazinului.

Tunica mucoasă a rectului, care conține glande intestinale (caliciforme, mucoase) și foliculi limfatici solitari, formează atât pliuri transversale cât și longitudinale. **Pliurile transversale ale rectului**, *plīcae transversales recti*, 2—3

la număr, se află în ampula rectului. Ele amintesc pliurile semilunare ale colonului sigmoid, însă au o orientare helicoidă și sînt formate din tunica mucoasă cu participarea stratului circular al tunicii musculare. În ampula rectului există pliuri longitudinale inconstante, care se nivelează la umplerea rectului. În canalul anal tunica mucoasă formează 6—10 pliuri longitudinale, care se lărgesc în sens inferior, numite **pilieri anali**, *colūmnae anales*. Depresiunile ce se formează între ele — **sinusurile anale**, *sinus anales*, la copii sînt mai pronunțate decît la maturi. Inferior, sinusurile anale sînt delimitate de niște proeminențe ale mucoasei numite **valvule anale**, *vālvulae anales*, care în regiunea orificiului anal formează un val circular, numit **linie anorectală**, *linēa anorectālis*. Pe aceasta trec pilierii anali. În profunzimea bazei submucoase și tunicii mucoase, care formează linia anorectală, se află **plexul venos rectal**, *plēxus venosus rectālis*, (*plēxus haemorrhoidālis BNA*), bine dezvoltat. Anume la acest nivel are loc trecerea epitelului intestinal în cel cutanat.

Vasele și nervii rectului. În pereții rectului se ramifică artera rectală superioară (din artera mezenterică inferioară) și arterele rectale pare medie și inferioară (din artera iliacă internă). Sîngele venos este transportat prin vena rectală superioară în sistemul venei porte (prin vena mezenterică inferioară) și prin venele rectale medie și inferioare — în sistemul venei cave inferioare (prin venele iliace interne). Vasele limfatice ale rectului se îndreaptă spre ganglionii limfatici iliaci interni (sacrali), subaortali și rectali superiori.

Inervația rectului e realizată de nervii viscerali ai bazinului (cea parasimpatică) și de nervii simpatici din plexul mezenteric inferior (plexul rectal superior), precum și din plexurile hipogastrice superior și inferior, pe baza cărora în profunzimea rectului se formează plexurile rectale mediu și inferior.

Radioanatomia rectului. Rectul, fiind umplut cu masă radiocontrastantă (prin anus), putem determina forma lui, dimensiunile și flexurile, putem urmări configurația tunicii mucoase.

Particularitățile de vîrstă ale intestinului gros

Intestinul gros la nou-născut este scurt, avînd lungimea medie de 63 cm, în colon lipsesc haustrele și apendicele epiploice. Primele haustre apar în a 6-a lună de viață, apoi și apendicele epiploice în al doilea an de viață a copilului. Spre finele perioadei de sugar intestinul gros atinge lungimea de 83 cm, iar la vîrsta de 15 ani — 118 cm. Bandelele colonului, haustrele și apendicele epiploice se formează definitiv la vîrsta de 6—7 ani. Cecul la nou-născut este vag delimitat de apendicele vermiform, lățimea lui (1,7 cm) prevalează lungimea (1,5 cm). Cecul capătă aspectul tipic pentru omul matur spre finele primei copilării (la 7 ani). Cecul este situat mai sus de aripa ileonului. În fosa iliacă dreaptă cecul coboară pe la mijlocul perioadei pubertare (14 ani) pe măsura creșterii colonului ascendent.

Orificiul iliocecal la nou-născut are o formă inelară sau trigonală hiantă. La copiii trecuți de un an el capătă o formă de fantă. Valvulă ileocecală are un aspect de pliuri mici. Lungimea apendicelui vermiform la nou-născut oscilează între 2 și 8 cm, avînd un diametru de 0,2-0,6 cm. Prin orificiul hiant el comunică cu cecul. Formarea valvulei, care închide accesul în apendicele vermiform începe odată cu apariția pliurilor la intrarea în apendice, ceea ce se întîmplă spre finele primului an de viață. Lungimea apendicelui vermiform în această perioadă echivalează în medie cu 6 cm, la mijlocul perioadei de copilărie secundă (10 ani) el atinge 9 cm, iar la 20 de ani — 20 cm. Tunica mucoasă a apendicelui vermiform la nou-născut în primul an de viață conține un număr mare de folicule limfoide, care formează ganglioni agregați. Aceștia se dezvoltă deosebit de intens pe la vîrsta de 10—14 ani.

Colonul ascendent este subdezvoltat, la nou-născut el este acoperit de ficat. Către a 4-a lună ficatul vine în contact doar cu partea lui superioară. La vîrsta de 7 ani colonul ascendent este acoperit în anterior de epiploon. În perioada prepubertară și pubertară colonul ascendent

capătă structura caracteristică pentru omul matur. Dezvoltarea lui maximă se înregistrează la vîrsta de 40—50 de ani.

Colonul transvers la nou-născut are un mezu scurt (sub 2 cm). Anterior colonul transvers este acoperit de ficat. La începutul perioadei de prima copilărie (1,5 ani) lățimea mezoului ajunge pînă la 5—8,5 cm, ceea ce îi conferă colonului o mobilitate sporită. La copiii din primul an de viață lungimea colonului transvers echivalează cu 26—28 cm. La vîrsta de 10 ani el atinge pînă la 35 cm lungime. Cea mai mare lungime a colonului transvers se înregistrează la persoanele senescente.

Colonul descendent la nou-născuți are o lungime de circa 5 cm. La vîrsta de 1 an lungimea se dublează, la 5 ani ea constituie 15 cm, la 10 ani — 16 cm. Creșterea în lungime continuă și mai apoi. Lungimea maximă a transversului se înregistrează în senescență.

Colonul sigmoid la nou-născut (de lungime circa 20 cm) ocupă o poziție superioară în cavitatea abdominală, posedă un mezu-lung. Ansa lui mare se află în doimea dreaptă a cavității abdominale, contactînd uneori cu cecul. La vîrsta de 5 ani ansele colonului sigmoid sînt situate superior de intrarea în micul bazin. La vîrsta de 10 ani lungimea transversului atinge 38 cm, iar ansele lui coboară în cavitatea micului bazin. La 40 de ani lumenul colonului sigmoid e deosebit de larg. După 60—70 ani colonul transvers dă semne de atrofie din cauza subțierii pereților lui.

Rectul la nou-născut are formă cilindrică, nu are ampulă și flexuri, pliurile sînt slab pronunțate, lungimea e de 5—6 cm. În perioada primei copilării se definitivează formarea ampulei, iar după vîrsta de 8 ani — și formarea flexurilor. Pilierii anali și sinusurile anale la copii sînt bine pronunțate. O creștere esențială a rectului se înregistrează în perioada copilăriei secunde (după 8 ani). Spre finele perioadei pubertare rectul are 15—18 cm lungime și un diametru de 3,2—5,4 cm.

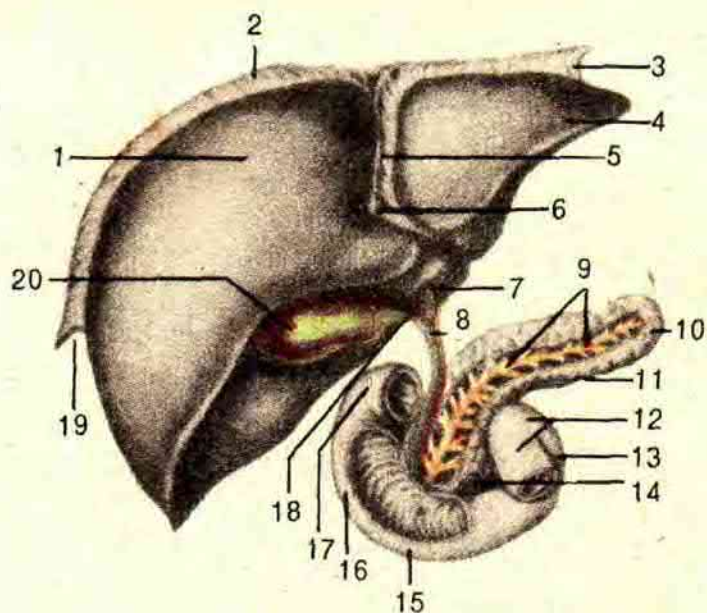


Fig. 39. Ficatul, duodenul (deschis) și pancreasul.

1 — lobus hepatis dexter; 2 — lig. coronarium; 3 — lig. triangulare sinistrum; 4 — lobus hepatis sinister; 5 — lig. falciforme hepatis; 6 — lig. teres hepatis; 7 — ductus hepaticus communis; 8 — ductus choledochus; 9 — ductus pancreaticus; 10 — cauda pancreatis; 11 — corpus pancreatis; 12 — flexura duodeno-jejunalis; 13 — pars ascendens duodeni; 14 — caput pancreatis; 15 — pars horizontalis (superior) duodeni; 16 — pars descendens duodeni; 17 — pars superior duodeni; 18 — ductus cysticus; 19 — lig. triangulare dextrum; 20 — vesica fellea.

FICATUL

Ficatul, *hépar*, este cea mai mare glandă a organismului, are o formă neregulată cu o masă medie de 1500 g la omul matur. Ficatul participă la procesele digestive (elaborează bilă), de hematopoeză și de metabolism.

Ficatul are o culoare roșie-brună, consistență moale, e situat în regiunea hipocondrului drept și în epigastru. În ficat distingem două fețe: diafragmatică și viscerală. **Fața diafragmatică**, *facies diaphragmatica*, este convexă, orientată anterosuperior, e adiacentă la fața inferioară a diafragmului. **Fața viscerală**, *facies visceralis*, e orientată inferoposterior. Anterior și bilateral fețele diafragmatică și viscerală sînt coalescente, formînd o **margine inferioară** ascuțită, **margo inferior**; marginea posterioară a ficatului este rotunjită.

La fața diafragmatică a ficatului de la diafragm și peretele abdominal anterior vine **ligamentul falciform** (suspensor) al ficatului, *lig. falciforme (hépatis)*, care reprezintă o duplicatură a peritoneului (fig. 39). Fiind situat în plan sagital, *lig. falciforme (hépatis)* separă fața dia-

fragmatică a ficatului în lobii drept și stîng, iar posterior vine în coalescență cu **ligamentul coronar**, *lig. coronarium*, care reprezintă o duplicatură a peritoneului, ce vine de la pereții superior și posterior ai cavității abdominale spre marginea posterioară rotunjită a ficatului. Ligamentul coronar este situat în plan frontal. Marginile dreaptă și stîngă ale ligamentului coronar se lătesc, îmbrăcînd un aspect trigonal și formează **ligamentele triunghiulare drept și stîng**, *lig. triangulare dextrum et lig. triangulare sinistrum*. Pe latura posterioară rotunjită a ficatului cele două foite ale ligamentului coronar diverg, lăsînd să se întrevadă o porțiune mică a ficatului, care contactează nemijlocit cu diafragmul. Pe fața diafragmatică a lobului stîng al ficatului se află **impresiunea cardiacă**, *impressio cardiaca*, formată de pe urma adiacenței cordului la diafragm, iar prin acesta — la ficat.

Pe fața viscerală a ficatului distingem 3 șanțuri, inclusiv 2 orientate în plan sagital și unul — în plan frontal (fig. 41). Șanțul sagital stîng se află la nivelul ligamentului falciform al ficatului, delimitînd **lobul hepatic stîng**, (*lobus hepatis sinister*) mai mic, **de lobul drept**, (*lobus hepatis dexter*), care e mai mare. În partea sa anterioară șanțul formează **fisura ligamentului rotund**, *fissura ligamenti teretis*, iar în partea posterioară — **fisura ligamentului venos** (*fissura ligamenti venosi*). În prima fisură este situat **ligamentul rotund** al ficatului, *lig. teres hepatis*, constituit de vena ombilicală obturată, (*v. umbilicalis*). Acest ligament începe de la ombilic, intră în marginea inferioară a ligamentului falciform al ficatului, trece peste marginea inferioară ascuțită a ficatului prin **incisura ligamentului rotund**, *incisura lig. teretis*, apoi în adîncul fisurii omonime se îndreaptă spre hilul ficatului.

În fisura ligamentului venos se află **lig. venosum**, care este de fapt un vas venos obliterat care la făt unea vena ombilicală cu vena cavă inferioară. Șanțul sagital drept, mai lat, în porțiunea anterioară formează **fosa vezicii**,

biliare, *fossa vesicae fellae*, iar în porțiunea posterioară — șanțul venei cave inferioare, *sulcus venae caevae inferior*. În fosa vezicii biliare este situată vezica biliară, iar în șanțul venei cave inferioare se află vena cavă inferioară.

Șanțurile sagitale drept și stâng se unesc printr-un șanț transversal profund numit **hil hepatic**, (*pôrta hepatis*). Hilul hepatic se află la nivelul marginii posterioare a fisurii ligamentului rotund și fosei vezicii biliare. În hilul hepatic pătrund vena portă, artera hepatică proprie, nervi, trec ductul hepatic comun și vase limfatice situate între cele două foițe ale peritoneului, care sînt racordate între hilul hepatic și duoden (ligamentul hepatoduodenal), precum și între hilul hepatic și curbura mică a stomacului (ligamentul hepatogastric).

Pe fața viscerală a lobului drept hepatic distingem **lobul patrat**, (*lôbus quadratus*), și **lobul caudat**, *lôbus caudatus*. Lobul patrat al ficatului e situat anterior de hil, între fisura ligamentului rotund și fosa vezicii biliare, iar lobul caudat e plasat posterior de hilul ficatului, între fisura ligamentului venos și șanțul venei cave inferioare. De la lobul caudat deviază anterior două excrescențe, una din ele — **excrescența caudată**, *processus caudatus*, este situată între hilul ficatului și șanțul venei cave inferioare. Indiscret, ea continuă în parenchimul lobului drept al ficatului. Cealaltă, **excrescența papilară**, *processus papillaris*, de asemenea pornește înainte și ajunge pînă la hilul hepatic în vecinătate cu fisura ligamentului venos. Fața viscerală contactează cu o serie de organe, de pe urma cărui fapt în ficat se formează impresiuni. Pe lobul stîng al ficatului există o impresiune gastrică, *impressio gástrica*, care este efectul mularii feței anterioare a stomacului. Pe fața posterioară a lobului stîng vedem un șanț cu margini line — *impressio esophágea*. Pe lobul patrat și pe lobul drept, adiacent la fosa vezicii biliare, trece transversal impresiunea duodenală, *impressio duodenális*. Mai la dreapta de ea pe același loc drept se află *impre-*

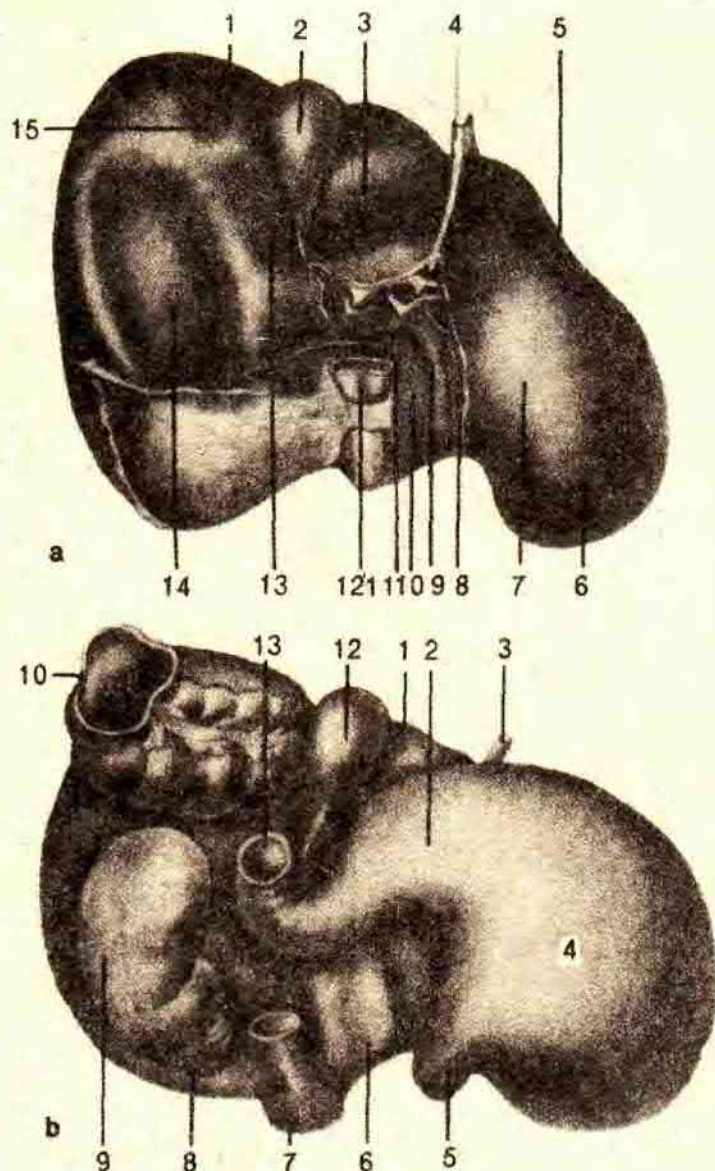


Fig. 40. Ficatul.

a — fața viscerală: 1 — lobus hepatis dexter; 2 — vesica fellae; 3 — lobus quadratus; 4 — lig. teres hepatis; 5 — lobus hepatis sinister; 6 — impressio gástrica; 7 — tuber omentale; 8 — fissura ligamentii venosi; 9 — pórta hepatis; 10 — lobus caudatus; 11 — processus caudatus; 12 — v. cava inferior; 13 — impressio duodenális; 14 — impressio renális; 15 — impressio colica;

b — fața viscerală a ficatului și viscerale adiacente: 1 — lobus quadratus hepatis; 2 — pars pylorica ventriculi; 3 — lig. teres hepatis; 4 — ventriculus; 5 — esophagus; 6 — lobus caudatus hepatis; 7 — v. cava inferior; 8 — gl. suprarenalis dextra; 9 — ren dextrum; 10 — colon transversum; 11 — duodenum; 12 — vesica fellae.

siunea renală, *impressio renális*, iar mai spre stînga, în apropiere de șanțul venei cave inferioare observăm impresiunea suprarenală, *impressio suprarenális*. Pe fața viscerală, lîngă marginea inferioară a ficatului se află impresia colonului, *impressio cólica*, care s-a format de pe urma adiacenței la ficat a flexurii drepte a colonului și a părții drepte a colonului transvers.

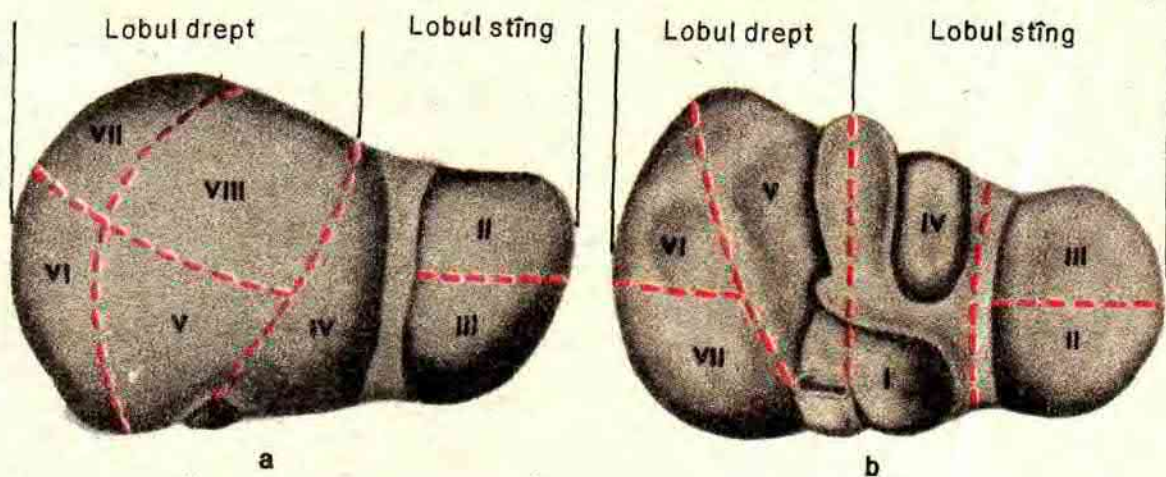


Fig. 41. Proiecția segmentelor ficatului pe fețele diafragmatică (a) și viscerală (b) ale ficatului (schemă).

Structura ficatului. Din exterior ficatul este acoperit de tunica seroasă, tunica *serosa*, reprezentată de peritoneul visceral. Deși are o porțiune mică în partea posterioară ce nu este acoperită cu peritoneu (ârea nuda), putem considera că ficatul este situat intraperitoneal. Sub peritoneu se află o **tunică fibroasă** rezistentă, *tunica fibrosa* (capsula glisson). De la hilul ficatului țesutul fibros pătrunde în parenchimul organului însoțind vasele sanguine. Pornind de la repartitia vaselor sanguine și canalelor biliare, în ficat distingem (după Cuino, 1957) doi lobi, 5 sectoare și 8 segmente (fig 41, tab. 2). În lobi ficatului se ramifică ramurile respective (dreaptă și stîngă) ale venei porte. Drept limită între lobi drept și stîng ai ficatului se prezintă un plan imaginar ce trece pe linia care unește fosa vezicii biliare anterior și sanțul venei cave inferioare posterior, în lobul

stîng distingem 3 sectoare și 4 segmente ($s_2 - s_4$), în lobul drept 2 sectoare și de asemenea 4 segmente ($s_5 - s_8$).

Fiecare sector reprezintă o porțiune de ficat ce încorporează o ramură a venei porte de gradul II și o ramură respectivă a arterei hepatice, nervi, și din care iese un canal biliar sectorial. Prin segment hepatic subînțelegem o porțiune de parenchim hepatic care înconjoară o ramură de gradul III a venei porte împreună cu ramura arterei hepatice asociate și un canal biliar.

Sectorul dorsal stîng, care corespunde segmentului hepatic I (S_1), include lobul caudat și se vede doar pe fața viscerală și pe partea posterioară a ficatului.

Sectorul lateral stîng (S_2) cuprinde porțiunea posterioară a lobului stîng al ficatului.

Sectorul stîng paramedian ocupă partea anterioară a lobului stîng al ficatului (S_3) și lobul lui patrat (S_4) cu o porțiune de parenchim pe fața diafragmatică în formă de fișie care se îngustează în sens posterior (spre sanțul venei cave inferioare).

Sectorul paramedian drept reprezintă o porțiune de parenchim hepatic la limita cu lobul stîng al ficatului. În acest sector intră segmentul 5, dispus anterior, și un segment vast (S_8), care ocupă partea posteromedială a lobului drept al ficatului pe fața lui diafragmatică.

Sectorul lateral drept, care corespunde celei mai laterale părți a lobului drept al

Tabelul 2. Divizarea ficatului în lobi, sectoare și segmente

Lobul	Sectorul	Segmentul
Lobul stîng	Dorsal stîng	1-ul (S_1)
	Lateral stîng	al 2-lea (S_2)
	Paramedian stîng	al 3-lea (S_3)
		al 4-lea (S_4)
Lobul drept	Paramedian drept	al 5-lea (S_5)
		al 8-lea (S_8)
	Lateral drept	al 6-lea (S_6)
		al 7-lea (S_7)

ficatului, include segmentele 6 (dispus anterior) și 7. Ultimul e situat posterior de cel precedent și ocupă partea posterolaterală a feței diafragmatice a lobului hepatic drept.

Ca structură ficatul reprezintă o glandă tubulară de ramificație compusă, căile secretoare ale căreia sînt constituite de canalele biliare. Unitatea morfofuncțională a ficatului o constituie **lobulul hepatic**, *lobulus hepatis*. El e de formă prismatică cu diametrul de la 1 la 2,5 mm. În ficatul omului există circa 500.000 de lobuli hepatici. Între lobuli se află în mici cantități țesut conjunctiv, în care sînt situate canaliculele interlobulare (biliare), artere și vene. În mod obișnuit artera, vena și canaliculul interlobular aderă intim, formînd triada hepatică. Lobulele sînt construite din traveuri hepatice unite între ele sub formă de serii de celule hepatice duble dispuse radial. În centrul fiecărui lobul trece o **venă centrală**, *v. centralis*. Capetele interne ale traveurilor sînt orientate spre vena centrală, iar cele externe spre periferia lobulului.

Între traveurile hepatice se dispun, de asemenea radial, capilarele sinusoide, care aduc sînge de la periferia lobulului spre centrul lui (spre vena centrală).

În interiorul fiecărui traveu hepatic între cele două serii de celule hepatice se află un **canalicul bilifer**, *dúctulus bilifer*, care constituie elementul inițial al canalelor biliare. În centrul lobulului (îngă vena centrală) canaliculele biliare sînt comunicante, iar la periferia lobulului ele se scurg în **canaliculele interlobulare**, *dúctuli interlobuláres*. Canaliculele interlobulare, contopindu-se, formează canale biliare de calibru crescînd. Pînă la urmă în ficat se formează **canalul hepatic drept**, *dúctus hépaticus dexter*, care iese din lobul drept al ficatului, și **canalul hepatic sting**, *dúctus hépaticus sinister*, care iese din lobul sting al ficatului. În hilul ficatului aceste două canale devin confluențe, formînd **ductul hepatic comun**, *dúctus hépaticus communis*, lung de 4—6 cm. Între foițele ligamentului hepatoduodenal ductul hepatic comun confluează cu canalul cistic, *dúctus cysticus*, de pe urma cărui fapt se formează ductul biliar comun.

Proiecția ficatului pe suprafața corpului. Situîndu-se în dreapta sub diafragm, ficatul ocupă o astfel de poziție, încît limita lui superioară pe linia medioclaviculară se află la nivelul spațiului IV intercostal. Din acest punct limita superioară coboară brusc interolateral pînă la spațiul X intercostal pe linia medioaxială; la acest nivel limitele superioară și inferioară ale ficatului se unesc formînd marginea inferioară a lobului drept al ficatului. Spre stînga de nivelul spațiului IV intercostal limita superioară a ficatului coboară treptat în jos. Pe linia parasternală dreaptă limita superioară se află la nivelul spațiului V intercostal, pe linia mediană anterioară intersectează baza apendicelui xifoid și se termină la nivelul fixării cartilajului VIII costal sting la cartilajul VII, unde limitele superioară și inferioară se unesc la marginea laterală a lobului sting al ficatului. Limita inferioară a ficatului trece de la nivelul spațiului X intercostal din dreapta spre stînga pe marginea inferioară a arcului costal drept pînă la locul de unire a limitelor inferioară și superioară ale ficatului la nivelul unirii cartilajului VIII costal din stînga la cartilajul VII. În regiunea epigastrică ficatul este adiacent nemijlocit la fața posterioară a peretelui abdominal anterior. În senescență limita inferioară a ficatului se află mai jos decît la indivizii tineri și la femei este mai joasă decît la bărbați.

Vasele și nervii ficatului. În hilul hepatic pătrund artera hepatică proprie, *a. hepática propria*, și vena portă, *v. portae*. Vena portă aduce sînge venos de la stomac, de la intestinul subțire, de la colon, de la pancreas și splină, iar artera hepatică proprie transportă sînge arterial. În interiorul ficatului artera, și vena portă se ramifică pînă la artere interlobulare, *aa. interlobuláres*, și vene interlobulare, *vv. interlobuláres*. Aceste artere și vene sînt repartizate între lobulii ficatului împreună cu canaliculele bilifere interlobulare, *dúctuli interlobuláres*. De la venele interlobulare în interiorul lobului pătrund capilarele sinusoide intralobulare extinse, care se întretesesc printre traveurile hepatice și se var-

să în vena lobulară centrală. În porțiunile incipiente ale capilarelor sinusoide se varsă capilarele arteriale, care vin de la arterele interlobulare. Venele centrale ale lobulelor hepatice, unindu-se între ele, formează vene sublobulare (colectoare), *vv. sublobulâres*, din care prin mai multe confluențe se formează 2—3 vene hepatice mari și citeva mai mici, care ies din ficat în regiunea șanțului venei cave inferioare și se varsă în vena cavă inferioară. Vasele limfatice se varsă în ganglionii limfatici hepatici, gastrici, lombari din dreapta, diafragmatici superiori și parasternali.

Inervația ficatului este realizată de ramurile nervilor vagi și plexului hepatic (simpatic).

Vezița biliară

Vezița biliară, *vesica fellea* (biliaris), reprezintă un rezervor în care se acumulează bila. Ea este situată în fosa vezicii biliare pe fața viscerală a ficatului și are o configurație piriformă. Fundul ei orb, numit **fundul vezicii biliare**, *fundus vesicae felleae*, proeminează de sub marginea inferioară a ficatului la nivelul unirii cartilajelor costale VIII și IX din dreapta, ceea ce corespunde locului de intersecție a marginii drepte a mușchiului drept abdominal cu arcul costal drept. Capătul mai îngust al vezicii, orientat spre hilul ficatului, a primit numirea de **col al vezicii biliare**, *collum vesicae felleae*. Între fund și col se află **corpul vezicii biliare**, *corpus vesicae felleae*. Colul vezicii continuă în **canalul cistic**, *ductus cysticus*, care se unește cu ductul hepatic comun. Capacitatea vezicii biliare oscilează între 30 și 50 cm, lungimea ei — între 8 și 12 cm, și lățimea — 4—5 cm.

Pereții vezicii biliare după structura lor seamănă cu pereții intestinului. Fața liberă a vezicii biliare este acoperită de peritoneu, care trece pe ea de pe suprafața ficatului, formind *tunica seroasă a vezicii biliare*, *tunica serosa vesicae felleae*. În locurile unde tunica seroasă lipsește, membrana externă a vezicii biliare este prezentată de adventiție. *Tunica musculară a vezicii biliare*, *tunica*

muscularis vesicae felleae, este formată din celule musculare netede, iar *tunica ei mucoasă*; *tunica mucosa vesicae felleae*, în interiorul vezicii formează pliuri, iar în colul vezicii și în canalul cistic formează un **pliu spiralat**, *plica spiralis* (fig. 42).

Canalul coledoc, *ductus cholédochus*, este situat între foițele ligamentului hepatoduodenal în dreapta de artera hepatică comună și anterior de vena portă. Canalul trece în jos mai întâi posterior de porțiunea superioară a duodenului, apoi între partea lui descendentă și capul pancreasului, penetrează peretele medial al părții descendente a duodenului și se deschide în virful papilei mari a duodenului după ce s-a unit preliminar cu canalul pancreasului. După confluența acestor canale se formează o dilatare numită **ampula hepatopancreatică**, *ampulla hepatopancreatica*, care are la orificiul său de intrare un sfincter al ampulei hepatopancreatice, *m. sphincter ampulae hepatopancreaticae*, s. *sphincter ampullae*. Până la confluența cu canalul pancreatic canalul coledoc are în peretele său un sfincter al canalului coledoc, *m. sphincter ductus cholédochi*, care închide aportul de bilă din ficat și din vezița biliară în lumenul duodenului.

Bila elaborată de ficat se acumulează în vezița biliară în care se varsă prin canalul cistic din canalul hepatic comun în urma contracției sfincterului canalului coledoc (fig. 43). În duoden fierea nimerește din ficat și din vezița biliară pe măsura necesităților (cînd chimul alimentar ajunge în duoden).

Vasele și nervii vezicii biliare. Vezița biliară este irigată de artera cistică (de la artera hepatică proprie). Singele venos este transportat prin vena omonimă în vena portă. Inervația este realizată de ramurile nervilor vagi și de nervii simpatici din plexul hepatic.

Radioanatomia vezicii biliare. Pentru examenul radiologic al vezicii biliare se administrează intravenos substanțe radiocontrastante. Aceste substanțe trec din singe în bilă, se acumulează în vezița biliară, și pe radiogramă apare o opalescență ce se proiectează la nivelul vertebrelor I—II lombare.

Particularitățile de vîrstă ale ficatului și vezicii biliare

La nou-născut are dimensiuni mari și ocupă mai bine de jumătate din volumul cavității abdominale. Masa ficatului la nou-născut e de 135 g, ceea ce constituie 4,0—4,5% din masa corpului (la matur 2—3%). Fața diafragmatică a ficatului este convexă, lobul stîng al ficatului ca dimensiuni echivalează cu cel drept sau îl depășește. Marginea inferioară a ficatului este convexă, sub lobul stîng trece colonul descendent. Limita superioară a ficatului pe linia medioclaviculară dreaptă se află la nivelul coastei V, iar pe cea stîngă — la nivelul coastei VI. Lobul stîng al ficatului intersectează arcul costal pe linia medioclaviculară stîngă. La copilul de 3—4 luni locul de intersectare a arcului costal cu lobul stîng al ficatului, din cauza reducerii dimensiunilor lui, se află deja pe linia parasternală. La nou-născut marginea inferioară a ficatului pe linia medioclaviculară dreaptă proeminează de sub arcul costal cu 2,5—4,0 cm, iar pe linia mediană anterioară — cu 3,5—4 cm mai jos de apendicele xifoid. Uneori marginea inferioară a ficatului ajunge pînă la aripa osului iliac drept. La vîrsta de 3—7 ani marginea inferioară a ficatului se află mai jos de arcul costal cu 1,5—2,0 cm (pe linia medioclaviculară). După vîrsta de 7 ani marginea inferioară a ficatului nu depășește marginea arcului costal. Inferior de ficat este situat numai stomacul; începînd din acest timp scheletotopia ficatului nu diferă de scheletotopia lui la omul matur. La copii ficatul e mobil și își schimbă poziția în funcție de cea a corpului.

Vezica biliară la nou-născut este alungită (3—4 cm), însă fundul ei nu proeminează de sub marginea inferioară a ficatului. Către vîrsta de 10—12 ani lungimea vezicii biliare aproape că dublează. Vezica biliară se proiectează pe peretele abdominal anterior mai jos de arcul costal, cu 2 cm mai în dreapta de linia mediană anterioară. Inferior de vezica biliară se află duodenul, ansele părții epiploice a intestinului subțire și colonul transvers.

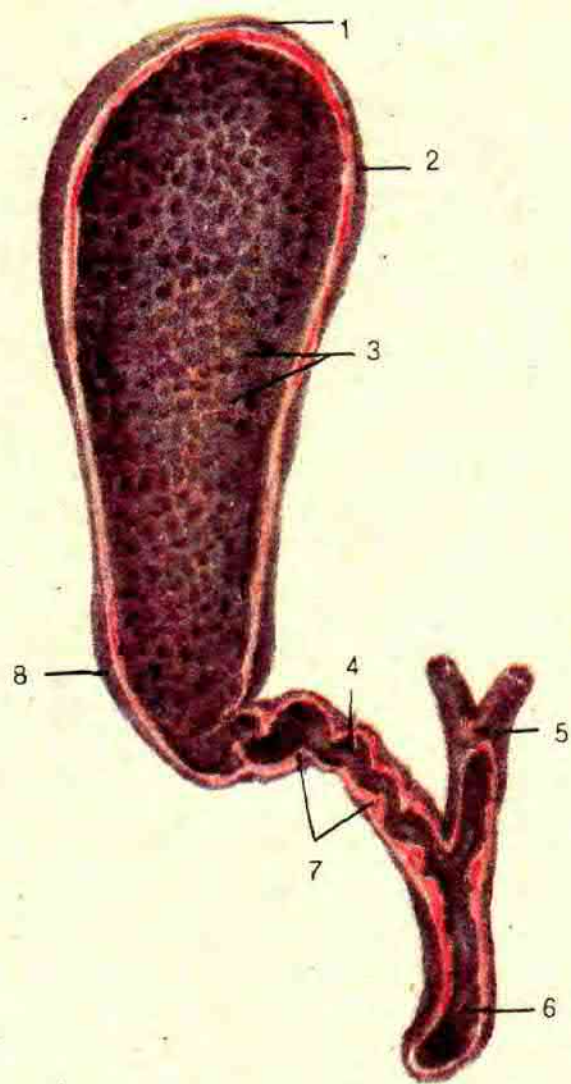


Fig. 42. Vezica biliară și canalele biliare (secțiune longitudinală).

1 — fundus vesicae felleae ; 2 — corpus vesicae felleae ; 3 — tun. mucosa vesicae felleae ; 4 — ductus cysticus ; 5 — ductus hepaticus communis ; 6 — ductus choledochus ; 7 — plica spiralis ; 8 — collum vesicae felleae.

PANCREASUL

Pancreasul, *pâncreas*, ca dimensiuni reprezintă a doua glandă digestivă, dar care are și funcții endocrine. Pancreasul este un organ oblong de culoare gri-roz, situat în cavitatea abdominală, în sens transversal la nivelul corpurilor vertebrelor I—II lombare, retroperitoneal, posterior de stomac, fiind separat de acesta de către bursa omentalis. Lungimea pancreasului este de 14—18 cm, lățimea 3—9 cm, grosimea — 2—3 cm. Masa lui la omul matur este de circa 80 g. Aceasta e o glandă alveolar-tubulară compusă, acoperită cu o capsulă fină de țesut conjunctiv, prin care transpare configurația organului de struc-

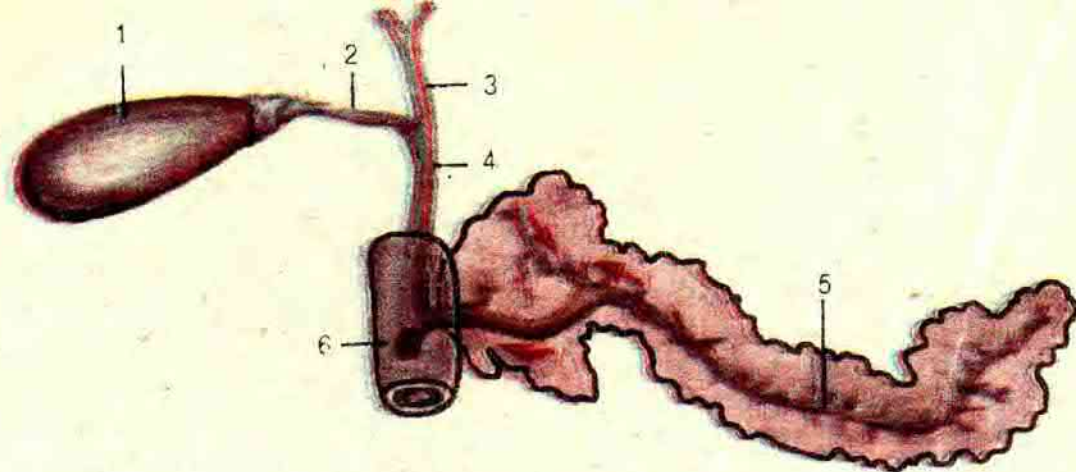


Fig. 43. Schema căilor secretoare ale ficatului și pancreasului. Direcția mișcării secretului e desemnată cu săgeți.

1 — vesica fellea ; 2 — ductus cysticus ; 3 — ductus hepaticus communis ; 4 — ductus choledochus ; 5 — ductus pancreaticus ; 6 — duodenum.

tura lobulară. Peritoneul acoperă fața anterioară și parțial cea inferioară a pancreasului (poziție extaperitoneală). În pancreas distingem capul, corpul și coada.

Capul pancreasului, *caput pancreatis*, este situat la nivelul vertebrelor I—III lombare în ansa duodenului, aderând intim la fața lui concavă. Cu fața sa posterioară capul este adiacent la vena cavă inferioară, anterior el este intersectat de colonul transvers. Capul pancreasului este aplatizat în sens anteroposterior și la limita între el și corp pe marginea inferioară e situată incisura pancreasului, *incisura pancreatis*.

Corpul pancreasului, *corpus pancreatis*, de formă triedrică, intersectează din dreapta spre stînga corpul vertebrei I lombare și trece într-o porțiune mai îngustă ce constituie coada pancreasului, care ajunge pînă la hilul splinei. Corpul glandei are 3 fețe (anterioară, posterioară și inferioară) și 3 margini (superioară, anterioară, inferioară). Fața anterioară, *facies anterior*, are o orientare respectivă și poartă o tuberozitate mică numită tuberozitate omentală, *tuber omentale*, care este orientată spre bursa omentalis. Fața posterioară, *facies posterior*, este adiacentă la coloana vertebrală, la vena cavă inferioară, la aorta și la plexul celiac. Fața inferioară, *facies inferior*, este orientată inferoanterior. Aceste fețe ale pancreasului sînt separate de marginile respective.

Coada pancreasului, *cauda pancreatis*, trece în stînga și în sus spre hilul splinei. Posterior de coada pancreasului se află suprarenala stîngă și capatul superior al rinichiului stîng.

Canalul pancreatic, *ductus pancreatikus*, începe în regiunea caudală a glandei, trece prin corpul și capul organului din stînga spre dreapta, recepționează canale afluențe de calibru mai mic și se deschide în lumenul porțiunii descendente a duodenului pe papila mare a acestuia, unindu-se în prealabil cu canalul coledoc. În porțiunea terminală a canalului se află sfincterul canalului pancreatic, *m. sphincter ductus pancreatici*. În capul glandei se formează **canalul pancreatic accesoriu, *ductus pancreaticus accessorius***, care se deschide în duoden pe papila mică a acestuia. Uneori canalul accesoriu face anastomoză cu canalul principal.

Lobulii pancreasului, *lobulus pancreatis*, execută funcții de secreție externă, exocrine, și constituie masa principală a glandei. Între lobuli se află porțiunea endocrină a glandei — insulele pancreatice (insulele Langerhans), care fac parte din grupul de glande endocrine. Hormonul insulina, format în celulele insulare, trece nemijlocit în sînge.

Vasele și nervii pancreasului. La pancreas vin arterele pancreatoduodenale superioare, anterioara și posterioară, (din artera gastroduodenală), artera pancreatoduodenală inferioară (din arte-

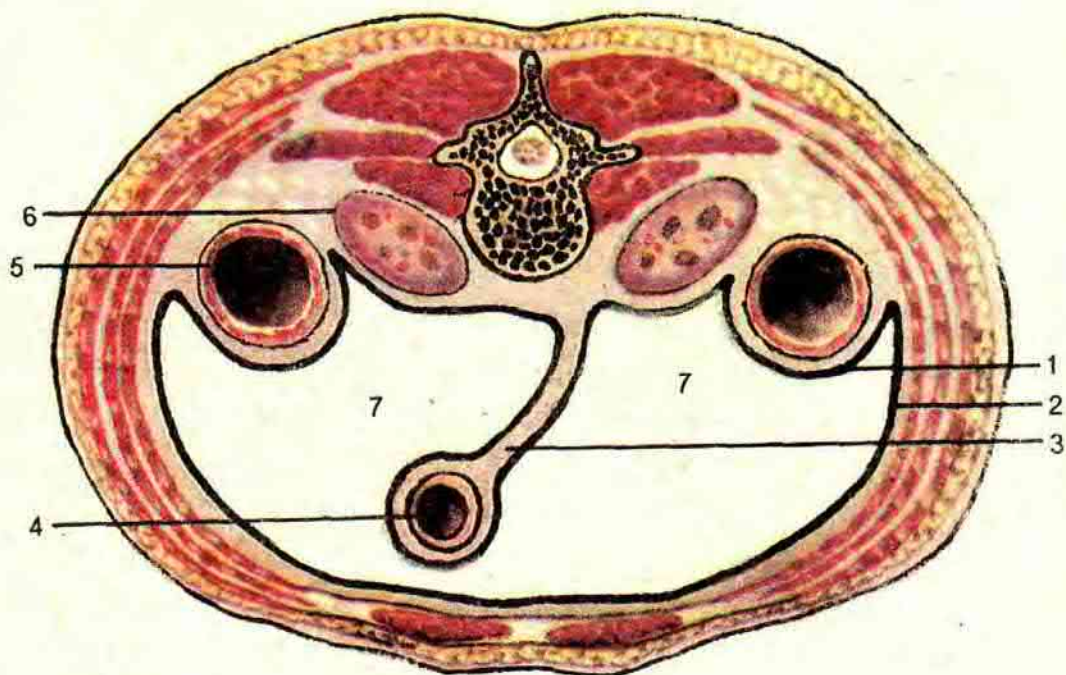


Fig. 44. Secțiune transversală prin trunchi. Raporturile spațiale ale viscerelor față de peritoneu (schemă).

1 — peritoneum visceral; 2 — peritoneum parietal; 3 — mesenterium; 4 — poziție intraperitoneală a intestinului subțire; 5 — poziție mezoperitoneală a colonului ascendent; 6 — poziție retro(extra)-peritoneală a cecului; 7 — cavitas peritonei.

ra mezenterică superioară) și ramurile pancreatice (din artera lienală). Ramurile acestor artere fac anastomoze multiple în țesutul pancreasului. Venele pancreatice transportă singele în vena lienală, care e adiacentă la fața posterioară a pancreasului, în marginea lui superioară, în vena mezenterică superioară și în alte ramuri afluențe la vena portă (mezenterică inferioară, gastrică stângă).

Vasele limfatice ale pancreasului se scurg în ganglionii limfatici pancreatici, pancreatoduodenali, pilorici și lombari.

Inervația pancreasului e realizată de ramificațiile nervilor vagi, mai ales de cel drept, și de nervii simpatici din plexul celiac.

Particularitățile de vîrstă ale pancreasului

Pancreasul nou-născutului are dimensiuni foarte mici. De regulă el are 4—5 cm lungime și o masă de 2—3 g, și e situat ceva mai sus decît la omul matur. La vîrsta de 3—4 luni masa pancreasului dublează, la 3 ani ea atinge 20 g, la 10—12 ani masa lui echivalează cu 30 g. Dat fiind că pancreasul nu este fixat tenace pe peretele posterior al cavității

abdominală, la nou-născut el este relativ mobil. Pe la vîrsta de 5—6 ani pancreasul îmbracă aspectul caracteristic pentru această glandă la omul matur. Coraporturile spațiale ale pancreasului cu organele adiacente, caracteristice pentru omul matur, se stabilesc spre finele primului an de viață.

CAVITATEA ABDOMINALĂ ȘI PERITONEALĂ

Organele sistemului, digestiv mai jos de esofag se află în cavitatea abdominală, iar porțiunea terminală a canalului digestiv — rectul — se află în cavitatea micului bazin.

Cavitatea abdominală, *cavitas abdominis*, constituie cea mai mare cavitate din corpul uman și este situată între cavitatea toracică sus și cavitatea micului bazin — jos. Superior cavitatea abdominală este delimitată de diafragm, care o separă de cavitatea toracică, posterior — de porțiunea lombară a coloanei vertebrale, de mușchii patrați ai lombelor, de mușchii ileolumbali, anterior și bilateral — de mușchii abdomenului. Inferior cavitatea abdominală continuă în excavația micului bazin, care în partea de jos este delimitată de diafragma pelvin.

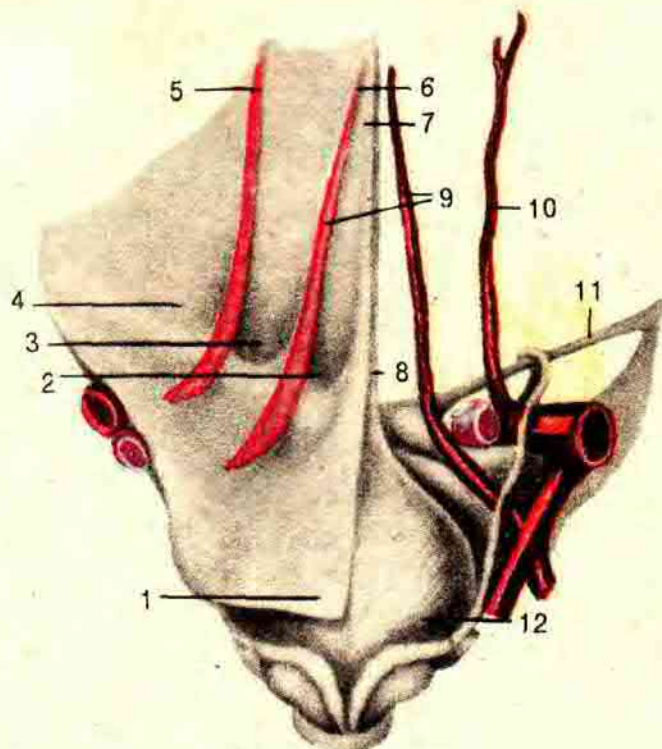


Fig. 45. Fața posterioară a peretelui abdominal anterior. Din dreapta peritoneul e rezecat.

1 — peritoneum; 2 — fossa supravesicalis; 3 — fossa inguinalis medialis; 4 — fossa inguinalis lateralis; 5 — plica umbilicalis lateralis; 6 — plica umbilicalis medialis; 7 — plica umbilicalis mediana; 8 — lig. umbilicale medianum (urachus); 9 — lig. umbilicale mediale (a. umbilicalis); 10 — a. epigastrica inferior; 11 — lig. inguinale; 12 — vesica urinaria.

În cavitatea abdominală se află stomacul, intestinul gros și subțire (cu excepția rectului), ficatul, pancreasul, splina, rinichii, suprarenalele, ureterele, iar în cavitatea bazinului — rectul, organele sistemului urinar și organele sexuale interne. În afară de acestea pe peretele posterior al cavității abdominale anterior de corpurile vertebrelor lombare trec porțiunea abdominală a aortei, vena cava inferioară și se află plexuri nervoase, vase și ganglioni limfatici.

Fața interioară a cavității abdominale este tapetată de fascia endoabdominală, *fascia endoabdominalis*, sau de fascia subperitoneală, *fascia subperitonealis*, diferite porțiuni ale căreia au primit denumiri omonime cu denumirile mușchilor pe care îi acopera. La fața internă a acestei fascii vine în adiacență peritoneul parietal (vezi în continuare).

Cavitatea abdominală poate fi privită în ansamblu numai după înlăturarea peritoneului și organelor interne. Între peritoneu și fascia endoabdominală se af-

la un țesut celuloadipos. Cantități masive de acest țesut se află mai ales pe peretele abdominal posterior în jurul organelor situate la acest nivel. Spațiul dintre fascie și peritoneu pe peretele abdominal posterior a primit numirea de **spațiu retroperitoneal**, *spatium retroperitoneale*. Acest spațiu este umplut cu țesut celuloadipos și cu organe.

Peritoneul, *peritonéum*, constituie o tunică seroasă, care tapetează cavitatea abdominală, și organele interne situate în această cavitate. El este alcătuit de foia seroasă proprie și de un strat de epiteliu plat (scamos), numit mezoteliu. Peritoneul, care tapetează pereții cavității abdominale a primit numirea de **peritoneu parietal**, *peritonéum parietale*, iar peritoneul care acoperă organele se numește **peritoneu visceral**, *peritonéum viscerale*. Suprafața totală a peritoneului parietal și visceral la omul matur constituie în medie 1,71 m. Delimitând **cavitatea peritoneală** închisă, *cavitas peritonéi*, peritoneul se prezintă ca o foaie neîntreruptă, care trece de pe pereții cavității abdominale pe organe și de pe organe din nou pe pereții cavității. La femei cavitatea peritoneală comunică cu mediul extern prin orificiile abdominale ale trompelor uterine, cavității uterine și vaginului. În cavitatea peritoneală se află în cantități mici un lichid seros care umețează peritoneul, ceea ce asigură glisarea liberă a organelor contactante, acoperite de peritoneu.

Raportul peritoneului la organele interne este diferit (fig. 44). Unele din ele sunt acoperite de peritoneu doar parțial (pancreasul, cea mai mare parte a duodenului, rinichii, suprarenalele etc.), adică sunt dispuse în afara peritoneului (retro- sau extraperitoneal). Fiecare din aceste organe este numit **organ retroperitoneal**, *organum retroperitoneale*. Celelalte organe sunt acoperite de peritoneu doar din trei părți și se numesc organe dispuse mezoperitoneal (colonul ascendent și descendent). În fine, al treilea grup de organe e acoperit cu peritoneu din toate părțile și ocupă o poziție intraperitoneală (stomacul, intestinul subțire, colonul transvers și sigmoid, splina, ficatul).

Peritoneul, care trece de pe pereții cavității abdominale pe organe sau de pe un organ pe altul într-o serie de cazuri formează pliuri și fose. Trecind pe unele organe intraperitoneale, peritoneul formează ligamente, *ligamēta*, și duplicaturi ale peritoneului numite mezouri. De exemplu, mezenterul, *mesentērium*, mezoul intestinului subțire (gr. *mésos* — mediu, *énteron* — intestin), mezocolonul, *mesocólon* — mezoul colonului.

Peritoneul parietal, care tapetează peretele cavității peritoneale, spre deosebire de cel visceral, nu formează mezouri. Acoperind peretele abdominal anterior, peritoneul parietal trece în partea superioară pe diafragm, iar bilateral — pe pereții laterali ai cavității abdominale și inferior — pe organele cavității bazinului. În regiunea pubiană între fascia peritoneală și cea retroperitoneală există o cantitate mică de țesut adipos, datorită cărui fapt peritoneul poate fi la acest nivel deplasat în sus de către vezica urinară la umplerea acesteia.

Pe tot parcursul, între ombilic și simfiza pubiană peritoneul care acoperă peretele abdominal anterior, formează 5 pliuri: unul impar ombilical median, *plica umbilicális mediana*, și celelalte pare — pliurile ombilicale mediale și laterale, *plicae umbilicáles mediáles et plicae umbilicáles lateráles* (fig. 45). În pliul ombilical median e situat canalul urinar obliterat, urachus, *uráchus*, care la făt pornește de la virful vezicii urinare spre ombilic, în pliurile ombilicale mediale se află arterele ombilicale obliterate, prin care singele de la făt se îndreaptă spre placentă, iar în pliurile laterale se află arterele epigastrice inferioare.

Superior de vezica urinară, bilateral de pliul ombilical median se află niște excavații mici — fosele supravezicale dreapta și stînga, *fossae supravesicáles dēxtra et sinístra*. Între pliurile ombilicale lateral și medial în stînga și în dreapta se află cite o fosă inghinală medială, *fóssa inguinális mediális*. Pe ele se proiectează inelele inghinale superficiale ale canalelor inghinale. Spre exterior de pliul ombilical lateral e situată *fosa inghinală late-*

rală, fóssa inguinális laterális, care corespunde inelului inghinal profund al canalului inghinal.

Îndreptindu-se în sus, peritoneul peretelui anterior al cavității abdominale trece pe fața inferioară a diafragmului, apoi de pe diafragm pe viscere (ficat, stomac, splină) și pe peretele abdominal posterior.

Peritoneul peretelui abdominal anterior trece de asemenea pe pereții laterali ai cavității abdominale iar apoi pe peretele posterior al lui. Pe peretele posterior al cavității abdominale peritoneul acoperă organele situate retroperitoneal (rinichi, suprarenale, uretere, pancreasul, cea mai mare parte a duodenului, aorta, vena cavă inferioară și alte vase, nervi, ganglioni limfatici (cu poziție retroperitoneală)) și trece pe alte organe situate mezo- și intraperitoneal. Peritoneul acoperă din trei părți (mezoperitoneal) colonul ascendent și descendent, din toate părțile — cecul, dispus intraperitoneal, însă lipsit de mezou. Apendicele vermiform de asemenea dispus intraperitoneal, are mezoul său, **mezoapendice**, *mesoappēndix*. În partea stîngă a cavității peritoneale cele două foite ale peritoneului vin la colonul sigmoid, îl încorsetează din toate părțile formînd mezoul colonului sigmoid, *mesocólon sigmoideum*. La limita dintre porțiunea superioară și inferioară a cavității peritoneale în direcție transversală e situat *mezoul colonului transvers*, *mesocólon transvērsum*, prezentat de două foite ale peritoneului, care pleacă de la peretele posterior al cavității peritoneale spre colonul transvers. Inferior de mezoul colonului transvers de la peretele peritoneal posterior își ia originea **mezoul intestinului subțire**, *mesentērium*, în care trece peritoneul parietal (fig. 46). Rădăcina mezenterului, *rădix mesentērii*, e dispusă oblic în sens superoinferior și de la stînga spre dreapta, de la flexura duodenojejunală (din stînga de la corpul vertebrei II lombare) pînă la trecerea ileonului în cec (la nivelul articulației sacroiliace drepte. Lungimea rădăcinii mezenterului echivalează cu 15—17 cm. Marginea mezoului, diametral opusă rădăcinii,

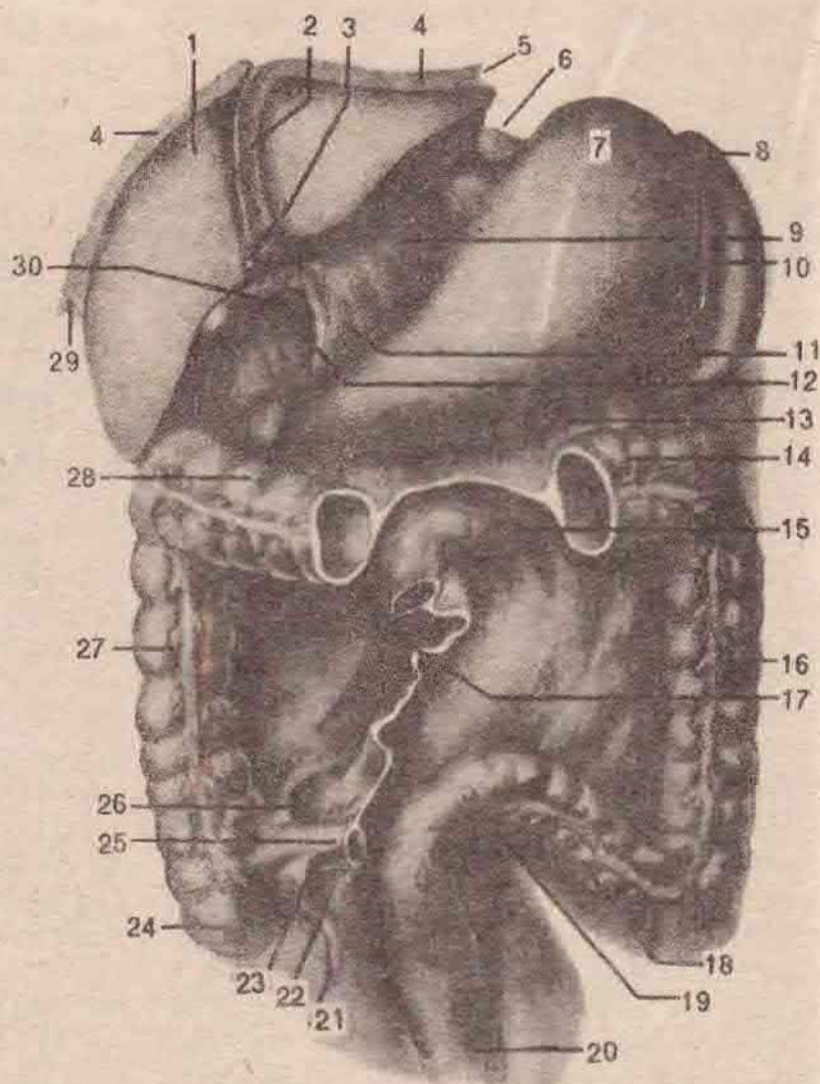


Fig. 46. Organele cavității abdominale; aspect anterior. Intestinul subțire, o parte a colonului transvers și marele epiploon sint rezeceate.

1 — hepar; 2 — lig. falciforme (hepatis); 3 — lig. teres hepatis; 4 — lig. coronarium; 5 — lig. triangulare sinistrum; 6 — lig. gastrophrenicum; 7 — ventriculus; 8 — lien; 9 — lig. hepatogastricum; 10 — lig. gastrolienale; 11 — lig. hepatoduodenale; 12 — peretele anterior al orificiului epiploie (omentale); 13 — mesocolon; 14, 28 — colon transversum; 15 — recessus duodenalis superior; 16 — colon descendens; 17 — radix mesenterii; 18 — colon sigmoideum; 19 — recessus intersigmoideus; 20 — rectum; 21 — appendix vermiformis; 22 — mesoappendix; 23 — recessus ileocaecalis inferior; 24 — caecum; 25 — ileum; 26 — recessus ileocaecalis superior; 27 — colon ascendens; 29 — lig. triangulare dextrum; 30 — for. epiploicum (omentale).

care vine la intestinul subțire iar apoi îl încorsetează din toate părțile (poziție intraperitoneală) are o lungime egală cu cea a jejunului și ileonului luate împreună. Între cele două foițe seroase ale mezoului trec spre intestinul subțire artera mezenterică superioară cu ramurile ei, nervi, precum și venele și vasele limfatice ce pornesc de la pereții intestinului. Tot aici sunt situați ganglionii limfatici mezenterici superiori, precum și țesutul conjunctiv lax și țesutul adipos.

Cu mult mai complicată este trecerea peritoneului parietal în cel visceral și formarea mezourilor în etajul superior al cavității peritoneale (mai sus de colonul transvers și mezoul lui) (fig. 47). De pe fața inferioară a diafragmului peritoneul trece pe fața diafragmatică a ficatului, formând ligamentele ficatului: falciform, *lig. falciforme hepatis*, coronar, *lig. coronarium*, drept și sting trigonal, *ligg. triangulăria dextrum et si-*

nistrum). Trecând peste muchia ascuțită a ficatului anterior de ea și peste porțiunea posterioară a ficatului, peritoneul tapetează fața viscerală a acestuia. Apoi de la hilul ficatului peritoneul se îndreaptă cu două foițe spre mica curbura a stomacului și spre porțiunea superioară a duodenului. În acest fel, între hilul ficatului, sus, mica curbura a stomacului și porțiunea superioară a duodenului, jos, se formează duplicatura peritoneului, care a primit numirea de **epiploon mic**, *omentum minus*. Partea stângă a epiploonului mic e prezentată de ligamentul hepatogastric, *lig. hepatogastricum*, iar cea dreaptă — de ligamentul hepatoduodenal, *lig. hepatoduodenale*. În marginea dreaptă a epiploonului mic (în ligamentul hepatoduodenal) între foițele peritoneului sunt situate în ordine din dreapta spre stînga canalul coledoc, vena portă și artera hepatică proprie.

Ajungind la mica curbura a stomacului ambele foite ale peritoneului din ligamentul hepatogastric diverg și tapează fețele posterioară și anterioară ale stomacului. La marea curbura a stomacului ambele foite ale peritoneului converg și trec în jos anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire. Apoi ambele foite ale peritoneului se incurbează brusc în sens posterior, se înfășoară și se ridică în sus posterior de foitele descendente și anterior de colonul transvers. Mai sus de mezoul colonului transvers aceste foite trec în peritoneul parietal, care tapetează peretele abdominal posterior. Foița superioară trece în sus, tapetind fața anterioară a pancreasului, apoi trece pe peretele posterior al cavității abdominale și pe diafragm. Foița inferioară se întoarce în jos și trece în foița superioară (anterioară) a mezoului colonului transvers. Un pli lung al peritoneului care atârna anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire cu aspect de șorț format din 4 foite de peritoneu a primit denumirea de **epiploon mare**, *omémentum majus*, care de origine este mezoul dorsal al stomacului. Între foitele peritoneale ale epiploonului mare se află o cantitate mică de țesut adipocelular. Cele 4 foite ale peritoneului epiploonului mare la omul matur concresec două câte două, formind două foite — anterioară și posterioară. Foița anterioară începe de la marea curbura a stomacului și împreună cu foița posterioară a epiploonului mare concresec la rindul lor cu fața anterioară a colonului transvers la nivelul bandetei epiploice. Foița posterioară a epiploonului mare concresec cu mezoul colonului transvers.

O parte din epiploonul mare (foița anterioară) racordată între curbura mare a stomacului și colonul transvers, a primit numirea de **ligament gastrocolic**, *lig. gastrocolicum*. Ambele foite ale peritoneului, care pleacă de la curbura mare a stomacului în stînga spre hilul splinei formează **ligamentul gastrolienal**, *lig. gastrolienal*, iar cele care pleacă de la partea cardială a stomacului spre duoden formează **ligamentul gastro-**

renic, sau **gastrodiafragmal** *lig. gastrophrenicum*.

În cavitatea peritoneală, *căvitas peritonéi*, putem separa convențional două etaje sau compartimente: superior și inferior. Etajul superior al cavității peritoneale în partea de sus este delimitat de diafragm, bilateral — de pereții laterali ai cavității abdominale tapetați cu peritoneu parietal, iar în partea de jos — de colonul transvers și de mezo-colonul transvers.

În etajul superior se află stomacul, ficatul cu vezica biliară, splina, porțiunea superioară a duodenului și pancreasul. Etajul superior al cavității peritoneale se împarte în trei burse relativ delimitate una de alta: bursa hepatică, pregastrică și omentală (D. N. Zernov). Bursa hepatică se află în dreapta de ligamentul falciform al ficatului și cuprinde lobul drept al ficatului. În **bursa hepatică** proeminează polul superior al rinichiului drept și suprarenala respectivă, acestea avind poziție retroperitoneală. **Bursa pregastrică** este situată în plan frontal spre stînga de ligamentul falciform al ficatului, anterior de stomac. În partea de dinainte bursa pregastrică este delimitată de peretele abdominal anterior. Peretele superior al acestei burse e constituit de diafragm. În bursa pregastrică se află lobul stîng al ficatului și splina.

Bursa omentală, *bursa omentális*, se află posterior de stomac și micul epiploon. Ea este delimitată superior de lobul caudal al ficatului, inferior — de lamela posterioară a epiploonului mare, care este coalescentă cu mezoul colonului transvers, anterior — de fața posterioară a stomacului, a epiploonului mic și a ligamentului gastrotransversal, iar posterior — de foița peritoneală, care acoperă pe peretele posterior al cavității abdominale aorta, vena cavă inferioară, polul superior al rinichiului stîng, suprarenala stîngă și pancreasul. Cavitatea omentală reprezintă o fisură situată în plan frontal. Contururile cavității bursei omentale sînt neregulate. În partea de sus ea are un **reces superior**, *recessus supèrior omentális*, care este situat între porțiunea lombară a diaf-

ragmului, posterior, și de fața posterioară a lobului caudat al ficatului, anterior. Spre stînga bursa omentală se întinde pînă la hilul splinei formînd *recesul lienal*, *recessus lienalis*. În calitate de pereți ai acestui reces servesc: anterior — *lig. gastrolienale*, posterior — *lig. phrenicoliene*, care se prezintă ca o duplicatură a peritoneului recordată între diafragm și capătul posterior al splinei. Bursa omentală are și un reces inferior, *recessus inferior omentalis*, care se află între ligamentul gastrocolic, anterior și superior, și lamela posterioară a epiploonului mare, concrescut cu colonul transvers și mezoul lui, posterior și inferior. Bursa omentală prin orificiul epiploic [*foramen epiploicum* (omental)] (*hiatul Winslow*) de 2—3 cm în diametru, comunică cu bursa hepatică. Orificiul are dimensiuni reduse (prin el pot trece 1—2 degete) și e situat posterior de ligamentul hepatoduodenal, la marginea lui dreaptă liberă. Superior orificiul epiploic este delimitat de lobul caudat al ficatului, inferior — de porțiunea superioară a duodenului, posterior — de peritoneul parietal, care tapetează vena cavă inferioară.

Etajul inferior al cavității peritoneale e situat mai jos de colonul transvers și de mezocolonul transvers, și în partea de jos trece în cavitatea micului bazin. Între peretele lateral drept al cavității abdominale, pe de o parte, și cec și colonul ascendent, pe de altă parte, se află o fisură verticală îngustă denumită șanț paracolic de dreapta, *sulcus paracolicus dexter*, care se mai numește și canal lateral de dreapta (D. N. Zernov). Șanțul paracolic din stînga, *sulcus paracolicus sinister*, sau canalul lateral din stînga, se află între peretele sting al cavității abdominale, din stînga, și colonul descendent și sigmoid, din dreapta.

O parte din etajul inferior al cavității peritoneale este delimitat din dreapta, de sus și din stînga de colonul transvers și este împărțită de mezenter în două fose destul de extinse — sinusurile mezenterice drept și sting. Sinusul mezenteric drept, *sinus mesen-*

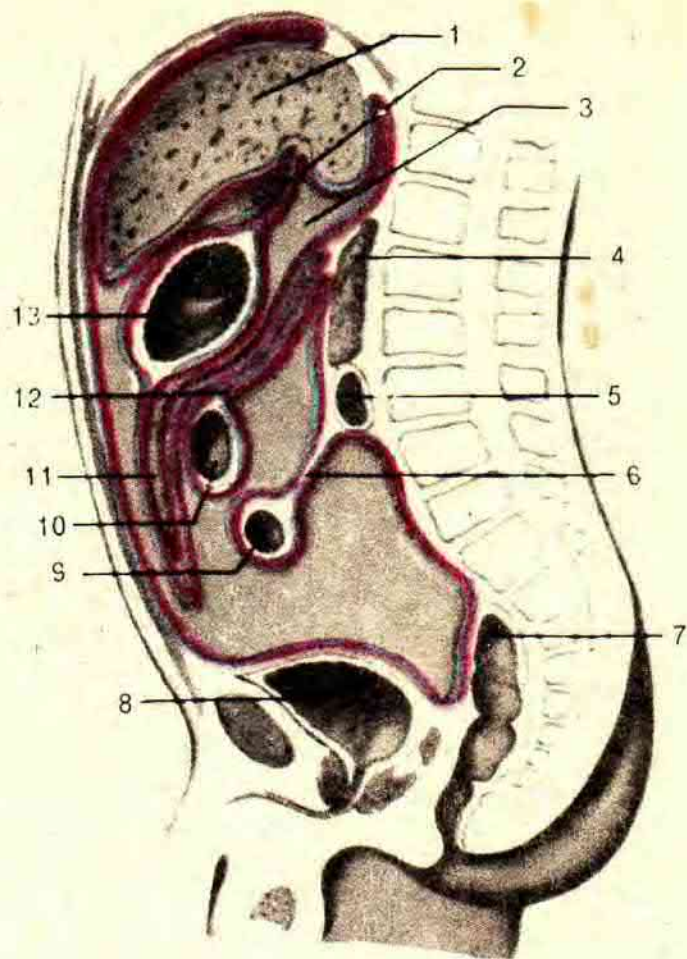


Fig. 47. Secțiune mediană (sagitală) a trunchiului. Raporturile spațiale ale viscerelor față de peritoneu (schemă).

1 — hepar; 2 — lig. hepatogastricum; 3 — bursa omentalis; 4 — pancreas; 5 — duodenum; 6 — mesenterium; 7 — rectum; 8 — vesica urinaria; 9 — jejunum; 10 — colon transversum; 11 — cavitatea marelui epiploon; 12 — mesocolon transversum; 13 — ventriculus.

tericus dexter, are configurația unui triunghi, virful căruia este orientat în jos și în dreapta, spre porțiunea terminală a ileonului. Pereții sinusului mezenteric drept sînt formați: din dreapta — de colonul ascendent, superior — de rădăcina mezocolonului transvers, din stînga — de rădăcina mezenterului. În adîncul acestui sinus, în poziție retroperitoneală, se află: porțiunea terminală a părții descendente a duodenului și porțiunea lui orizontală (inferioară), partea inferioară a capului pancreasului, un sector al venei cave inferioare, aflat între rădăcina mezenterului în jos pînă la duoden în sus, ureterul drept, vase, nervi și ganglioni limfatici. Sinusul mezenteric sting, *sinus mesen-*

têricus sinister, de asemenea e de formă triunghiulară, însă vârful triunghiului este orientat în sus și în stînga, spre flexura stîngă a colonului. Drept limite ale sinusului mezenteric stîng servesc: din stînga — colonul descendent și mezoul colonului sigmoid, din dreapta — rădăcina mezenterului. Inferior acest sinus nu are o limită strictă și comunică liber cu cavitatea pelviană. În limitele sinusului mezenteric stîng în poziție retroperitoneală se află: partea ascendentă a duodenului, jumătatea inferioară a rinichiului stîng, porțiunea terminală a aortei abdominale, ureterul stîng, vase, nervi și ganglioni limfatici.

Foița parietală a peritoneului, tapetînd peretele posterior al cavității abdominale, în locurile de trecere de pe un organ pe altul sau între marginea organului și peretele abdominal, formează pliuri sau fose. Aceste fose sînt locuri de risc de hernie retroperitoneala.

De exemplu, între flexura duodeno-jejunală în dreapta și ligamentul duodenal superior în stînga se află *recessus duodenalis superior*, și *recessus duodenalis inferior* de dimensiuni nu prea mari. La nivelul trecerii ileonului în cec peritoneul formează pliuri care delimitează *recesele ileocecale superior și inferior* *recessus ileocecales superior et inferior* situate respectiv mai sus și mai jos de porțiunea terminală a ileonului. Cecul încorsetat din toate părțile de peritoneu, se află în fosa iliacă dreaptă. Fața posterioară, tapetată cu peritoneu, a intestinului cec poate fi văzută dacă o retragem în sens anterosuperior. Totodată devin vizibile și pliurile cecale ale peritoneului, *plicae caecales*, care trec de la suprafața anterioară a mușchiului spre fața laterală a cecului. *Recessul retrocecal*, *recessus retrocecalis*, existent aici, este situat sub porțiunea inferioară a cecului.

Colonul sigmoid are un mezou, dimensiunea căruiă variază conform dimensiunilor colonului. Pe latura stîngă a mezoului colonului sigmoid la nivel de inserție a foiței stîngi a acestui mezou

pe peretele bazinului se află un *recess intersigmoid*, *recessus intersigmoideus*, de dimensiuni mici.

Peritoneul coboară în cavitatea micului bazin pentru a tapeta nu numai porțiunea superioară și parțial cea medie a rectului, ci și organele aparatului urogenital.

La bărbați peritoneul, care acoperă fața anterioară a rectului, trece pe peretele posterior, iar apoi și pe peretele superior al vezicii urinare. În continuare peritoneul se transformă în varianta lui parietală pe peretele abdominal anterior. Între vezica urinară și rect se formează *excavația rectovezicală*, *excavație rectovesicalis*, care e delimitată bilateral de *pliuri rectovezicale* (*plicae rectovesicales*). Aceste pliuri trec în sens anteroposterior de la fețele laterale ale rectului spre vezica urinară. La femei peritoneul de pe fața anterioară a rectului trece pe peretele posterior al porțiunii superioare a vaginului, pe urmă în ascensiune acoperă din spate, apoi din față uterul și trece pe vezica urinară. Între uter și rect se formează *excavația rectouterină*, *excavație rectouterina*. Ea este delimitată bilateral de pliurile rectouterine, *plicae rectouterinae*. Între uter și vezica urinară se formează *excavația vezico-uterină*, *excavație vesicouterina*.

Particularitățile de vîrstă ale peritoneului

La nou-născut peritoneul este fin și transparent. Pe el se întrezăresc lesne vasele și ganglionii limfatici, deoarece țesutul celuloadipos subperitoneal este subdezvoltat. Marele epiploon este foarte scurt și fin. Excavațiile, pliurile și fosele formate de peritoneu există și la nou-născut, însă sînt puțin pronunțate. Ele se adîncesc odată cu vîrsta copilului.

Revista anatomică comparată a evoluției sistemului digestiv

La animalele vertebrate sistemul digestiv se dezvoltă din entoderm — intestinul primar (epiteliul și glandele) și mezoderm (celelalte straturi ale peretelui intestinal). În formarea cavității bu-

cale și porțiunii terminale a rectului participă de asemenea ectodermul. În procesul de evoluție la diverse vertebrate cu toată comunitatea planului de structură a sistemului digestiv particularitățile lui anatomofuncționale reflectă modul lor de viață și în primul rând caracterul alimentației lor. La ciclostomate maxilarele încă nu sînt prezente. Ele apar pentru prima dată la acipenseriforme și acipenseride și sînt dotate cu dinți. Din această cauză orificiul bucal este strămutat în porțiunile inferioare ale capului. Buzele lipsesc. Limba e puțin dezvoltată și nu conține mușchi. Acestea apar în adîncul limbii abia la amfibieni.

Aparatul branhial, care se află în legătură cu cavitatea bucală și execută funcțiile de respirație la pești odată cu ieșirea animalelor pe uscat se transformă pe parcursul procesului de filogenează în alte organe (vezi: „Glandele endocrine“, „Organul vestibulo-cochlear“). La vertebratele terestre apar organele de respirație, al căror tapet epitelial de asemenea se dezvoltă din intestinul primar.

Separarea parțială a cavității bucale în cavitatea bucală propriu-zisă și cavitatea nazală se produce la reptile. La aceste animale limba e bine dezvoltată, dimensiunile și forma ei sînt condiționate de particularitățile lor de structură și existență. Apar glande labiale și sublinguale.

La mamifere cavitatea bucală, în care se deschid canalele glandelor salivare e deja separată definitiv de cavitatea nazală, se separă vestibulul cavității bucale și se formează palatul. Orificiul bucal este înconjurat de buze destul de dezvoltate. Limba și dinții se dezvoltă în conformitate cu modul de viață (caracterul de nutriție) al animalelor. Esofagul la vertebrate, executînd funcția de conductă de hrană spre stomac, are lungime variată corespunzătoare dimensiunilor și caracterelor structurale ale animalului. La reptile tunica musculară a esofagului este alcătuită din două straturi, însă esofagul e deja destul de bine delimitat de stomac.

Forma și poziția stomacului, struc-

tura tunicilor lui mucoasă și musculară corelează cu forma corpului și mai ales cu caracterul de nutriție, cu cantitatea și tipul alimentelor, cu dezvoltarea altor organe, în special a ficatului. La vertebratele cu corpul alungit axul longitudinal al stomacului trece de-a lungul axului corpului, la animalele cu corp scurt stomacul este dilatat și e situat în cavitatea abdominală în sens oblic sau transversal. La păsări stomacul este alcătuit din compartimentul glandular și cel intestinal. La rozătoare și la mamiferele carnivore stomacul comportă o dilatare mai mult sau mai puțin pronunțată. La erbivorele rumegătoare stomacul are dimensiuni impunătoare și conține cîteva compartimente. Însă gradul de diferențiere a stomacului depinde nu atît de forma lui complicată, cît de structura microscopică a pereților lui și de gradul de dezvoltare a glandelor gastrice.

La vertebratele inferioare intestinul trece de-a lungul coloanei vertebrale, iar la cele mai superioare el formează anse și dispune de mezou dorsal. La amfibieni apar flexurile intestinale, la reptile numărul de flexuri sporește, începe împărțirea intestinului în compartimentele lui subțire și gros. Doar porțiunea terminală a intestinului la toate vertebratele ramine dreaptă. Păsările posedă un intestin lung, dotat cu glande dezvoltate, care apar pentru prima dată la peștii condrosteeni. Printre mamifere cel mai lung intestin se înregistrează la ierbivore; la carnivore el e comparativ mult mai scurt. Limita dintre intestinul subțire și cel gros la început e constituită de un repliu de tunică mucoasă, care apare la unii amfibieni, iar apoi de o valvă. Drept început pentru intestinul gros servește cecul, care apare la amfibieni sub forma unei proeminențe oarbe.

Acest compartiment al intestinului are dimensiuni deosebit de mari la mamiferele ierbivore și lipsește sau e foarte puțin pronunțat la carnivore. Apendicele vermicular există doar la unele mamifere — iepure de casă, maimuță, om. În procesul de constituire a intestinului gros și subțire în el se formează pliuri, glande, inclusiv masive (ficat, pancreas).

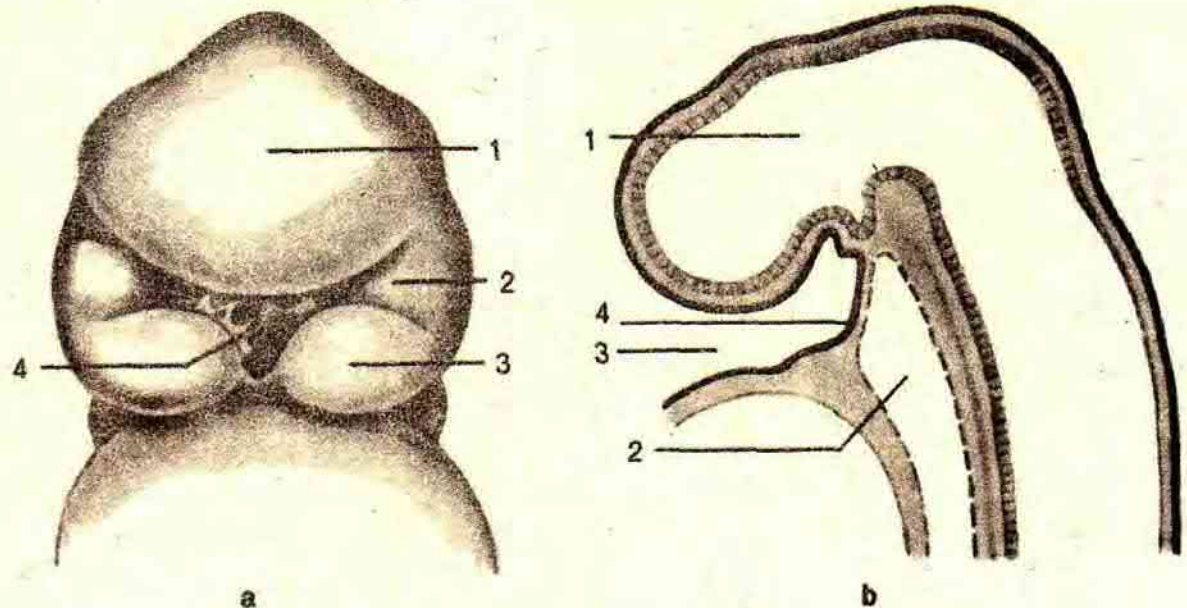


Fig. 48. Extremitatea cefalică a embrionului în a 4-a săptămână de dezvoltare.

a — aspect anterior : 1 — excrescența frontală ; 2 — excrescența maxilară ; 3 — excrescența mandibulară ; 4 — membrana faringiană parțial ruptă ; b — aspect lateral, secțiune sagitală (schemă) : 1 — encefal în dezvoltare ; 2 — intestin primar ; 3 — jgheabul bucal ; 4 — membrana faringiană.

Ficatul există la toate vertebratele. La unii pești, amfibieni el este lobular și posedă excrescențe. Unul din canalele ficatului se unește cu vezica biliară. Reptilele au ficat alcătuit de obicei din doi lobi. Structura bilobată a ficatului e caracteristică pentru păsări și mamifere. Canalele de la lobul drept și stâng se unesc formind un canal coledoc comun. Pancreasul la pești are dimensiuni mici ; la amfibieni el devine mai mare și la păsări el este cuprins de ansa duodenu- lui în curs de formare.

Dezvoltarea sistemului digestiv la om

Intestinul primar se dezvoltă din entodermul embrional sau intestinal, care la etapele timpurii de dezvoltare constituie „copertina” veziculei viteline. Pe parcursul formării corpului embrionului (după a 20-a zi de dezvoltare intrauterină) și de delimitare a lui de la elementele extraembrionare entodermul intestinal se înfășoară generind un tub (intestin primar), închis în porțiunile lui anterioară și posterioară și comunicind cu sacul vitelin. În a 4-a săptămână de viață intrauterină intestinul primar ce se dezvoltă din entoderm este situat anterior de coardă. În continuare din acest entoderm se formează epiteliul tubului

digestiv (cu excepția unei părți din cavitatea bucală și regiunii anale), precum și glandele digestive mari și mici (gastrice, intestinale, ficat, pancreas). Celelalte straturi ale tubului digestiv (tunica mucoasă, cu excepția epiteliului, baza submucoasă, tunica musculară și conjunctivă) sint derivate ale splanchnopleurei (visceropleurei), ce constituie lamela internă (medială) a părții nesegmentate a mezodermului adiacent la intestinul primar. În porțiunea cefalică și caudală a embrionului intestinul primar se termină orb.

Spre finele lunii I de dezvoltare intrauterină la extremitatea cefalică a embrionului apare o excavație a ectodermului numită sinus bucal, iar pe extremitatea caudală — sinusul anal (fig. 48). Sinusul bucal, adincindu-se, ajunge pînă la extremitatea anterioară obturată a intestinului primar. Între cavitatea intestinului primar și sinusul bucal se formează o membrană bistratificată faringiană, alcătuită dintr-un strat extern ectodermal și unul intern entodermal. Curind (în a 4—5-a săptămână de dezvoltare) membrana faringiană se rupe și cavitatea sinusului bucal comunică cu cavitatea intestinului primar. Sinusul anal este separat de cavitatea intestinului primar de către

membrana anală, formată, ca și cea faringiană, dintr-un strat ectodermal aparținând sinusului anal și un strat entodermal aparținând intestinului primar. Ruperea membranei anale în a 5-a săptămână de dezvoltare duce la formarea orificiului caudal al intestinului primar.

În acest fel, intestinul primar al embrionului se deschide din ambele părți; în el distingem intestinul cefalic (faringian) și intestinul trunchiului având drept limită proeminența entodermală a intestinului primar, din care se vor forma în viitor traheea și plămîinii. În intestinul trunchiului distingem intestinul anterior, mediu și posterior. Sinusul bucal este tapetat cu epiteliu de origine ectodermală, din el se formează apoi o parte a cavității bucale. Din intestinul faringian, tapetat cu epiteliu de origine entodermală se formează compartimentele profunde ale cavității bucale și laringele. Intestinul anterior al trunchiului va da naștere esofagului și stomacului. Intestinul mediu va genera intestinul subțire și porțiunea inițială a intestinului gros (cecul, colonul ascendent și transvers), ficatul și pancreasul. Din intestinul posterior se formează porțiunea terminală a intestinului gros (colonul descendent, sigmoid și rectul). Somatoși visceropleura dau naștere peritoneului.

Dezvoltarea cavității bucale se află în legătură cu formarea regiunii faciale a embrionului și cu transformarea arcurilor branhiale în recesuri branhiale. Pe ambii pereți laterali ai intestinului faringian apar pînă la 5 proeminențe pare. Acestea sînt recesele branhiale. La om fanțe branhiale nu se formează. Între recesele branhiale sînt situate porțiuni de țesuturi care au primit numirea de arcuri branhiale sau viscerele. Arcul I sau mandibular, arcul II sau sublingval, hioid, iar celelalte — III, IV, V sînt arcuri branhiale (viscerale). Sinusul bucal (cavitatea bucală primară) are la început aspectul unei fanțe înguste și este delimitat de sus de apofiza frontală impară, care pornește de la extremitatea inferioară a bazei viitoare a craniului. Arcul maxilar (I visceral), divizîndu-se în apofize pare maxilare și man-

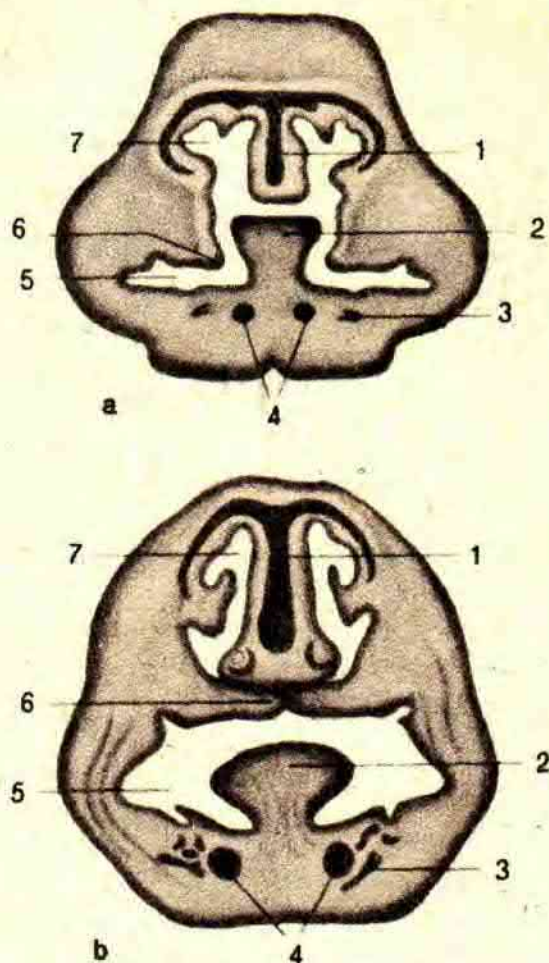


Fig. 49. Formarea cavității bucale și cavității nazale (secțiune frontală în capul embrionului).

a — săptămîna a 7-a de dezvoltare; b — săptămîna a 8-a de dezvoltare; 1 — septul nazal; 2 — limba; 3 — țesutul osos al mandibulei; 4 — cartilajul Meckel; 5 — cavitatea bucală; 6 — apofizele palatine; 7 — cavitatea nazală.

dibulare, delimitează sinusul bucal de jos și bilateral. În continuare apofiza frontală, la care în a 5—6-a săptămîna apar fosele olfactive, se intercalează între apofizele maxilare și, separîndu-se în apofizele nazale mediană și laterale, formează nasul extern, narile, septul nazal și cavitatea nazală viitoare. Totodată are loc apropierea apofizelor maxilare și concreșterea lor cu apofizele nazale laterale, avînd drept rezultat formarea buzei superioare. Torusurile aparute pe fața internă a apofizelor maxilare avansează unul în întîmpinarea altuia, și, concreșcînd, separă cavitatea nazală de cea bucală, adică generează bolta palatină (fig. 49). Din apofizele maxilare se formează maxilarul. Apofizele mandibulare în acest rîstimp concreșc formînd buza inferioară, man-

dibula și planșeul cavității bucale. Creșterea apofizelor maxilare și mandibulare în sens bilateral duce la formarea comisurilor labiale.

Arcurile branhiale (II-V) și țesuturile adiacente, concreșcând pe linie mediană și între ele, formează partea anterioară a gîtului. Din epiteliul primului reces branhial se formează tegumentele tunicii mucoase a trompei auditive și cavității timpanice din urechea medie, din al doilea reces branhial se formează fosa tonzilară (*fossa tonsillaris*), din al treilea și al patrulea — timusul și glandele paratiroide. Din epiteliul peretelui anterior al faringelui la limită dintre arcurile branhiale I și II se formează primordiul glandei tiroide. Din primul arc visceral se dezvoltă ciocănașul și nicovala (osișoare auditive), iar în jurul părții cartilajinoase (cartilajului Mackel) se formează maxila și mandibula. Din arcul visceral II se formează coarnele mici ale osului hioid, apofiza stiloidă și scărița (osișor auditiv). Din arcul visceral III (branchial I) se dezvoltă coarnele mari ale osului hioid.

Limba se formează din primordii pare și impare apărute pe peretele ventral al faringelui în regiunea arcurilor branhiale I și II. La limita dintre viitoarele părți anterioară și posterioară ale limbii are loc proeminerea epiteliului și formarea glandei tiroide. Nivelul de debut al acestei proeminente persistă la omul matur sub formă de orificiu orb al limbii.

Dinții embrionului uman derivă din ectodermul, care tapetează marginile apofizelor maxilară și mandibulară. La început apare intumescență ectodermală (lamela dentară) pe marginea apofizei alveolare viitoare. Apoi ea se afundă în mezenchimul apofizelor alveolare, unde din această lamelă se formează dinții. Din mezenchim se formează doar pulpa dinților.

Dintr-o excrescență epitelială, de pe peretele ventral al intestinului, la limita dintre părțile lui faringiană și trunchială se formează organele de respirație (laringele, trahea, bronhiile, tapetul lor epitelial).

La embrion spre finele primei luni

de dezvoltare intestinul trunchial, mai jos de diafragm este racordat pe pereții anterior și posterior al embrionului prin mezoul dorsal și cel ventral, care se formează din splanco (viscero) pleură. Mezoul ventral dispare timpuriu și persistă doar la nivelul primordiului stomacului și duodenului.

În luna a doua de dezvoltare embrională dilatarea intestinului primar apărută în a 4-a săptămână la nivelul viitorului stomac continuă să crească în dimensiuni, căpătînd o configurație fusi-formă. Creșterea intensă în lungime în restul tubului intestinal duce la formarea ansei intestinale, care se orientează cu partea arcuată în sens anteroinferior. Pe ansa intestinală distingem două porțiuni — descendentă și ascendentă.

Odată cu dezvoltarea intestinului și stomacului se produce rotația lor în cavitatea abdominală. Din cauza creșterii intense a părții dorsale a dilatării gastrice stomacul capătă o formă de retortă. La el se formează marea curbura la nivelul părții dorsale crescînde și mica curbura — în regiunea peretelui lui ventral (fig. 50). Odată cu creșterea se produce versiunea stomacului în dreapta în așa fel încît fața lui stîngă devine anterioară, iar cea dreaptă — posterioară. Proeminența dorsală a stomacului (viitoarea mare curbura) este orientată în jos și spre stînga, iar partea anterioară, concavă, (viitoarea mică curbura) — superior și în dreapta. O astfel de torsiune a stomacului provoacă răsucirea porțiunii terminale a esofagului spre dreapta. Odată cu versiunea stomacului se modifică și poziția mezourilor lui dorsal și ventral. Mezoul dorsal de pe urma versiunii stomacului din poziție sagitală trece în poziție transversală. Creșterea intensă a acestui mezou duce la lungirea lui în stînga și în jos, la ieșirea treptată a mezoului dorsal de sub marea curbura a stomacului și la formarea unei prolabări sacciforme numite epiploon mare.

Simultan cu versiunea stomacului pe ramura ascendentă a intestinului lingă virful ansei se formează o prolabare mică, care este viitorul cec. Porțiunea inițială a ramurii descendente a intesti-

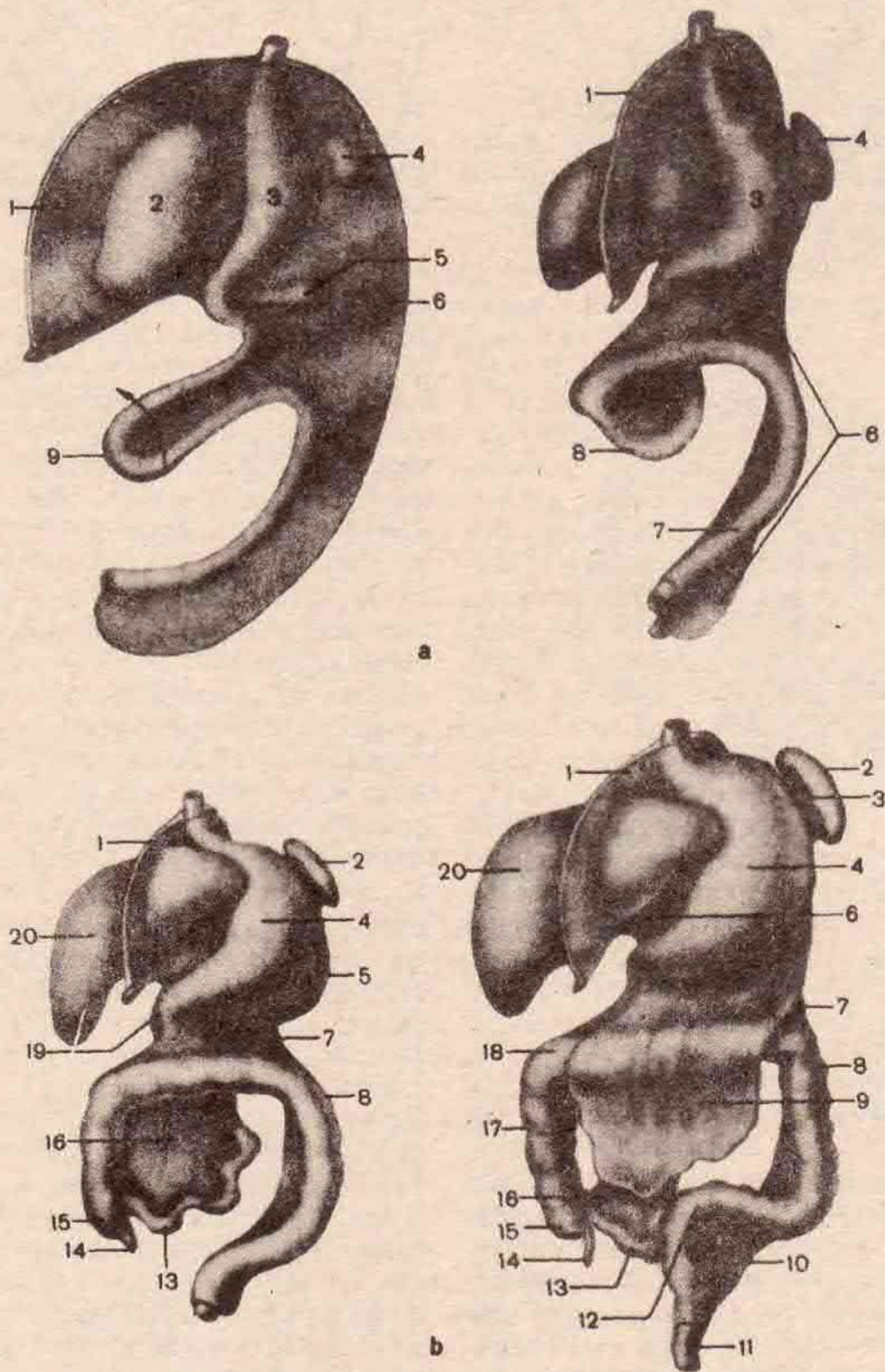


Fig. 50. Dezvoltarea peritoneului (schema).

a — aspect sinistru anterior (săptămânile a 4-a și a 5-ea de dezvoltare embrionară): 1 — mesenterium ventrale; 2 — hepar; 3 — ventriculus; 4 — lien; 5 — pancreas; 6 — mesenterium dorsale; 7 — intestinum crassum; 8 — intestinum tenuae; 9 — ansa intestinală (săgeata indică direcția flexurii ansei intestinale); b — aspect sinistru anterior (înele lunii a 3-ea de dezvoltare embrionară și perioada de nou-născut): 1 — mesenterium ventrale (lig. falciforme hepatis); 2 — lien; 3 — lig. gastrolienale; 4 — ventriculus; 5 — mesenterium dorsale; 6 — omentum minus; 7 — mesocolon transversum; 8 — intestinum crassum (colon descendens); 9 — omentum majus; 10 — mesocolon sigmoideum; 11 — rectum; 12 — colon sigmoideum; 13 — ileum; 14 — appendix vermiformis; 15 — caecum; 16 — mesenterium; 17 — colon ascendens; 18 — colon transversum; 19 — duodenum; 20 — hepar.

nului se va transforma ulterior în duoden, iar porțiunea rămasă — în partea mezenterică a intestinului subțire. Porțiunea incipientă a ramurii ascendente va constitui porțiunea terminală a intestinului subțire, iar restul va da naștere cecului, colonului ascendent și colonului transvers. Cecul apare sub formă de prolabare mică pe ramura ascendentă a ansei intestinului, alături de virful acestuia.

Pe peretele ventral al duodenului în curs de formare apar două prolabări ale entodermului între cele două foițe ale mezoului ventral. Acesta e primordiul viitorului ficat (din prolabarea superioară) și vezicii biliare (din prolabarea inferioară). Dezvoltându-se, ficatul pătrunde în mezoul central, păstrându-și legătura cu duodenul prin intermediul viitorului canal coledoc. În procesul de dezvoltare a ficatului porțiunea ventrală anterioară a mezoului se transformă în ligamentul falciform al ficatului, iar cea posterioară (dorsală) — în epiploonul mic. Ligamentul falciform al ficatului reține ficatul lângă peretele anterior (ventral) al cavității abdominale și lângă diafragm, iar epiploonul mic se plasează între ficat, de sus și din dreapta, stomac și duoden — de jos și din stînga.

Pancreasul se dezvoltă din două prolabări entodermale ale peretelui intestinului primar — dorsală și ventrală. Unindu-se, aceste prolabări formează primordiul pancreasului, care pătrunde între foițele mezoului dorsal. În legătură cu versiunea stomacului, cu creșterea ficatului și reducerea părții dorsale a mezoului, duodenul vine în adiacență la peretele posterior al cavității abdominale. Odată cu duodenul pe peretele posterior al cavității abdominale se fixează și pancreasul, plasându-se transversal. Aceste organe își pierd mobilitatea și se dispun retroperitoneal. Tapețul peritoneal al duodenului și pancreasului persistă doar pe fețele lor anterioare.

Creșterea continuă a stomacului condiționează coborîrea curburii mari a acestuia și pancreasul se vede plasat posterior de stomac. Continuă să crească

intens și epiploonul mare. În cadrul acestui fenomen o parte din mezoul dorsal continuă pe peretele posterior al cavității abdominale sub formă de peritoneu parietal, iar porțiunea anterioară, pornind de la marea curbura a stomacului, coboară liber în jos între peretele anterior al cavității abdominale (ventral) și ansele intestinului (dorsal).

Pe parcursul primelor 2—3 luni de dezvoltare intrauterină intestinul posterior se deplasează din planul lui median spre stînga și în sus, anterior de ansa intestinală, iar aceasta la rîndul ei realizează o dextroversiune de 180° . De pe urma acestei versiuni primordiul cecului se strămută în poziție dreaptă superioară, iar ramura superioară a ansei intestinale coboară în jos, posterior de intestinul posterior. Creșterea ulterioară a tuturor porțiunilor ansei intestinale duce la situația că în a doua jumătate a dezvoltării intrauterine primordiul cecului se deplasează în sens dextroinferior în fosa iliacă dreaptă, iar ansa intestinală mai realizează încă o dextroversiune de încă 90° (deci, dextroversiunea totală — 270°). Lungirea considerabilă a ramurii descendente a intestinului face să apară numeroase anse ale intestinului subțire, care împing și mai mult în sus colonul transvers. În acest fel, de pe urma versiunii menționate, din ramura ascendentă se formează colonul ascendent situat în dreapta, adiacent la peretele posterior al cavității abdominale, iar colonul transvers ocupă o poziție respectivă. Între ei apare flexura dreaptă (hepatică) a colonului. Dată fiind această topografie a colonului ascendent și descendent, peritoneul care acoperă suprafața lor adiacentă la peretele posterior al cavității abdominale se expune resorbției și aceste părți ale colonului rămîn tapetate de peritoneu doar din trei părți (mezoperitoneal).

În aceeași perioadă porțiunea superioară a intestinului posterior, după ce s-a deplasat spre stînga formează colonul descendent, care concrește cu peretele posterior al cavității abdominale în partea stîngă. Între colonul transvers și porțiunea inițială a intestinului poste-

rior (colonul descendent) apare flexura stingă (pancreatică) a colonului. Mezoul dorsal al intestinului posterior de asemenea concrește cu peretele posterior al cavității abdominale cu excepția unei porțiuni adiacente la colonul sigmoid fără a concrește definitiv. Colonul sigmoid își păstrează mezoul, însă acesta se deplasează de la linia mediană.

Modificarea poziției unei porțiuni din ansa intestinală, din care se va dezvolta colonul transvers, implică de asemenea schimbări în poziția mezoului ei: din plan sagital ea trece în poziție transversală, respectiv poziției ocupate de colonul transvers. Schimbările interesează de asemenea și locul de fixare a mezenterului: din sagital el devine oblic.

Pliul dorsal al mezoului gastric continuând să crească, coboară de la marea curbura a stomacului în jos și se plasează anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire. Acesta e marele epiploon. Peretele lui posterior în porțiunea superioară concrește cu colonul transvers și cu mezoul acestuia. Cavitatea de după stomac se transformă în bursă omentală. Spațiul virtual dintre foițele marelui epiploon mai jos de nivelul colonului transvers după naștere concrește ca regulă.

Anomaliile de dezvoltare ale sistemului digestiv

În caz de tulburare a proceselor de formare a sistemului digestiv apar anomalii și malformațiuni în organele lui. Din malformațiunile mai frecvent întâlnite fac parte „buza de iepure” ca urmare a neconcreșterii apofizelor frontală și maxilară în procesul de formare a feței. În acest caz apare o fisură în buza superioară în dreapta sau în stînga de linia mediană sau de ambele părți simultan. Se întâmplă să nu concrească torusurile palatine ale apofizelor maxilare și în bolta palatină rămîne o fisură orientată pe mediană. Această malformațiune se numește „gură de lup” (dehiscenta palatului). Brutalitatea acestor malformațiuni poate fi diferită: există cazuri de asociere a acestor malformațiuni. Din malformațiunile de dezvoltare

fac parte neconsolidarea sau concreșterea excesivă a apofizelor maxilare și mandibulare. În primul caz orificiul bucal are dimensiuni excesive (macrostoma), în al doilea el este anormal de mic (microstoma). Erupția recesurilor branhiiale la suprafața corpului duce la apariția fistulelor branhiogene congenitale, care pot fi situate pe fața laterală a gitului posterior de mușchiul sternocleidomastoidian. Uneori se înregistrează cazuri de stenoză a esofagului.

Printre anomaliile de dezvoltare a organelor sistemului digestiv situate în cavitatea abdominală vom menționa formarea de lobi supranumerari ai ficatului sau pancreasului. De asemenea poate persista (în 2% din cazuri) o reminiscență a canalului vitelin sub formă de prolabare oarbă de 2—4 cm lungime situată pe ileon la o distanță de 60—70 cm de la cec. E vorba de diverticulul ileonului (diverticulul Meckel). Întîlnim uneori mezou comun pentru ileon și cec, *mezenterium ileocoli commune*, ca urmare a tulburării survenite în dezvoltarea duodenului, colonului și mezoului dorsal. În afară de acestea mai există cazuri de persistență a membranei anale, de pe urma cărui fapt orificiul anal nu se formează (*atresia ani*).

În cazuri foarte rare asistăm la o inversare totală sau parțială în topografia viscerelor, *situs viscerus inversus totalis s. partialis*. În asemenea situații ficatul se află în stînga, pancreasul și stomacul în dreapta etc., ceea ce antrenează levoversiunea ansei intestinale.

SISTEMUL RESPIRATORIU

Sistemul respiratoriu (aparatură respiratorie), *systema respiratorium (apparatus respiratorius)* este alcătuit din căile respiratorii și organele respiratorii, pare, numite plămîni. Căile respiratorii în conformitate cu topografia lor în corpul uman se referă la două compartimente — superior și inferior. Din căile respiratorii superioare fac parte cavitatea nazală, partea nazală a faringelui, partea orală a faringelui, din căile respiratorii inferioare fac parte laringele, traheea, bronhiile, inclusiv ramificațiile intrapul-

rior (colonul descendent) apare flexura stingă (pancreatică) a colonului. Mezoul dorsal al intestinului posterior de asemenea concrește cu peretele posterior al cavității abdominale cu excepția unei porțiuni adiacente la colonul sigmoid fără a concrește definitiv. Colonul sigmoid își păstrează mezoul, însă acesta se deplasează de la linia mediană.

Modificarea poziției unei porțiuni din ansa intestinală, din care se va dezvoltă colonul transvers, implică de asemenea schimbări în poziția mezoului ei: din plan sagital ea trece în poziție transversală, respectiv poziției ocupate de colonul transvers. Schimbările interesează de asemenea și locul de fixare a mezenterului: din sagital el devine oblic.

Pliul dorsal al mezoului gastric continuând să crească, coboară de la marea curbura a stomacului în jos și se plasează anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire. Acesta e marele epiploon. Peretele lui posterior în porțiunea superioară concrește cu colonul transvers și cu mezoul acestuia. Cavitatea de după stomac se transformă în bursă omentală. Spațiul virtual dintre foițele marelui epiploon mai jos de nivelul colonului transvers după naștere concrește ca regulă.

Anomaliile de dezvoltare ale sistemului digestiv

În caz de tulburare a proceselor de formare a sistemului digestiv apar anomaliile și malformațiunile în organele lui. Din malformațiunile mai frecvent întâlnite fac parte „buza de iepure” ca urmare a neconcreșterii apofizelor frontală și maxilară în procesul de formare a feței. În acest caz apare o fisură în buza superioară în dreapta sau în stînga de linia mediană sau de ambele părți simultan. Se întâmplă să nu concrească torusurile palatine ale apofizelor maxilare și în bolta palatină rămîne o fisură orientată pe mediană. Această malformațiune se numește „gură de lup” (dehiscenta palatului). Brutalitatea acestor malformațiuni poate fi diferită; există cazuri de asociere a acestor malformațiuni. Din malformațiunile de dezvoltare

fac parte neconsolidarea sau concreșterea excesivă a apofizelor maxilare și mandibulare. În primul caz orificiul bucal are dimensiuni excesive (macrostoma), în al doilea el este anormal de mic (microstoma). Erupția recesurilor branhiiale la suprafața corpului duce la apariția fistulelor branhiogene congenitale, care pot fi situate pe fața laterală a gîtului posterior de mușchiul sternocleidomastoidian. Uneori se înregistrează cazuri de stenoză a esofagului.

Printre anomaliile de dezvoltare a organelor sistemului digestiv situate în cavitatea abdominală vom menționa formarea de lobi supranumerari ai ficatului sau pancreasului. De asemenea poate persista (în 2% din cazuri) o reminiscență a canalului vitelin sub formă de prolabare oarbă de 2—4 cm lungime situată pe ileon la o distanță de 60—70 cm de la cec. E vorba de diverticulul ileonului (diverticulul Meckel). Întîlnim uneori mezou comun pentru ileon și cec, *mezenterium ileocoli commune*, ca urmare a tulburării survenite în dezvoltarea duodenului, colonului și mezoului dorsal. În afară de acestea mai există cazuri de persistență a membranei anale, de pe urma cărui fapt orificiul anal nu se formează (*atresia ani*).

În cazuri foarte rare asistăm la o inversare totală sau parțială în topografia viscerelor, *situs viscerus inversus totalis s. partialis*. În asemenea situații ficatul se află în stînga, pancreasul și stomacul în dreapta etc., ceea ce antrenează levoversiunea ansei intestinale.

SISTEMUL RESPIRATORIU

Sistemul respiratoriu (aparatură respiratorie), *systema respiratorium (apparatus respiratorius)* este alcătuit din căile respiratorii și organele respiratorii, numite plămîni. Căile respiratorii în conformitate cu topografia lor în corpul uman se referă la două compartimente — superior și inferior. Din căile respiratorii superioare fac parte cavitatea nazală, partea nazală a faringelui, partea orală a faringelui, din căile respiratorii inferioare fac parte laringele, traheea, bronhiile, inclusiv ramificațiile intrapul-

NASUL

Regiunea nasului, *regio nasalis*, este alcătuită din nasul extern, în interiorul căruia se află cavitatea nazală.

Nasul extern, *nasus externus*, (termenul grecesc: *rhinos*—*nas*), este alcătuit din rădăcina nasului, spinare, apex și aripile lui. *Radix nasi* se află în partea superioară a feței și se separă de partea frontală printr-o excavație numită rădăcina nasului. Părțile laterale ale nasului extern se unesc pe mediană și formează *spinarea nasului*, *dorsum nasi*, iar părțile inferioare ale fețelor laterale reprezintă *aripile nasului*, *alae nasi* (fig. 51). Jos spinarea nasului extern trece în *apexul nasului*, *apex nasi*. Aripile nasului, cu marginile lor inferioare, delimitează *nările*, *nares*, care servesc drept porți de acces pentru aer în cavitatea nazală și de evacuare a lui. Pe linie mediană *nările* sînt separate una de alta de partea mobilă (lamelară) a septului nazal. Nasul extern comportă un schelet osos și cartilaginos format din oasele nazale, de apofizele frontale ale maxilei și de câteva cartilaje hialine (reminescențe ale capsulei cartilaginoase nazale). Rădăcina nasului, porțiunea superioară a spinării nasului și fețelor laterale ale nasului extern comportă schelet osos, iar porțiunea medie și inferioară a spinării și fețelor laterale ale nasului au o carcasă cartilaginoasă. Cartilajul lateral al nasului, *cartilago nasi lateralis*, este par, trigonal, situat imediat mai jos de oasele nazale și participă la formarea peretelui lateral al nasului extern. Marginile anterioare ale cartilajelor laterale drept și stîng jonctionează pe mediană, uneori chiar concresc, formînd spinarea nasului. În partea de jos cartilajul lateral din fiecare parte jonctionează cu cartilajul mare al aripii nasului, iar posterior el se fixează pe marginea inferioară a osului nazal și pe apofiza frontală a maxilei. Cartilajul mare al aripii nasului, *cartilago alaris nasi major*, este par situat inferior de cartilajul nazal lateral respectiv, delimitează anterior și lateral accesul în cavitatea

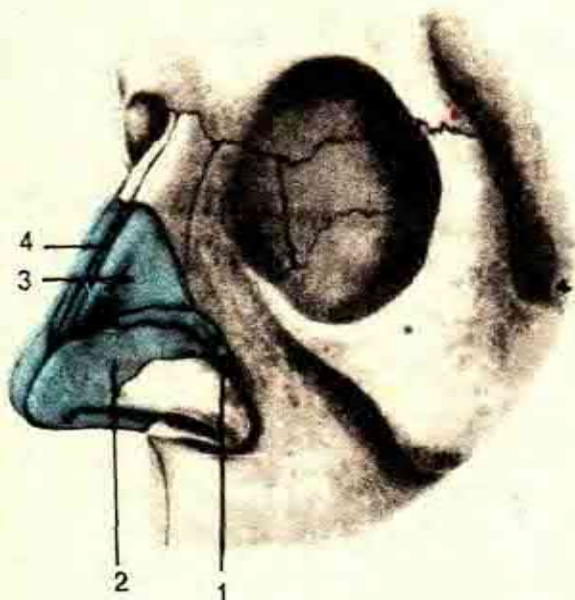


Fig. 51. Scheletul osos și cartilaginos al nasului extern.

1 — cartilago alaris minor; 2 — cartilago alaris major; 3 — cartilago nasi lateralis; 4 — cartilago septi nasi.

monare ale bronhiilor. Căile respiratorii sînt alcătuite din tuburi, lumenul cărora se menține datorită prezenței unui schelet osos sau cartilaginos în pereții lor. Această particularitate morfologică corespunde plener funcției căilor respiratorii: aportul de aer în plămîni și evacuarea lui din plămîni în exterior. Suprafața internă a căilor respiratorii este acoperită cu o tunică mucoasă, care la rîndul ei este tapetată cu epiteliu ciliat, conține un mare număr de glande mucipare. Datorită acestui fapt ea execută o funcție de protecție. Trecînd prin căile respiratorii, aerul se purifică, se încălzește și se umectează. În procesul de evoluție în calea torontului de aer s-a format laringele — un organ de structură complicată ce execută funcția de fonație. Prin căile respiratorii aerul ajunge în plămîni, care sînt organele respiratorii principale. În aceștia se realizează schimbul de gaze dintre aer și sînge prin difuzie de gaze (oxigen — bioxid de carbon), prin pereții alveolelor pulmonare și capilarelor sangvine adiacente.

nazală (nările). Cartilajele alare mici, *cartilagine alares minores*, cite 2—3 de fiecare parte, se plasează posterior de cartilajul alar mare, între el și marginea orificiului piriform. Uneori se observă câteva cartilaje nazale supranumerare sau accesorii, *cartilagine nasales accessoriae*, situate între cartilajul lateral și cartilajul alar mare. Din interior dinspre cavitatea nazală spre fața internă a spinării lui vine în adiacență marginea anterioară a cartilajului septului nazal. Cartilajul septului nazal, *cartilago septi nasi*, este impar, are o formă tetragonală neregulată și constituie cea mai mare parte, anterioară, a septului nazal. Posterosuperior cartilajul septului nazal jonctionează cu lama perpendiculară a etmoidului iar posterior și inferior — cu vomerul și cu spina nazală anterioară. Între marginea inferioară a cartilajului septului nazal și marginea anterioară a vomerului, bilateral, se întinde o bandă îngustă a cartilajului vomeronazal (*cartilago vomeronasalis*). Cartilajele nasului se unesc între ele și cu oasele adiacente prin straturi de țesut conjunctiv.

Cavitatea nazală

Cavitatea nazală, *cavitas nasi*, este separată de septul nazal în două părți cvazisimetrice, care, anterior, se deschid pe față prin nări, iar posterior, prin coane, *choanae*, comunică cu rinofaringele. Septul nazal, *septum nasi*, anterior este lamelar, (membranos), *pars membranacea*, și cartilaginos, *cartilago septi nasi*, iar posterior — osos, *pars ossea*. Partea membranoasă și cartilaginoasă luate în ansamblu formează partea mobilă a septului nazal, *pars mobilis septi nasi*. În fiecare jumătate a cavității nasului distingem vestibulul nazal, *vestibulum nasi*, delimitat superior de o proeminență numită pragul cavității nazale, *limen nasi*, format de marginea superioară a cartilajului alar mare. Vestibulul este acoperit din interior de pielea nasului extern, care ajunge aici prin nări. Pielea vestibulului nazal comportă glande

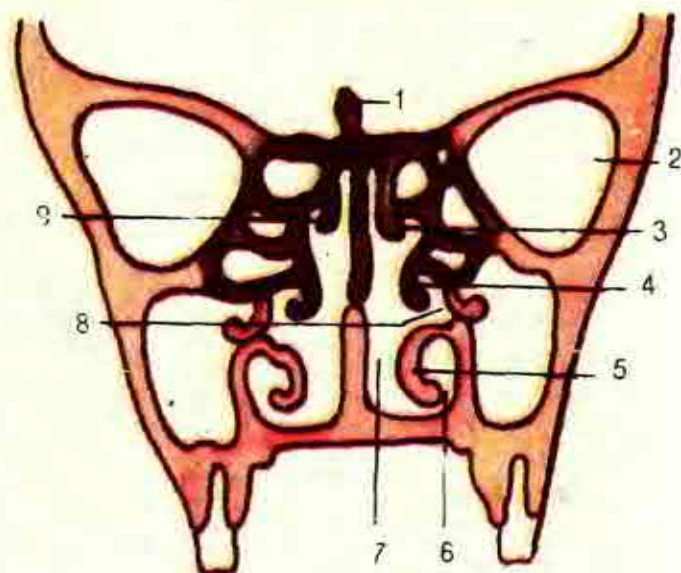


Fig. 52. Secțiune frontală prin cavitatea nazală (schemă).

1 — crista galli; 2 — orbita; 3 — concha nasalis superior; 4 — concha nasalis media; 5 — concha nasalis inferior; 6 — meatus nasi inferior; 7 — meatus nasi communis; 8 — meatus nasi medius; 9 — meatus nasi superior.

sebacee, sudoripare și niște perișori așpri numiți vibrise. Cea mai mare parte a cavității nazale este constituită de meaturile nazale, cu care comunică **sinusurile paranazale**, *sinus paranasales*. Distingem meatul superior, mediu și inferior, situat fiecare sub cornetul nazal respectiv (fig. 52, 53). Posterosuperior de cornetul nazal superior se află **recesul sfenoetmoidal**, *recessus sphenoethmoidalis*. Între septul nazal și fețele mediale ale cornetelor nazale este situată coana nazală ce are un aspect de fantă verticală îngustă. Orificiul sinusului sfenoidal se află în regiunea depresiunii sfenoetmoidale. În meatul nazal superior se deschid prin unul sau câteva orificii alveolele osului etmoidal. Peretele lateral al meaturii nazale medii formează o proeminență rotunjită orientată spre cornetul nazal mediu — care e numită **bula etmoidală mare**, *bullae ethmoidalis* (ca rezultat al alveolelor etmoidale medii care se deschid superior de această bulă sau pe suprafața ei). Anteroinferior de bula mare etmoidală există o fisură semilunară profundă, *hiatus semilunaris*, în porțiunea anterioară a căreia se află extremitatea inferioară a **infundibulului etmoidal**, *infundibulum ethmoidale*, prin

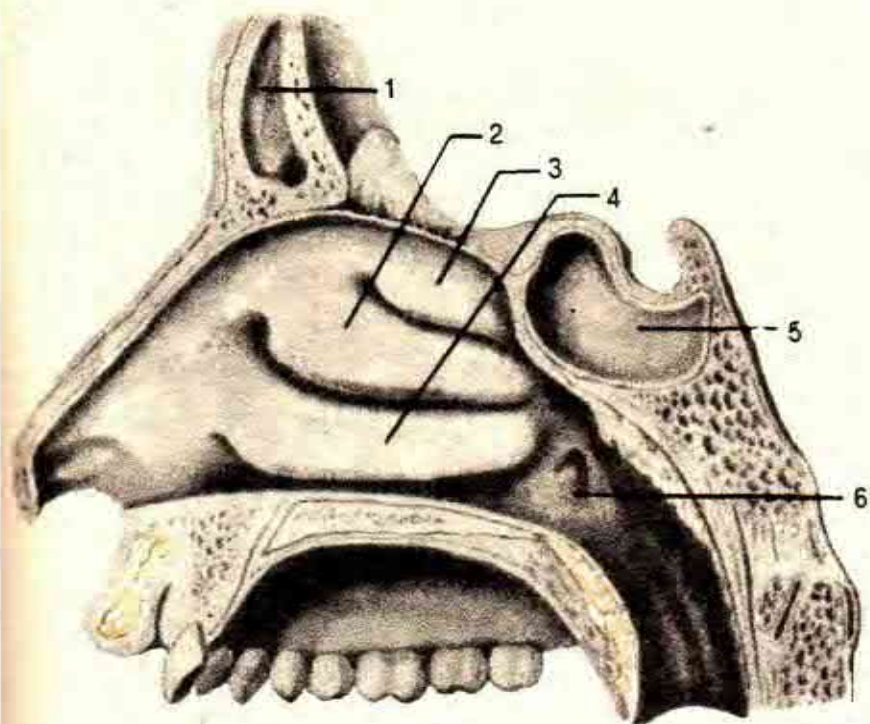


Fig. 53. Peretele lateral al cavității nazale.

1 — sinus frontalis ; 2 — concha nasalis media ; 3 — concha nasalis superior ; 4 — concha nasalis inferior ; 5 — sinus sphenoidalis ; 6 — ostium pharyngeum tubae auditivae.

care sinusul frontal comunică cu meatul nazal mediu. Alveolele (sinusurile) medii și anterioare ale osului etmoid, sinusul frontal, sinusul maxilar se deschid în meatul nazal mediu. În meatul nazal inferior se deschide orificiul inferior al canalului nazolacrimonal. Tunica mucoasă a nasului, *tunica mucosa nasi*, continuă în mucoasa sinusurilor paranazale, sacului lacrimal (prin canalul nazolacrimonal), rinofaringelui și palatului moale (prin coane). Ea aderă intim la perostul și pericondrul peretilor cavității nazale. În conformitate cu structura și funcția organului, în tunica mucoasă a cavității nazale distingem regiunea olfactivă, *regio olfactoria*, și regiunea respiratorie, *regio respiratoria*. Din regiunea olfactivă fac parte tunica mucoasă nazală, care acoperă cornetele nazale superioare drept și stâng și o parte din cele medii, precum și porțiunea superioară respectivă a septului nazal care comportă celulele sensoriale olfactive. Restul tunicii mucoase nazale se referă la regiunea respiratorie. Mucoasa regiunii respiratorii este tapetată cu epiteliu ciliat și comportă glande mucipare și seroase. În regiunea cornetului inferior tunica mucoasă și baza submucoasă sînt pătrunse de numeroase vase care formează *plexus cavernos venos* al cornetelor,

plexus (venosi) cavernosi conchârum, prezența cărora contribuie la temperarea aerului inspirat.

Vasele și nervii tunicii mucoase din cavitatea nazală. Tunica mucoasă a cavității nazale este irigată cu sînge de ramurile arterei sfenopalatine (*a. sphenopalatina*) din artera maxilară, de arterele pare etmoidale, anterioară și posterioară (*aa. ethmoidales anterior et posterior*) din artera oftalmică. Singele venos din mucoasa nazală este transportat prin vena sfenopalatină, *v. sphenopalatina*, care se scurge în plexul pterigoidian, *plexus pterygoideus*. Vasele limfatice de la mucoasa cavității nazale se îndreaptă spre ganglionii limfatici submandibulari și submentonieri.

Inervația sensibilă a tunicii mucoase a cavității nazale (a porțiunii ei anterioare) este realizată de ramurile nervului etmoidal anterior (*n. ethmoidalis anterior*) din nervul nazociliar. Partea posterioară a peretelui lateral și a septului cavității nazale este inervată de ramurile nervului nazopalatin și de ramurile nazale posterioare (*n. nasopalatinus et rami nasales posteriores*) din nervul maxilar. Glandele membranei mucoase ale cavității bucale sînt inervate din nucleul pterigopalatin (*ganglion pterygopalatinum*) prin ramurile nazale posterioare și de nervul nazopala-

tin (*rami nasales posteriores et n. nasopalatinus*), de la nucleul vegetativ al nervului intermediar, din nervul facial.

Radioanatomia cavității nazale. Radiografia cavității nazale se realizează în proiecție nazomentonieră și nazofrontală. Pe radiografie se văd cornetele nazale, septul cavității nazale, sinusurile nazale.

Particularitățile de vîrstă ale cavității nazale

La nou-născut cavitatea nazală are înălțime mică (cc. 17,5 mm) și este îngustă. Cornetele nazale sînt relativ groase. Meatul nazal superior lipsește, cel mediu și inferior sînt slab dezvoltate. Cornetul nazal inferior atinge planșeul cavității nazale. Cornetele nazale nu ajung pînă la septul cavității nazale, meatul nazal comun rămîne liber și prin el se realizează respirația nou-născutului, coanele sînt joase. În a 6-a lună de viață înălțimea cavității nazale sporește pînă la 22 mm și se formează meatul nazal mediu, la 2 ani — cel inferior, iar după 2 ani — cel superior. La vîrsta de 10 ani cavitatea nazală crește în lungime de 1,5 ori, iar la 20 de ani — de 2 ori. Către această vîrstă sporește și lățimea ei. Din sinusurile paranasale la nou-născut există doar sinusul maxilar, subdezvoltat. Celelalte sinusuri se formează abia după naștere. Sinusul frontal apare în al doilea an de viață, cel sfenoid — la vîrsta de 3 ani, iar alveolele osului etmoid — între 3 și 6 ani. La 8—9 ani sinusul maxilar ocupă aproape tot corpul osului. Orificiul care face să comunice sinusul maxilar cu cavitatea nazală la copilul de 2 ani are o formă ovală, iar la 7 ani — rotundă. Sinusul frontal la vîrsta de 5 ani are dimensiunile unui bob de mazăre. Îngustindu-se în jos, el comunică prin infundibulul etmoidal cu meatul nazal mediu. Dimensiunile sinusului sfenoid la copilul de 6—8 ani echivalează cu 2—3 mm. Sinusurile osului etmoid la vîrsta de 7 ani sînt plasate compact; la vîrsta de 14 ani ele se aseamănă ca structură cu sinusurile (alveolele) etmoide ale omului matur.

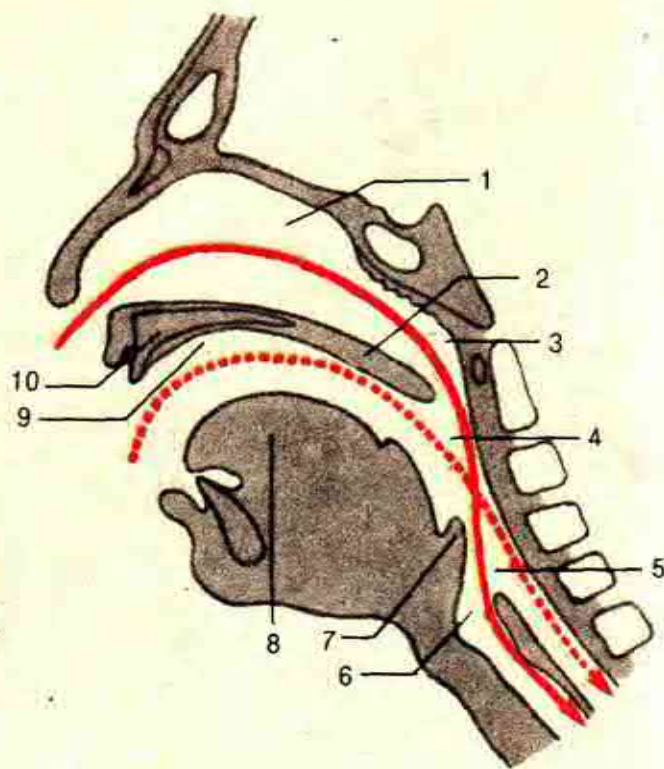


Fig. 54. Schema căilor respiratorie (desemnată prin linie continuă) și digestivă (prin linie punctată) în regiunea faringelui și intersecția lor.

1 — cavitas nasi; 2 — palatum molle; 3 — pars nasalis pharyngis; 4 — pars oralis pharyngis; 5 — pars laryngea pharyngis; 6 — cavitas laryngis; 7 — epiglottis; 8 — lingua; 9 — cavitas oris; 10 — palatum durum.

LARINGELE

Laringele, *larynx*, execută funcția de respirație, de protecție a căilor respiratorii inferioare și de fonație.

Topografia laringelui. Laringele ocupă o poziție mediană în regiunea anterioară a gâtului și formează o proeminență, care la femei este abia perceptibilă, iar la bărbați este foarte pronunțată, numită **proeminența laringeană**, *prominencia laryngea*. La omul matur laringele este situat la nivelul vertebrelor cervicale IV și VI sau VII. În partea de sus laringele este suspendat de osul hioid, în partea de jos el e unit cu traheea. Anterior el este acoperit de foițele superficială și pretraheală ale fasciei cervicale și de mușchii subhioidieni (*mm. sternohyoidei, sternothyroidei, thyrohyoidei, omohyoidei*). Anterior și bilateral laringele este cuprins de lobii drept și stîng ai glandei tiroide. Posterior de la-

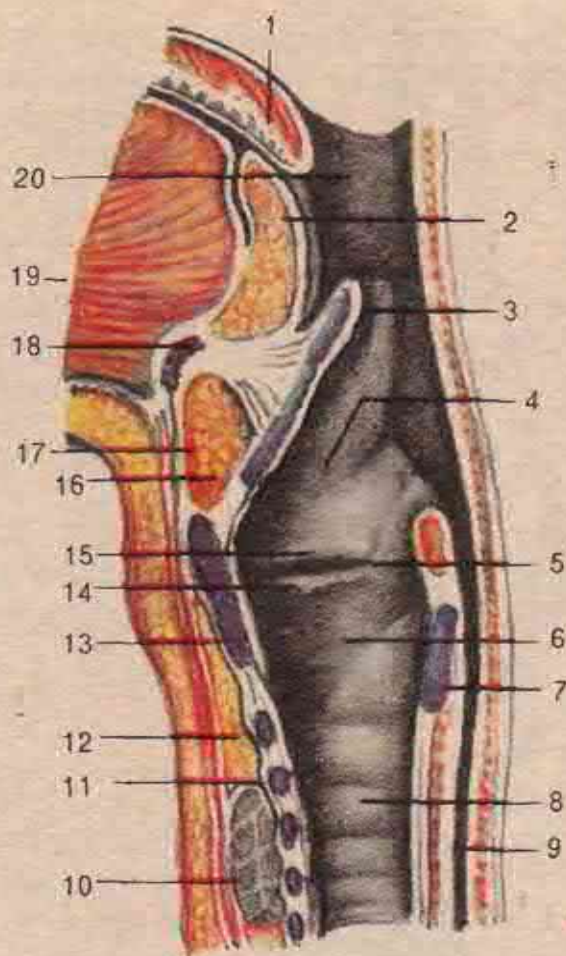


Fig. 55. Cavitatea laringelui; secțiune sagitală.

1 — uvula palatina; 2 — radix linguae; 3 — epiglottis; 4 — vestibulum laryngis; 5 — ventriculus laryngis; 6 — cavitas infraglottica; 7 — lam. cartilagini cricoideae; 8 — trachea; 9 — esophagus; 10 — gl. thyroidea; 11 — cartilagine tracheales; 12 — arcus cartilagini cricoideae; 13 — cartilago thyroidea; 14 — plica vocalis; 15 — plica vestibularis; 16 — textus adiposus; 17 — lig. thyrohyoideum medianum; 18 — os hyoideum; 19 — mm. linguae; 20 — cavitas pharyngis.

ringe se află partea laringiană a farin-
gelui. Legătura strinsă a acestor organe
se explică prin faptul, că sistemul respi-
ratoriu derivă în dezvoltarea lui de la
peretele ventral al intestinului farin-
gian. În faringe are loc intersecția căi-
lor digestive și respiratorie (fig. 54).
Din faringe aerul nimereste în cavitatea
laringiană prin **intrarea în laringe, adi-
tus laryngis**, care este delimitat ante-
rior de epiglota, bilateral — de pliuri-
le aritenoepiglactice (*plicae arye-
piglotticae*), fiecare purtând câte
un tubercul cuneiform și posterior —
de cartilajele aritenoide cu tuberculele
corniculate situate pe virful lor.

**Cavitatea laringelui, cavitas laryn-
gis**, poate fi împărțită convențional în
trei compartimente: vestibulul laringian,
compartimentul interventricular și ca-
vitatea infraglottică (fig. 55, 56). Com-
partimentul superior, vestibulul
laringelui, *vestibulum laryngis*,
se întinde de la intrarea în laringe până
la pliurile vestibulare, *plicae ves-
tibulares*, între care se află fisura
vestibulului, *rima vestibuli*. Pere-
tele anterior al vestibulului (de 4 cm
înălțime) este alcătuit de epiglota acoperi-
tă cu tunică mucoasă, iar peretele pos-
terior (cu înălțimea de 1—1,5 cm) de
cartilajele aritenoide. Compartimentul
mediu, interventricular, cel mai îngust,
se întinde de la pliurile vestibulului în
partea de sus până la coardele vocale
în partea de jos. Între pliul vestibu-
lului (coardă vocală falsă) și coarda
vocală pe fiecare latură a laringelui se

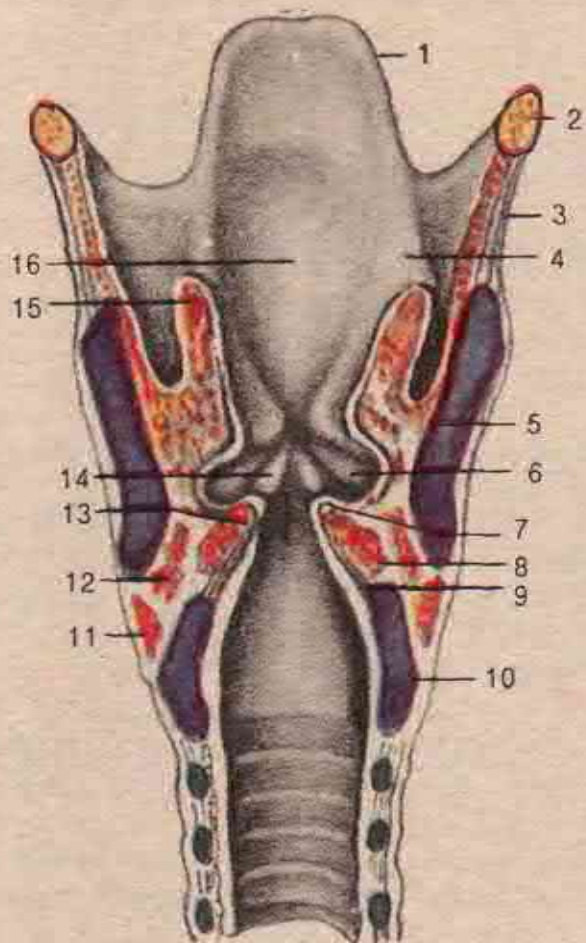


Fig. 56. Cavitatea laringelui; secțiune frontală.

1 — epiglottis; 2 — os hyoideum; 3 — membrana thyrohyoidea; 4 — plica aryepiglottica; 5 — plica vestibularis; 6 — ventriculus laryngis; 7 — plica vocalis; 8 — m. thyroarytenoidens; 9 — conus elasticus; 10 — cartilago cricoidea; 11 — m. cricothyroidens; 12 — m. cricoarytenoidens lateralis; 13 — m. vocalis; 14 — rima glottidis; 15 — m. aryepiglotticus; 16 — tuberculum epiglotticum.

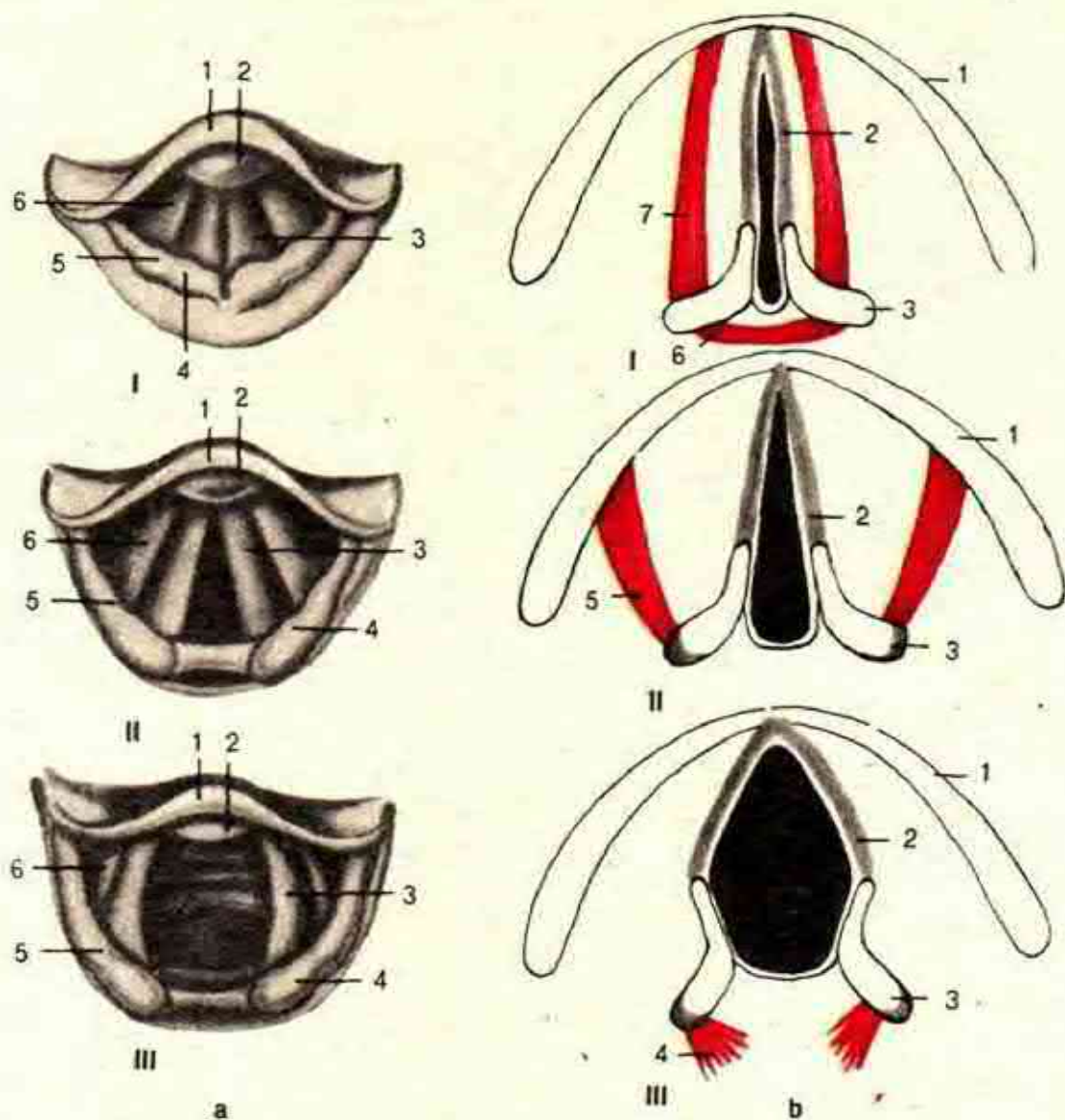


Fig. 57. Poziția coardelor vocale în diferite stări funcționale. Fanta vocală e închisă (I), deschisă (II) și puternic dilatată (III).

a — aspect laringoscopic: 1 — epiglottis; 2 — tuberculum epiglotticum; 3 — plica vocalis; 4 — tuberculum corniculatum; 5 — tuberculum cuneiforme; 6 — plica vestibularis; b — diferite poziții ale coardelor vocale, fantei vocale și cartilajelor aritenoidice (schemă): 1 — lam. dextra (cartilago thyroidea); 2 — lig. vocale; 3 — cartilago aritenoidea; 4 — m. cricoarytenoideus posterior; 5 — m. cricoarytenoideus lateralis; 6 — m. arytenoideus transversus; 7 — m. thyroarytenoideus.

afă un ventricul laringian, *ventriculus laryngis*. Coardele vocale dreaptă și stângă, *plicae vocales*, delimitează **glota** sau **fisura vocală** (*rima glottidis*, sau *rima vocalis*), care constituie cea mai îngustă parte a cavității laringelui. Partea mai largă a glotei (orientată sagital), ce corespunde poziției în stare de relaxare a coardelor vocale dreaptă și stângă se numește **parte a intermembranică** *pars intermembranacea*. Partea posterioară mică a glotei, care e situată între cartilajele aritenoidice se numește parte

intercartilaginoasă, *pars intercartilaginea*. Lungimea glotei (dimensiunea anteroposterioară) la bărbați atinge 20—24 mm, la femei — 16—19 mm; la bărbați partea intermembranică ocupă 15 mm, la femei — 12 mm. Lățimea glotei în respirație liberă echivalează cu 5 mm, în fonație atinge 15 mm. În caz de dilatare maximală a glotei (cîntare, țipăt) se întrevăd inelele traheii pînă la bifurcarea ei în bronhiile principale (fig. 57). Compartimentul inferior al cavității laringelui situat sub glotă, **cavitatea infraglo-**

tică, *cavitas infraglottica*, se dilată treptat și continuă în cavitatea traheei. Tunica mucoasă care tapetează cavitatea laringelui e de culoare roză și este acoperită de epiteliu ciliar, conține numeroase glande seroase, în special în regiunea pliurilor vestibulului și ventriculelor laringieni; secretul acestor glande umectează coardele vocale. În regiunea coardelor vocale tunica mucoasă este tapetată cu un epiteliu pluristratificat plat, concrește intim cu baza submucoasă și nu comportă glande. În baza submucoasă a laringelui se află un număr mare de fibre elastice și fibroase, care formează membrana fibroelastică a laringelui, *membrana fibroelastică laryngis*. Ea constă din două părți: din membrana tetragonală și din conul elastic. Membrana tetragonală, *membrana quadrangularis*, e situată sub tunica mucoasă în etajul superior al laringelui, participând la formarea peretelui vestibulului. În sus ea ajunge până la pliurile aritenoepiglote, iar în jos marginea ei liberă formează ligamentele vestibulare (*ligg. vestibulares*), drept și stîng, situate în profunzimea pliurilor omonime.

Conul elastic, *cónus elásticus*, este situat sub tunica mucoasă în etajul inferior al laringelui. Fibrele conului elastic își iau originea de la marginea superioară a arcului cartilajului cricoid sub formă de ligament cricotiroid, trec în sus și întrucîtva lateral, inserîndu-se anterior pe fața internă a cartilajului tiroid (lîngă unghiul acestuia), iar posterior — la bazele și apofizele vocale ale cartilajelor aritenoide. Marginea superioară liberă a conului elastic e ceva mai groasă și e racordată între cartilajul tiroid, în anterior, și apofizele vocale ale cartilajelor aritenoide, în posterior, formînd pe fiecare latură a laringelui coarda vocală respectivă, *lig. vocale*, dreaptă și stîngă.

Cartilajele laringelui. Scheletul laringelui este format de cartilaje, *cartilágines*, pare și impare. Impare sînt cartilajele tiroid, cricoid și epiglota, pare sînt cartilajele aritenoide, corniculate și cuneiforme (fig. 58,59).

Cartilajul tiroid, cartilágo thyroidea, este hialinic, impar, constituie cel mai mare din cartilajele laringelui și este alcătuit din două plăci tetragonale, unite anterior sub un unghi de 90° (la bărbați) și de 120° (la femei). Placa dreaptă și stîngă, *lamina dextra et lamina sinistra* diverg lateral și posterior, delimitînd un spațiu larg, deschis în sens posterior, și acoperă laringele și faringele în sens anterior (sub formă de scut). De aici și denumirea acestui cartilaj. În porțiunea anterioară a cartilajului există incisura tiroidă superioară, *incisúra thyroidea superior*, și incisura tiroidă inferioară, *incisúra thyroidea inferior*, puțin pronunțată. Marginile posterioare ale plăcilor cartilajului tiroid formează de fiecare parte cîte un corn superior lung, *córnus supérius*, și cîte un corn inferior scurt, *córnú inférius*. Pe fața medială a coarnelor inferioare există o arie articulară pentru a jonționa cu cartilajul cricoid. Pe fața internă a ambelor plăci se află linia oblică — *línea obliqua*, care este locul de inserție pe laringe a mușchilor sternotiroid și tirohioid.

Cartilajul cricoid, cartilágo cricoidea, este hialinic, impar, amintește un inel cu piatră, e alcătuit dintr-un arc, *arcus cartiláginis cricoideae*, și dintr-o lamelă tetragonală, *lamina cartiláginis cricoideae*. Arcul cartilajului este orientat anterior, iar lamela — posterior. Cartilajul cricoid comportă două perechi de fețe articulare. Pe marginea superioară a lamelei lui pe la colțuri sînt situate două fețe articulare pentru a jonționa cu cartilajele aritenoide drept și stîng. La nivelul trecerii arcului cartilajului cricoid în lamela lui, bilateral există cîte o arie articulară pentru a jonționa cu cornul inferior al cartilajului tiroid.

Cartilajul aritenoid, cartilágo arytenoidea, este hialin, par, în formă de piramidă triedrică. Baza cartilajului aritenoid, *básis cartiláginis arytenoideae*, este triunghiulară, orientată în jos și formează împreună cu aria articulară la vîrf de sus al plăcii cartilajului cricoid o articulație mobilă. Apexul cartilajului arite-

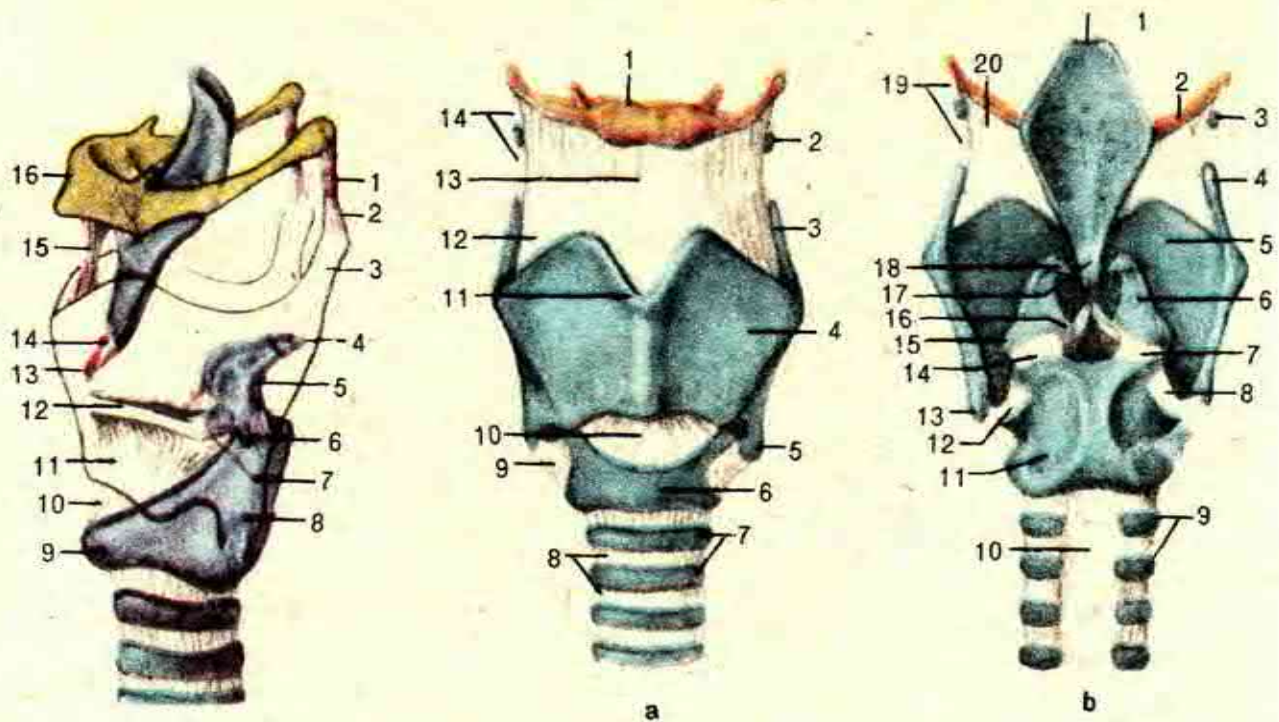


Fig. 58. Cartilajele și ligamentele laringelui; aspect lateral. Cartilajul tiroid este desemnat prin linie de contur.

1 — cartilago triticea; 2 — lig. thyrohyoideum laterale; 3 — cornu superius; 4 — cartilago corniculata; 5 — cartilago arytenoidea; 6 — processus muscularis; 7 — processus vocalis; 8 — cornu inferius; 9 — cartilago cricoidea; 10 — lig. cricothyroideum; 11 — conus elasticus; 12 — lig. vocale; 13 — lig. thyroepiglotticum; 14 — petiolus epiglottidis; 15 — lig. thyrohyoideum medianum; 16 — os hyoideum.

Fig. 59. Cartilajele, ligamentele și articulațiile laringelui.

a — aspect anterior: 1 — os hyoideum; 2 — cartilago triticea; 3 — cornu superius (cartilago thyroidea); 4 — lam. sinistra (cartilago thyroidea); 5 — cornu inferius (cartilago thyroidea); 6 — arcus cartilaginis cricoideae; 7 — cartilagine tracheales; 8 — ligg. annularia; 9 — articulatio cricothyroidea; 10 — lig. cricothyroideum; 11 — incisura thyroidea superior; 12 — membrana thyrohyoidea; 13 — lig. thyrohyoideum medianum; 14 — lig. thyrohyoideum laterale;
b — aspect posterior: 1 — epiglottis; 2 — cornu majus (os hyoideum); 3 — cartilago triticea; 4 — cornu superius cartilago thyroidea; 5 — lam. dextra (cartilago thyroidea); 6 — cartilago arytenoidea; 7 — articulatio cricoarytenoidea dextra; 8 — articulatio cricothyroidea dextra; 9 — cartilagine tracheales; 10 — paries membranaceus (trachea); 11 — lam. cartilaginis cricoideae; 12 — articulatio cricothyroidea sinistra; 13 — cornu inferius (cartilago thyroidea); 14 — articulatio cricoarytenoidea sinistra; 15 — processus muscularis (cartilago arytenoidea); 16 — processus vocalis (cartilago arytenoidea); 17 — lig. thyroepiglotticum; 18 — cartilago corniculata; 19 — lig. thyrohyoideum laterale; 20 — membrana thyrohyoidea.

noid, *apex cartilaginis arytenoideae*, este acuminat și inclinat ușor în sens posterior. De la baza cartilajului aritenoid proeminează în sens anterior *apofiza vocală, processus vocalis*, formată de un cartilaj elastic, pe care se inseră coarda vocală. Lateral de la baza cartilajului aritenoid deviază *apofiza lui musculară, processus muscularis*, pentru inserția mușchilor. Cartilajul aritenoid are trei fețe: anterolaterală, medială și posterioară. Fața anterolaterală *facies anterolateralis*, este cea mai extinsă. Pe partea ei inferioară, în regiunea fosei oblongate, *fovea oblongata*, de dimensiuni mici, posterior de baza apofizei vocale

se inseră mușchiul vocal. Fața medială, *facies medialis*, e orientată spre suprafața respectivă a cartilajului aritenoid din partea opusă. Fața posterioară, *facies posterior*, este concavă; ea constituie un recipient pentru mușchii aritenoidi transvers și oblic. Pe apexul cartilajului aritenoid în profunzimea porțiunii posterioare a pliului aritenopiglotic se află **cartilajul corniculat, cartilago corniculata**, care este par, elastic și formează tuberculul corniculat, *tuberculum corniculatum*, care iese deasupra apexului cartilajului aritenoid.

Cartilajul cuneiform, cartilago cuneiformis, este par, elastic, situat în pro-

funzimea pliului aritenoepiglotic, unde formează tuberculul cuneiiform, *tuberculum cuneiforme*, care promovează deasupra lui.

Epiglota, epiglottis, are la bază cartilajul epiglotic, *cartilago epiglottica*, este impar, elastic ca structură, foliat ca formă, flexibil. Epiglota este situată supraiacent de intrarea în laringe și îl acoperă în sens anterior. Extremitatea inferioară, mai îngustă, e numită pețiolul epiglotei, *petiolus epiglottidis*, este atașat de fața internă a cartilajului tiroid inferior de incisura lui superioară. Fața anterioară, convexă, este orientată spre rădăcina limbii, cea posterioară, concavă, comportă numeroase fosete pentru glandele mucoase și e orientată spre cavitatea laringelui.

Unirile cartilajelor laringelui. Cartilajele laringiene jonctonează între ele și cu osul hioid prin articulații și ligamente. Mobilitatea cartilajelor laringiene este asigurată de două articulații pare și de mușchii respectivi, care le acționează. Articulația cricotiroidă, *articulatio cricothyroidea*, este pară, formată din cornul inferior al cartilajului tiroid și de fața articulară de pe suprafața anterolaterală a cartilajului cricoid. Articulațiile cricotiroide dreaptă și stângă reprezintă niște articulații combinate în care se realizează mișcări în jurul axului frontal, care trece prin centrul ambelor articulații. Cartilajul tiroid la contractarea mușchilor respectivi se înclină anterior și revine la poziția inițială. În caz de înclinație anterioară distanța dintre unghiul cartilajului tiroid și cartilajele aritenoide se mărește. Articulația cricoaritenoidă, *articulatio cricoarytenoidea*, de asemenea este pară, e formată de fața articulară concavă de pe baza cartilajului aritenoid și fața articulară convexă de pe placa cartilajului cricoid. În articulația cricoaritenoidă se realizează mișcări în jurul axului vertical. La rotația cartilajelor aritenoide dreaptă și stângă spre interior (fiind acționate de mușchii respectivi) apofizele vocale împreună cu coardele vocale inserate pe ele se apropie (fanta vocală se îngustează), iar în rotație externă,

coardele se îndepărtează, diverg lateral (fanta vocală se dilată). În articulația cricoaritenoidă sînt posibile și mișcări glisante, în cadrul cărora cartilajele aritenoide se pot îndepărta sau apropia unul de altul.

Apropierea glisantă a cartilajelor aritenoide condiționează îngustarea fantei vocale posterioare dintre cartilaje.

În afară de articulații, cartilajele laringelui se pot uni între ele și cu osul hioid prin intermediul ligamentelor (articulații neîntrerupte). Între osul hioid și marginea superioară a cartilajului tiroid e racordată membrana tirohioidă, *membrana thyrohyoidea*, care se îngroașă în partea ei centrală, formînd ligamentul tirohioid median, *lig. thyrohyoideum medianum*, și pe la margini unde putem distinge ligamentele tirohioid laterale, *ligg. thyrohyoidea lateralia* (drept și stîng). Fața anterioară a epiglotei e fixată de osul hioid prin ligamentul hioepiglotic, *lig. hyoepiglotticum*, și de cartilajul tiroid prin ligamentul tiroepiglotic, *lig. thyroepiglotticum*. Cartilajul cricoid jonctonează cu marginea inferioară a cartilajului tiroid prin ligamentul cricotiroid, *lig. cricothyroideum*. Între inelul I al traheei și marginea inferioară a cartilajului cricoid este racordat ligamentul cricotraheal, *lig. cricotracheale*.

Mușchii laringelui, mûsculi laryngis, pot fi repartizați în trei grupe: dilatatori ai glotei, constrictori ai glotei și mușchi tensori ai coardelor vocale (fig. 60).

La mușchii dilatatori ai glotei se referă un singur mușchi — mușchiul cricoaritenoid posterior, *m. cricoarytenoideus posterior*. E un mușchi par cu originea pe fața posterioară a plăcii cartilajului cricoid și se îndreaptă lateral în sus pentru a se insera pe apofiza musculară a cartilajului aritenoid. Mușchiul cricoaritenoid posterior, contractîndu-se, tracionează apofiza musculară în sens posterior și realizează rotația cartilajului aritenoid spre exterior. Apofiza vocală execută o rotație laterală și fanta vocală se dilată. Con-

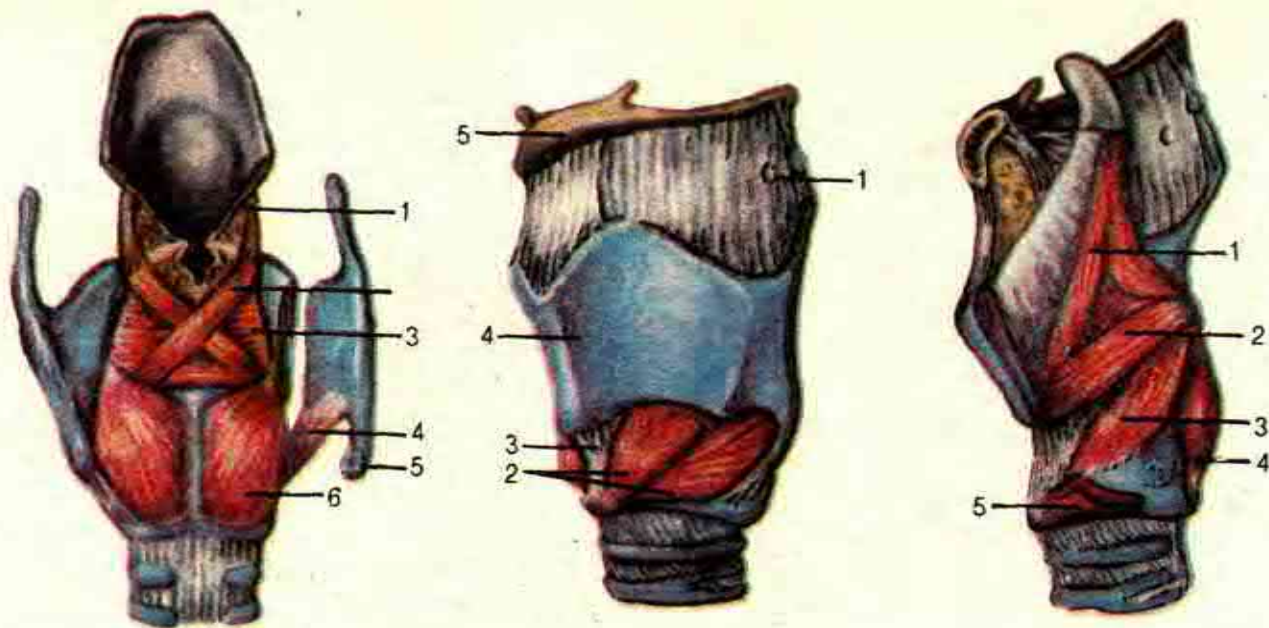


Fig. 60. Mușchii laringelui.

a — aspect posterior (o parte din lama cartilajului tiroid e deplasată) :

1 — m. aryepiglotticus ; 2 — m. arytenoideus obliquus ; 3 — m. arytenoideus transversus ; 4 — m. cricothyroideus ; 5 — articulație cricothyroidea (fața articulară) ; 6 — m. cricoarytenoideus posterior ;

b — aspect antero-anterolateral ;

1 — membrana thyrohyoidea ; 2 — m. cricothyroideus (pars recta et pars obliqua) ; 3 — lig. cricothyroideum ; 4 — cartilago thyroidea ; 5 — os hyoideum.

c — aspect lateral (lama cartilajului tiroid e rezecată) :

1 — m. thyroepiglotticus ; 2 — m. thyroarytenoideus ; 3 — m. cricoarytenoideus lateralis ; 4 — m. cricoarytenoideus posterior ; 5 — m. cricothyroideus.

stricția glotei e realizată de următorii mușchi: cricoaritenoid lateral, tiroaritenoid, aritenoidi transversal și oblic. Mușchiul cricoaritenoid lateral, *m. cricoarytenoideus lateralis*, este par, cu originea pe porțiunea laterală a arcului cartilajului cricoid, se îndreaptă posterior și superior, inserându-se pe apofiza musculară a cartilajului aritenoid. Contractându-se, acest mușchi deplasează apofiza musculară în sens anterior și realizează rotația spre interior a cartilajului aritenoid și a apofizei lui vocale. Coardele vocale se apropie și glota în partea ei anterioară (intermembranoasă) se îngustează. Mușchiul tiroaritenoid, *m. thyroarytenoideus (externus — BNA)*, este par, începe pe suprafața internă a plăcii cartilajului tiroid. Fibrele lui trec posterior și ceva superior și se inseră pe apofiza musculară a cartilajului aritenoid. Mușchiul tiroaritenoid, drept și stâng, contractându-se, realizează anterotracțiunea apofizelor musculare, iar apofizele vocale se apropie, îngustând porțiunea intermembranoasă.

Mușchiul aritenoid transvers, *m. arytenoideus transversus*, este impar și situat în excavația feței posterioare a cartilajelor aritenoid drepte și stânga. Contractându-se, el apropie cartilajele aritenoid și îngustează partea posterioară intercartilaginoasă a glotei. Mușchiul aritenoid oblic, *m. arytenoideum obliquus*, este par, se dispune sub formă de fascicule separate ce se întretaie pe fața posterioară a mușchiului precedent. Își ia originea de pe fața posterioară a apofizei musculare a unei părți și trece superomedial spre marginea laterală a cartilajului aritenoid din partea opusă, intersectându-se cu fascicule asemănătoare ce le vin în întâmpinare. Această intersecție se realizează posterior de cartilajele aritenoid și de mușchiul aritenoid transvers aflat în adiacență posterioară la aceste cartilaje. O parte din fasciculele mușchiului aritenoid oblic continuă în mușchiul aritenoid epiglotic, *m. aryepiglotticus*, care este situat în profunzimea pliului omonim, și se inseră pe marginea laterală a epiglotei.

Mușchii aritenoizi oblici, contractându-se, apropie cartilajele aritenoide, iar în sinergie cu mușchii aritenoepiglotici îngustează intrarea în laringe. Mușchii aritenoepiglotici la rîndul lor înclină posterior epiglota, care în acest moment închide intrarea în laringe, fapt important în actul de deglutiție, împiedicînd pătrunderea alimentelor în cavitatea lui.

Din mușchii care tensionează coardele vocale fac parte cricotiroidul și mușchiul vocal. Mușchiul cricotiroid, *m. cricothyroideus*, este par, își ia originea prin două fascicule de pe fața anterioară a arcului cartilajului cricoid, acestea se îndreaptă superolateral și se inseră pe marginea inferioară (parte a rectilinie, *pârs récta*) și pe conul inferior (partea oblică, *pârs obliqua*) al cartilajului tiroid. Con tracția acestui mușchi realizează înclinarea cartilajului tiroid spre anterior, distanța dintre el și cartilajele aritenoide se mărește, tensionînd astfel coardele vocale. Coardele vocale pot fi tensionate de asemenea de mușchiul vocal, *m. vocális* (mușchiul tiroaritenoid intern, *m. thyroarytenoides internus* — BNA), drept și stîng. Acești mușchi sînt situați în profunzimea coardei vocale respective. Mușchiul vocal își ia originea pe fața internă a unghiului cartilajului tiroid în porțiunea lui inferioară și se inseră pe fața laterală a apofizei vocale. Fibrele acestui mușchi se întrețese de asemenea și în coarda vocală, la care mușchiul aderă intim. Mușchiul vocal poate realiza contracții totale sau parțiale, acționînd asupra coardei vocale în întregime sau în anumite porțiuni ale ei. Con tracția mușchilor vocali tensionează coardele vocale.

Vasele și nervii laringelui. Laringele este irigat de ramurile arterei laringiene superioare, *a. laryngea superior*, din artera tiroidă și din artera laringiană inferioară, *a. laryngea inferior*, care este o ramură a arterei tiroide inferioare. Singele venos este transportat prin venele omonime. Vasele limfatice ale laringelui se scurg în ganglionii limfatici cervicali profunzi (jugulari interni prelaringieni). Inervarea laringelui e

realizată de nervul laringian superior, *n. laryngeus superior*, a cărui ramură externă revine mușchiului cricotiroid, iar cea internă — tunicii mucoase mai sus de glotă. Nervul laringian inferior, *n. laryngeus inferior*, asigură inervația tuturor celorlalți mușchi laringieni și a tunicii mucoase, inferior de glotă. Ambii nervi sînt niște ramuri ale nervului vag. La laringe ajung și ramurile laringofaringiene, *rr. laryngopharyngei*, de la trunchiul simpatic.

Radioanatomia laringelui. Laringele poate fi studiat radiologic în proiecțiile frontală și laterală. Pe radiografie se văd osul hioid, umbrele cartilajelor laringiene (tiroid, cricoid, epiglota), glota.

Particularitățile de vîrstă ale laringelui

Laringele nou-născutului are dimensiuni relativ mici: el este scurt, larg, infundibuliform, ocupă o poziție mai înaltă (la nivelul vertebrelor II—IV), decît la matur. Osul hioid ocupă și el o poziție înaltă (la nivelul vertebrei II cervicale) și aproape că atinge cartilajul tiroid, plăcile cărui formează un unghi obtuz. Proeminența laringiană lipsește. Axul longitudinal al laringelui la nou-născut este înclinat considerabil în sens posterior și formează cu trahea un unghi obtuz deschis posterior, fapt important pentru o eventuală intubație. Din cauza poziției înalte a laringelui la nou-născuți și la copii de vîrstă de sugar epiglota e dispusă ceva mai sus de rădăcina limbii; din această cauză în timpul deglutiției bolul alimentar (lichidul) evită lateral epiglota prin recesurile piriforme ale părții faringiene a laringelui. Datorită acestui fapt copilul poate în același timp să respire și să înghită, circumstanța foarte importantă pentru actul suptului. Intrarea în laringe la nou-născut este mai largă decît la matur. Vestibulul este scurt din cauza că glota este situată mai înalt. Glota are 6,5 mm lungime (e de 3 ori mai scurtă decît la omul matur). Părțile intermembranoase și intercartilagineoase sînt de lungime aproape egală (3,5 și 3 mm). Ulterior glota sporește considerabil în dimensiuni pe parcursul primilor trei ani de viață, apoi în peri-

oada pubertară. Conul elastic al laringelui este îngust și scurt. La nou-născut el are o înălțime de 9—10 mm. Mușchii laringelui la nou-născut și la copilul de primă vîrstă sînt subdezvoltați. Cea mai intensă creștere a lor se înregistrează în perioada pubertară. Laringele crește repede în cursul primilor 4 ani de viață a copilului. În perioada pubertară (după 10—12 ani) reîncepe creșterea lui activă, care continuă pînă la 25 de ani la bărbați și pînă la 22—23 de ani la femei. Odată cu creșterea laringelui (el coboară treptat) în vîrsta infantilă distanța dintre marginea lui și osul hioid se mărește. La vîrsta de 7 ani marginea inferioară a laringelui se află la nivelul marginii superioare a vertebrei VI cervicale. Axul longitudinal al laringelui ocupă o poziție verticală. Laringele vine în poziția caracteristică pentru omul matur pe la vîrsta de 17—20 de ani. Diferențele de sex ale laringelui în copilăria precoce nu se observă. Ulterior creșterea laringelui la băieți se desfășoară ceva mai intens decît la fete. După 6—7 ani laringele la băieți este mai masiv decît la fetele de aceeași vîrstă. La vîrsta de 10—12 ani la băieți se face observată proeminența laringiană. În perioada pubertară dimensiunile laringelui, lungimea coardelor vocale la băieți sînt mai mari decît la fete.

Cartilajele laringelui la nou-născuți sînt subțiri, odată cu vîrsta ele devin mai masive, însă își păstrează flexibilitatea pentru un timp îndelungat. În vîrsta avansată și în senescență în cartilajele laringelui, cu excepția epiglotei, se depozitează săruri de calciu. Cartilajele se osifică și devin fragile.

TRAHEEA

Traheea, *trachéa*, este un organ impar ce servește pentru conducerea aerului, ea începe de la limita inferioară a laringelui la nivelul marginii inferioare a vertebrei VI cervicale și se termină la nivelul marginii superioare a vertebrei V toracice, unde ea se bifurcă pentru a forma cele două bronhii principale (bifurcația traheei, *bifurcătio trachéae*). Locul de bifurcație a traheei în

bronhiile principale corespunde nivelului de pătrundere din partea de jos în lumenul ei a careniei traheei, *carina trachéae* (fig. 61).

Traheea are forma unui tub de 9—11 cm lungime, nișel aplatizat în sens anteroposterior, din care cauză diametrul transversal (în medie 15—18 mm) depășește cu 1—2 mm dimensiunea sagitală. Traheea e situată în regiunea gîtului — porțiunea cervicală și în regiunea toracelui — porțiunea toracică, *pârs toracica*. În porțiunea cervicală traheea are în adiacență glanda tiroidă. Istmul ei cuprinde traheea anterior, la nivelul inelelor II—IV, iar lobul drept și stîng coboară pînă la cartilajele traheale V sau VI. Anterior de trahee se află de asemenea și lamela traheală a fasciei cervicale împreună cu mușchii sternohioid și sternotiroid încorporați în ea. Posterior de trahee se află esofagul, iar bilateral de ea — fasciculul neurovascular drept și stîng (artera carotidă comună, vena jugulară internă și nervul vag). În cavitatea toracică anterior de trahee este situat arcul aortei, trunchiul brahiocefalic, vena brahiocefalică stîngă, porțiunea incipientă a arterei carotide comune stîngi și timusul.

Din dreapta și din stînga traheei se află pleura mediastinală dreaptă și stîngă.

Perețele traheei este alcătuit din tunica mucoasă, din bază submucoasă, din tunicile fibromiocartilaginoasă și conjunctivă. Baza traheei o constituie 16—20 semiinele de cartilaj hialin, care ocupă circa 2/3 din circumferința traheei, și sînt deschise în sens posterior. Grație semicercurilor cartilaginoase lumenul traheei rămîne hiânt, iar ea însăși posedă o anumită elasticitate și flexibilitate. Cartilajele învecinate ale traheei, *cartilăgines trachéales*, se unesc între ele prin ligamente fibroase inelare (traheale), *ligg. anulăria (trachéalia)*, mai înguste decît cartilajele. Cartilajul superior al traheei se unește cu cartilajul cricoid al laringelui. Ligamentele inelare continuă în perețele posterior membranos, *pâries membranăceus*, care conține fascicule

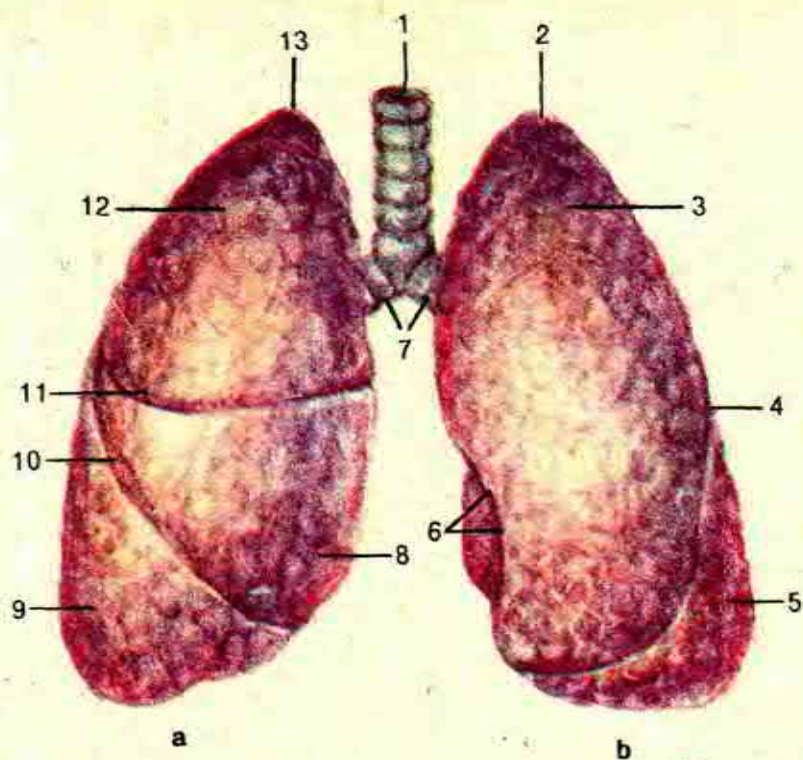


Fig. 61. Traheea, bronhiile principale și plămîinii drept (a) și stîng (b); aspect anterior.

1 — trachea; 2, 13 — apex pulmonis; 3 — lobus superior; 4, 10 — fissura obliqua; 5 — lobus inferior; 6 — incisura cardiacă; 7 — bronchi principales; 8 — lobus medius [pulmonis dextri]; 9 — lobus inferior; 11 — fissura horizontalis; 12 — lobus superior.

cîrculare (eminamente) și longitudinale de celule musculare netede și formează peretele posterior moale și compact al traheei. Din interior peretele traheei este tapetat de tunica mucoasă, amplasată pe baza submucoasă. Tunica mucoasă, *tunica mucosa*, tapetată cu epiteliu vibratil pluristratificat conține glande mucipare și foliculi limfatici. În baza submucoasă (mai ales la nivelul peretelui membranos și ligamentelor inelare) se află glandele traheale, *gll. trácheales*. Drept membrană externă de țesut conjunctiv a traheei servește *tunica adventitia*.

Vasele și nervii traheei. Traheea este irigată de ramurile traheale, *rr. trácheales*, de la arterele tiroidă inferioară, toracică internă și de la aortă. Sîngele venos este transportat prin venele omonime în venele brahiocefalice dreaptă și stîngă.

Vasele limfatice ale traheei se scurg în ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni), pre- și paratraheali, precum și în traheobronhiali superiori și inferiori. Inervația traheei se realizează prin nervii traheali ai nervului laringian recurent (*n. laríngeus recúrrens*) și din trunchiul simpatic.

Bronhiile principale

Bronhiile principale (dreaptă și stîngă), *brónchi principales (dêxter et sínister)*, deviază de la trahee la nivelul marginii superioare a vertebrei V toracice și se îndreaptă spre hilurile plămîinului respectiv (fig. 62). Bronhia principală dreaptă ocupă o poziție mai verticală, este mai scurtă și mai largă decît cea stîngă și, ca direcție, se prezintă ca o prelungire a traheei. Din această cauză corpurile eterogene nimeresc mai frecvent în bronhia dreaptă decît în cea stîngă. Lungimea bronhiei drepte (de la începutul bifurcației pînă la bronhiile lobilor) e de circa 3 cm, a celei stîngi — 4—5 cm. Superior de bronhia principală stîngă se află arcul aortei, iar peste bronhia principală dreaptă trece vena impară înainte de vărsarea ei în vena cavă superioară. Peretele bronhiilor principale după structura lui amintește peretele traheei. Scheletul lor este constituit din seminele cartilaginoase (6—8 în bronhia dreaptă, 9—12 în cea stîngă). Posterior bronhiile au un perete membranos. Din interior bronhiile principale sînt tapetate cu tunica mucoasă, iar din exterior sînt acoperite de adventiție.

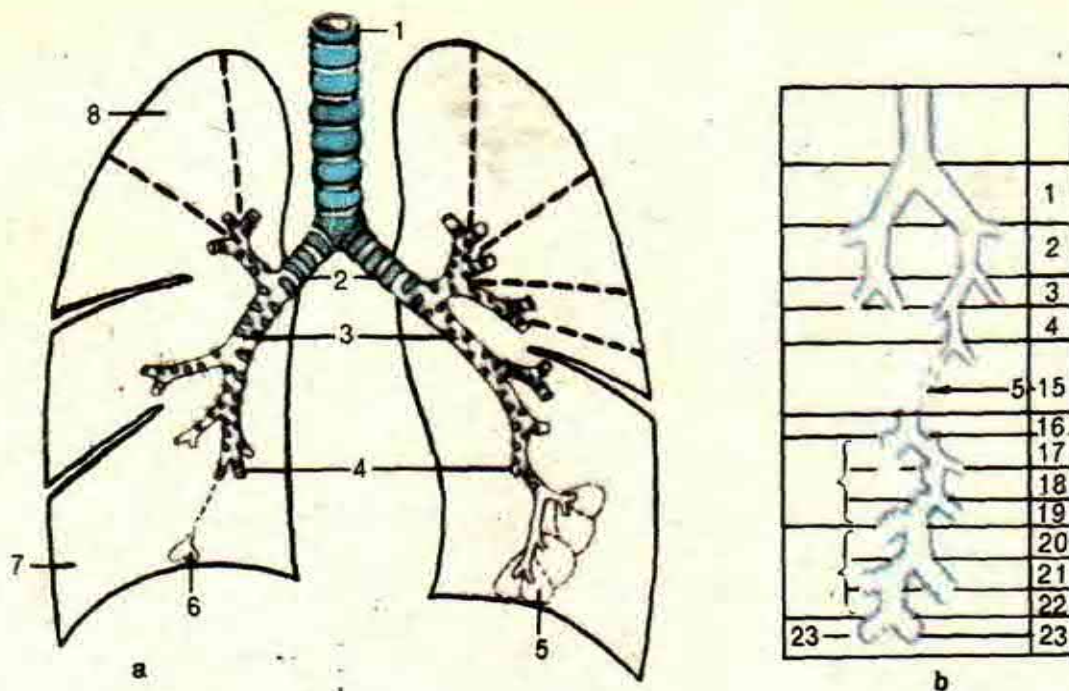


Fig. 62. Schema de ramificare a bronhiilor în plămâni drept și stâng.

a : 1 — trahee ; 2 — bronhii principale ; 3 — bronhii lobare ; 4 — bronhii segmentare ; 5 — lobul ; 6 — acin ; 7 — lobul inferior al plămânului drept ; 8 — segment ; b : 1 — bronhii principale ; 2, 3, 4 — bronhii lobare și segmentare ; 5—15 — ramurile bronhiilor segmentare, bronhie lobulară și ramificațiile ei (nu sînt indicate) ; 16 — bronhiolă terminală ; 17—19 — bronhiole respiratorii (trei ordine de ramificare) ; 20—22 — canale alveolare (trei ordine de ramificare) ; 23 — saci alveolari.

Particularitățile de vîrstă ale traheei și bronhiilor principale

La nou-născut lungimea traheei constituie 3,2—4,5 cm. Ea are un aspect infundibuliform. Lățimea lumenului în partea ei medie e de circa 0,8 cm. Perețele membranoso cartilajate ale traheei este relativ lat, cartilajele traheale sînt fine, moi, subdezvoltate. În vîrsta înaintată și în senescență (după 60—70 de ani) cartilajele traheale se indurează și devin fragile.

După naștere traheea crește intens pe parcursul primelor 6 luni, apoi creșterea ei devine mai lentă pentru a se accelera din nou în perioada pubertară și de maturizare sexuală (12—25 de ani). La vîrsta de 3—4 ani lățimea lumenului traheei se mărește de 2 ori. Traheea la copilul de 10—12 ani e de 2 ori mai lungă decît la nou-născut, iar la vîrsta de 20—25 de ani lungimea ei se triplează.

Tunica mucoasă a peretelui traheei la nou-născut este subțire, fină ; glandele

sînt subdezvoltate. La nou-născut traheea ocupă o poziție înaltă, ceva mai în dreapta de linia mediană. Începutul ei se află la nivelul vertebrelor II—IV cervicale, iar bifurcația traheei corespunde nivelului vertebrelor II—III toracice. La copilul în vîrstă de 1—2 ani marginea superioară a traheei se află la nivelul vertebrelor IV—V cervicale, iar la vîrsta de 5—6 ani — anterior de vertebrelor V—VI și în vîrstă pubertară la nivelul vertebrei VI cervicale. La vîrsta de 7 ani bifurcația traheei se află anterior de vertebrelor IV—V toracice, iar după 7 ani se stabilește treptat la nivelul vertebrei V toracice ca și la omul matur.

Bronhia principală dreaptă la nou-născut deviază de la trahee (de la axul ei) sub un unghi mai mic (26°) decît cea stîngă (49°) și prin direcția ei se prezintă ca o continuare a traheei. Bronhiile principale cresc deosebit de intens în primul an de viață, a copilului și în perioada de maturizare sexuală.

Plămîinii, drept și stîng, sînt situați în cavitatea toracică, în jumătățile ei dreaptă și stîngă, fiecare avînd sacul său pleural. Plămîinii, situați în sacii pleurali, sînt separați unul de altul de către mediastin, care încorporează cordul, vasele, magistrale (aorta, vena cavă superioară), esofagul și alte organe. Inferior plămîinii vin în adiacență la diafragm, anterior, lateral și posterior fiecare plămîn vine în contact cu peretele toracic. Dat fiind că cupola dreaptă a diafragmului ocupă o poziție mai înaltă decît cea stîngă, plămînul drept este mai scurt și mai lat decît cel stîng. Plămînul stîng este mai îngust și mai lung, deoarece o parte din jumătatea stîngă a cavității toracice o ocupă cordul, care are apexul orientat spre stînga.

Forma și fețele plămînilor. Plămîinii, *pulmo* (gr. *pnéumon*), au forma unui con imperfect cu o față aplatizată (cea orientată spre mediastin). Fața diafragmală inferioară a plămînului, *facies diaphragmatica* (baza conului pulmonar), este concavă și corespunde concavității diafragmului. Apexul plămînului, *apex pulmonis*, este rotunjit. Fața costală, *facies costalis*, a plămînului este bombată și cea mai extinsă, ea vine în contact cu acea parte a suprafeței interne a cutiei toracice care este formată de coaste și de mușchii intercostali. Fața medială, *facies mediâlis*, ușor concavă, limitrofează posterior cu coloana vertebrală, care formează partea vertebrală, *pars vertebrâlis*, a acestei fețe, anterior, limitrofează cu organele mediastinului (prin pleura mediastinală), formînd partea mediastinală, *pars mediastinâlis*. Fețele plămînilor sînt delimitate de margini. Marginea anterioară, *margo anterior*, delimitează fața costală de fața medială (a părții mediastinale). Pe marginea anterioară a plămînului stîng există incisura cardiacă, *incisura cardiacă (pulmonis sinistri)*. În partea de jos această incisură delimitează lobul lingulei plămînului stîng, *lingula pulmonis sinistri*. Fața costală, posterior, trece treptat în fața

medială (în partea ei vertebrală), formînd marginea posterioară obtuză. Marginea inferioară, *margo inferior*, delimitează fața costală și medială de cea diafragmatică. Fiecare plămîn prin niște șanțuri profunde se împarte în lobi, *lobi pulmones*, în număr de trei pentru plămînul (superior, mediu și inferior), și doi pentru plămînul stîng (superior și inferior). Fisura oblică, *fissura obliqua*, există pe ambii plămîni. Această fisură începe pe marginea posterioară obtuză a plămînului, cu 6—7 cm inferior de apex (la nivelul apofizei spinose a vertebrei III toracice) și se îndreaptă pe fața costală în sens inferoanterior, ajungînd la marginea inferioară a plămînului în apropiere de trecerea ei în marginea anterioară, ceea ce corespunde limitei dintre partea osoasă și cartilajul coastei VI. Apoi fisura continuă pe fața medială, trece superoposterior spre hilul plămînului. Fisura oblică împarte plămînul în două părți separate una de alta, anterior și posterior, unindu-se doar în regiunea hilului: **lobul superior**, *lobus superior*, la care se referă apexul plămînului, și **lobul inferior**, *lobus inferior*, mai voluminos, care include baza și cea mai mare parte din marginea posterioară a plămînului. În plămînul drept, pe lângă fisura oblică, mai există și o fisură orizontală, *fissura horizontalis (pulmonis dextri)*. Ea începe pe fața costală a plămînului, aproximativ de la mijlocul fisurii oblice, la nivelul unde ea întretaie linia medie axilară, și de aici se îndreaptă anterior quaziorizontal (la nivelul coastei IV) pînă la marginea anterioară a plămînului, unde trece pe fața medială și ajunge la hil. Fisura orizontală a plămînului drept (pe plămînul drept în normă ea lipsește) nu este atît de adîncă ca cea oblică: ea decupează de la lobul superior o porțiune relativ mică — **lobul mediu** (al plămînului drept), *lobus medius (pulmonis dextri)*. Lobul mediu al plămînului drept poate fi observat doar în aspect frontal și medial. În aspect posterior și lateral pe plămînul drept ca și pe cel stîng se văd doar doi lobi: superior și inferior. Fețele reciproce contactante ale lobilor pulmonari au

primit numirea de fețe interlobare, *facies interlobare*.

Pe fața medială a fiecărui plămîn ceva mai sus de mijlocul ei se află o impresiune de formă ovală — hilul plămînului, *hilus pulmónis*, prin care intră în plămîn bronhia principală, artera pulmonară, nervi, și prin care ies venele pulmonare, vase limfatice. Aceste formațiuni constituie *radacina plămînului*, *radix pulmónis*. Hilul plămînului drept este mai scurt și mai larg decît al celui stîng. Înălțimea hilului plă-

mînului e de 4—9 cm. Marginea superioară a hilului se proiectează la nivelul vertebrei V toracice, posterior, și la nivelul vertebrei II sau spațiului II intercostal, anterior. În partea dreaptă în hilul pulmonar, superior de alte elemente, se află bronhia principală, sub ea — artera pulmonară, inferior de care trec venele pulmonare (două la număr). În stînga elementul superior îl constituie artera pulmonară, sub care urmează bronhia principală și inferior de ea — venele pulmonare (de asemenea două).

Tabelul 3. Corelațiile arborelui bronhial cu segmentele bronhiopulmonare în conformitate cu Nomenclatura anatomică internațională

Bronhiile principale	Bronhiile lobare	Bronhiile segmentare	Segmentele bronhiopulmonare
Bronchus principalis dexter	Brónchus lobáris supérior dexter	Brónchus segmentális apicális (B _I)	Seg. apicále (S _I)
		Brónchus segmentális postérior (B _{II})	Seg. postérius (S _{II})
		Brónchus segmentális antérior (B _{III})	Seg. antérius (S _{III})
	Brónchus lobáris médius dexter	Brónchus segmentális laterális (B _{IV})	Seg. laterále (S _{IV})
		Brónchus segmentális mediális (B _V)	Seg. mediále (S _{IV})
		Brónchus segmentális apicális (supérior) (B _{VI})	Seg. apicále (supérius) (S _{VI})
	Brónchus lobáris inférior dexter	Brónchus segmentális basális mediális (cardiacus) (B _{VII})	Seg. basále mediále (cardiacum) (S _{VII})
		Brónchus segmentális basális antérior (B _{VIII})	Seg. basále antérius (S _{VIII})
		Brónchus segmentális basális laterális (B _{IX})	Seg. basále laterále (S _{IX})
		Brónchus segmentális basális postérior (B _X)	Seg. basále postérius (S _X)
Bronchus principalis sinister	Brónchus lobáris supérior sinister	Brónchus segmentális apicopostérior (B _{I+II})	Seg. apicopostérius (S _{I+II})
		Brónchus segmentális antérior (B _{III})	Seg. antérius (S _{III})
		Brónchus linguláris supérior (B _{IV})	Seg. linguláre supérius (S _{IV})
		Brónchus linguláris inférior (B _V)	Seg. linguláre inférius (S _V)
		Brónchus segmentális apicális (supérior) (B _{VI})	Seg. apicále (supérius) (S _{VI})
	Brónchus lobáris inférior sinister	Brónchus segmentális basális mediális (cardiacus) (B _{VII})	Seg. basále mediále (cardiacus) (S _{VII})
		Brónchus segmentális basális antérior (B _{VIII})	Seg. basále antérius (S _{VIII})
		Brónchus segmentális basális laterális (B _{IX})	Seg. basále laterále (S _{IX})
		Brónchus segmentális basális postérior (B _X)	Seg. basále postérius (S _X)

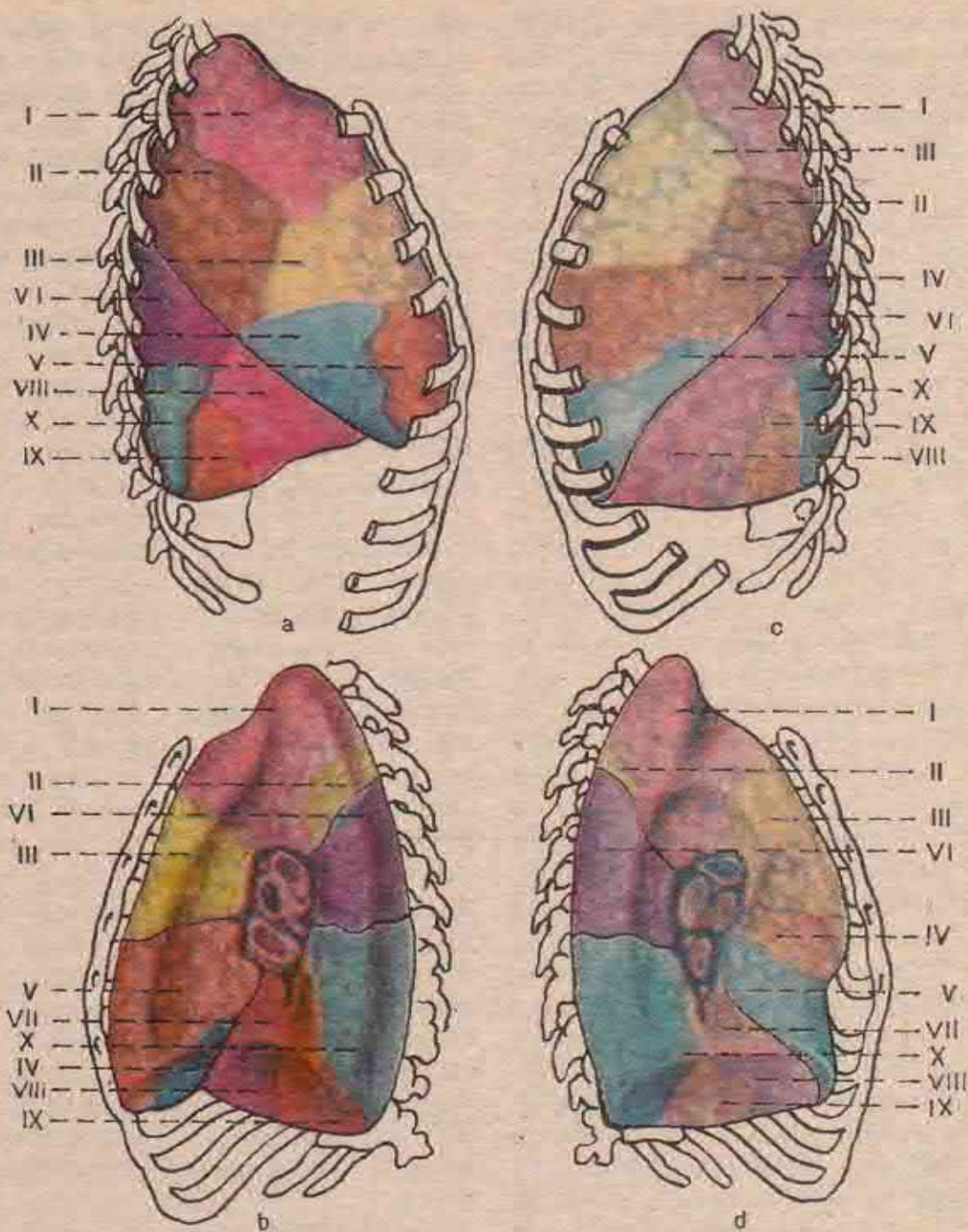


Fig. 63. Segmentele plămînilor

a, b — plămînul drept: I — segment apical (lob superior) (S_I); II — segmentul posterior (S_{II}); III — segmentul anterior (S_{III}); IV — segmentul lateral (S_{IV}); V — segmentul medial (S_V); VI — segmentul apical (lobul inferior) (S_{VI}); VII — segmentul medial bazal (cardiac) (S_{VII}); VIII — segmentul bazal anterior (S_{VIII}); IX — segmentul bazal lateral (S_{IX}); X — segmentul bazal posterior (S_X); c, d — plămînul stîng: I — segmentul apical (lobul superior) (S_I); II — segmentul posterior (S_{II}); III — segmentul anterior (S_{III}); IV — lingula superioară (S_{IV}); V — lingula inferioară (S_V); VI — segmentul apical (lobul inferior) (S_{VI}); VII — segmentul bazal medial (cardiac) (S_{VII}); VIII — segmentul bazal anterior (S_{VIII}); IX — segmentul bazal lateral (S_{IX}); segmentul bazal posterior (S_X); în hilul plămînilor culoarea albastră indică artera pulmonară, cea roșie — venele pulmonare, cea galbenă — ganglionii limfatici, cea cenușie — bronhiile.

Examenul frontal al rădăcinii plămînilor relevă că în hilurile ambilor plămîni, mai ventral de alte formațiuni, sînt situate venele pulmonare, apoi urmează artera pulmonară și, mai dorsal de toate — bronhia principală.

În hilul plămînilor bronhia principală se separă în **bronhii lobare**, *brônchi lobares*, trei pentru plămînul drept și două pentru plămînul stîng. La intrare în lobul superior al plămînilor bronhia este situată superior de arteră

(eparterial), iar în ceilalți lobi ai plămînilor drept și stîng — mai jos de arteră (hiparterial); sub bronhie se află vena (arteră, bronhie, venă). Bronhiile lobare intră în hilul lobului și se împart în bronhii segmentare, *brónchi segmentáles* (fig. 63, tab. 3).

Bronhia lobară superioară dreaptă, *brónchus lobáris supérior dexter*, se împarte în bronhiile segmentare apicală, posterioară și anterioară. Bronhia lobară medie dreaptă, *brónchus lobáris médius dexter*, se împarte în bronhiile segmentare medială și laterală. Bronhia lobară inferioară dreaptă, *brónchus lobáris inférior dexter*, se împarte în bronhiile segmentare apicală (superioară), medială (cardiacă) bazală, anterioară bazală, laterală bazală și posterioară bazală. Bronhia lobară superioară stîngă, *brónchus lobáris supérior sinister*, se împarte în bronhii segmentare apicală (superioară), medială (cardiacă) bazală, anterioară bazală, laterală bazală și posterioară bazală.

Bronhia segmentară intră în segmentul care constituie o porțiune a plămînului orientată cu baza spre fața organului, iar cu apexul spre rădăcina lui și este alcătuit din lobuli pulmonari. În centrul segmentului e situată bronhia segmentară și artera segmentară, iar la limită cu segmentul adiacent — vena segmentară. Segmentele se separă unul de altul prin țesut conjunctiv (zona puțin vascularizată). Bronhia segmentară se împarte în ramuri, *rr. bronchiáles segmentórum*, care subdivizîndu-se treptat, constituie circa 9—10 ordine. Bronhia cu diametrul de circa 1 mm, care mai comportă în pereții săi elemente cartilaginoase, intră în lobulul plămînului sub denumirea de bronhie lobulară, *brónchus lobuláris* — *BNA*. În interiorul lobulului pulmonar această bronhie se împarte în 18—20 de bronhiole terminale, *bronchióli termináles*, numărul cărora pentru ambii plămîni

constituie circa 20 000. Bronhiiolele terminale nu mai au în pereții lor elemente de cartilaj. Fiecare bronhiolă terminală se împarte dicotomic în bronhiiole respiratorii, *bronchióli respiratórii*, care pe pereții lor poartă alveole pulmonare. De la fiecare bronhiolă respiratorie deviază **canale alveolare**, *dúctuli alveoláres*, care comportă alveole și se termină cu saci alveolari, *sáculi alveoláres*. Pereții acestor saci sînt alcătuiți din alveole pulmonare, *alvéoli pulmónis*. Diametrul canalului alveolar și sacului alveolar constituie 0,2—0,6 mm, cel al alveolei — 0,25—0,3 mm (E. R. Weibel). Bronhiile de ordine diferite, începînd cu bronhia principală, care servesc la conducerea aerului în procesul de respirație, constituie arborele bronhial, *árbor bronchiális*. Bronhiiolele respiratorii, care deviază de la bronhiola terminală, precum și canalele alveolare, sacii alveolari și alveolele pulmonare formează **arborele alveolar (acinul pulmonar)**, *árbor alveoláris (ácinus pulmónis)*, care face parte din parenchimul respiratoriu al plămînului. Arborele pulmonar (acinul pulmonar), în care se realizează schimbul de gaze între aer și sînge, constituie unitatea elementară funcțional-structurală a plămînului. Numărul de acinuri pulmonare într-un plămîn ajunge pînă la 15.000, numărul de alveole echivalează cu circa 300—350 mln, iar aria respiratorie comună a tuturor alveolelor constituie circa 80 m² (E. R. Weibel).

Limitele plămînului. Apexul **plămînului drept** anterior depășește nivelul claviculei cu 2 cm și al coastei I — cu 3—4 cm. Posterior apexul plămînului se proiectează la nivelul apofizei spinoase a vertebrei VII cervicale.

De la apexul plămînului drept limita lui anterioară (proiecția marginii anterioare a plămînului) se îndreaptă spre articulația sternoclaviculară dreaptă, apoi trece prin mijlocul simfizei manubriului sternului. În continuare limita anterioară coboară posterior de corpul sternului, ceva spre stînga de linia mediană pînă la cartilajul coastei VI și aici trece în limita inferioară a plămînului.

Linia inferioară (proiecția marginii inferioare a plămînilui) intersectează pe linia medioclaviculară coasta VI, pe linia axilară anterioară — coasta VII, pe linia axilară medie — coasta VIII, pe linia axilară posterioară — coasta IX, pe linia scapulară — coasta X, pe linia paravertebrală se termină la nivelul colului coastei XI. Aici limita inferioară a plămînilui se întoarce brusc în sus și trece în limita lui posterioară.

Linia posterioară (proiecția marginii posterioare obtuze a plămînilui) trece de-a lungul coloanei vertebrale de la capul coastei II pînă la limita inferioară a plămînilui (colul coastei XI).

De la apexul **plămînilui stîng**, care are aceeași proiecție ca și plămînil drept, limita lui anterioară se îndreaptă spre articulația sternoclaviculară, apoi prin mijlocul simfizei manubriului sternului, posterior de corpul acestuia, coboară pînă la nivelul cartilajului coastei IV. Aici limita anterioară a plămînilui stîng deviază spre stînga, trece de-a lungul marginii inferioare a cartilajului coastei IV pînă la linia parasternală, de unde coboară brusc în jos, intersectînd spațiul intercostal IV și cartilajul coastei V. Ajungînd la cartilajul coastei VI, limita anterioară a plămînilui stîng trece brusc în limita lui inferioară.

Limita inferioară a plămînilui stîng se află ceva mai jos decît limita inferioară a plămînilui drept. Pe linia paravertebrală limita inferioară a plămînilui stîng trece în limita lui posterioară, situată de-a lungul coloanei vertebrale pe partea stîngă. Proiecțiile limitelor plămînilui drept și stîng, după cum rezultă din cele spuse mai sus, coincid în regiunile apicală și posterioare. Limita anterioară și inferioară din dreapta și din stînga diferă întrucîtva din cauza că plămînil drept este mai lat și mai scurt decît cel stîng. În afară de aceasta, plămînil stîng mai formează și incisura cardiacă în regiunea marginii lui anterioare.

Vasele și nervii plămînilor. Sîngele arterial pentru irigarea parenchimului pulmonar și pereților bronhiilor este furnizat de **r a m u r i l e b r o n h i a l e**, *rr. bronchiâles*, din partea toracică a aortei. De la pereții bronhiilor sîngele este tran-

sportat prin venele bronhiale, *vv. bronchiales*, în afluențele venelor pulmonare, precum și în vena impară și venele semiimpare. Prin arterele pulmonare stîngă și dreaptă (*a. pulmonâlis sinîstra et a. pulmonâlis dextra*) la plămîni ajunge sîngele venos, care de pe urma schimbului de gaze devine bogat în oxigen, cedează bioxidul de carbon și devine sînge arterial. De la plămîni sîngele arterial pleacă spre atrium stîng prin venele pulmonare, *vv. pulmonâles dextrae et sinîstrae*.

Vasele limfatice ale plămînilor se scurg în ganglionii limfatici bronhopulmonari, traheobronhiali inferiori și superiori.

Inervația plămînilor e realizată de nervul vag, *n. vâgus*, și din trunchiul simpatic, *truncus sympâtheticus*, ramurile cărora formează în regiunea hilului pulmonar plexul pulmonar, *plexus pulmonâlis*. Ramurile acestui plex odată cu bronhiile și vasele limfatice pătrund în plămîni. În pereții bronhiilor de calibru mare există plexuri de fibre nervoase plasate în adventiție, în tunicile musculare și mucoase.

Particularitățile de vîrstă ale plămînilor

La nou-născut plămîni au o formă conoidă imperfectă; lobii superiori sînt relativ mici, lobul mediu al plămînilui drept ca dimensiune echivalează cu cel superior, pe cînd lobul inferior este relativ mare. În al doilea an de viață coraportul dimensional dintre lobii plămînilui se apropie de indicii înregistrați la omul matur.

Masa ambilor plămîni la nou-născut constituie 57 g (oscilații de la 39 la 70 g), iar volumul — 67 cm. Densitatea specifică a plămînilui înainte de a începe respirația constituie 1,068 (plămîni unui copil născut mort sînt submersibili, iar densitatea plămînilor unui copil care a început să respire e de 0,490. Arborele bronhial către momentul nașterii este în fond format; în primul an de viață el crește intens (dimensiunile bronhiilor lobulare sporesc de două ori, iar a bronhiilor principale — de 1,5 ori). În perioada

maturizării sexuale creșterea arborelui bronhial se intensifică din nou. Dimensiunile tuturor părților lui la vârsta de 20 de ani sporesc de 3,5—4 ori (comparativ cu ale nou-născutului). La oamenii în vîrstă de 40—45 de ani arborele bronhial înregistrează dimensiunile maxime.

Involuția de vîrstă a bronhiilor începe după 50 de ani. Lungimea și diametrul lumenului multor bronhii segmentare se reduc treptat cu 1,5—2,5 mm, pe pereții lor apar niște proeminențe moniliforme, canalul devine sinuos.

Acinurile pulmonare la nou-născut comporta un număr redus de alveole pulmonare mici. În cursul primului an de viață și în continuare acinul crește prin formare de canale alveolare noi și alveole noi în pereții canalelor alveolare existente.

Formarea noilor ramificații ale canalelor alveolare se definitivează de la vârsta de 7—9 ani, a alveolelor pulmonare — la 12—15 ani; în această perioadă dimensiunile alveolelor cresc dublu. Formarea parenchimului pulmonar se definitivează la vârsta de 15—25 de ani. În răstimpul de la 25 la 40 de ani structura acinului pulmonar rămîne practic aceeași. După 40 de ani începe îmbătrînirea țesutului pulmonar: se aplanează septurile interalveolare, alveolele pulmonare devin mai mici, canalele alveolare confluează, dimensiunile acinurilor sporesc.

În procesul de creștere și dezvoltare a plămînilor după naștere crește și volumul lor pe parcursul primului an de 4 ori, la vârsta de 8 ani — de 8 ori, la vârsta de 10 ani — de 10 ori, la 20 de ani — de 20 de ori (comparativ cu volumul plămînilor nou-născutului).

Limitele plămînilor de asemenea sînt supuse modificărilor de vîrstă. Apexul plămînilor la nou-născut se află la nivelul coastei I. Ulterior limita depășește coasta I și la vârsta de 20—25 de ani trece cu 3—4 cm mai sus de coasta I (cu 1—2 cm superior de claviculă). Limita inferioară a plămînilor drept și stîng la nou-născut este cu o coastă mai sus decît la omul matur. Odată cu vîrstă copilului această limită coboară treptat. În vîrstă avansată (după 60 de ani) limitele inferioare ale plămînilor sînt cu 1—

2 cm mai jos decît la oamenii în vîrstă de 30—40 de ani.

Pleura. Cavitatea pleurală

Pleura, *pléura*, care constituie tunica seroasă a plămînilor, se împarte în viscerală (pulmonară) și parietală. Fiecare plămîn este acoperit de pleură pulmonară, care pe suprafața rădăcinii pulmonare trece în pleura parietală, care tapetează pereții cavității toracice adiacenți la plămîni și delimitează lateral mediastinul. Pleura viscerală (*pulmonară*), *pléura visceralis (pulmonalis)*, concrește tenace cu țesutul organului și, tapetîndu-l din toate părțile, patrunde în șanțurile (incisurile) dintre lobii plămînilor. Inferior de rădăcina plămînilor pleura viscerală formează ligamentul pulmonar, *lig. pulmonale*, dispus vertical și situat în plan frontal între fața medială a plămînilor și pleura mediastinală. Acest ligament coboară în jos aproape pînă la diafragm.

Pleura parietală, *pléura parietalis*, constituie o foiță compactă, care concrește cu fața internă a peretelui toracic și în fiecare jumătate a cavității toracice formează un sac închis, care încorporează plămînul drept sau plămînul stîng, acoperit de pleura viscerală (fig. 64). În conformitate cu poziția părților pleurei parietale pe ea distingem pleura costală, mediastinală și diafragmală. Pleura costală, *pléura costalis*, tapetează fața internă a coastelor și spațiilor intercostale și contactează nemijlocit cu fascia intratoracică. Anterior lingă stern și posterior lingă coloana vertebrală pleura costală trece în pleura mediastinală, *pléura mediastinalis*, adiacentă la organele mediastinului și dispusă în direcție anteroposterioară, întinzîndu-se între fețele interne ale sternului pînă la fața laterală a coloanei vertebrale. Pleura mediastinală e concreșcută cu pericardul; în dreapta ea limitofează cu venele cavă superioară și impară, cu esofagul, în stînga — cu aorta toracică. În regiunea rădăcinii plămînului pleura mediastinală o încorsetează și trece în pleura viscerală (pulmonară). Superior, la nivelul aperturii superioare

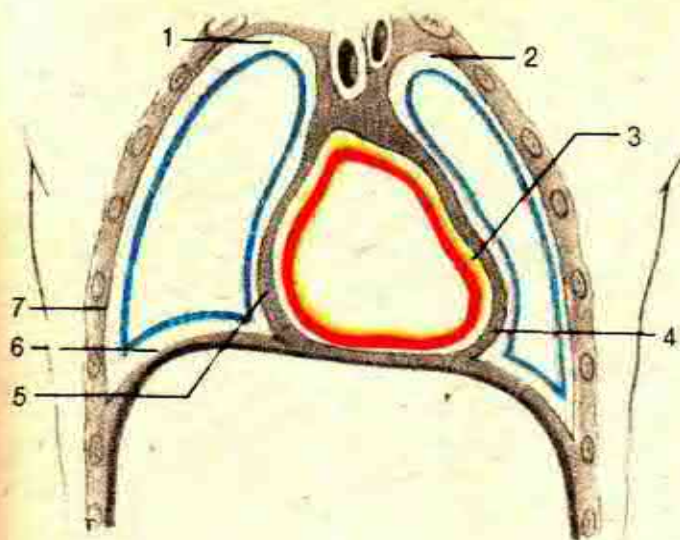


Fig. 64. Schema cavităților pleurale și pericardială (secțiune frontală). Cordul și plămîinii sînt înlăturați.

1 — cavitas pleuralis dextera ; 2 — cavitas pleuralis sinistra ; 3 — cavitas pericardialis ; 4 — pericardium serosum (lam. parietalis) ; 5 — pleura mediastinalis ; 6 — pleura diaphragmatica ; 7 — pleura costalis.

a cutiei toracice pleura costală și mediastinală trec una în alta și formează cupola pleurei, *cúpula pléuræ*, delimitată bilateral de mușchii scaleni. Posterior de cupola pleurei se află capul coastei I și mușchii lung al gîtului, acoperit de lama prevertebrală a fasciei cervicale, pe care se fixează cupola pleurală. Anterior și medial la cupola pleurală vin în adiacență artera subclavie și vena omimă. De asupra cupolei pleurei se află plexul humeral. Inferior pleura costală și mediastinală trec în pleura diafragmală, *pléura diafragmática*, care tapetează părțile musculară și tendinoasă ale diafragmului cu excepția porțiunilor lui centrale, unde la diafragm concrește pericardul. Între pleura parietală și viscerală există un spațiu fisural închis numit **cavitatea pleurală**, *cávitás pleurális*. În această cavitate se află o cantitate mică de lichid seros, care umectează foiele pleurei netezi și contactante, acoperite cu celule mezoteliale, pentru a le reduce frecarea. În actul respirației, în timpul măririi și reducerii capacității plămînilor pleura viscerală umectată glicează liber pe fața internă a pleurei parietale.

În locurile de trecere a pleurei costale

în cea diafragmală și mediastinală se formează sinusurile pleurale, *recéssus pleuráles*, de anumite dimensiuni, care constituie niște spații de rezervă pentru cavitățile pleurale dreaptă și stîngă, și mai servesc drept recipiente în care se poate acumula lichidul pleural (seros) în caz de tulburare a proceselor de formare sau de resorbție a acestuia. Între pleura costală și diafragmală există sinusul costodiafragmal, *recéssus costodiaphragmáticus*, bine pronunțat, atingînd dimensiuni maxime la nivelul liniei axilare medii, unde adîncimea lui ajunge la 9 cm. La nivelul trecerii pleurei mediastinale în cea diafragmală se află sinusul diafragmomediastinal, *recéssus phrenicomedíastínális*, nu prea adînc, orientat sagittal. Sinusul cel mai puțin pronunțat se află la nivelul de trecere a pleurei costale (în porțiunea ei anterioară) în cea mediastinală. Aici se formează sinusul costumediastinal, *recéssus costumediastínális*.

Cupola pleurei, în dreapta și în stînga, ajunge pînă la colul coastei I, ceea ce corespunde nivelului apofizei spinose a vertebrei VII cervicale, posterior. Anterior cupola pleurei se ridică cu 3—4 cm mai sus de coasta I (cu 1—2 cm mai sus de claviculă). Limita anterioară a pleurei costale, dreaptă și stîngă, are un traiect diferit (fig. 65). Din dreapta limita anterioară de la cupola pleurei în discensiune posterior articulației sternoclaviculare se îndreaptă apoi posterior de manubriu spre mijlocul joncțiunii lui cu corpul sternal și de aici coboară posterior de corpul sternal, situîndu-se ceva mai la stînga de linia medie, pînă la coasta VI, unde deviază în dreapta și trece în limita inferioară a pleurei (limita inferioară a pleurei din dreapta corespunde liniei de trecere a pleurei costale în cea diafragmală). De la nivelul joncțiunii cartilajului coastei VI cu sternul limita inferioară a pleurei se îndreaptă inferolateral pe linia medioclaviculară, intersectează coasta VII, pe linia axilară anterioară — coasta VIII, pe linia axilară medie — coasta IX, pe linia axilară posterioară — coasta X, pe linia scapulară — coasta XI, și trece spre coloana vertebrală

la nivelul colului coastei XII, unde limita inferioară trece în limita posterioară a pleurei (fig. 66).

Din stînga, limita anterioară a pleurei parietale pornește de la cupolă tot așa cum și din dreapta — posterior de joncțiunea sternoclaviculară. Apoi se îndreaptă posterior de manubriu și corpul sternului în jos pînă la nivelul cartilajului coastei IV (situîndu-se mai aproape de marginea stîngă a sternului); aici, deviînd lateral și inferior, intersectează marginea stîngă a sternului și coboară în apropierea acestuia pînă la cartilajul coastei VI (trece cvaziparalel cu marginea stîngă a sternului), unde trece în limita inferioară a pleurei. Limita inferioară a pleurei costale, din stînga, e situată ceva mai jos decît cea din partea dreaptă. Posterior, ca și din dreapta, la nivelul coastei XII, ea trece în limita posterioară. Limita pleurei, în posterior (corespunde liniei posterioare de trecere a pleurei costale în cea mediastinală) coboară de la cupola pleurei în jos de-a lungul coloanei vertebrale pînă la colul coastei XII, unde trece în limita inferioară (fig. 67). Limitele anterioare ale pleurei costale, din dreapta și din stînga, cum s-a vorbit mai sus, sînt dispuse diferit: pe distanța dintre coastele II și IV ele trec posterior de stern paralel una la alta, iar în sus și în jos diverg, formînd două spații trigonale lipsite de pleură: ariile interpleurale superioară și inferioară. Aria interpleurală superioară, *ârea interpléurica supérior*, cu vîrfurile orientate în jos, e situată posterior de manubriul sternului. În regiunea ariei superioare la copii se află timusul, iar la adulți — reminescentele acestei glande și un țesut celuloadipos (denumirea sinonimică: *ârea thýmica*). Aria interpleurală inferioară, *ârea interpléurica inférior*, cu vîrfurile orientate în sus, se află posterior de doimea inferioară a corpului manubriului și de porțiunile anterioare ale spațiilor intercostale IV și V din stînga, adiacente la el. Apoi, pericardul contactează nemijlocit cu peretele toracic (de unde și sinonimul acestei arii interpleurale: *ârea pericardiaca*). Limitele plămînilor și sacului pleural (atît din dreapta cît și din

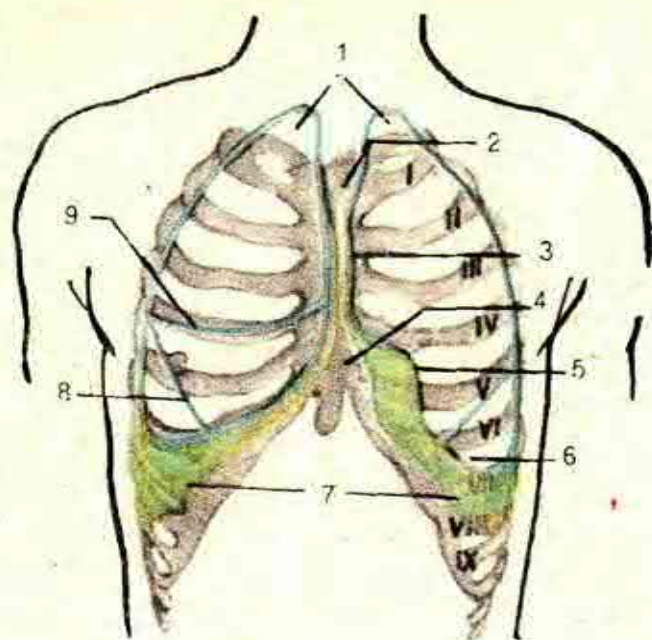


Fig. 65. Proiecția limitelor plămînilor și pleurei parietale (aspect anterior). O parte din cavitatea pleurală dintre marginea inferioară a plămînilor și limita inferioară a pleurei parietale e colorată în verde. Cifrele romane desemnează coastele.

1 — apex pulmonis; 2 — aria interpleurală superioară; 3 — margo anterior pulmonis; 4 — aria interpleurală inferioară; 5 — incisura cardiaca [pulmonis sinistri]; 6 — margo inferior pulmonis; 7 — limita inferioară a pleurei parietale; 8 — fissura obliqua; 9 — fissura horizontalis [pulmonis dextri].

stînga) sînt în fond identice. Însă chiar în caz de inspirație maximală plămînul nu completează sacul pleural în întregime, deoarece acesta are dimensiuni mai mari decît organul pe care îl încorporează. Limitele cupolei pleurei corespund limitelor apexului plămînilor. Limita posterioară a plămînilor și pleurei, precum și limita lor anterioară din dreapta coincid. Limita anterioară a pleurei parietale din stînga și limita inferioară a pleurei parietale din dreapta și din stînga diferă esențial de aceste limite la plămîni drept și stîng (vezi: „Limitele plămînilor”).

Radioanatomia traheei, bronhiilor, plămînilor și pleurei. Pe radiografie traheea și bronhiile principale sînt vizibile grație faptului că ele conțin aer: traheea are aspectul de formațiune cilindrică translucidă pe fondul umbrei coloanei vertebrale, bronhiile principale formează fișii translucide superior de umbra inimii. Cercetarea celorlalte compartimente ale arborelui bronhial (bronhiografia) devine posibilă după administrarea în trahee și bron-

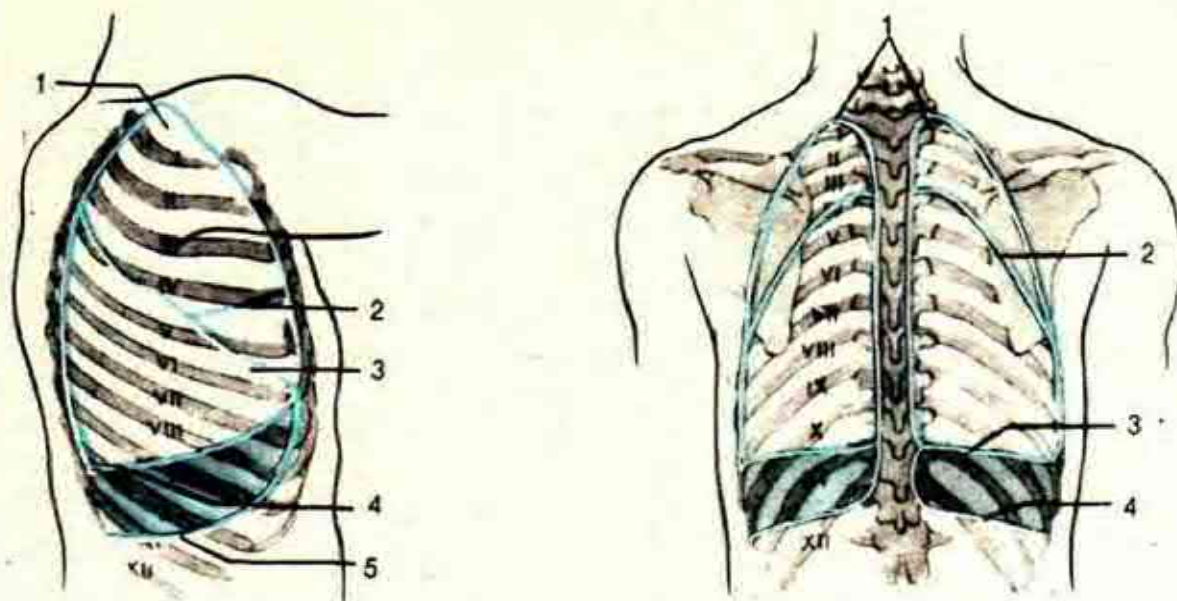


Fig. 66. Proiecția limitelor plămînilor și pleurei parietale ; aspect lateral. O parte din cavitatea pleurei dintre marginea inferioară a plămînilor (sus) și limita inferioară a pleurei parietale (jos) e colorată în albastru. Cifrele romane desemnează coastele.

1 — apex pulmonis ; 2 — fissura horizontalis [pulmonis dextri] ; 3 — fissura obliqua ; 4 — margo inferior pulmonis ; 5 — limita inferioară a pleurei parietale

Fig. 67. Proiecția limitelor plămînilor și pleurei parietale ; aspect posterior. O parte din cavitatea pleurei dintre marginea inferioară a plămînilor (sus) și marginea inferioară a pleurei parietale (jos) e de culoare albastră. Cifrele romane indică numărul coastelor.

1 — apex pulmonis ; 2 — fissura obliqua ; 3 — margo inferior pulmonis ; 4 — limita inferioară a pleurei parietale

hii a unei materii de contrast. Pe viu, plămîni la radioscopie sau radiografie se văd pe fondul cutiei toracice sub formă de căi pulmonare aerofore (dreaptă și stîngă), separate una de alta de opalescență mediastinală intensă, formată de coloana vertebrală, stern, de cordul, care este în stînga, și de vasele magistrale. Pe cîmpurile pulmonare se suprapun umbrele claviculelor (superior) și coastelor. În spațiile dintre coaste se vede desenul pulmonar reticular, pe care se suprapun macule și traveuri, acestea fiind opalescențele condiționate de bronhii și de vasele sangvine ale plămînilor (fig. 68). În regiunea rădăcinilor plămînilor (la nivelul extremităților anterioare ale coastelor N—V) umbrele de la bronhiile și vasele de calibru mai mare, care au pereți mai masivi, se văd mai pronunțat. În examenele radiologice pe viu în timpul inspirației ariile pulmonare se văd mai bine și desenul pulmonar e mai pregnant. Cu ajutorul tomografiei (radiografiei stratificate) putem obține imagini ale oricărui

strat concret situat în profunzimea plămînilor, deci și a bronhiilor și a vaselor lor.

La nou-năsut pleura este fină, e unită lax cu fascia intratoracică, e mobilă în timpul excursiilor respiratorii ale plămînilor. Aria interpleurală superioară este vastă (e ocupată de timus, care are dimensiuni mari).

MEDIASTINUL

Mediastinul, *mediastinum*, constituie un complex de organe situate între cavitățile pleurale dreaptă și stîngă (fig. 69). Anterior mediastinul este delimitat de stern, posterior — de porțiunea toracică a coloanei vertebrale, bilateral — de pleura mediastinală dreaptă și stîngă. În sus mediastinul se extinde pînă la apertura superioară a cutiei toracice, în jos — pînă la diafragm. Actualmente, mediastinul se divizează convențional în două compartimente : mediastinul superior și mediastinul inferior. Ultimul, la rîndul

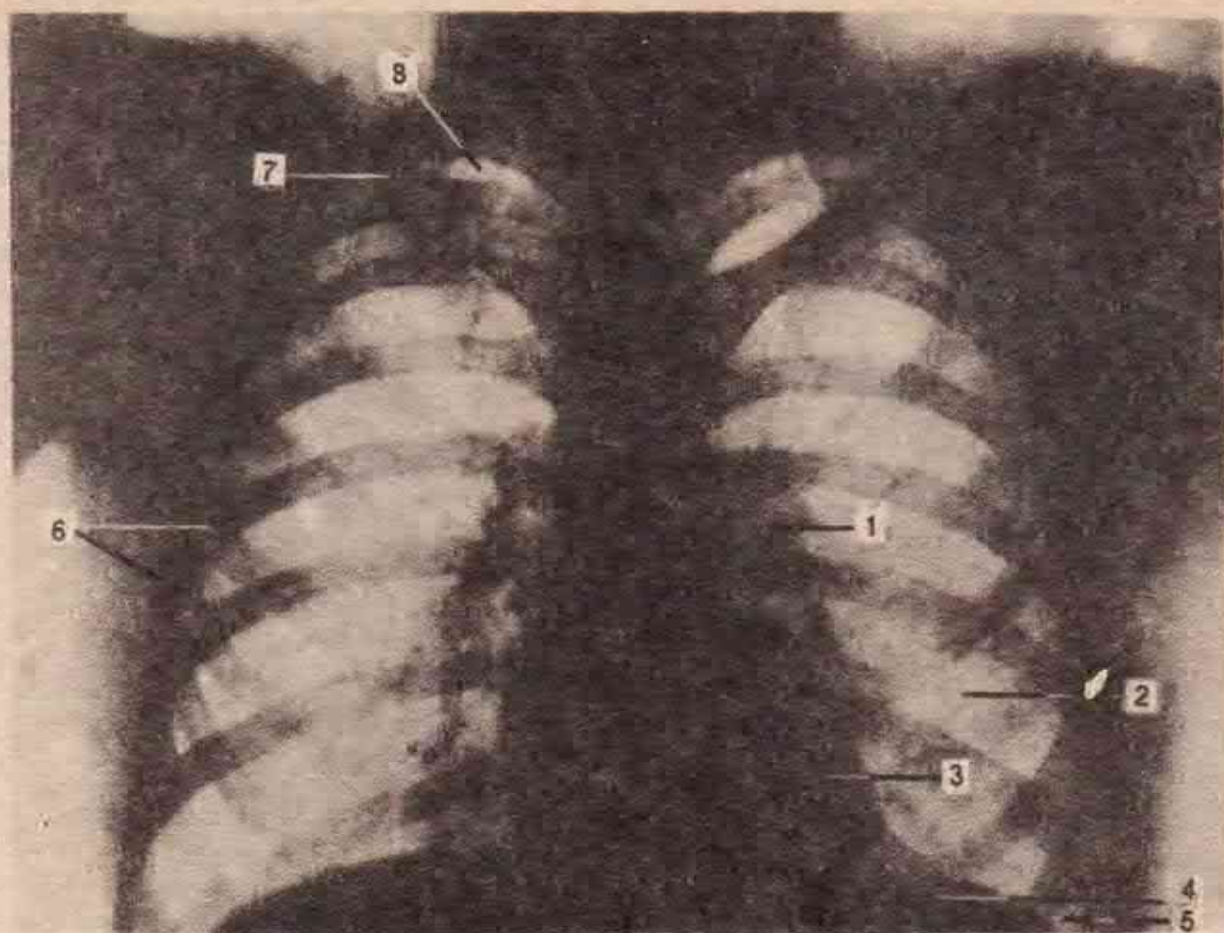


Fig. 68. Radiografia plămînilor și cordului

1 — rădăcina plămînilui; 2 — plămînil; 3 — cordul; 4 — diafragma (bolta dreaptă); 5 — sinusul costodiaphragmatic drept; 6 — coastele; 7 — clavicula; 8 — regiunea apicală a plămînilui.

său, se împarte în mediastin anterior, mediu și posterior. Mediastinul superior, *mediastinum superius*, este situat mai sus de planul orizontal imaginar, trasat de la locul joncțiunii manubriului sternal cu corpul sternului (anterior) pînă la cartilajul intervertebral dintre corpurile vertebrelor IV și V toracice (posterior). În mediastinul superior sînt situate timusul, venele brahiocefalice dreaptă și stîngă, porțiunea superioară a venei cave superioare, arcul aortei și vasele care deviază de la el (trunchiul brahiocefal, artera carotidă comună stîngă și artera subclavie stîngă), traheea, porțiunea superioară a esofagului și compartimentele respective ale canalului toracic (limfatic) drept, ale trunchiurilor simpatice drept și stîng, ale nervilor vagi și diafragmatici. Inferior de planul orizontal imaginar e situat mediastinul inferior, *mediastinum inferius*, în care distingem după cum s-a menționat mai sus mediastinul anterior mediu și

posterior. Mediastinul anterior, *mediastinum anterius*, situat între corpul sternului, anterior, și peretele anterior al pericardului, posterior, încorporează vasele toracice interne (artere și vene), parasternale, ganglionii limfatici sternali anteriori și prepericardiali. În mediastinul mediu (*mediastinum medium*) se află pericardul, care încorporează cordul și compartimentele interpericardiale ale vaselor magistrale, bronhiile principale, arterele și venele pulmonare, nervii diafragmatici cu vasele diafragmaticopericardiale care le însoțesc, ganglionii limfatici traheobronhiali inferiori și laterali pericardiali. Mediastinul posterior, *mediastinum posterius*, este delimitat de peretele pericardului, anterior, și de coloana vertebrală, posterior. Din organele mediastinului posterior fac parte porțiunea toracică a aortei descendente, venele impară și semiimpară, compartimentele respective ale trunchiurilor simpatice

La peștii dipnoici pe lângă aparatul branhiial apar niște saci aerofori — canale pulmonare. Tipul pulmonar de respirație este mai perfect comparativ cu cel branhiial, deoarece în cadrul lui oxigenul este asimilat de sânge nemijlocit din aer.

Odată cu trecerea vertebratelor la modul terestru de viață tipul branhiial de respirație cedează celui pulmonar. Organele de respirație — plămînii și căile respiratorii — la animalele terestre ating nivelul suprem de dezvoltare.

La amfibii în sistemul căilor respiratorii distingem laringele cu scheletul lui (cartilajele aritenoide și cricoide) și mușchii (constrictori și dilatatori), traheea și bronhiile în cel mai rudimentar stadiu de dezvoltare. Plămînii amfibienilor au aspectul unor saci oblongi cu pereți netezi. La acaudate pereții sacului pulmonar au o structură spongioasă și porțiunea lor centrală execută funcțiile de căi respiratorii.

La reptile ating un anumit nivel de dezvoltare laringele, traheea și două bronhii; în pereții acestora există inele cartilaginoase (complete sau incomplete). Plămînii, devenind unicul organ al respirației, sînt de structură complexă: caracterul spongios al structurii lor se asociază la bronhiile intrapulmonare de ordinul II și III.

La păsări căile respiratorii comportă laringe, trahee și bronhii. Plămînii păsărilor constituie niște organe spongioase, penetrate de un sistem de bronhii, care comunică între ele.

La mamifere în sistemul căilor respiratorii gradul cel mai înalt de dezvoltare revine organului de fonație — laringelui; în el apar cartilaje noi: epiglota, cartilajul tiroid; de apariția acestuia depinde formarea coardelor vocale și diferențierea înaltă a mușchilor laringelui. Traheea și bronhiile mamiferelor posedă un schelet alcătuit în fond din semiinele cartilaginoase deschise în sens posterior. Bronhiile intrapulmonare cunosc câteva ordine de ramificație și se termină prin bronhiole cu niște vezicule de structură alveolară (alveole). Plămînii mamiferelor din toate părțile sînt tapetați de pleură și, ca regulă, sînt separați în lobi.

Evoluția organelor sistemului respirator uman

Dezvoltarea cavității nazale și bazei osoase a nasului extern se află în raport nemijlocit cu dezvoltarea oaselor craniului, cavității bucale și organelor olfactive.

Căile respiratorii inferioare (faringele, traheea, bronhiile) și organele respiratorii propriu-zise (plămînii) își formează primordiile în săptămîna a 3-ia de dezvoltare embrională sub formă de prolabare sacciformă a peretelui ventral al intestinului primar la limită dintre compartimentele laringian (cefalic) și trunchial (fig. 70). Această proeminență pe măsura creșterii în direcția ventrocaudală capătă o formă de tub (excreșcența laringotraheală) situat anterior de partea anterioară a intestinului trunchiului. Extremitatea superioară (cefalică) a trunchiului se unește cu laringele viitor, iar cea inferioară în săptămîna a 4-a de embriogenează se împarte în două prolabări, dreaptă și stîngă, asimetrice de la bun început. Partea proximală a primordiuului impar al organelor sistemului respirator se transformă în tegumentul epitelial al tunicii mucoase a laringelui, cea distală — în tegumentul epitelial al mucoasei traheale. Prolabările pare, dreaptă și stîngă, dau derivație tegumentului epitelial al bronhiilor și plămînilor. În procesul de dezvoltare a laringelui, traheei și plămînilor se instituie o corelație morfologică strînsă între derivatele entodermului (derivatele intestinului primar) și mezenchimului. Din primordiile entodermale (ale intestinului primar) se dezvoltă tapetul primar și glandele laringelui, traheei, arborelui branhiial și alveolar. Mezenchimul adiacent la primordiul endodermal al organelor de respirație se transformă în țesut conjunctiv, cartilaje, musculatură, vase sanguine și limfatice. În săptămîna a 4-a de dezvoltare embrională în jurul excreșcenței laringotraheale apare o tumescență a mezenchimului, în care putem distinge primordiile cartilajelor și mușchilor laringelui. Cartilajele laringelui se dezvoltă din arcurile branhiiale II și III. Primul se formează cartilajul cricoid, apoi cele aritenoide, cuneiforme și în fine — cartilajul

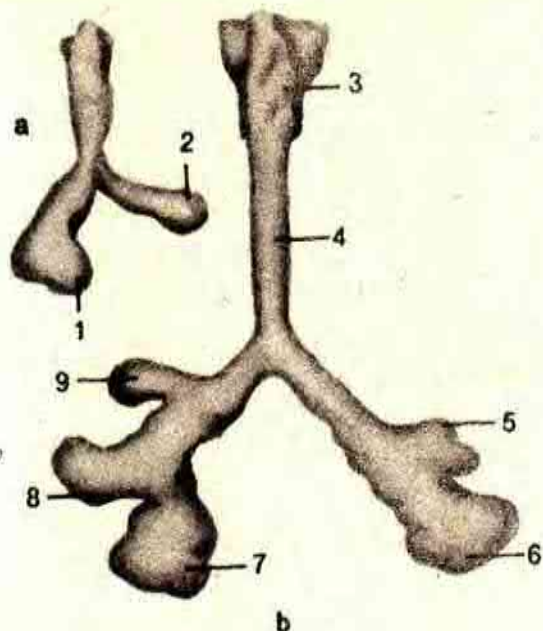


Fig. 70. Plămîni și căile respiratorii ale embrionului uman; la 4—5 săptămîni (a) și la 5—6 săptămîni (b).

1 — pulmo dexter; 2 — pulmo sinister; 3 — larynx; 4 — trachea; 5 — lobus superior pulmonis sinistri; 6 — lobus inferior pulmonis sinistri; 7 — lobus inferior pulmonis dextri; 8 — lobus medius pulmonis dextri; 9 — lobus superior pulmonis dextri.

tiroid (care, incipient, este o formațiune pară). Epiglota se formează în adîncul unui pli de tunică mucoasă situată anterior de accesul în laringe. După formarea scheletului laringelui are loc constituirea pereților, coardelor vocale, pliurilor vestibulare și ventriculelor lui. Din sfincterul muscular comun, circumscris pe intestinul laringian, posterior de cartilaje, se dezvoltă mușchii laringelui. În săptămîna a 8—9-a de dezvoltare intrauterină începe formarea cartilajelor și mușchilor traheei. Primordiile bronhiilor lobale apar în a 5-a săptămîna de embriogeneză sub formă de proeminențe gemiforme — 3 din dreapta și 2 din stînga. Proeminențele gemiforme primare se împart apoi în secundare, dînd naștere bronhiilor segmentare în număr de 10 în fiecare plămîn. La capetele lor apar proeminențe noi, care se divizează la rîndul lor. În acest fel în lunile a 2—4-a de dezvoltare intrauterină are loc formarea arborelui bronhial. Apoi, în perioada dintre lunile a 4-a și a 6-ea de dezvoltare intrauterină apar primordiile bronhiolelor, iar între lunile a 6-ea și a 9-a — canalele alveolare și sacii alveolari. Către momentul naște-

rii copilului ramificațiile arborelui bronhial și alveolar atinge nivelele de ramificare pînă la ordinul 18. După naștere are loc creșterea ulterioară a arborelui bronhial, perfecționarea structurii arborelui alveolar (aparitia unor ramuri noi ale canalelor alveolare și sporirea numărului de alveole). De pe urma acestui fapt numărul de ramificații ale căilor bronhiale și alveolare la om atinge ordinul 23. Primordiile plămînilor în procesul creșterii în săptămîna a 6-ea de embriogeneză ajunge pînă în cavitatea abdominală. Către acest timp (5 săptămîni) celomul primar se divizează în două cavități pleurale și una pericardială, separate de cavitatea abdominală de către diafragul în curs de formare.

Din splanchnopleură (din foița viscerală a mezodermului ventral), care delimitează în sens medial celomul, se formează pleura viscerală. Somatopleura (foița parietală a mezenchimului ventral) constituie baza derivativă pentru pleura parietală. Între pleura viscerală și parietală se formează cavitatea pleurală.

APARATUL UROGENITAL

Aparatul urogenital, *apparatus urogenitalis*, uman include organele urinare, alcătuite din organe uropoetice, conducte urinare și din organe genitale masculine și feminine. Organele urinare și genitale se unesc prin evoluție comună, au coraporturi strînse anatomice și funcționale. De exemplu, canalele de evacuare ale căilor genitale la bărbați se varsă în canalul urinar, iar la femei se deschid în vestibulul vaginal.

ORGANELE URINARE

Organele urinare, *organa urinaria*, sînt prezentate de organele uropoetice (rinichi), de evacuare a urinei (calice renale, bazinete, uretere), precum și de cele care servesc drept rezervoare pentru urină (vezica urinară) și pentru eliminarea ei din organism (canalul urinar).

Rinichiul, *ren* (gr. *nephros*), este un organ excretor par, care formează și evacuează urina. Rinichiul are o formă de bob de culoare roșie închisă, consistență densă. Dimensiunile rinichiului la omul matur sînt următoarele: lungimea — 12 cm, lățimea — 5—6 cm, și grosimea — 4 cm. Masa rinichiului oscilează între 120 și 200g. La omul matur suprafața rinichiului este netedă. Distingem fața anterioară, *facies anterior*, mai convexă, și fața posterioară, *facies posterior*, mai puțin convexă, polul superior, *extrémitas superior*, și inferior *extrémitas inferior*, precum și marginea laterală, *margo lateralis*, convexă și marginea medială, *margo medialis*, concavă. În porțiunea de mijloc a marginii mediale există o depresiune delimitată de fețele anterioară și posterioară, numită hilul rinichiului, *hilus renalis*. În hilul rinichiului intră artera renală și nervi, din el iese ureterul, vena renală, vase limfatice. Formațiunile enumerate constituie în ansamblu pedunculul renal. Hilul renal trece într-o depresiune extinsă, care se înfundă în substanța rinichiului și se numește *sinus renalis*. Pereții sinusului renal sînt formați din papile renale și din coloane renale, care formează porțiuni proeminente diseminate printre primele.

În sinusul renal se află calicii renale mari și mici, bazinetul renal, vase sanguine și limfatice, nervi și țesut adipos.

Topografia rinichilor. Rinichii sînt situați în regiunea lombară, *regio lumbalis*, bilateral de coloana vertebrală, pe fața internă a peretelui abdominal posterior și sînt dispuși retroperitoneal. Polurile superioare ale rinichilor sînt înclinate unul spre altul și sînt distanțate de pînă la 8 cm, iar polurile inferioare — la o distanță de 11 cm. Axele longitudinale ale rinichiului drept și stîng se întretaie sub un unghi deschis în sens posterior. Rinichii sînt amplasați asimetric: rinichiul stîng se află ceva mai sus decît cel drept. Polul superior al rinichiului stîng se află la nivelul mijlocului vertebrei XI toracice, iar polul superior al rinichiului

drept abea ajunge la marginea inferioară a acestei vertebre. Polul inferior al rinichiului stîng se află la nivelul marginii superioare a vertebrei III lombare, iar capătul inferior al rinichiului drept corespunde mijlocului vertebrei. Proiecția posterioară a rinichilor poate avea drept reper coastele. Coasta XII întretaie fața posterioară a rinichiului stîng cam la jumătatea lungimii lui, iar rinichiul drept — mai aproape de polul superior. Există particularități individuale în topografia rinichilor. Distingem poziție înaltă și joasă a rinichilor. La femei în 11% din cazuri polul inferior la ambii rinichi ajunge pînă la creasta oaselor iliace.

Rinichii se află în corelații complicate cu organele adiacente (fig. 71). Fața posterioară a rinichiului împreună cu tunicile lui contactează cu diafragma, cu mușchiul patrat al lombelor, cu mușchiul transvers abdominal și cu marele mușchi al lombelor, care conturează pentru rinichi o depresiune numită lojă renală.

Polul superior al rinichiului limitrofează cu glanda suprarenală. Fața anterioară a rinichilor pe cea mai mare parte a ei este acoperită de o foiță de peritoneu parietal și limitrofează cu organele interne. 2/3 superioare ale feței anterioare a rinichiului drept sînt adiacente la ficat, iar treimea inferioară e adiacentă la flexura dreaptă a colonului. La marginea medială a rinichiului drept limitrofează porțiunea descendentă a duodenumului. Fața anterioară a rinichiului stîng în treimea superioară vine în contact cu stomacul, în cea medie — cu pancreasul și în cea inferioară — cu ansele jejunului. Marginea laterală a rinichiului stîng e adiacentă la splină și la flexura stîngă a colonului. Poziția topografică normală a rinichilor este asigurată de un aparat de fixare, din care fac parte: loja renală, pedunculul renal, tunicile renale (în special fascia renală). Un rol important îi revine presiunii intraabdominale, care este menținută de contractarea mușchilor presei abdominale.

Capsulele rinichiului. Rinichiul posedă cîteva capsule (vezi fig. 76). Rinichiul este acoperit cu o lamelă subțire numită capsulă fibroasă, *capsula fib-*

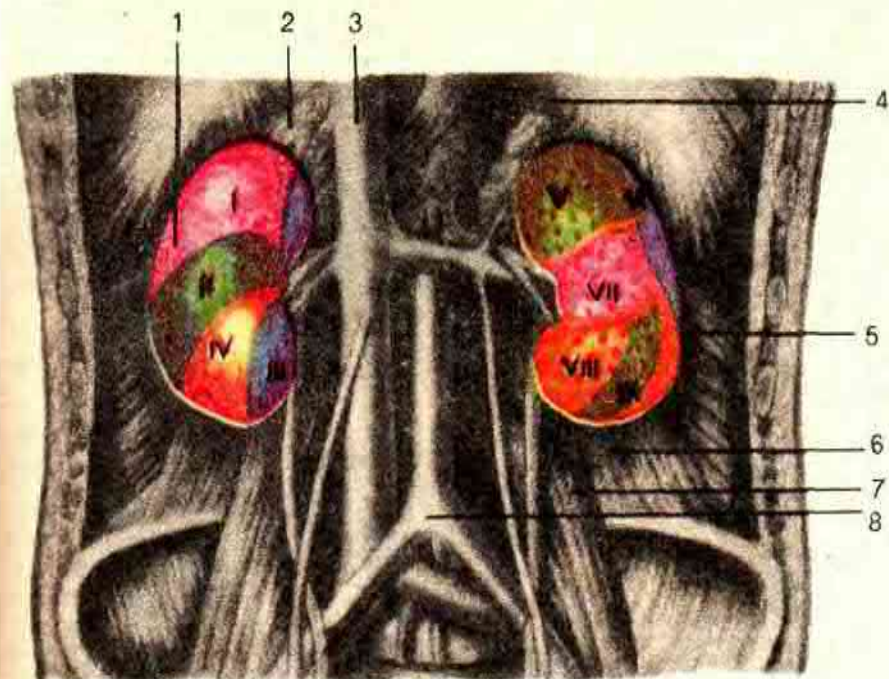


Fig. 71. Topografia rinichilor și ariile de contact ale suprafeței lor anterioare cu organele interne.

1 — ren; 2 — gl. suprarenalis; 3 — v. cava inferior; 4 — diaphragma (pars lumbalis); 5 — m. transversus abdominis; 6 — m. quadratus lumborum; 7 — m. psoas major; 8 — pars abdominalis aortae. Ariile de contact ale rinichiului drept cu ficatul — I; cu flexura dreaptă a colonului — II; cu duodenul — III; cu ansele intestinului subțire — IV și ale rinichiului stâng cu stomacul — V; cu splina — VI; cu pancreasul — VII; cu ansele intestinului subțire — VIII și cu colonul descendent — IX.

rôsa, ușor detașabilă de la substanța rinichiului. Exterior de capsula fibroasă se află capsula adipoasă, *capsula adiposa*, de grosime considerabilă; prin hilul renal această capsulă trece în sinusul renal. Ea este deosebit de pronunțată pe fața posterioară a rinichiului, unde formează un fel de pernă de țesut gras numită *corp adipos pararenal*, *corpus adiposum pararenale*. În caz de reducere bruscă a grosimii capsulei adipose rinichiul poate deveni mobil. Exterior de capsula adipoasă rinichiul este încorporat în *fascia renală*, *fascia renalis*, în formă de sac deschis în partea de jos, alcătuit din două foițe: prerenală și retrorenală.

Foița prerenală a fasciei renale acoperă anterior rinichiul stâng, vasele renale, partea abdominală a aortei, vena cavă inferioară și, anterior de coloana vertebrală, se continuă asupra rinichiului drept. Foița retrorenală a fasciei renale în stînga și în dreapta este racordată pe porțiunile laterale ale coloanei vertebrale. La polurile inferioare ale rinichilor foițele pre-și retrorenale ale fasciei renale nu sînt coalescente. Fascia renală se unește cu capsula fibroasă a rinichiului prin niște traveuri de țesut conjunctiv fibros, care penetrează capsula adipoasă.

Anterior de foița prerenală a fasciei renale se află peritoneul parietal.

Structura rinichiului. Substanța rini-

chiului pe secțiune nu este uniformă (fig. 72). Ea este alcătuită dintr-un strat superficial de 0,4—0,7 cm grosime și dintr-un strat profund, reprezentat de sectoare, care au formă de piramide, avînd o grosime de la 2 la 2,5 cm. Stratul superficial constituie substanța corticală a rinichiului de culoare roșie-gălbuie, iar stratul profund reprezintă substanța medulară a rinichiului de culoare rosie-albăstrie.

Substanța corticală a rinichiului, cortex renalis, este nu numai un formant al stratului superficial, ci și penetrează între sectoarele de substanță medulară ale rinichiului, constituind *coloanele renale*, *columnae renales*. Substanța corticală a rinichiului nu este omogenă ci este alcătuită din sectoare deschise și întuncate care alternează. Sectoarele deschise au o formă conoidă și se prezintă ca niște raze, care pleacă de la substanța medulară a rinichiului, pătrunzînd în cea corticală. Ele formează *porțiunea radiată*, *pars radiata*, în care sînt situate canalele renale rectilinii, ce se continuă în substanța medulară a rinichiului, și porțiunile inițiale ale canalelor renale colectoare. Sectoarele de nuanță închisă a substanței corticale renale au primit numirea de *porțiune convolută*, *pars convoluta*. În aceste sectoare se află corpusculii renali, porțiunile proximale și distale ale canalelor renale contorte.

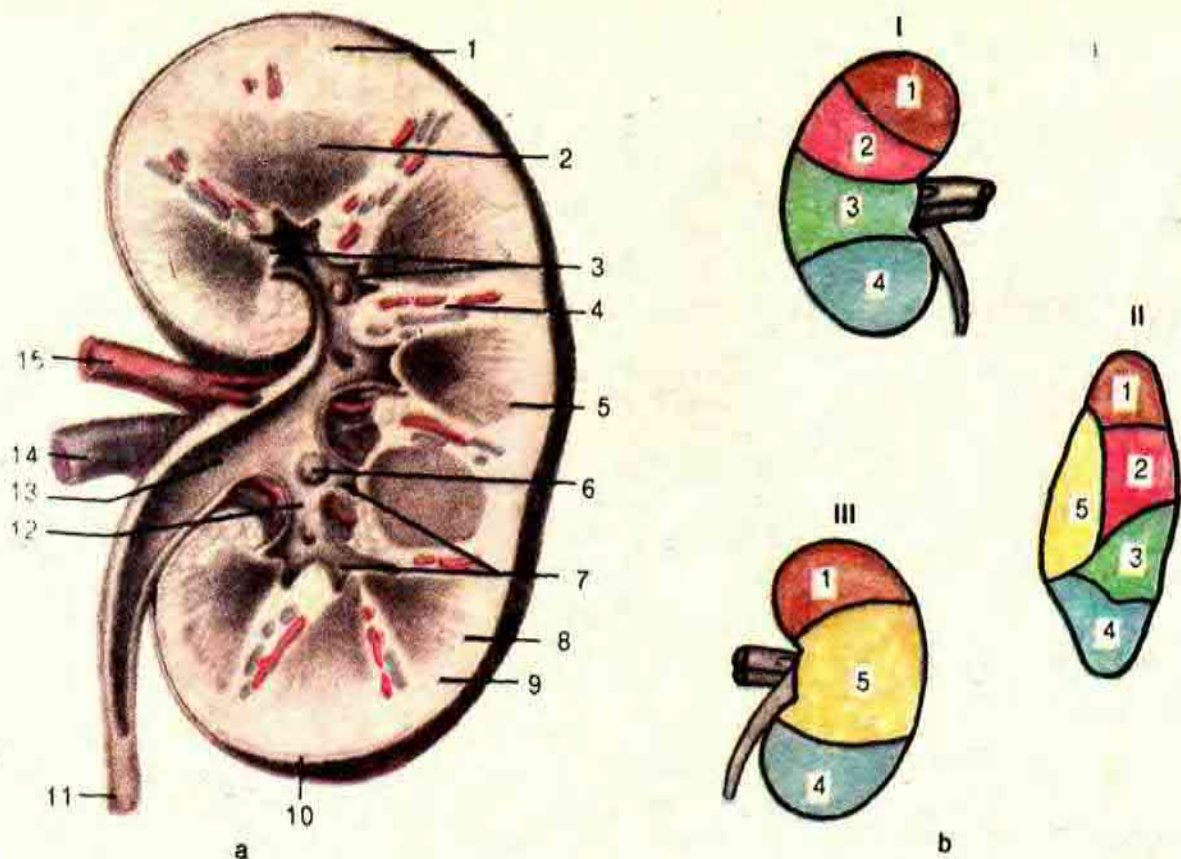


Fig. 72. Secțiune frontală a rinichiului (a) și proiecția segmentelor renale pe suprafața rinichiului (b).

a : 1 — cortex renis ; 2 — medulla renis ; 3 — papillae renales ; 4 — columna renalis ; 5 — basis pyramidis ; 6 — area cribrosa ; 7 — calyces renales minores ; 8 — pars radiata ; 9 — pars convoluta ; 10 — capsula fibrosa ; 11 — ureter ; 12 — calyx renalis major ; 13 — pelvis renalis ; 14 — v. renalis ; 15 — a. renalis ; b : I — fața anterioară ; II — marginea laterală a rinichiului ; fața posterioară ; 1 — seg. superior ; 2 — seg. anterior superior ; 3 — seg. anterior inferior ; 4 — seg. inferior ; 5 — seg. posterior.

Substanța medulară a rinichiului, medulla renalis, spre deosebire de cea corticală, nu formează un strat compact, ci, pe secțiune, are aspect de sectoare triunghiulare separate delimitate unul de altul prin coloane renale. Aceste sectoare au primit denumirea de *piramide renale*, *pyramides renales*, în număr de la 10 la 15 pentru fiecare rinichi. Fiecare piramidă renală are o bază, *basis pyramidis*, orientată spre substanța corticală, și un vîrf în formă de *papilă papilla renalis*, orientat spre sinusul renal. Piramida renală este alcătuită din canale rectilinii, care formează ansa nefronului, și din canale renale colectoare, care penetrează substanța medulară și care confluează treptat unul cu altul, formînd în regiunea papilei renale circa 15—20 canalicule papilare scurte, *ductuli papillares*. Ultimele se deschid pe suprafața papilei și în orificiile papilare, *foramina papillaria*. Din cauza prezenței acestor orificii vîrfurile papilei renale are o structură ciuruită și se nume-

ște *arie cribroasă, área cribrosa*.

Particularitățile de structură ale rinichiului și ale vaselor lui sanguine ne permit să împărțim substanța rinichiului în 5 segmente : superior, *segmentum superius*, anterior superior, *segmentum antèrius superius*, anterior inferior, *segmentum antèrius infèrius*, inferior, *segmentum infèrius*, și posterior, *segmentum postèrius*. Fiecare segment este alcătuit din 2—3 lobi renali. Un **lob renal**, *lobus renalis*, include o piramidă renală cu substanța corticală adiacentă și este delimitat de către arterele și venele interlobulare incorporate în coloanele renale. Fiecare lob renal comportă în substanța sa corticală pînă la 600 de lobuli corticali. Lobulul cortical, *lobulus corticâlis*, este alcătuit dintr-o porțiune radiată, *pars radiata*, circumscinsă de o parte convolută, *pars convoluta*, și este delimitat de lobulii adiacenți de către arterele și venele interlobulare.

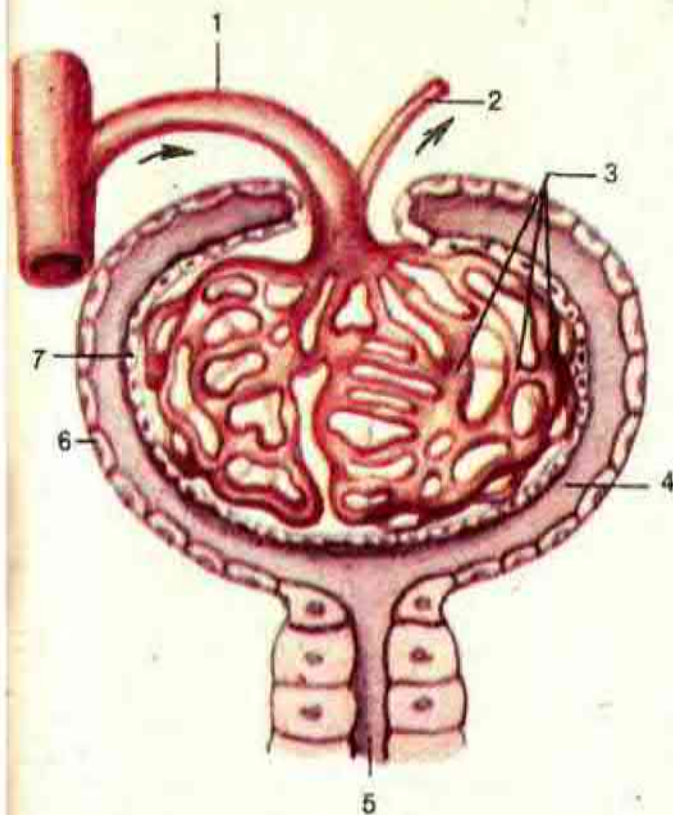


Fig. 73. Structura corpusculului renal (schemă).

1 — arteriola glomerularis afferens [vas afferens]; 2 — arteriola glomerularis efferens [vas efferens]; 3 — rete capillare glomerulare; 4 — lumen capsulae; 5 — pars proximalis tubuli nephroni; 6 — pars externa; 7 — pars interna.

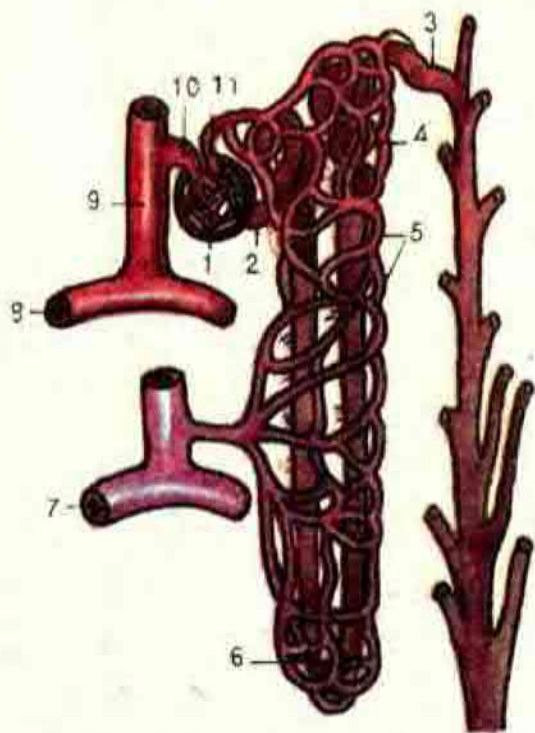


Fig. 74. Schema de structură a nefronului și raporturile lui cu vasele sanguine.

1 — corpusculum renale; 2 — pars proximalis tubuli nephroni; 3 — pars conjungens; 4 — pars distalis tubuli nephroni; 5 — rete capillare peritubulare; 6 — ansa nephroni; 7 — v. arcuata; 8 — a. arcuata; 9 — a. interlobularis; 10 — arteriola glomerularis afferens [vas afferens]; 11 — arteriola glomerularis efferens [vas efferens].

Unitatea elementară structural-funcțională a rinichiului o constituie **nefronul**, *nephron*. Nefronul este alcătuit din capsula glomerulului, *capsula glomeruli* (capsula Șumleanski—Boumen), care are forma unui calice cu pereți dubli, și învelește glomerulul capilar al corpusculului renal, *glomerulus corpusculi renalis*. În rezultat se formează corpusculul renal (Malpighi), *corpusculum renale* (fig. 73). Cavitata capsulei glomerulului se continuă în partea proximală a canaliculului nefronului, *pars proximalis tubuli nephroni*. După acesta urmează ansa nefronului, *ansa nephroni*, (ansa Henle), care trece în partea distală a canaliculului nefronului, *pars distalis tubuli nephroni*, afluentă a tubului colector, *tubulus renalis colligens*. Tuburile colectoare se continuă cu canalele papilare.

Pe toată lungimea lui nefronul este înconjurat de capilare sanguine aferente și adiacente (fig. 74). Circa 80% din nefroni sînt situați în profunzimea substanței corticale, *nephronum corticale*. Restul nefronilor (circa 20%) au glomerul adiacent la substanța medulară, iar ansa lor cu ramura descendentă și ascendentă (canaliculele rectilinii) se află în substanța medulară. Astfel de nefroni se numesc *juxtamedulari*, *nephronum juxtamedulare*. Rinichiul comportă peste 1 mln de nefroni. Lungimea canaliculelor unui nefron oscilează între 20 și 50 mm, iar lungimea comună a tuturor nefronilor din ambii rinichi constituie circa 100 km.

Fiecare papilă renală la vârful piramidei e cuprinsă de un **calice renal mic**, *calyx renalis minor*, cu aspect infundibiliform. Uneori într-un calice renal mic se conțin 2—3 papile renale. De la unirea a 2—3 calice renale mici se formează un **calice renal mare**, *calyx renalis major*. Unindu-se unul cu altul, 2—3 calice renale mari formează o cavitate comună numită **bazinet renal**, *pelvis renalis*, de forma unui infundibil aplatisat. Contractîndu-se treptat în sens inferior, bazinetul renal în regiunea hilului renal trece în ureter. Calicele renale mici și mari, ba-

zinetul renal și ureterul constituie căile excretoare ale rinichiului. Distingem 3 forme de constituire a bazinetului renal: embrională, fetală și matură. În cadrul formei I calicele renale mici comunică nemijlocit cu bazinetul renal, în forma II calicele renale mari și mici se continuă în ureter, bazinetul fiind lipsă. În forma III se observă un număr obișnuit de calice mici și mari, care se varsă în două calice renale extinse; acestea din urmă trec în bazinetul renal de unde începe ureterul. Forma bazinetului renal poate fi ampulară, arborescentă și mixtă (fig. 75).

Peretii bazinetului, calicelor renale mari și mici au o structură identică. În peretii lor distingem tunicile mucoasă, musculară și adventiția externă. În peretii calicelor renale mici, în regiunea lor inițială, celulele musculare netede formează un strat inelar care e constrictorul bolții. La această porțiune a peretelui calicelor renale mici aderă intim fibre nervoase, vase sanguine și limfatice. Toate acestea împreună constituie aparatul fornical al rinichiului, rolul căruia constă în a regla cantitatea de urină eliminată din canaliculele renale în calicele renale mici, și a împiedica refularea inversă a urinei, în a regla presiunea din interiorul bazinetului și balanța hidrică a organismului.

Vasele și nervii rinichiului. Patul sanguin al rinichilor e reprezentat de vase și capilare arteriale și venoase (fig. 76), prin care trec nictimeral de la 1500 la 1800 l de sînge. Irigarea rinichiului cu sînge e realizată de artera renală (ramură a aortei abdominale), care în hilul rinichiului se divide în ramura anterioară și posterioară. Se întîlnesc și artere renale accesorii, care pătrund în hilul rinichiului sau nemijlocit în rinichi penetrînd suprafața acestuia. În sinusul renal ramurile anterioară și posterioară ale arterei renale trec anterior și posterior de bazinetul renal și se divid în artere segmentare. Ramura anterioară formează 4 artere segmentare: pentru segmentul superior, *a. segmenti superioris*, pentru segmentul anterior superior, *a. segmenti anterioris superioris*, pentru segmentul anterior inferior, *a. segmenti anterioris inferioris*, și pentru segmentul

inferior, *a. segmenti inferioris*. Ramura posterioară a arterei renale continuă în segmentul posterior al organului sub denumirea de *a. segmenti posterioris*. Arterele segmentare ale rinichiului se ramifică în artere interlobare și trec printre piramidele renale alăturate. Arterele interlobare se ramifică la limita dintre substanța medulară și corticală, formînd arterele arcuate, *aa. arcuatae*, dispuse superior de bazele piramidelor renale. De la arterele arcuate deviază în substanța corticală numeroase artere interlobulare, *aa. interlobulares*, care generează arteriolele glomerulare aferente. Fiecare arteriolă glomerulară aferentă (vas aferent), *arteriola glomerularis afferens (vas afferens)*, se subdivizează în capilare, care formează un glomerul, *glomerulus*, alcătuit din anse de capilare sanguine. Din glomerul iese o arteriolă glomerulară eferentă, (vas eferent), *arteriola glomerularis efferens (vas efferens)*, cu un diametru mai mic decît al arteriolei aferente. Ieșind din glomerul, arteriola glomerulară eferentă se subdivizează în capilare, care se dispun circumcinct pe canaliculele renale, formînd rețeaua capilară a substanței renale corticală și medulară. Această ramificare a vasului arterial aferent în capilare glomerulare și formare din capilare a unui vas arterial eferent a primit numirea de rețea admirabilă, *rete mirabile*.

În substanța medulară a rinichiului de la arterele arcuate și interlobare și de la unele arteriole glomerulare eferente deviază arteriole rectilinii, *arteriolarae rectae*, care irigă piramidele renale. Din rețeaua capilară a substanței corticale renale se formează venule, care, confluînd, formează venele interlobulare, *vv. interlobulares*, afluențe în venele arcuate, *vv. arcuatae*, situate la limita dintre substanța corticală și medulară. În cele mai superficiale straturi de substanță corticală a rinichiului și în capsula fibroasă a lui se formează așa-numitele venule stelate, *venulae stellatae*, afluențe la venele arcuate. La rîndul lor acestea trec în venele interlobare, *vv. interlobares*, care trec în sinusul renal, formînd prin confluență vene de calibru

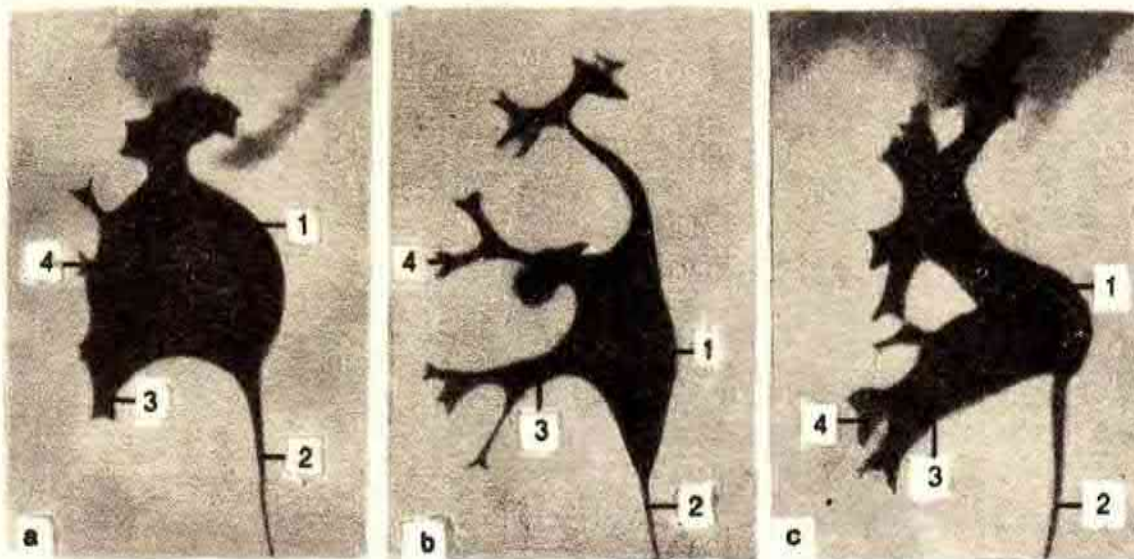


Fig. 75. Forme de bazinet și calice renale. Radiografii.

a — ampulară ; b — arborescentă ; c — mixtă ; 1 — pelvis renalis ; 2 — ureter ; 3 — calyx renalis major ; 4 — calyx renalis minor.

mai mare pînă la constituirea venei renale, *v. renalis*. Vena renală iese din hilul rinichiului și se scurge în vena cavă inferioară.

Vasele limfatice ale rinichiului însoțesc vasele sanguine, ies împreună cu ele din rinichi prin hilul lui (vezi fig. 76), se varsă în ganglionii limfatici lombari, *nódi lymph. lumbáles*.

Nervii rinichiului provin din plexul celiac, din ganglionii trunchiului simpatic (fibrelle simpatic) și din nervii vagi (parasimpatici). În jurul arterelor renale se formează plexul renal, de la care deviază fibre în substanța renală. Inervația aferentă se realizează din ganglionii spinali toracici inferiori și lombari superiori.

Radioanatomia rinichiului. Pe radiografie, contururile rinichiului sînt netede, se prezintă sub formă de linii arcuate, opalescența e omogenă. Limita superioară a opalescenței rinichiului stîng atinge coasta XI și mijlocul corpului vertebrei XI toracice, iar a rinichiului drept — marginea anterioară a aceleiași vertebre. Forma și dimensiunile rinichiului pot fi evaluate prin administrarea de oxigen sau gaz în spațiul retroperitoneal, adică prin pneumoretroperitoneu. În pielografie după introducerea de materii de contrast în sînge sau, pe cale retrogradă, prin ureter, umbra bazinetului renal se

detectează la nivelul corpurilor vertebrelor I și II lombare, sînt vizibile umbrele calicelor renale. Starea patului arterial al rinichiului poate fi evaluată prin metoda arteriografiei.

Particularitățile de vîrstă ale rinichiului

La nou-născut și la copiii de vîrstă sugară rinichiul are o formă ovalară și o suprafață rugoasă, ceea ce se explică prin structura lobulară a organului și subdezvoltarea substanței corticale. Structura lobară a rinichiului persistă pînă la vîrsta de 2—3 ani. Lungimea rinichiului la nou-născut echivalează cu 4,2 cm, masa fiind de 12 g. La vîrsta de sugară rinichii sînt de 1,5 ori mai mari, ajungînd la masa de 37 g.

În perioada primei copilării lungimea rinichiului echivalează în medie cu 7,9 cm, iar masa — 56 g. În perioada prepubertară lungimea rinichiului atinge deja 10,7 cm și masa de 120 g.

La nou-născut grosimea substanței corticale renale ajunge la circa 2 mm, iar a substanței medulare — la 8 mm; coraportul lor e de 1:4. Grosimea substanței corticale la omul matur în comparație cu această valoare la nou-născut sporește de circa 4 ori, iar a substanței medulare — doar de 2 ori.

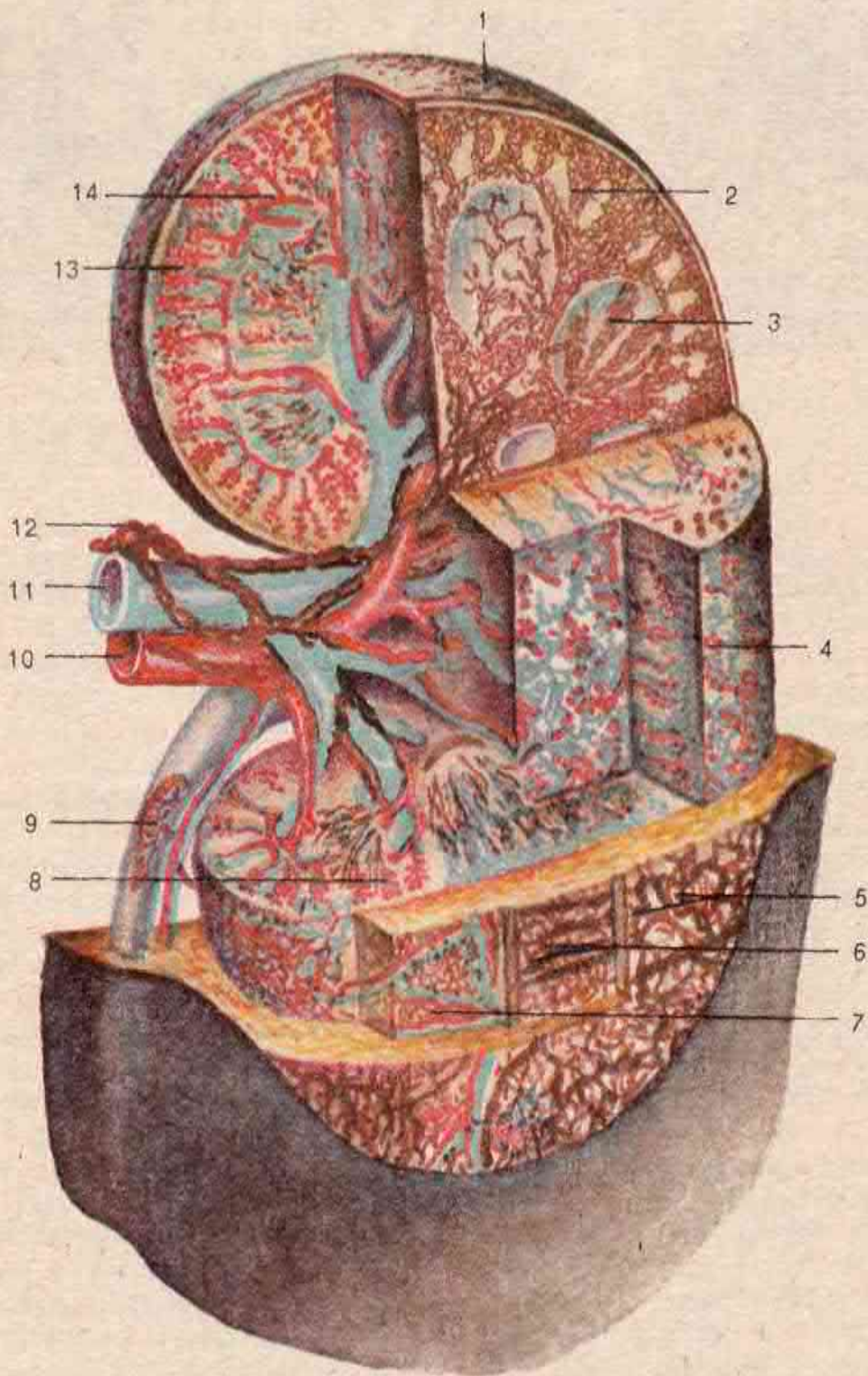


Fig. 76. Schema de construcție a rinichilor (raporturile dintre vasele limfatice și sanguine ale rinichilor).

1 — vase limfatice în capsula fibroasă ; 2 — capilare limfatice în partea contortă ; 3 — capilare limfatice în substanța medulară ; 4 — venulă stelată ; 5 — tunica seroasă și vasele ei limfatice ; 8 — vasele sanguine și limfatice și raportul lor cu nefronii și canaliculele din substanțele corticală și medulară ale rinichilor ; 9 — vasele sanguine și limfatice ale ureterului ; 10 — artera renală ; 11 — vena renală ; 12 — ganglion limfatic regional și vasele limfatice afluențe la el ; 13 — vena interlobulară ; 14 — artera și vena arcuate.

Creșterea rinichilor se produce mai ales în primul an de viață, apoi între 5 și 9 ani, dar în special la vârsta de 16—19 ani, când rinichii cresc datorită dezvoltării substanței corticale, creștere, care continuă pînă la definitivarea perioadei pubertare; creșterea substanței medulare se definitivează la 12 ani. Masa substanței corticale a rinichilor sporește grație creșterii în lungime și lățime a canaliculelor contorte și a ramurii ascendente a ansei nefronului. Bazinetele renale la nou-născut sînt largi și au o formă de ampulă.

Capsula fibroasă a rinichiului devine vizibilă în al cincilea an de viață și la vârsta de 10—14 ani se apropie ca structură de capsula fibroasă a omului matur. Foițele fasciei renale la nou-născut sînt foarte fine, ele se îngroașă treptat odată cu vârsta copilului. Capsula celulo-adipoasă, cvaziabsentă la început, se formează abia în perioada primei copilării, continuînd treptat să se îngroașe ulterior. La vârsta de 40—50 de ani grosimea capsulei adipoase a rinichiului atinge valori maxime, iar în vârsta avansată și în senescență ea se subțiază, uneori dispărînd definitiv.

Topografia rinichilor suferă modificări de vîrstă legate de coborîrea lor. La nou-născut polul superior al rinichiului se proiectează la nivelul marginii superioare a vertebrei XII toracice, iar în vârsta de sugăr (pînă la 1 an) se află deja la nivelul mijlocului corpului vertebrei XII toracice. Polul inferior al rinichiului la nou-născut se află la nivelul marginii inferioare a vertebrei IV lombare, la copilul de 1 an — cu 1/2 vertebră mai sus, ceea ce se explică prin creșterea intensă a coloanei vertebrale. După 5—7 ani poziția rinichiului în raport cu coloana vertebrală se apropie de poziția la omul matur.

După 50 de ani, mai ales la persoanele senile și cașectizante, rinichii pot să coboare mai jos decît în adolescență. În toate perioadele de vîrstă rinichiul drept se plasează ceva mai jos decît rinichiul stîng.

La nou-născut ambii rinichi, în regiunea polului superior cu fața anteromedială (aproape pînă la hilurile renale) con-

tactează cu suprarenalele respective). La rinichiul drept vine de asemenea în adiacență ficatul, cecul și apendicele vermicular. La rinichiul stîng pe un sector redus vine în adiacență splina, medial de la hil se află porțiunea caudală a pancreasului.

Axul longitudinal al rinichiului la copiii de la 3 la 4 ani trece paralel cu coloana vertebrală, hilurile renale sînt orientate întrucîtva anterior. La vârsta de 5—6 ani axurile longitudinale iau o orientare înclinată (de convergență superioară).

Creșterea corpului generează modificări în poziția rinichilor și în lungimea relativă a arterelor și venelor renale, adică a pedunculului renal. La nou-născut „pedunculul renal” este relativ lung, vasele sînt dispuse oblic: începutul arterei renale și orificiul venei se plasează superior de hilul renal. Apoi „pedunculul renal” vine treptat în poziție orizontală și după vârsta de 50 de ani din cauza deplasării de anumit grad a rinichilor în jos, lungimea pedunculului renal sporește și capătă orientare inferioară.

URETERUL

Ureterul, *uréter*, constituie un organ par, care începe din partea îngustă a bazinetului renal și se termină la nivelul de intrare în vezica urinară. Funcția ureterului constă în a evacua urina din rinichi în vezica urinară. Ureterul are forma unui tub de 30—35 cm lungime și 8 mm în diametru. În 3 locuri ureterul este stenozat: porțiunea incipientă a ureterului la ieșirea din bazinet, trecerea porțiunii abdominale a ureterului în porțiunea pelviană, la intersectarea liniei terminale a bazinului, și la nivelul intrării ureterului în vezica urinară; diametrul lumenului constituie 3—4 mm. Ureterul e dispus retroperitoneal. Distingem următoarele părți ale ureterului: abdominală, pelviană și intramurală. Partea abdominală, *pars abdominalis*, se află pe partea anterioară a mușchiului mare al lombelor. Porțiunea incipientă a ureterului drept se află posterior de partea descendentă a duodenului, iar a ureterului stîng — posterior de fle-

xura duodeno-jejunală. Anterior de ureter se află artera și vena testiculară (sau ovariene), peritoneul parietal. La trecere în partea pelvină ureterul drept se intersectează cu rădăcina mezenterului, iar cel stâng cu mezoul colonului sigmoid. Partea pelvină, *pars pelvina*, a ureterului drept trece anterior de artera și vena iliace interne din dreapta, iar a ureterului stâng — anterior de artera și vena iliace comune. În cavitatea micului bazin fiecare ureter se află anterior de artera iliacă internă și medial de artera și vena obturatoare. Lumenul ureterului în partea pelvină este îngustat.

La femei partea pelvină a ureterului trece posterior de ovar, apoi ureterul înconjoară colul uterin din partea laterală, plasându-se în continuare între perețele anterior al vaginului și vezica urinară. La bărbați partea pelvină e situată spre exterior de canalul deferent, apoi îl intersectează și ceva mai jos de marginea superioară a veziculei seminale iese în vezica urinară. Porțiunea terminală a părții pelvine a ureterului, care penetrează vezica urinară în sens oblic pe o întindere de 1,5—2 cm, se numește parte intramurală, *pars intramuralis*.

Peretele ureterului este alcătuit din 3 tunici: internă — *tunica mucosă*, formează pliuri longitudinale. Cea medie — *tunica musculară*, în partea superioară a ureterului este alcătuită din două straturi — longitudinal și circular, iar în porțiunea inferioară — din 3 straturi: intern și extern — longitudinale, și mediu — circular. În exterior ureterul este tapetat de adventiție — *tunica adventitia*.

Vasele și nervii ureterelor. Vasele sanguine ale ureterului provin din câteva surse. La partea superioară a ureterului vin ramurile ureterice, *rr. ureterici*, din arterele renală, testiculară sau ovariană, *a. renalis*, *a. testicularis*, *s. ovarica*. Porțiunea medie a ureterului este irigată cu sânge din ramurile ureterice, *rr. ureterici*, din partea abdominală a aortei, din arterele iliace comună și internă. La porțiunea inferioară a ureteru-

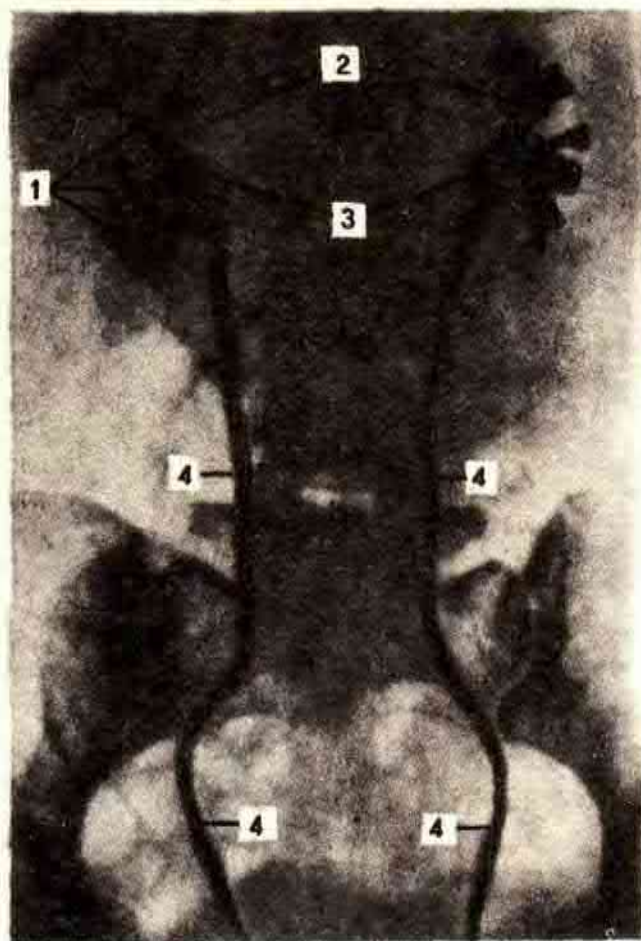


Fig. 77. Ureterele, bazinetele și calicele renale (pielografie bilaterală).

1 — calices renales minores; 2 — calices renales majores; 3 — pelvis renalis; 4 — ureter.

lui vin ramurile ureterice, *rr. ureterici*, de la arterele rectală medie și vezicală inferioară. Venele ureterului sînt afluențe la venele testiculară (sau ovariană) și iliacă internă.

Vasele limfatice ale ureterelor se scurg în ganglionii limfatici lombari și iliaci interni.

Nervii ureterului vin din plexurile renal, ureteric și hipogastric inferior. Inervația parasimpatică în porțiunea superioară se realizează din nervul vag (prin plexul renal), iar în porțiunea inferioară — din nervii viscerali ai bazinului.

Radioanatomia ureterelor. Pe radiografie ureterul are aspectul unei umbre înguste cu contururi clare și netede (fig. 77). La ieșire din bazinetul renal, ureterele drept și stîng se apropie de apofizele transversale ale vertebrelor

lombare, formînd în partea lombară o flexură în sens medial. În cavitatea pelvină ureterele formează flexuri laterale. Înainte de a pătrunde în vezica urinară ele formează din nou flexuri mediale. În radioscopia ureterelor pe viu, în afară de îngustările anatomice deschise se văd cu ușurință și îngustările fiziologice, care țin de peristaltica ureterelor.

VEZICA URINARĂ

Veziica urinară, *vesica urinaria*, este un organ cavitătar impar (fig. 78), care execută funcția de rezervor pentru urină. Din acest rezervor urina este evacuată prin uretră în exterior.

Forma vezicii urinare și dimensiunile ei variază în funcție de gradul de umplere cu urină. Veziica umplută are o formă ovalară. Volumul vezicii urinare la omul matur echivalează în medie cu 250—500 ml.

În vezica urinară distingem partea anterosuperioară, orientată spre peretele abdominal anterior, **apexul vezicii**, *âpex vesicae*. De la apexul vezicii spre ombilic trece un traveu fibros numit ligament ombilical median, *lig. umbilicâle mediânum*, vestigiul al canalului urinar embrionar (*urachus*). Fără a avea o limită strictă apexul vezicii trece în partea ei largă numită corp al vezicii, *corp us vesicae*. Continuîndu-se posteroinferior, corpul vezicii trece în fundul vezicii, *fundus vesicae*. Partea inferioară a vezicii urinare se îngustează infundibuliform și trece în uretră. Această parte a primit numirea de col vezical, *cervix vesicae*. În porțiunea inferioară a colului vezical se află orificiul intern al uretrei, *ostium urêthrae intèrnum*.

Topografia vezicii urinare. Veziica urinară e situată în cavitatea micului bazin posterior de simfiza pubiană. Ea are fața anterioară orientată spre simfiza pubiană, de la care e delimitată printr-un strat celular lax plasat în spațiul retrosimfizal. Cînd vezica este plină cu urină apexul ei proemină de asupra simfizei pubiene și vine în contact cu peretele anterior abdominal. Fața posterioară a vezicii urinare la bărbați vine în adiacen-

ță cu rectul, cu vezica seminală și cu ampulele canalelor deferente, iar fundul ei — cu prostata (fig. 79). La femei fața posterioară a vezicii urinare contactează cu peretele anterior al colului uterin și vaginului, iar fundul cu diafragma urogenital. Fețele laterale ale vezicii urinare atît la bărbați cît și la femei limitrofează cu mușchiul levator al anusului. La fața superioară a vezicii urinare la bărbați vin în adiacență ansele intestinului subțire, iar la femei — uterul. Veziica urinară umplută se dispune în raport cu peritoneul mezoperitoneal, iar cînd e golită — retroperitoneal. Peritoneul acoperă vezica urinară în sens superior, bilateral și posterior, apoi, la bărbați, trece pe rect (depresiunea recto-vezicală), iar la femei — pe uter (depresiunea vezico-uretrală). Peritoneul, care acoperă vezica urinară, se unește cu peretele ei destul de mobil. Veziica urinară e fixată de pereții micului bazin și este unită cu organele adiacente prin intermediul unor traveuri fibroase. Apexul vezicii urinare este unit cu ombilicul prin ligamentul ombilical medial. Porțiunea inferioară a vezicii urinare este fixată de pereții micului bazin prin ligamente formate din fibre ale fasciei pelvine: ligamentul puboprostatic, *lig. puboprostâticum*, la bărbați, și ligamentul pubovezical, *lig. pubovesicâle*, la femei. În afară de ligamente, vezica urinară mai este cramponată în poziția ei de fascicule musculare, care formează mușchiul pubovezical, *m. pubovesicâlis*, și mușchiul rectovezical, *m. rectovesicâlis*. Acesta din urmă există doar la bărbați. La bărbați ca și la femei vezica urinară mai e fixată în anumită măsură și de porțiunea inițială a uretrei, precum și de porțiunile terminale ale ureterelor, de prostată, la bărbați, și de diafragma urogenitală, la femei.

Structura vezicii urinare. Peretele vezicii urinare (la bărbați și la femei) este alcătuit din tunica mucoasă, din baza submucoasă, din tunica musculară și, parțial, din tunica seroasă. În locurile unde tunica seroasă lipsește, membrana externă a vezicii urinare o constituie adventiția. Fiind umplută, vezica

urinară are pereții fini (2—3 mm). După evacuarea urinei vezica scade în dimensiuni, pereții ei se contractă, înregistrând 12—15 mm grosime. *Tunica mucosa*, *tunica mucosa*, tapetează vezica urinară din interior, formînd pliuri în vezică în stare evacuată. Cînd vezica urinară se umple cu urină, pliurile tunicii mucoase se nivelează definitiv. *Tunica mucoasă* e de culoare roză, mobilă, se plisează cu ușurință, exceptînd o porțiune mică în regiunea fundului vezical (*trigonul vezicii, trigonum vesicae*), unde membrana mucoasă aderă intim la membrana musculară. În partea anterioară a fundului vezicii urinare (la vârful trigonului vezical) pe tunica mucoasă există orificiul intern al uretrei, iar la capetele limitei posterioare a trigonului vezical se află două orificii ureterice, *ostium ureteris (dextrum et sinistrum)*. De-a lungul bazei (limitei posterioare) a trigonului vezical trece pliul interureteric, *plica interureterică*, al tunicii mucoase.

Baza submucoasă, tela submucosa, în peretele vezicii urinare e destul de dezvoltată. Grație acesteia tunica mucoasă se poate plisa cu ușurință. În regiunea trigonului vezical baza submucoasă lipsește. Spre exterior de ea, în peretele vezicii urinare se află **tunica musculară, tunica muscularis**, alcătuită din 3 straturi vag delimitate, care se formează din țesut muscular neted (nestriat). Straturile intern și extern sînt orientate longitudinal, iar cel mediu, deosebit de puternic, e orientat circular. În regiunea colului vezicii urinare și orificiului intern al uretrei stratul mediu circular este deosebit de dezvoltat. La porțiunea inițială a uretrei acest strat formează sfincterul vezicii urinare, *m. sphincter vesicae*. *Tunica musculară* a vezicii urinare, dacă contractia ei coincide cu deschiderea simultană a sfincterului, reduce volumul organului și refulează urina prin uretră spre exterior. În legătură cu această funcție a tunicii mucoase a vezicii urinare ea este numită *mușchi detrusor al vezicii urinare, m. detrusor vesicae*.

Vasele și nervii vezicii urinare. La

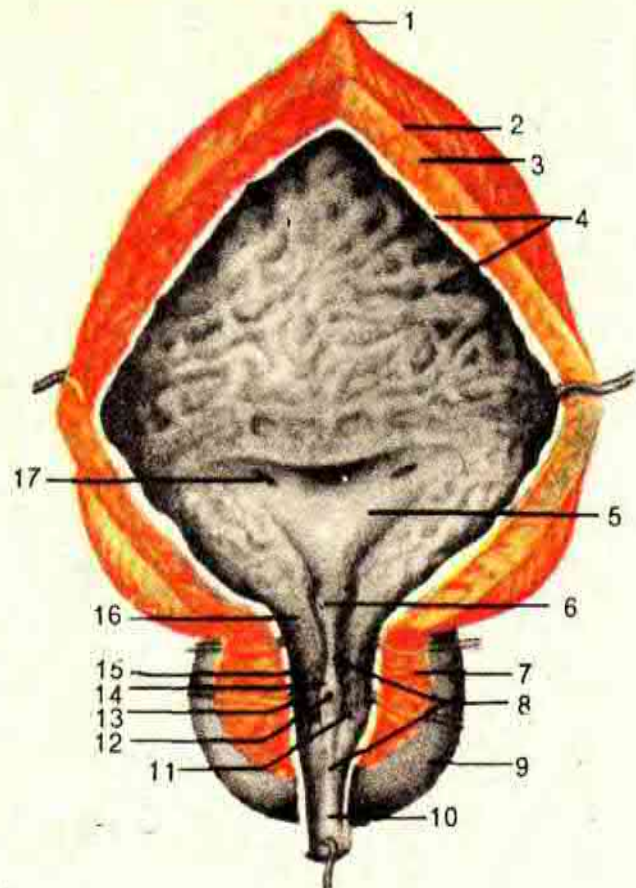


Fig. 78. Vezica urinară, partea prostatică a uretrei masculine și prostata (în secțiune).

1 — lig. umbilicale medianum; 2 — tun. muscularis (stratum longitudinale externum); 3 — tun. muscularis (stratum circulare); 4 — tun. mucosa; 5 — trigonum vesicae; 6 — uvula vesicae; 7 — parenchyma glandularis; 8 — crista urethralis; 9 — prostata; 10 — pars membranacea; 11 — ductuli prostatici (orificii); 12 — utriculus prostaticus; 13 — ductus ejaculatorius (orificiu); 14 — colliculus seminalis; 15 — pars prostatica; 16 — ostium urethrae internum; 17 — ostium ureteris.

apexul și corpul vezicii urinare vin arterele vezicale superioare, *aa. vesicales superiores*, care sînt ramuri ale arterei ombilicale. Pereții laterali și fundul vezicii urinare se irigă cu sînge din ramurile arterei vezicale inferioare, *a. vesicalis inferior*, care sînt ramuri ale arterei iliace interne.

Sîngele venos de la pereții vezicii urinare se scurge în plexul venos al vezicii urinare, *plexus venosus vesicae urinariae*, precum și prin venele vezicale, *vv. vesicales*, nemijlocit în venele interne iliace. Vasele limfatice ale vezicii urinare se scurg în ganglionii limfatici iliaci interni. Vezica urinară are inervație simpatică din plexul hipogastric inferior, și parasimpatică — prin nervii viscerali pelvini, *nn. splanchnici pelvini*,

lingă curburele mică și mare ale stomacului. Pe pereții anterior și posterior ai stomacului acest strat este alcătuit din fibre musculare răsfirate, care sînt mai dezvoltate în regiunea pilorului. Stratul circular, *stratum circulare*, e dezvoltat mai bine decît cel longitudinal, în regiunea părții pilorice a stomacului stratul se îngroașă, formînd în jurul orificiului de ieșire a stomacului **sfincterul piloric**, *m. sphincter pylori*, al treilea strat din tunica musculară, existent numai la stomac, este alcătuit din fibre oblice, *fibrae obliquae* (*stratum obliquum* — BNA). Fibrele oblice trec peste partea cardiacă a stomacului spre stînga de orificiul cardiac și coboară în jos spre dreapta pe pereții anterior și posterior ai organului, orientîndu-se spre curbura mare.

Baza submucoasă, *tela submucosa*, e destul de groasă, ceea ce îi permite mucoasei aderente la ea să formeze pliuri. **Tunica mucoasă**, *tunica mucosa*, e de culoare gri-roz și este tapetată cu un strat de epiteliu cilindric. Grosimea acestei tunici oscilează între 0,5 și 2,5 mm. Grație prezenței **foiței musculare a membranei mucoase**, *lamina muscularis mucosae*, și bazei submucoase, tunica mucoasă formează numeroase pliuri *gastrice*, *plicae gastricae*, care în diferite compartimente ale stomacului au orientare variată (fig. 25). De exemplu, de-a lungul curburii mici sînt situate pliurile longitudinale, iar în regiunea fundului și corpului stomacului există pliuri transversale, oblice și longitudinale. La nivelul trecerii stomacului în duoden se află *valvula inelara a pilorului*, *valvula pylorica* (BNA), care la contractia sfincterului piloric separă definitiv cavitatea stomacului de cea a duodenului.

Toată suprafața mucoasei stomacului (pe pliuri și între ele) comportă niște proeminențe mici (de 1—6 mm în diametru) numite *arii gastrice*, *areae gastricae* (fig. 26). Pe suprafața acestor arii se află *foveolele gastrice*, *foveolae gastricae*, care reprezintă orificiile glandelor gastrice foarte numeroase (circa 35 mln). Acestea din urmă secretă suc gastric (enzime diges-

tive), pentru tratarea chimică a alimentelor. În baza de țesut conjunctiv a tunicii mucoase se află vase arteriale, venoase și limfatice, nervi, precum și ganglioni limfatici solitari.

Radioanatomia stomacului. La omul viu stomacul este un organ foarte mobil, care își schimbă neconștient forma și poziția în funcție de tonusul tunicii musculare, de poziția corpului și de gradul de umplere (fig. 27, 28). Pornind de la funcțiile digestive și motorii ale stomacului, la el distingem sacul digestiv, *saccus digestivus*, alcătuit din fundul și corpul stomacului, și canalul egestiv, *canalis egestivus*, care include partea pilorică și pilorul stomacului.

Limita anatomică dintre sacul digestiv și canalul de evacuare o constituie incisura unghiulară la nivelul căreia se află sfincterul fiziologic al peretelui stomacului. La indivizii de tip brahimorf de constituție stomacul are o formă de con situat cvazitransversal.

Pentru tipul mezomorf de constituție este caracteristic stomacul de forma hamată. Corpul stomacului e dispus cvazivertical, apoi se incurbează brusc spre dreapta, încît partea pilorică ocupă o poziție ascendentă în dreapta lingă coloana vertebrală. Între sacul digestiv și canalul egestiv se formează un unghi ascuțit deschis în sus.

La indivizii cu tip dolicomorf de constituție a corpului stomacul are forma unui ciorap alungit. Porțiunea descendentă (*saccus digestivus*) ajunge departe în jos, porțiunea pilorică ce reprezintă canalul egestiv, se ridică brusc în sus, situîndu-se pe linia mediană sau intrucitva lateral de ea (în stînga sau în dreapta).

Aceste forme ale stomacului, precum și numeroasele variante intermediare ale lor se înregistrează în poziția verticală a corpului. În decubit dorsal sau lateral forma stomacului se modifică mai ales de pe urma schimbării raportului spațial cu organele vecine. Forma stomacului mai depinde de vîrstă și sex: la femeie forma frecventă a stomacului e cea hamat-oblongată, la bătrîni și copii — cea în formă de con. Forma stoma-

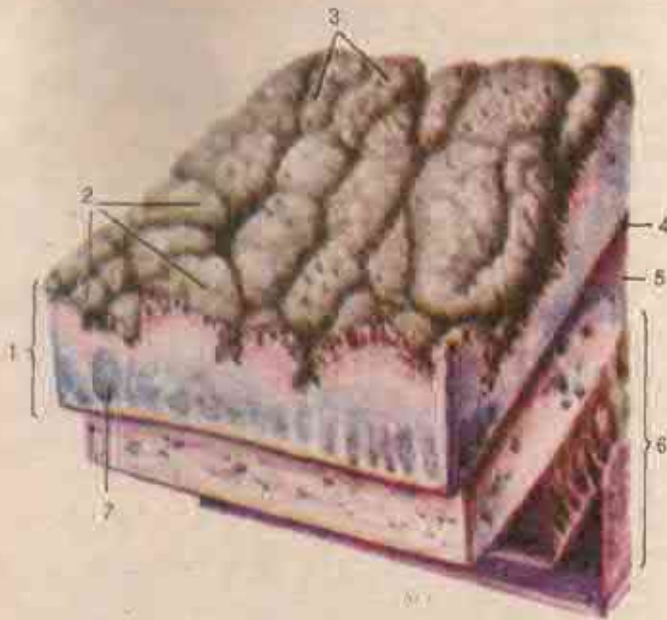


Fig. 26. Structura peretelui stomacului.

1 — tun. mucosa; 2 — aree gastrice; 3 — foveole gastrice; 4 — lam. muscularis mucosae; 5 — tela submucosa; 6 — tun. muscularis; 7 — nodulus (folliculus) lymphaticus solitarius.

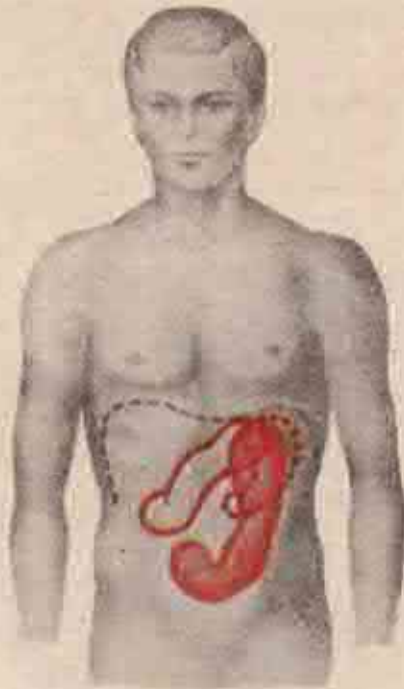


Fig. 27. Proiecția stomacului pe pereții abdominali anteriori.

Linia punctată indică conturul stomacului și diafragmului în poziție verticală și în poziție orizontală. Linia întreruptă indică conturul stomacului în decubație dreptă; stomacul în poziție de decubație stângă este prezentat în culoare roșie.

cului la omul viu depinde și de starea funcțională a organului. De exemplu, pe nemincate stomacul îmbracă o formă de canal îngust cu o dilatare ușoară în regiunea fundului și corpului lui. Stomacul plin se dilată respectiv alimentelor ingerate. Cu ocazia examenului radiologic al stomacului putem observa configurația plinilor tunicii mucoase și unde peristaltice.

Văsele și nervii stomacului. La mică curbura a stomacului vine *a. gastrică stângă* (din trunchiul celiac) și *a. gastrică dreaptă*, ramură a arterei hepatice proprii; la curbura mare vine *a. gastroepiploică dreaptă* (ramură a arterei gastroduodenale) și *a. gastroepiploică stângă*; la fundul stomacului — *aa. gastrici breves* (ramuri ale arterei lienale). Arterele gastrice și gastroepiploice anastomozează în regiunea curburii mari și mici, prinzând stomacul într-un inel arterial, de la care deviază numeroase ramuri spre pereții stomacului. Singele vene de la pereții stomacului se scurge prin venele omonime, care însoțesc arterele, și sînt afluențe ale venei porte. Vasele limfatice se scurg în ganglionii limfatici gastrici (din compartimentele superioare ale stomacului din partea curburii

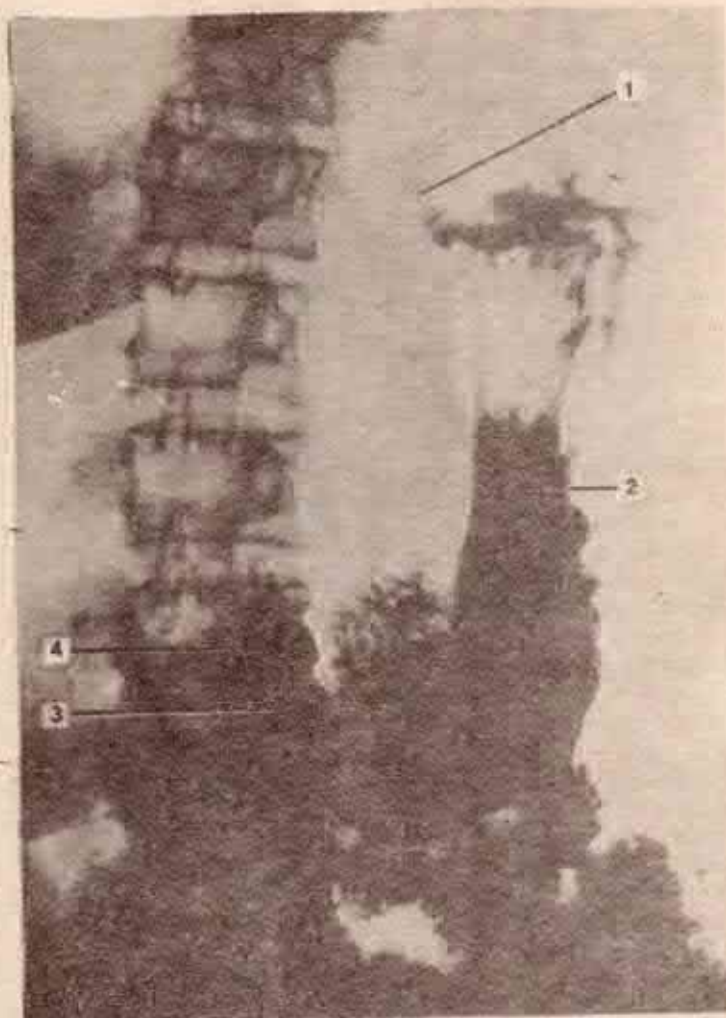


Fig. 28. Radiografie a stomacului umplut cu masa contrastantă.

1 — parte cardiacă; 2 — corpul ventriculului; 3 — plexul piloric; 4 — ampulla duodenală.

mici și de la porțiunea cardiacă — în inelul limfatic al cardiei), în ganglionii limfatici gastroepiploici drept și stâng (de la compartimentele inferioare și de la curbura mare), în ganglionii pilorici (suprapilorici, infrapilorici și retropilorici). La inervația stomacului (la formarea plexului gastric, plexus gastricus), participă nervii vagi (perechea X) și simpatici. Trunchiul vag anterior se ramifică în peretele anterior, iar trunchiul posterior respectiv în peretele posterior al stomacului.

Nervii simpatici deviază spre stomac de la plexul gastric pe traiectul arterelor gastrice.

Particularitățile de vîrstă ale stomacului

Stomacul nou-născutului are o formă cilindrică sau de corn de bou, de cîrlig de prins pește. Partea cardiacă, fundul și porțiunea pilorică sînt slab pronunțate, pilorul este larg. Capacitatea stomacului e de circa 50 cm, lungimea — 5 cm, lățimea — 3 cm. Spre sfîrșitul primului an de viață stomacul se alungeste și pe la vîrsta de 7—11 ani capătă forma caracteristică pentru omul matur. Formarea părții cardiale se definitivează doar la debutul copilăriei secundare (8 ani). La vîrsta de un an înălțimea stomacului atinge 9 cm, lățimea — 3 cm.

capacitatea sporește pînă la 250—300 cm. La vîrsta de 2 ani capacitatea stomacului echivalează cu 490—590 cm, de 3 ani — 580—680 cm, de 4 ani — pînă la 750 cm. Spre finele copilăriei secunde (12 ani) capacitatea sporește pînă la 1300—1500 cm. La copiii alimentați artificial se observă destinderea stomacului, mai ales în regiunea peretelui anterior. O mare parte din stomacul nou-născutului (cardia, fundul, o parte din corp) se află în hipocondrul stîng și este acoperită de lobul stîng al ficatului. Curbură mare este adiacentă la colonul transvers. Pe măsura reducerii în volum a lobului stîng al ficatului, stomacul se apropie de peretele abdominal anterior și se deplasează în epigastru.

Orificiul de intrare în stomac la nou-născut se află la nivelul vertebrelor VIII—IX, iar orificiul pilorului — la nivelul vertebrelor XI—XII toracice. Odată cu creșterea și dezvoltarea copilului stomacul coboară și la vîrsta de 7 ani în poziția verticală a corpului orificiul lui de intrare se proiectează între vertebrele XI—XII toracice, iar orificiul de ieșire — între vertebrele XII toracică și I lombară. În senescență stomacul coboară și mai mult. La nou-născut tunica mucoasă a stomacului este relativ groasă, pliurile sînt înalte. Ariile gastrice au dimensiuni de la 1 la 5 mm, foveolele gastrice sînt în număr de circa 200.000. Numărul acestor foveole la vîrsta de 3 luni sporește pînă la 700.000, la vîrsta de 2 ani — pînă la 1300.000 iar la 15 ani echivalează cu 4 mln.

Tunica musculară a stomacului la nou-născut compoartă toate trei straturi, deși stratul longitudinal și fibrele oblice sînt subdezvoltate. Tunica musculară ajunge la grosimea maximă pe la vîrsta de 15—20 de ani.

INTESTINUL SUBȚIRE

Intestinul subțire, *intestinum tenue*, este porțiunea cea mai lungă a tubului digestiv. El este situat între stomac și colon (fig. 29). În intestinul subțire, chimul alimentar după ce a fost tratat cu salivă și suc gastric, se expune acțiunii sucului intestinal, bilei, sucului pancrea-

tic; aici produsele digestiei se absorb în vasele sanguine și limfatice (în capilare). Intestinul subțire este localizat în regiunea celiacă (regiunea medie a abdomenului), inferior de stomac și de colonul transvers, ajungînd pînă la intrarea în cavitatea pelviană.

La omul viu lungimea intestinului subțire oscilează între 2,2 și 4,4 m, la bărbați intestinul este mai lung decît la femei. La cadavru din cauza dispariției tonusului tunicii musculare lungimea intestinului subțire echivalează cu 5—6 m.

Intestinul subțire are o formă de tub, diametrul căruia în porțiunea lui incipientă echivalează în medie cu 47 mm, iar în regiunea terminală — cu 27 mm. Limita superioară a intestinului subțire e constituită de pilorul stomacului, iar cea inferioară — de valvula ileocecală în locul unde el trece în cec.

În intestinul subțire distingem următoarele compartimente: duoden, jejun și ileon. Jejunul și ileonul, spre deosebire de duoden, comportă un mezu bine pronunțat și se consideră ca parte mezenterică a intestinului subțire.

Duodenul, duodenum, reprezintă porțiunea incipientă a intestinului subțire și e situat pe peretele posterior al cavității abdominale. Lungimea duodenului la omul viu echivalează cu 17—21 cm, iar la cadavru 25—30 cm. Duodenul începe de la pilor și trece în formă de poteavă în jurul capului pancreasului. În duoden distingem 4 părți: superioară, descendentă, orizontală și ascendentă.

Partea superioară, pars superior, începe de la pilorul stomacului în dreapta de vertebra XII toracică sau I lombară, pornește spre dreapta și intructivă posterosuperior, formînd curbura superioară (flexura) a duodenului, *flexura duodeni superior*, și continuă cu partea descendentă. Lungimea acestei părți a duodenului e de 4—5 cm.

Posterior de partea superioară se află vena portă, ductul biliar comun, iar fața ei superioară contactează cu lobul patrat al ficatului.

Partea descendentă, pars descendens, începe de la flexura superioară a duodenului la nivelul vertebrei I lombare și coboară de-a lungul marginii drepte a

coloanei vertebrale pînă la nivelul vertebrei III lombare, apoi flectează brusc în stînga, formînd *flexura inferioară a duodenului, flexura duodeni inferior*. Lungimea părții descendente e de 8—10 cm. Posterior de partea descendentă se află rinichiul drept, din stînga și intrucitva posterior trece ductul biliar comun. Anterior, duodenul este intersectat de rădăcina mezoului colonului transvers și tot aici el este adiacent la ficat.

Partea orizontală, pars horisontalis, începe de la flexura inferioară a duodenului, trece orizontal spre stînga la nivelul corpului vertebrei III lombare, anterior de vena cavă inferioară adiacentă la coloana vertebrală, apoi pornește în sus și continuă cu **partea ascendentă (pars ascendens)**, care se termină la marginea stîngă a corpului vertebrei II lombare printr-o flexură bruscă în jos, înainte și în stînga. Aceasta e *flexura duodeno-jejunală, flexura duodeno-jejunalis*, adică locul de trecere a duodenului în jejun. Flexura e fixată pe diafragm cu ajutorul mușchiului suspensor al duodenului (*m. suspensorius duodeni*). Posterior de partea ascendentă se află partea abdominală a aortei, iar la nivelul trecerii părții orizontale în cea ascendentă, superior de duoden trec artera și vena mezenterice superioare, care se încorporează în rădăcina mezoului intestinului subțire. Între porțiunea descendentă și capul pancreasului, se află un șanț în care e situată extremitatea ductului biliar comun. Unindu-se cu ductul pancreasului, acesta se deschide în lumenul duodenului pe ampula lui Vater (*pron: Fater*) sau papila duodenala mare.

Duodenul nu are mezou și este situat retroperitoneal. Peritoneul este adiacent la duoden în partea lui anterioară cu excepția locurilor unde el este intersectat de rădăcina colonului transvers (*pars descendens*) și de rădăcina mezoului intestinului subțire (*pars horisontalis*). Porțiunea incipientă a duodenului, numită a m p u l ă, *ampulla*, este încetățată de peritoneu din toate părțile.

Pe fața internă a peretelui duodenului se văd niște **pliuri circulare, plicae cir-**

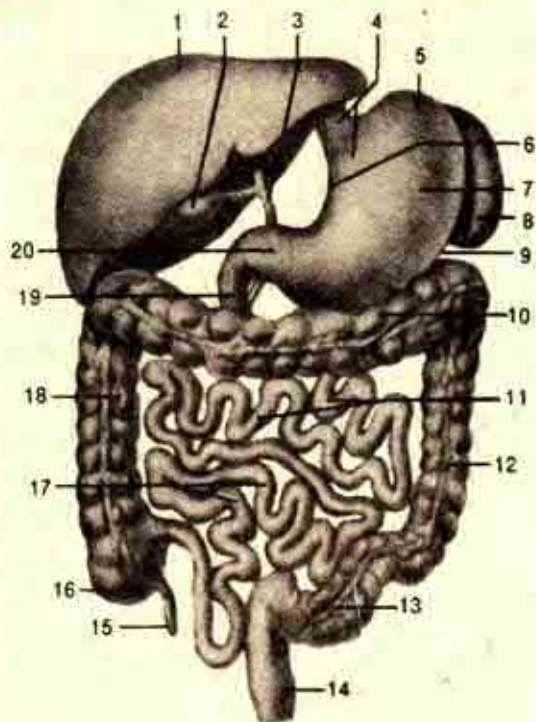


Fig. 29. Topografia organelor în cavitatea abdominală (schemă).

1 — ficat; 2 — vena portală; 3 — ductul coledochus; 4 — pars-cardică ventriculii; 5 — fundus (corp) ventriculii; 6 — curvatura ventriculii minor; 7 — corpus ventriculii; 8 — lien; 9 — curvatura ventriculii major; 10 — colon transversum; 11 — jejunum; 12 — colon descendens; 13 — colon sigmoideum; 14 — rectum; 15 — appendix vermiformis; 16 — caecum; 17 — ileon; 18 — colon ascendens; 19 — duodenum; 20 — pars pylorică ventriculii.

culăres, caracteristice pentru tot intestinul subțire, precum și niște pliuri longitudinale existente doar în porțiunea incipientă a duodenului, în ampula acestuia. În afară de acestea, un **pliu longitudinal al duodenului, plica longitudinalis duodeni**, se află pe peretele medial al părții descendente. Acest pliu în partea inferioară comportă **papila mare a duodenului** (ampula lui Vater), *papilla duodeni major*, unde printr-un orificiu comun se deschid ductul biliar comun și ductul pancreasului. Superior de papila mare e situată **papila mică a duodenului, papilla duodeni minor**, pe care se află orificiul ductului accesoriu al pancreasului. În lumenul duodenului se deschid **glandele duodenale, glandulae duo-**

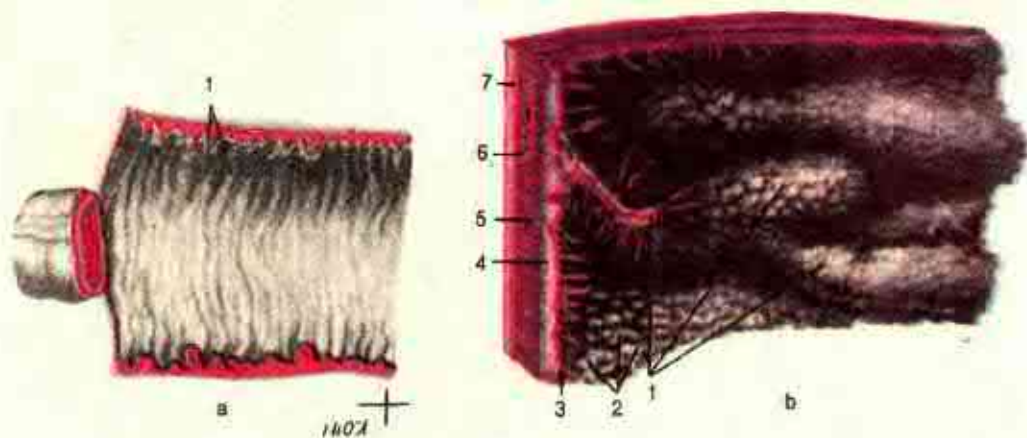


Fig. 30. Intestinul subțire.

a — porțiune de intestin secționat longitudinal; b — suprafața tunicii mucoase; 1 — straturile peretelui intestinal; 1 — pliea circulară; 2 — vilii intestinali; 3 — tunica mucoasă; 4 — tela submucoasă; 5 — stratum circulare tunicei musculare; 6 — stratum longitudinal tunicei musculare; 7 — ten. serosa.

denăles, care sînt situate în baza submucoasă a peretelui intestinului.

Vasele și nervii duodenului. Duodenul este irigat de *aa. pancreaticoduodenales superiores anterior et posterior* (din artera gastroduodenală) și *a. pancreaticoduodenales inferior* (din artera mezenterică superioară), care anostomozează între ele și trimit spre peretele intestinului ramuri duodenale (*rr. duodenales*). Venele omonime se scurg în vena portă și în afluenții ei. Vasele limfatice ale duodenului se îndreaptă spre ganglionii limfatici pancreatoduodenali, mezenterici superiori, celiaci și lombari. Inervația duodenului e realizată de ramurile directe ale nervilor vagi din plexul gastric, hepatic și mezenteric superior.

Radioanatomia duodenului. Distingem porțiunea incipientă a duodenului numită bulb, *bulbus duodeni*, care se vede în forma de opalescență triunghiulară cu baza orientată spre pilorul stomacului, delimitându-se de acesta printr-o strânguție îngustă (generată de contracția sfîncterului piloric). Virful opalescenței triunghiulare a bulbului corespunde nivelului primului pli circular al mucoasei duodenale. Forma duodenului cunoaște variabilitate individuală. De exemplu, are formă de potcoavă cînd sînt vizibile toate porțiunile lui, se întîlnește

în 60% din cazuri. În 25% din cazuri duodenul are o formă inelară și în 15% are o formă de ansă, dispusă vertical, simulînd litera „U”. Sînt posibile și forme de tranziție.

Partea mezenterică a intestinului subțire, care este o continuare a duodenului, e situată mai jos de colonul transvers și de mezoul lui și formează 14—16 anse, acoperite anterior de marele epiploon. Doar 1/3 din numărul anselor se află la suprafață și sînt accesibile examenului de revistă, iar 2/3 din numărul lor sînt situate în profunzimea cavității abdominale și, pentru a le examina, e nevoie de a întinde intestinul. Cam 2/5 din partea mezenterică a intestinului subțire se referă la jejun și 3/5 — la ileon. Nu există o limită strictă între aceste compartimente ale intestinului subțire.

Jejunul, jejūnum, urmează nemijlocit după duoden, ansele lui se află în partea stîngă superioară a cavității abdominale.

Ileonul, ileum, fiind continuarea jejunului, ocupă partea dreaptă inferioară a cavității abdominale și trece în intestinul cec în regiunea fosei iliace drepte. Jejunul și ileonul sînt acoperiți din toate părțile de peritoneu (sînt localizate intraperitoneal), care formează **tunica seroasă externă, tunica serosa**, a peretilor lor,

care e situată pe o **bază subseroasă** fină, *têla subserôsa*. Dat fiind faptul că peritoneul se apropie de intestin dintr-o singură parte, pe jejun și ileon distingem partea liberă acoperită de peritoneu și partea opusă, mezenterică, unde peritoneul care acoperă intestinul trece în mezoul lui. Între cele două foițe ale mezoului spre intestin vin artere și nervi, pleacă vene și vase limfatice. La acest nivel intestinul are o fișie îngustă ce nu este acoperită de peritoneu.

Tunica musculară, situată sub baza subseroasă, tûnica muscularis, conține un strat longitudinal extern, *stratum longitudinale*, și un strat circular intern, *stratum circulare*, care este mai dezvoltat decât cel longitudinal. La nivelul de trecere a ileonului în cec există o îngroșare a stratului muscular circular.

După tunica musculară urmează **baza submucoasă, têtla submucôsa**, care e destul de groasă. Ea este alcătuită din țesut conjunctiv fibros lax, în care se află vase sanguine, limfatice și nervi.

Tunica internă mucoasă tûnica mucôsa, e de culoare roz la nivelul duodenului și jejunului și de culoare gri-roz la nivelul ileonului, ceea ce se explică prin diferența de intensitate a irigației în aceste compartimente. Membrana mucoasă a peretelui intestinului subțire formează **pliuri circulare, plicae circulares**, numărul total al cărora atinge 650 (fig. 30). Lungimea fiecărui pli constituie $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ din circumferința intestinului, înălțimea pliurilor e de circa 8 mm. Pliurile sînt formate din tunica mucoasă cu participarea bazei submucoase. Înălțimea pliurilor scade în direcție de la jejun spre ileon. Suprafața mucoasei este catifelată, din cauza vilozităților intestinale (*villi intestinâtes*), lungi de 0,2—1,2 mm (fig. 31). Prezența acestor vilozități numeroase (4—5 mln), precum și a pliurilor, mărește suprafața de absorbție a tunicii mucoase din intestin, care este tapetată cu un singur strat de epiteliu cilindric și comportă o rețea de vase sanguine și limfatice. Baza vilozităților o constituie țesutul conjunctiv al foiței proprii a tunicii mucoase, ce con-

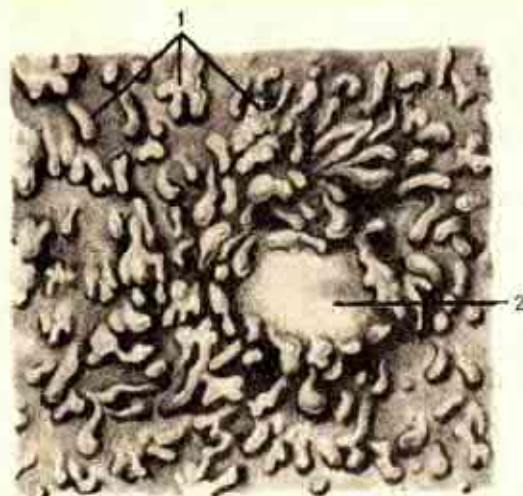


Fig. 31. O porțiune de suprafață a tunicii mucoase din intestinul subțire.

1 — villi intestinales ; 2 — nodulus (folliculus) lymphaticus solitarius.

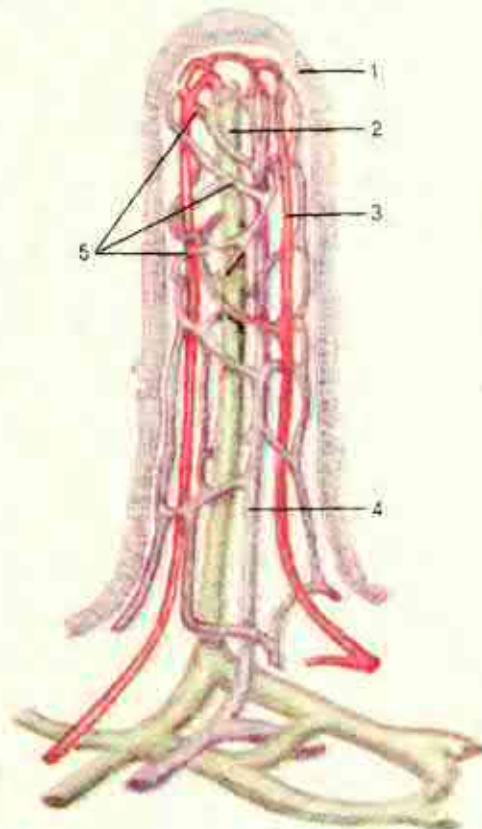


Fig. 32. Structura vilozității intestinale (schemă)

1 — epitelul intestinal ; 2 — sinus limfatic central ; 3 — vas arterial ; 4 — vas venos ; 5 — capilare sanguine.

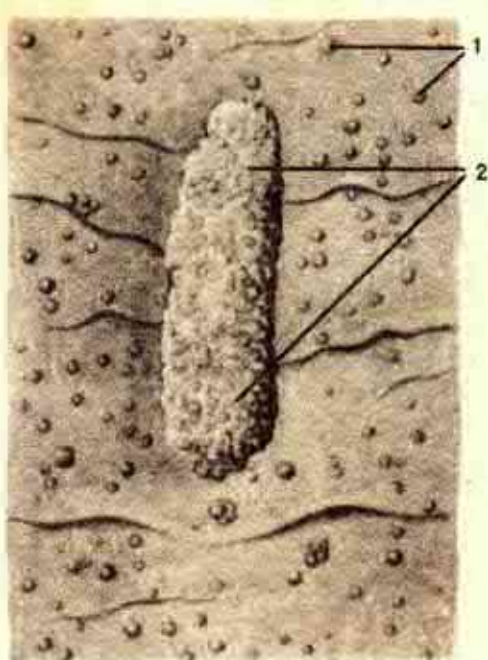


Fig. 33. O porțiune de suprafața a tunicii mucoase a ileonului.

1 — noduli (folliculi) lymphatici solitari; 2 — placa limfoasă (folliculus lymphaticus aggregatus)

ține o cantitate nu prea mare de celule musculare netede. În vilozitate se află un capilar limfatic plasat central, numit sinus chilos. (fig. 32). În fiecare vilozitate pătrunde o arteriolă, care se împarte în două capilare și din ea ies venule. Arteriola, venulele și capilarele sînt repartizate în vilozitate în jurul sinusului chilos, în apropierea epitelului. Printre celulele epiteliale care tapetează mucoasa intestinului subțire se întîlnesc în mare număr celule caliciforme, care elaborează mucus (glande monocelulare). Pe toată suprafața mucoasei între vilozități se deschid numeroase **glande intestinale**, *glândulae intestinâles*, de formă tubulară, care elaborează suc intestinal. Ele sînt situate în profunzimea tunicii mucoase.

În mucoasa intestinului subțire se află numeroși foliculi limfatici solitari, *folliculi lymphatici solitarii*, numărul total al cărora în intestinul subțire la adolescenți atinge 15.000. În mucoasa ileo-

nului există de asemenea acumulări masive de țesut limfoid — ganglioni limfatici agregați (plăci Peyer), *noduli (folliculi) lymphatici aggregați*, numărul cărora oscilează între 20 și 30 (fig. 33). Ele sînt situate pe acea latură a intestinului care vine în opoziție la marginea lui mezenterică și proeminează pe suprafața membranei mucoase. Ganglionii limfatici agregați au o formă ovală, lungimea lor constituie 2—3 cm și mai mult, lățimea — 0,8—1,0 cm.

Vasele și nervii jejunului și ileonului. La irigarea jejunului și ileonului participă 15—20 *aa. intestinâles* (ramuri ale arterei mezenterice superioare). Singele venos este transportat prin venele omonime în vena portă. Vasele limfatice se scurg în ganglionii limfatici mezenterici (superiori); de la porțiunea terminală a ileonului — în ganglionii ileocolici. Inervația peretelui intestinului subțire e realizată de ramurile nervilor vagi și plexului mezenteric superior (nervi simpatici).

Radioanatomia jejunului și ileonului. Examenul radioatomic scoate în evidență poziția și relieful tunicii mucoase. Ansele jejunului sînt situate spre stînga și în centrul cavității abdominale, vertical și orizontal, iar ansele ileonului — în porțiunea dreaptă inferioară a abdomenului (unele anse ale lui coboară în micul bazin), sînt dispuse vertical și oblic. Intestinul subțire pe radiogramă are un aspect de bandă subțire de 1—2 cm lățime, iar în caz de scădere a tonusului pereților are lățimea de 2,5—4 cm. Contururile intestinului sînt neregulate din cauza proeminării în lumenul intestinal a pliurilor circulare, înălțimea cărora pe radiogramă echivalează cu 2—3 mm în jejun, și 1—2 mm în ileon. Cînd se folosește puțină masă radiocontrastantă în lumenul intestinului (umplere „insuficientă”) se observă lesne pliurile, iar în caz de umplere „pe saturate” (în lumenul intestinal masa contrastantă este abundentă) se determină dimensiunea, poziția, forma și contururile intestinului.

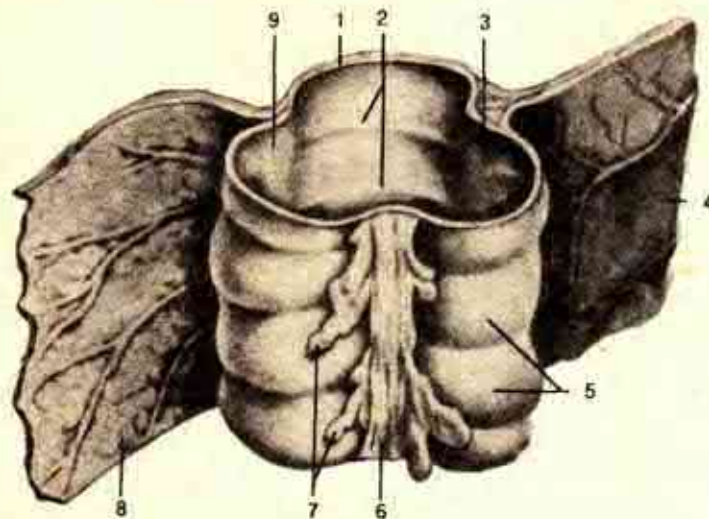


Fig. 34. Fragment de colon transvers.

1 — peretele intestinal; 2 — plicae serosulnare coli; 3 — tenia mesocolica; 4 — mesocolon; 5 — haustrae coli; 6 — tenia libera; 7 — appendixes epiploicae; 8 — omentum majus; 9 — tenia omentalis.

Particularitățile de vîrstă ale intestinului subțire

Intestinul subțire al nou-născutului are o lungime de 1,2—2,8 m; la vîrsta de 2—3 ani lungimea lui constituie în medie 4,8 m. Spre finele copilăriei secunde lungimea lui ajunge la lungimea intestinului de om matur (circa 5-6 m). Lățimea lumenului intestinului subțire spre finele primului an de viață constituie 16 mm, iar la vîrsta de 3 ani — 23,2 mm. Duodenul la nou-născut are o formă inelară, flexurile lui se formează mai tîrziu. Începutul și sfîrșitul lui se află la nivelul vertebrei I lombare. După 5 luni partea superioară a duodenului se află la nivelul vertebrei XII toracice; la vîrsta de 7 ani partea descendentă coboară pînă la vertebra II lombară și chiar mai jos (pe la vîrsta de 12 ani). Glandele duodenale la nou-născut au dimensiuni mici, sînt mai puțin ramificate decît la matur. Aceste glande se dezvoltă deosebit de intens în primii ani de viață a copilului.

La nou-născut poziția anselor jejunului și ileonului este variată: orizontală și verticală, ceea ce depinde de poziția rădăcinii mezoului și de starea funcționată a intestinului. Pliurile și vilozitățile tunicii mucoase sînt puțin pronunțate. Numărul de glande intestinale sporște pe parcursul primului an de viață. Foliculele limfoide solitare și agregate

în profunzimea tunicii mucoase a intestinului la nou-născut sînt deja formate. Tunica musculară este subdezvoltată, mai ales stratul ei longitudinal.

INTESTINUL GROS

Intestinul gros, *intestinum crassum*, urmează după intestinul subțire și constituie compartimentul terminal al sistemului digestiv, în el se definitivează procesele de digestie, se mulează și se evacuuă în exterior masele fecale. În intestinul gros distingem cecul (intestinul orb) cu apendicele vermiform, colonul ascendent, colonul transvers, colonul descendent, colonul sigmoid, rectul, care se termină cu anusul.

Intestinul gros e situat în cavitatea abdominală și în cavitatea micului bazin. Lungimea lui oscilează între 1 și 1,65 m. Diametrul intestinului gros e de 5—8 cm, iar în porțiunea terminală — circa 4 cm. Intestinul gros poartă cîteva caractere distinctive (fig. 34). În primul rînd pe fața lui externă se vîd trei traveuri longitudinale — **bandeletele colonului, teniae coli**, formate de pe urma concentrării stratului muscular longitudinal la acest nivel. Fiecare bandeletă are o lățime de circa 1 cm și denumire proprie. **Ban-deleta mezocolică, tenia mesocolică** corespunde locului de fixare la intestinul gros (pe colonul transvers și

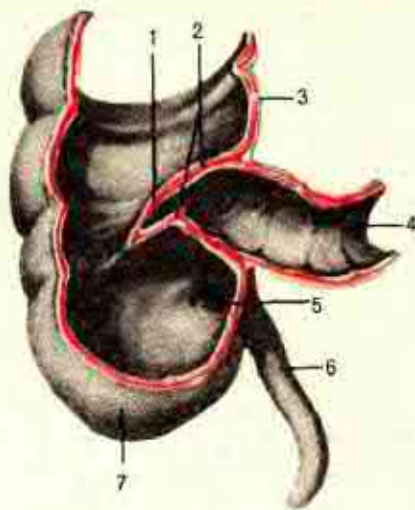


Fig. 35. Cecul și apendicele vermiform. Peretele anterior este rezecat.

1 — ostium ileocecal; 2 — valva ileocecalis; 3 — colon ascendent; 4 — ileum; 5 — ostium appendicis vermiformis; 6 — apendix vermiformis; 7 — caecum.

sigmoid) a mezourilor lor sau linii de fixare a intestinului (colonului ascendent și descendent) la peretele abdominal posterior. *Banđele ta omentală, tēnia omentālis*, se află pe fața anterioară a colonului, unde la el se fixează epiploonul mare, și continuă pe celelalte porțiuni ale intestinului gros. *Banđele ta liberă, tēnia liberă*, este situată pe fața anterioară (liberă) a colonului ascendent și colonului descendent, iar la colonul transvers — pe fața lui inferioară din cauza unei ptoze și torsionări ușoare în jurul axului longitudinal.

În al doilea rând, între bandelele colonului există numeroase prolabări saciforme ale peretelui colonului — **haustrele colonului, haustrae colī**, separate între ele de niște șanțuri adânci, ceea ce conferă contururilor exterioare ale colonului un aspect gofrat. Haustrele se formează din cauza incoincidenței în lungimea bandelelelor și porțiunilor de colon dintre bandelele. În al treilea rând, pe fața externă a colonului de-a lungul bandelelelor liberă și omentală sînt situate niște prolabări dactiloide ale tunicii seroase, ce conțin țesut conjunctiv — **apendicele epiploice, appendices epiplāicae**. Ele ating 4—5 cm lungime.

Cecul, caecum, este situat în fosa iliacă dreaptă și constituie partea inițială dilatată a intestinului gros mai jos de nivelul pătrunderii ileonului în el (fig. 35). Fața posterioară a cecului rezidă pe mușchii iliac și marele psoas, iar fața lui anterioară e adiacentă la peretele abdominal anterior. Cecul este acoperit de peritoneu din toate părțile (poziție intraperitoneală), însă nu are mezou. Poziția cecului la oamenii maturi e foarte variabilă. El se poate afla mai sus de nivelul spinei anterioare superioare a osului iliac sau mult mai jos — la intrarea în micul bazin. Lungimea cecului e de 6—8 cm, diametrul atinge 6—7,5 cm. Pe fața lui posteromedială se întîlnesc într-un singur punct bandelele colonului. La acest nivel pornește **apendicele vermiform, appendix vermiformis**, care reprezintă o excrescență a cecului, avînd 2—20 cm lungime (în medie—8,6 cm), și în diametru de 0,5—1,0 cm. Apendicele vermiform este acoperit de peritoneu din toate părțile (poziție intraperitoneală) și posedă mezou.

Poziția apendicelui depinde de lungimea lui și de poziția cecului. De regulă, apendicele vermiform este situat în fosa iliacă dreaptă, însă poate fi plasat mai sus sau mai jos de ea. Orientarea apendicelui vermiform poate fi descendentă (40—45%), laterală (17—20%), ascendentă (13%). În caz de poziție ascendentă, apendicele vermiform deseori e situat posterior de cec.

Locul de trecere al ileonului în cec — **orificiul ileocecal, ostium ileocaecale**, constituie o fantă dispusă cvaziorizontal, delimitată de sus și de jos de două pliuri, care proemină în cavitatea cecului pentru a forma **valva ileocecală, valva ileocaecalis** (valvula lui Bauhin). Anterior și posterior pliurile valvei sînt coalescente și formează friul **valvei ileocecale, frēnulum valvae ileocaecalis**. În adîncul pliurilor valvei se află un strat orbiculat de musculatură acoperită cu tunică mucoasă. Valva ileocecală cu aspect infundibuliform, are partea îngustă orientată în lumenul cecului, lăsînd trecere liberă bolului alimentar din intestinul subțire în cel gros. Dacă în intestinul cec crește presiunea, pliurile valvei ileocecale se

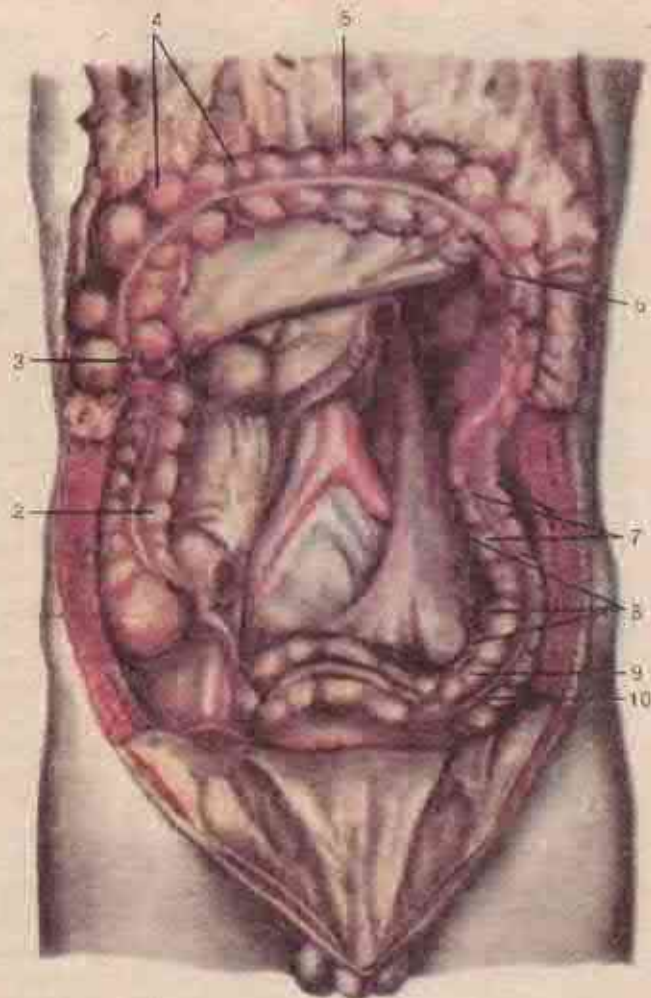


Fig. 36. Intestinul gros. Jejunul și ileonul sînt rezecați.

1 — cecum; 2 — colon ascendenț; 3 — flexura colii dreapta; 4 — flexura colii; 5 — colon transversum; 6 — flexura colii stînga; 7 — colon descendenț; 8 — apendicis vermiformis; 9 — colon sigmoideum; 10 — tenia libera.

Inchid și accesul din intestinul gros în cel subțire este exclus. Ceva mai jos de valva iliocecală pe fața externă a cecului există **orificiul apendicelui vermiform, ostium apendicis vermiformis**, lângă care deseori se observă o plică semilunară formată din tunica mucoasă.

Colonul ascendent, colon ascendenț, constituie prelungirea cecului în sus. Este situat în partea dreaptă a abdomenului și se proiectează în regiunea laterală dreaptă. Ajungînd la fața viscerală a lobului drept al ficatului, colonul face un cot brusc în stînga, formînd astfel flexura dreaptă a colonului, *flexura colii dextera*, apoi trece în colonul transvers. Lungimea colonului ascendent echivalează cu 15—20 cm.

Posterior el este adiacent la mușchiul patrat al lombelor și la mușchiul transvers abdominal, la fața anterioară a rinichiului drept; medial — la mușchiul mare al lombelor; anterior — la peretele abdominal anterior, medial contactează cu ansele ileonului, lateral — cu peretele drept al cavității abdominale. Colonul ascendent este acoperit anterior și bilateral de peritoneu (poziție mezoperitoneală).

Colonul transvers, colon transversum (fig. 36), este dispus transversal în cavitatea abdominală și se întinde de la flexura dreaptă a colonului pînă la flexura stîngă a colonului, *flexura colii sinistra*, unde acest intestin trece în colonul descendent. Lungimea colonului trans-

vers oscilează între 30 și 85 cm (în medie 50 cm). Lungimea lui depășește distanța dintre punctele de început și sfârșit din care cauză colonul transvers ocupă o poziție de arc, avînd curbura orientată inferior. Poziția colonului transvers este foarte variabilă și depinde de tipul de constituție, de lungimea colonului, de vîrsta individului. În copilărie întîlnim mai frecvent colon transvers scurt. La indivizi de tip constituțional brahimorf colonul transvers în majoritatea cazurilor este dispus de-a curmezișul, iar la indivizii de tip constituțional dolicomorf el prolabează în jos, coborînd chiar mai jos de ombilic (formă de ghirlândă).

Colonul transvers este acoperit din toate părțile de peritoneu (poziție intraperitoneală), posedă mezou cu ajutorul căruia se fixează pe peretele posterior al cavității abdominale, ceea ce îi conferă deplasări de mare amplitudine. La colonul transvers mezoul se fixează la nivelul bandelei mezocolice. Din sus la flexura dreaptă a colonului transvers vin în adiacență ficatul, stomacul, splina (la flexura stîngă a colonului), din jos — ansele intestinului subțire, posterior se află duodenul și pancreasul. Pe stomacul gol fața anterioară a colonului transvers este adiacentă la peretele abdominal anterior, iar cînd stomacul este plin, colonul transvers este întins de către stomac și se îndepărtează de la peretele abdominal.

Colonul descendent *colon descendens*, începe de la flexura stîngă a colonului transvers, trece în jos și ajunge la nivelul fosei iliace stîngi, unde trece în colonul sigmoid. Colonul descendent este situat în porțiunea stîngă a cavității abdominale și se proiectează pe regiunea laterală stîngă. Lungimea descendentului e de circa 12—15 cm. Cu fața posterioară el este adiacent la mușchiul patrat al lombilor, la polul inferior al rinichiului stîng și la mușchiul iliac — în fosa iliacă stîngă. Fața anterioară a colonului descendent contactează cu peretele abdominal anterior, avînd în dreapta ansele jejunului, iar din stînga — peretele abdominal stîng. Peritoneul acoperă colonul descendent pe fețele anterobilaterale ale acestuia (poziție mezoperitoneală).

Colonul sigmoid, *colon sigmoideum*,

este situat în fosa iliacă stîngă; se întinde de la nivelul crestei osului iliac în sus pînă la articulația sacroiliacă, la nivelul căreia trece în rect. Lungimea colonului sigmoid la omul matur oscilează între 15 și 67 cm. Sigmoidul formează două anse, forma și dimensiunile cărora cunosc importante variații individuale. Colonul sigmoid este situat intraperitoneal (este acoperit din toate părțile de peritoneu), posedă mezou, care se fixează pe peretele abdominal posterior. Prezența mezoului asigură mobilitatea colonului sigmoid.

Structura peretelui colonului. Spre interior de tunica seroasă și de baza subseroasă e situată tunica musculară, al cărui strat longitudinal extern formează 3 fascicule late în forma de bandetele, iar stratul circular este repartizat pe toată lungimea colonului oarecum uniform, îngroșîndu-se întrucîtva la baza pliurilor semilunare. Baza submucoasă și tunica mucoasă sînt bine dezvoltate. Mucoasa nu formează vilozități. Există doar niște **pliuri semilunare ale colonului**, *plicae semilunares coli*, dispuse în trei rînduri (între bandetele) și coincid limitelor dintre haustre. În tunica mucoasă se observă numeroase glande tubulare intestinale și celule caliciforme. În tunica mucoasă și în baza submucoasă se află ganglioni limfatici solitari, iar în peretele apendicelui vermiform — **ganglionii limfatici agregați ai apendicelui vermiform**, *noduli lymphatici aggregati appendicis vermiformis* (vezi: „Organele hematopozei și sistemului imun”).

Vasele și nervii colonului. La colon vin ramurile arterei mezenterice superioare: la cec și apendicele vermiform — artera iliocolică cu ramurile ei (artera ascendentă, arterele cecale anterioară și posterioară, artera apendicelui vermiform); spre colonul ascendent — artera colică dreaptă; spre colonul transvers — artera colică medie. Ramurile arterei mezenterice inferioare se îndreaptă spre colonul descendent — artera colică stîngă, și la colonul sigmoid — arterele sigmoide. Singele venos este transportat prin venele omonime în venele mezenterice superioară și inferioară, care sînt afluențele venei porte. Vasele limfatice

se îndreaptă spre ganglionii limfatici, iliocolici, prececali, retrocecali, apendiculari (de la cec și apendicele vermiform), spre ganglionii limfatici mezocolici (pericolici, colici drept, mediu și stâng) — de la colonul ascendent transvers și descendent, la ganglionii mezenteriei inferioare (sigmoizi) de la colonul sigmoid.

La colon vin ramuri de la nervii vagi (la colonul sigmoid — de la nervii viscerali pelvieni) și nervii simpatici din plexurile mezenterice superior și inferior.

Radioanatomia colonului. Examenul radiologic al colonului se face după umplerea lui cu masa de contrast din intestinul subțire, cît și prin rect (clismă contrastantă înaltă). Cînd se contractă stratul muscular longitudinal, colonul se scurtează și haustrele devin vizibile (fig. 37). Cînd intestinul gros este supraumplut cu masă contrastantă, iar bandelele musculare longitudinale sînt relaxate, haustrele se nivelează și caracteristicile exterioare ale colonului aproape că dispar. Sfînterele fiziologice ale intestinului gros (porțiunile cu tonus sporit al stratului muscular circular) pot fi de asemenea observate cu ocazia examenului radiologic. La omul viu se înregistrează o poziție mai joasă a colonului transvers decît pe cadavru. Apendicele vermiform în condiții normale contrastează sub forma de fișie funiculară de poziție și lungime variată.

Rectul *rectum*, constituie partea terminală a intestinului gros; în el se acumulează, apoi se evacuează din organism masele fecale. Rectul este situat în cavitatea bazinului mic, și are la omul matur o lungime medie de 15 cm, diametrul oscilînd între 2,5 și 7,5 cm. Posterior de rect se află sacrul și coccisul. Anterior de el la bărbați se află prostata, vezica urinară, veziculele seminale și ampulele canalelor deferente, iar la femei — uterul și vaginul.

Rectul în realitate nu este rectiliniu, ci formează două curburi în plan sagital. Prima, numită **flexura sacrală**, *flexura sacralis*, respectă concavitatea sacrului; a doua — **flexura perineală**, *flexura perinealis*, e situată în regiunea perineului, anterior de coccis, avînd convexitate

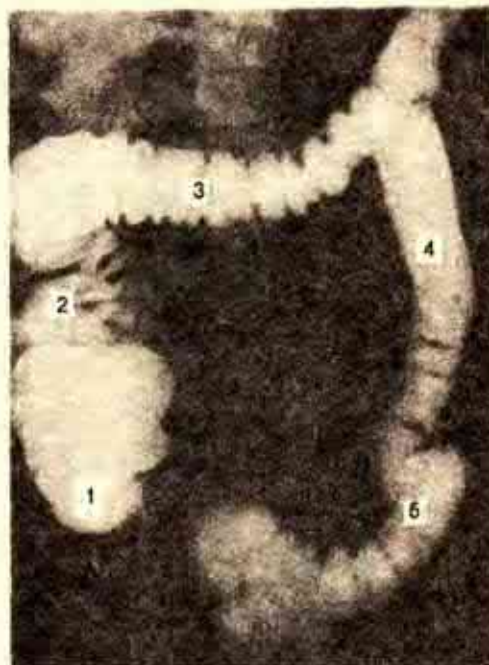


Fig. 37. Radiografia intestinului gros umplut cu masă contrastantă.

1 — caecum; 2 — colon ascendent; 3 — colon transversum; 4 — colon descendent; 5 — colon sigmoideum.

anterioară. Flexurile rectului în plan frontal nu sînt constante.

Structura rectului. O parte din rect, care se află în cavitatea bazinului mic, formează la nivelul sacrului o dilatare numită **ampulă rectală**, *ampulla recti* (fig. 38). Partea mai îngustă a rectului, care trece prin perineu, se numește **canal anal**, *canalis analis*. Canalul anal în partea lui inferioară are un orificiu deschis spre exterior numit **anus**, *anus*.

Structura peretelui rectului. Membrana externă a rectului în porțiunea ei superioară e constituită de peritoneu (tunica seroasă), care acoperă această porțiune a rectului din toate părțile (poziție intraperitoneală). În partea medie rectul este acoperit de peritoneu din trei părți (poziție mezoperitoneală), iar în treimea inferioară rectul nu este acoperit de peritoneu (poziție extraperitoneală) și tunica lui externă e prezentată de adventiție.

Stratul muscular longitudinal este

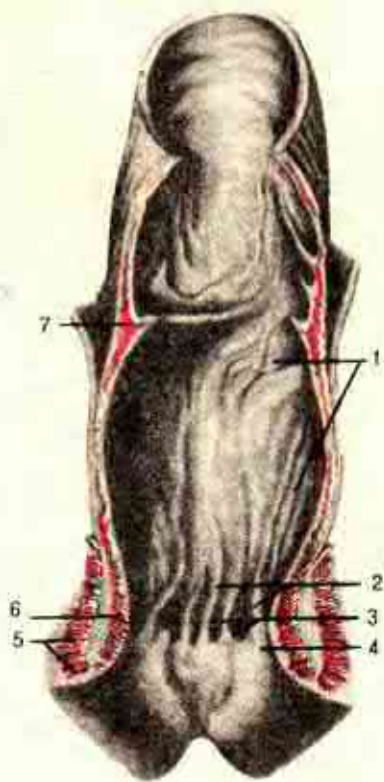


Fig. 38. Rectul. Peretele anterior e rezecat.

1 — ampulla recti; 2 — columnae anales; 3 — sinus anales; 4 — linia anorectalis; 5 — m. sphincter ani externus; 6 — m. sphincter ani internus; 7 — plica transversa recti.

compact și din inferior în el se inseră fibrele mușchiului levator al anusului (vezi: „Diafragul bazinului”). Stratul muscular circular intern în regiunea canalului anal formează **sfincterul anal intern** (involuntar), *m. sphincter ani internus*. El are o înălțime de 2—3 cm și limita lui inferioară corespunde cu nivelul trecerii tunicii mucoase a canalului anal în pielea circumanală. **Sfincterul anal extern** (voluntar), *m. sphincter ani externus*, este situat nemijlocit sub piele și intră în componența mușchilor diafragmului bazinului.

Tunica mucoasă a rectului, care conține glande intestinale (caliciforme, mucoase) și foliculi limfatici solitari, formează atât pliuri transversale cât și longitudinale. **Pliurile transversale ale rectului**, *plieae transversales recti*, 2—3

la număr, se află în ampula rectului. Ele amintesc pliurile semilunare ale colonului sigmoid, însă au o orientare helicoidă și sînt formate din tunica mucoasă cu participarea stratului circular al tunicii musculare. În ampula rectului există pliuri longitudinale inconstante, care se nivelează la umplerea rectului. În canalul anal tunica mucoasă formează 6—10 pliuri longitudinale, care se lărgesc în sens inferior, numite **pilieri anali**, *columnae anales*. Depresiunile ce se formează între ele — **sinusurile anale**, *sinus anales*, la copii sînt mai pronunțate decît la maturi. Inferior, sinusurile anale sînt delimitate de niște proeminențe ale mucoasei numite **valvule anale**, *valvulae anales*, care în regiunea orificiului anal formează un val circular, numit **linie anorectală**, *linia anorectalis*. Pe aceasta trec pilierii anali. În profunzimea bazei submucoase și tunicii mucoase, care formează linia anorectală, se află **plexul venos rectal**, *plexus venosus rectalis*, (*plexus haemorrhoidalis BNA*), bine dezvoltat. Anume la acest nivel are loc trecerea epiteliului intestinal în cel cutanat.

Vasele și nervii rectului. În pereții rectului se ramifică artera rectală superioară (din artera mezenterică inferioară) și arterele rectale pare medie și inferioară (din artera iliacă internă). Singele venos este transportat prin vena rectală superioară în sistemul venei porte (prin vena mezenterică inferioară) și prin venele rectale medie și inferioare — în sistemul venei cave inferioare (prin venele iliace interne). Vasele limfatice ale rectului se îndreaptă spre ganglionii limfatici iliaci interni (sacrali), subaortali și rectali superiori.

Inervația rectului e realizată de nervii viscerali ai bazinului (cea parasimpatică) și de nervii simpatici din plexul mezenteric inferior (plexul rectal superior), precum și din plexurile hipogastrice superior și inferior, pe baza cărora în profunzimea rectului se formează plexurile rectale mediu și inferior.

Radioanatomia rectului. Rectul, fiind umplut cu masă radiocontrastantă (prin anus), putem determina forma lui, dimensiunile și flexurile, putem urmări configurația tunicii mucoase.

Particularitățile de vîrstă ale intestinului gros

Intestinul gros la nou-născut este scurt, avînd lungimea medie de 63 cm, în colon lipsesc haustrele și apendicele epiploice. Primele haustre apar în a 6-a lună de viață, apoi și apendicele epiploice în al doilea an de viață a copilului. Spre finele perioadei de sugar intestinul gros atinge lungimea de 83 cm, iar la vîrsta de 15 ani — 118 cm. Bandelele colonului, haustrele și apendicele epiploice se formează definitiv la vîrsta de 6—7 ani. Cecul la nou-născut este vag delimitat de apendicele vermiform, lățimea lui (1,7 cm) prevalează lungimea (1,5 cm). Cecul capătă aspectul tipic pentru omul matur spre finele primei copilării (la 7 ani). Cecul este situat mai sus de aripa ileonului. În fosa iliacă dreaptă cecul coboară pe la mijlocul perioadei pubertare (14 ani) pe măsura creșterii colonului ascendent.

Orificiul iliocecal la nou-născut are o formă inelară sau trigonală hiantă. La copiii trecuți de un an el capătă o formă de fantă. Valvula ileocecală are un aspect de pliuri mici. Lungimea apendicelui vermiform la nou-născut oscilează între 2 și 8 cm, avînd un diametru de 0,2-0,6 cm. Prin orificiul hiant el comunică cu cecul. Formarea valvulei, care închide accesul în apendicele vermiform începe odată cu apariția pliurilor la intrarea în apendice, ceea ce se întîmplă spre finele primului an de viață. Lungimea apendicelui vermiform în această perioadă echivalează în medie cu 6 cm, la mijlocul perioadei de copilărie secundă (10 ani) el atinge 9 cm, iar la 20 de ani — 20 cm. Tunica mucoasă a apendicelui vermiform la nou-născut în primul an de viață conține un număr mare de folicule limfoide, care formează ganglioni agregați. Aceștia se dezvoltă deosebit de intens pe la vîrsta de 10—14 ani.

Colonul ascendent este subdezvoltat, la nou-născut el este acoperit de ficat. Către a 4-a lună ficatul vine în contact doar cu partea lui superioară. La vîrsta de 7 ani colonul ascendent este acoperit în anterior de epiploon. În perioada prepubertară și pubertară colonul ascendent

capătă structura caracteristică pentru omul matur. Dezvoltarea lui maximă se înregistrează la vîrsta de 40—50 de ani.

Colonul transvers la nou-născut are un mezu scurt (sub 2 cm). Anterior colonul transvers este acoperit de ficat. La începutul perioadei de prima copilărie (1,5 ani) lățimea mezoului ajunge pînă la 5—8,5 cm, ceea ce îi conferă colonului o mobilitate sporită. La copiii din primul an de viață lungimea colonului transvers echivalează cu 26—28 cm. La vîrsta de 10 ani el atinge pînă la 35 cm lungime. Cea mai mare lungime a colonului transvers se înregistrează la persoanele senescente.

Colonul descendent la nou-născuți are o lungime de circa 5 cm. La vîrsta de 1 an lungimea se dublează, la 5 ani ea constituie 15 cm, la 10 ani — 16 cm. Creșterea în lungime continuă și mai apoi. Lungimea maximă a transversului se înregistrează în senescență.

Colonul sigmoid la nou-născut (de lungime circa 20 cm) ocupă o poziție superioară în cavitatea abdominală, posedă un mezu-lung. Ansa lui mare se află în doimea dreaptă a cavității abdominale, contactînd uneori cu cecul. La vîrsta de 5 ani ansele colonului sigmoid sînt situate superior de intrarea în micul bazin. La vîrsta de 10 ani lungimea transversului atinge 38 cm, iar ansele lui coboară în cavitatea micului bazin. La 40 de ani lumenul colonului sigmoid e deosebit de larg. După 60—70 ani colonul transvers dă semne de atrofie din cauza subțierii pereților lui.

Rectul la nou-născut are formă cilindrică, nu are ampulă și flexuri, pliurile sînt slab pronunțate, lungimea e de 5—6 cm. În perioada primei copilării se definește formarea ampulei, iar după vîrsta de 8 ani — și formarea flexurilor. Plierii anali și sinusurile anale la copii sînt bine pronunțate. O creștere esențială a rectului se înregistrează în perioada copilăriei secunde (după 8 ani). Spre finele perioadei pubertare rectul are 15—18 cm lungime și un diametru de 3,2—5,4 cm.

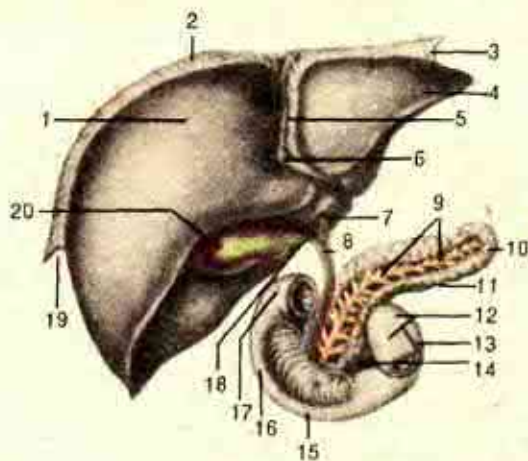


Fig. 39. Ficatul, duodenul (deschis) și pancreasul.

1 — lobus hepatis dexter; 2 — lig. coronarium; 3 — lig. triangulare sinistrum; 4 — lobus hepatis sinister; 5 — lig. falciforme hepatis; 6 — lig. teres hepatis; 7 — ductus hepaticus communis; 8 — ductus choledochus; 9 — ductus pancreaticus; 10 — caput pancreatis; 11 — corpus pancreatis; 12 — flexura duodeno-jejunalis; 13 — pars ascendens duodeni; 14 — caput pancreatis; 15 — pars horizontalis (inferior) duodeni; 16 — pars descendens duodeni; 17 — pars superior duodeni; 18 — ductus cysticus; 19 — lig. triangulare dextrum; 20 — vesica fellea.

FICATUL

Ficatul, *hepar*, este cea mai mare glandă a organismului, are o formă neregulată cu o masă medie de 1500 g la omul matur. Ficatul participă la procesele digestive (elaborează bilă), de hematopoeză și de metabolism.

Ficatul are o culoare roșie-brună, consistență moale, e situat în regiunea hipochondriului drept și în epigastru. În ficat distingem două fețe: diafragmatică și viscerală. **Fața diafragmatică**, *facies diaphragmatica*, este convexă, orientată anterosuperior, e adiacentă la fața inferioară a diafragmului. **Fața viscerală**, *facies visceralis*, e orientată inferoposterior. Anterior și bilateral fețele diafragmatică și viscerală sînt coalescente, formînd o **margine inferioară** ascuțită, **margo inferior**; marginea posterioară a ficatului este rotunjită.

La fața diafragmatică a ficatului de la diafragm și peretele abdominal anterior vine **ligamentul falciform** (suspensor) al ficatului, *lig. falciforme* (hepatis), care reprezintă o dublicatură a peritoneului (fig. 39). Fiind situat în plan sagital, *lig. falciforme* (hepatis) separă fața dia-

fragmatică a ficatului în lobii drept și stîng, iar posterior vine în coalescență cu **ligamentul coronar**, *lig. coronarium*, care reprezintă o dublicatură a peritoneului, ce vine de la pereții superior și posterior ai cavității abdominale spre marginea posterioară rotunjită a ficatului. Ligamentul coronar este situat în plan frontal. Marginile dreaptă și stîngă ale ligamentului coronar se lătesc, îmbrăcînd un aspect trigonal și formează **ligamentele triunghiulare drept și stîng**, *lig. triangulare dextrum et lig. triangulare sinistrum*. Pe latura posterioară rotunjită a ficatului cele două foije ale ligamentului coronar diverg, lăsînd să se intrevadă o porțiune mică a ficatului, care contactează nemijlocit cu diafragmul. Pe fața diafragmatică a lobului stîng al ficatului se află **impreșiunea cardiacă**, *impressio cardiaca*, formată de pe urma adiacenței cordului la diafragm, iar prin acesta — la ficat.

Pe fața viscerală a ficatului distingem 3 șanțuri, inclusiv 2 orientate în plan sagital și unul — în plan frontal (fig. 41). Șanțul sagital stîng se află la nivelul ligamentului falciform al ficatului, delimitînd **lobul hepatic stîng**, (*lobus hepatis sinister*), mai mic, de **lobul drept**, (*lobus hepatis dexter*), care e mai mare. În partea sa anterioară șanțul formează **fisura ligamentului rotund**, *fissura ligamenti teretis*, iar în partea posterioară — **fisura ligamentului venos** (*fissura ligamenti venosi*). În prima fisură este situat **ligamentul rotund** al ficatului, *lig. teres hepatis*, constituit de vena ombilicală obturată, (*v. umbilicalis*). Acest ligament începe de la ombilic, intră în marginea inferioară a ligamentului falciform al ficatului, trece peste marginea inferioară ascuțită a ficatului prin **incisura ligamentului rotund**, *incisura lig. teretis*, apoi în adîncul fisurii omonime se îndreaptă spre hilul ficatului.

În fisura ligamentului venos se află **lig. venosum**, care este de fapt un vas venos obliterat care la făt unea vena ombilicală cu vena cavă inferioară. Șanțul sagital drept, mai lat, în porțiunea anterioară formează **fosa vezicii**,

biliare, *fossa vesicae felleae*, iar în porțiunea posterioară — șanțul venei cave inferioare, *sulcus venae caevae inferior*. În fosa vezicii biliare este situată vezica biliară, iar în șanțul venei cave inferioare se află vena cavă inferioară.

Șanțurile sagitale drept și stâng se unesc printr-un șanț transversal profund numit **hil hepatic**, (*pôrta hepatis*). Hilul hepatic se află la nivelul marginii posterioare a fisurii ligamentului rotund și fosei vezicii biliare. În hilul hepatic pătrund vena portă, artera hepatică proprie, nervi, trec ductul hepatic comun și vase limfatice situate între cele două foite ale peritoneului, care sînt racordate între hilul hepatic și duoden (ligamentul hepatoduodenal), precum și între hilul hepatic și curbura mică a stomacului (ligamentul hepatogastric).

Pe fața viscerală a lobului drept hepatic distingem **lobul patrat**, (*lobus quadratus*), și **lobul caudat**, *lobus caudatus*. Lobul patrat al ficatului e situat anterior de hil, între fisura ligamentului rotund și fosa vezicii biliare, iar lobul caudat e plasat posterior de hilul ficatului, între fisura ligamentului venos și șanțul venei cave inferioare. De la lobul caudat deviază anterior două excrescențe, una din ele — excrescența caudată, *processus caudatus*, este situată între hilul ficatului și șanțul venei cave inferioare. Indiscret, ea continuă în parenchimul lobului drept al ficatului. Cealaltă, excrescența papilară, *processus papillaris*, de asemenea pornește înainte și ajunge pînă la hilul hepatic în vecinătate cu fisura ligamentului venos. Fața viscerală contactează cu o serie de organe, de pe urma cărui fapt în ficat se formează impresiuni. Pe lobul stîng al ficatului există o impresiune gastrică, *impressio gastrica*, care este efectul mularii feței anterioare a stomacului. Pe fața posterioară a lobului stîng vedem un șanț cu margini line — impresiunea esofagiană, *impressio esophagea*. Pe lobul patrat și pe lobul drept, adiacent la fosa vezicii biliare, trece transversal impresiunea duodenală, *impressio duodenalis*. Mai la dreapta de ea pe același loc drept se află im pre -

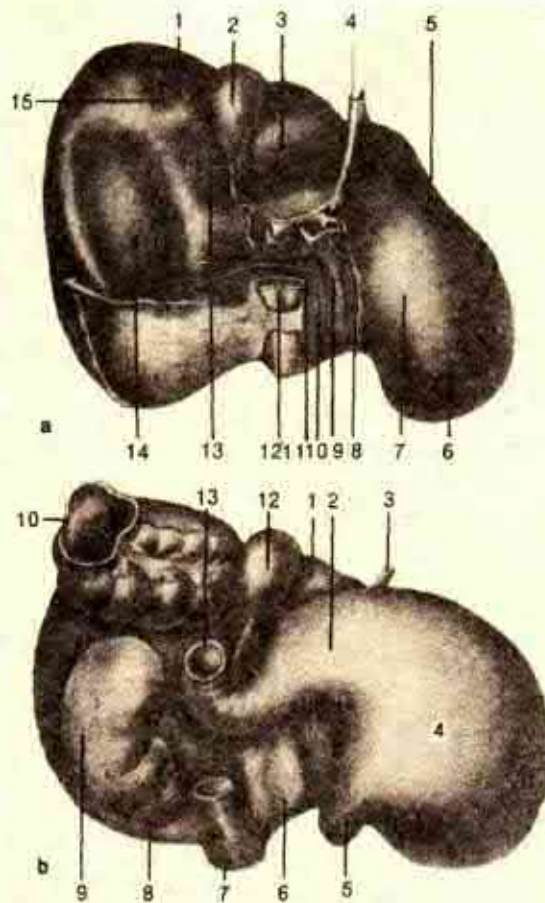


Fig. 40. Ficatul.

a — față viscerală: 1 — lobus hepatis dexter; 2 — vena fellea; 3 — lobus quadratus; 4 — fig. teres hepatis; 5 — lobus hepatis sinister; 6 — impressio gastrica; 7 — tuber omentale; 8 — fissura ligamentuli venosi; 9 — porta hepatis; 10 — lobus caudatus; 11 — processus caudatus; 12 — v. cava inferior; 13 — impressio duodenalis; 14 — impressio renalis; 15 — impressio colica.

b — față viscerală a (conturii și viscerale adiacente): 1 — lobus quadratus hepatis; 2 — pars pylorica ventriculi; 3 — fig. teres hepatis; 4 — ventriculus; 5 — esophagus; 6 — lobus caudatus hepatis; 7 — v. cava inferior; 8 — gl. suprarenalis dextra; 9 — ren dexterum; 10 — colon transversum; 11 — caecum; 12 — vena fellea.

siunea renală, *impressio renalis*, iar mai spre stînga, în apropiere de șanțul venei cave inferioare observăm impresiunea suprarenală, *impressio suprarenalis*. Pe fața viscerală, lîngă marginea inferioară a ficatului se află impresia colonului, *impressio colica*, care s-a format de pe urma adiacenței la ficat a flexurii drepte a colonului și a părții drepte a colonului transvers.

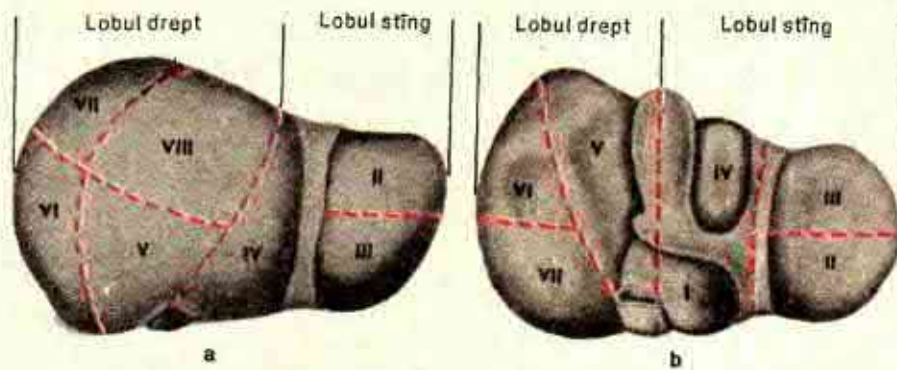


Fig. 41. Proiecția segmentelor ficatului pe fețele diafragmatică (a) și viscerală (b) ale ficatului (schemă).

Structura ficatului. Din exterior ficatul este acoperit de tunica seroasă, tunica *seroasă*, reprezentată de peritoneul visceral. Deși are o porțiune mică în partea posterioară ce nu este acoperită cu peritoneu (âra nuda), putem considera că ficatul este situat intraperitoneal. Sub peritoneu se află o **tunică fibroasă** rezistentă, *tunica fibroasă* (capsula glisson). De la hilul ficatului țesutul fibros pătrunde în parenchimul organului însoțind vasele sanguine. Pornind de la repartitia vaselor sanguine și canalelor biliare, în ficat distingem (după Cuino, 1957) doi lobi, 5 sectoare și 8 segmente (fig 41, tab. 2). În lobi ficatului se ramifică ramurile respective (dreaptă și stîngă) ale venei porte. Drept limită între lobi drept și stîng ai ficatului se prezintă un plan imaginar ce trece pe linia care unește fosa vezicii biliare anterior și șanțul venei cave inferioare posterior, în lobul

stîng distingem 3 sectoare și 4 segmente ($s_3 - s_4$), în lobul drept 2 sectoare și de asemenea 4 segmente ($s_5 - s_8$).

Fiecare sector reprezintă o porțiune de ficat ce încorporează o ramură a venei porte de gradul II și o ramură respectivă a arterei hepatice, nervi, și din care iese un canal biliar sectorial. Prin segment hepatic subînțelegem o porțiune de parenchim hepatic care înconjoară o ramură de gradul III a venei porte împreună cu ramura arterei hepatice asociate și un canal biliar.

Sectorul dorsal stîng, care corespunde segmentului hepatic I (S_1), include lobul caudat și se vede doar pe fața viscerală și pe partea posterioară a ficatului.

Sectorul lateral stîng (S_2) cuprinde porțiunea posterioară a lobului stîng al ficatului.

Sectorul stîng paramedial ocupă partea anterioară a lobului stîng al ficatului (S_3) și lobul lui patrat (S_4) cu o porțiune de parenchim pe fața diafragmatică în formă de fișie care se îngustează în sens posterior (spre șanțul venei cave inferioare).

Sectorul paramedial drept reprezintă o porțiune de parenchim hepatic la limita cu lobul stîng al ficatului. În acest sector intră segmentul 5, dispus anterior, și un segment vast (S_8), care ocupă partea posteromedială a lobului drept al ficatului pe fața lui diafragmatică.

Sectorul lateral drept, care corespunde celei mai laterale părți a lobului drept al

Tabelul 2. Divizarea ficatului în lobi, sectoare și segmente

Lobul	Sectorial	Segmentul
Lobul stîng	Dorsal stîng	1-ul (S_1)
	Lateral stîng	al 2-lea (S_2)
	Paramedial stîng	al 3-lea (S_3) al 4-lea (S_4)
Lobul drept	Paramedial drept	al 5-lea (S_5) al 8-lea (S_8)
	Lateral drept	al 6-lea (S_6) al 7-lea (S_7)

ficatului, include segmentele 6 (dispus anterior) și 7. Ultimul e situat posterior de cel precedent și ocupă partea posterolaterală a feței diafragmatice a lobului hepatic drept.

Ca structură ficatul reprezintă o glandă tubulară de ramificație compusă, căile secretoare ale căreia sînt constituite de canalele biliare. Unitatea morfofuncțională a ficatului o constituie **lobulul hepatic**, *lobulus hepatis*. El e de formă prismatică cu diametrul de la 1 la 2,5 mm. În ficatul omului există circa 500.000 de lobuli hepatici. Între lobuli se află în mici cantități țesut conjunctiv, în care sînt situate canaliculele interlobulare (biliare), artere și vene. În mod obișnuit artera, vena și canaliculul interlobular aderă întim, formînd triada hepatică. Lobulele sînt construite din traveuri hepatice unite între-ele sub formă de serii de celule hepatice duble dispuse radial. În centrul fiecărui lobul trece o **venă centrală**, *v. centralis*. Capetele interne ale traveurilor sînt orientate spre vena centrală, iar cele externe spre periferia lobulului.

Între traveurile hepatice se dispun, de asemenea radial, capilarele sinusoide, care aduc sînge de la periferia lobulului spre centrul lui (spre vena centrală).

În interiorul fiecărui traveu hepatic între cele două serii de celule hepatice se află un **canalicul bilifer**, *ductulus bilifer*, care constituie elementul inițial al canalelor biliare. În centrul lobulului (îngă vena centrală) canaliculele biliare sînt comunicante, iar la periferia lobulului ele se scurg în **canaliculele interlobulare**, *ductuli interlobulares*. Canaliculele interlobulare, contopindu-se, formează canale biliare de calibru crescînd. Pînă la urmă în ficat se formează **canalul hepatic drept**, *ductus hepaticus dexter*, care iese din lobul drept al ficatului, și **canalul hepatic sting**, *ductus hepaticus sinister*, care iese din lobul sting al ficatului. În hilul ficatului aceste două canale devin confluențe, formînd **ductul hepatic comun**, *ductus hepaticus communis*, lung de 4—6 cm. Între foițele ligamentului hepatoduodenal ductul hepatic comun confluează cu canalul cistic, *ductus cysticus*, de pe urma cărui fapt se formează ductul biliar comun.

Protecția ficatului pe suprafața corpului. Situîndu-se în dreapta sub diafragm, ficatul ocupă o astfel de poziție, încît limita lui superioară pe linia medioclaviculă se află la nivelul spațiului IV intercostal. Din acest punct limita superioară coboară brusc interolateral pînă la spațiul X intercostal pe linia medioaxială; la acest nivel limitele superioară și inferioară ale ficatului se unesc formînd marginea inferioară a lobului drept al ficatului. Spre stînga de nivelul spațiului IV intercostal limita superioară a ficatului coboară treptat în jos. Pe linia parasternală dreaptă limita superioară se află la nivelul spațiului V intercostal, pe linia mediană anterioară intersectează baza apendicelui sifoid și se termină la nivelul fixării cartilajului VIII costal sting la cartilajul VII, unde limitele superioară și inferioară se unesc la marginea laterală a lobului sting al ficatului. Limita inferioară a ficatului trece de la nivelul spațiului X intercostal din dreapta spre stînga pe marginea inferioară a arcului costal drept pînă la locul de unire a limitelor inferioară și superioară ale ficatului la nivelul unirii cartilajului VIII costal din stînga la cartilajul VII. În regiunea epigastrică ficatul este adiacent nemijlocit la fața posterioară a peretelui abdominal anterior. În senescență limita inferioară a ficatului se află mai jos decît la indivizii tineri și la femei este mai joasă decît la bărbați.

Vasele și nervii ficatului. În hilul hepatic pătrund artera hepatică proprie, *a. hepatica propria*, și vena portă, *v. portae*. Vena portă aduce sînge venos de la stomac, de la intestinul subțire, de la colon, de la pancreas și splină, iar artera hepatică proprie transportă sînge arterial. În interiorul ficatului artera, și vena portă se ramifică pînă la artere interlobulare, *aa. interlobulares*, și vene interlobulare, *vv. interlobulares*. Aceste artere și vene sînt repartizate între lobulii ficatului împreună cu canaliculele bilifere interlobulare, *ductuli interlobulares*. De la venele interlobulare în interiorul lobului pătrund capilarele sinusoide intralobulare extinse, care se întretaie printre traveurile hepatice și se var-

să în vena lobulară centrală. În porțiunile incipiente ale capilarelor sinusoide se varsă capilarele arteriale, care vin de la arterele interlobulare. Venele centrale ale lobulelor hepatice, unindu-se între ele, formează vene sublobulare (colectoare), *vv. sublobulâres*, din care prin mai multe confluențe se formează 2—3 vene hepatice mari și câteva mai mici, care ies din ficat în regiunea șantului venei cave inferioare și se varsă în vena cavă inferioară. Vasele limfatice se varsă în ganglionii limfatici hepatici, gastrici, lombari din dreapta, diafragmatici superiori și parasternali.

Inervația ficatului este realizată de ramurile nervilor vagi și plexului hepatic (simpatic).

Vezița biliară

Vezița biliară, *vésica fellea* (biliaris), reprezintă un rezervor în care se acumulează bila. Ea este situată în fosa vezicii biliare pe fața viscerală a ficatului și are o configurație piriformă. Fundul ei orb, numit **fundul vezicii biliare**, *fundus vésicae felleae*, proeminează de sub marginea inferioară a ficatului la nivelul unirii cartilajelor costale VIII și IX din dreapta, ceea ce corespunde locului de intersecție a marginii drepte a mușchiului drept abdominal cu arcul costal drept. Capătul mai îngust al vezicii, orientat spre hilul ficatului, a primit numirea de **col al vezicii biliare**, *cóllum vésicae felleae*. Între fund și col se află **corpul vezicii biliare**, *córpus vésicae felleae*. Colul vezicii continuă în **canalul cistic**, *dúctus cysticus*, care se unește cu ductul hepatic comun. Capacitatea vezicii biliare oscilează între 30 și 50 cm, lungimea ei — între 8 și 12 cm, și lățimea — 4—5 cm.

Pereții vezicii biliare după structura lor seamănă cu pereții intestinului. Fața liberă a vezicii biliare este acoperită de peritoneu, care trece pe ea de pe suprafața ficatului, formînd *túnica seroasă a vezicii biliare*, *túnica serôsa vésicae felleae*. În locurile unde tunica seroasă lipsește, membrana externă a vezicii biliare este prezentată de adventiție. *Túnica musculară a vezicii biliare*, *túnica*

musculâris vésicae felleae, este formată din celule musculare netede, iar *túnica mucoasă*; *túnica mucôsa vésicae felleae*, în interiorul vezicii formează pliuri, iar în colul vezicii și în canalul cistic formează un **pliu spiralat**, *plíca spiralis* (fig. 42).

Canalul coledoc, *dúctus cholédochus*, este situat între foiele ligamentului hepatoduodenal în dreapta de artera hepatică comună și anterior de vena portă. Canalul trece în jos mai întii posterior de porțiunea superioară a duodenului, apoi între partea lui descendentă și capul pancreasului, penetrează peretele medial al părții descendente a duodenului și se deschide în virful papilei mari a duodenului după ce s-a unit preliminar cu canalul pancreasului. După confluența acestor canale se formează o dilatare numită **ampula hepatopancreatică**, *âmpulla hepatopancreática*, care are la orificiul său de intrare un sfîncter al ampulei hepatopancreatice, *m. sphîncter âmpulae hepatopancreáticae*, s. *sphîncter âmpullae*. Pînă la confluența cu canalul pancreatic canalul coledoc are în peretele său un sfîncter al canalului coledoc, *m. sphîncter dúctus cholédochi*, care închide aportul de bilă din ficat și din vezița biliară în lumenul duodenului.

Bila elaborată de ficat se acumulează în vezița biliară în care se varsă prin canalul cistic din canalul hepatic comun în urma contracției sfîncterului canalului coledoc (fig. 43). În duoden fierrea nimereste din ficat și din vezița biliară pe măsura necesităților (cînd chimul alimentar ajunge în duoden).

Vasele și nervii vezicii biliare. Vezița biliară este irigată de artera cistică (de la artera hepatică proprie). Singele venos este transportat prin vena omonimă în vena portă. Inervația este realizată de ramurile nervilor vagi și de nervii simpatici din plexul hepatic.

Radioanatomia vezicii biliare. Pentru examenul radiologic al vezicii biliare se administrează intravenos substanțe radiocontrastante. Aceste substanțe trec din singe în bilă, se acumulează în vezița biliară, și pe radiogramă apare o opalescență ce se proiectează la nivelul vertebrelor I—II lombare.

Particularitățile de vîrstă ale ficatului și vezicii biliare

La nou-născut are dimensiuni mari și ocupa mai bine de jumătate din volumul cavității abdominale. Masa ficatului la nou-născut e de 135 g, ceea ce constituie 4,0—4,5% din masa corpului (la matur 2—3%). Fața diafragmatică a ficatului este convexă, lobul stîng al ficatului ca dimensiuni echivalează cu cel drept sau îl depășește. Marginea inferioară a ficatului este convexă, sub lobul stîng trece colonul descendent. Limita superioară a ficatului pe linia medioclaviculară dreaptă se află la nivelul coastei V, iar pe cea stîngă — la nivelul coastei VI. Lobul stîng al ficatului intersectează arcul costal pe linia medioclaviculară stîngă. La copilul de 3—4 luni locul de intersectare a arcului costal cu lobul stîng al ficatului, din cauza reducerii dimensiunilor lui, se află deja pe linia parasternală. La nou-născut marginea inferioară a ficatului pe linia medioclaviculară dreaptă proeminează de sub arcul costal cu 2,5—4,0 cm, iar pe linia mediană anterioară — cu 3,5—4 cm mai jos de apendicele xifoid. Uneori marginea inferioară a ficatului ajunge pînă la aripa osului iliac drept. La vîrsta de 3—7 ani marginea inferioară a ficatului se află mai jos de arcul costal cu 1,5—2,0 cm (pe linia medioclaviculară). După vîrsta de 7 ani marginea inferioară a ficatului nu depășește marginea arcului costal. Inferior de ficat este situat numai stomacul; începînd din acest timp scheletotopia ficatului nu difera de scheletotopia lui la omul matur. La copii ficatul e mobil și își schimbă poziția în funcție de cea a corpului.

Vezica biliară la nou-născut este alungită (3—4 cm), însă fundul ei nu proeminează de sub marginea inferioară a ficatului. Către vîrsta de 10—12 ani lungimea vezicii biliare aproape ca dublează. Vezica biliară se proiectează pe peretele abdominal anterior mai jos de arcul costal, cu 2 cm mai în dreapta de linia mediană anterioară. Inferior de vezica biliară se află duodenul, ansele părții epiploice a intestinului subțire și colonul transvers.

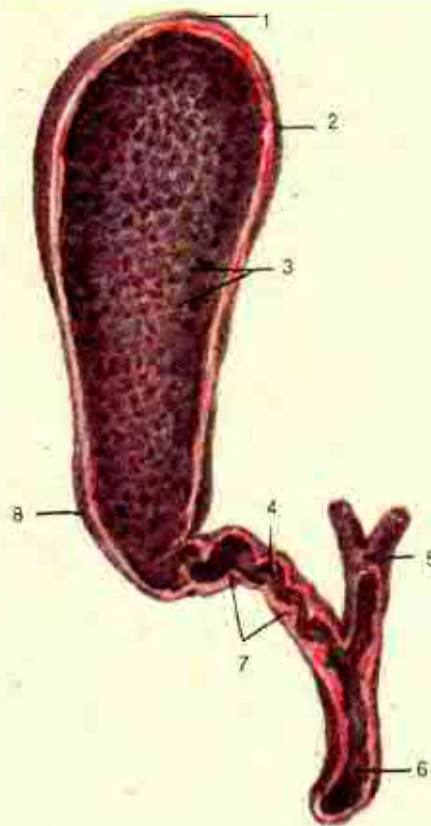


Fig. 42. Vezică biliară și canalele biliare (secțiune longitudinală).

1 — fundus vesicæ felleæ; 2 — corpus vesicæ felleæ; 3 — pli, mucoasă vesicæ felleæ; 4 — ductus cysticus; 5 — ductus hepaticus communis; 6 — ductus choledochus; 7 — valvula spiralis; 8 — collum vesicæ felleæ.

PÂNCREASUL

Pancreasul, *pâncreas*, ca dimensiuni reprezintă a doua glandă digestivă, dar care are și funcții endocrine. Pancreasul este un organ oblong de culoare gri-roz, situat în cavitatea abdominală, în sens transversal la nivelul corpurilor vertebrelor I—II lombare, retroperitoneal, posterior de stomac, fiind separat de acesta de către bursa omentalis. Lungimea pancreasului este de 14—18 cm, lățimea 3—9 cm, grosimea — 2—3 cm. Masa lui la omul matur este de circa 80 g. Aceasta e o glandă alveolar-tubulară compusă, acoperită cu o capsulă fină de țesut conjunctiv, prin care transpare configurația organului de struc-

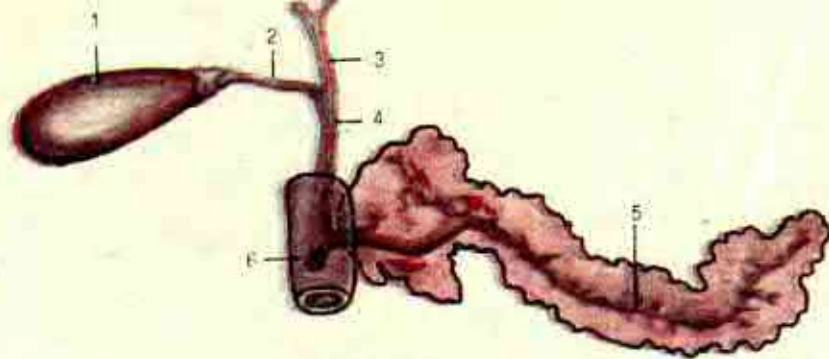


Fig. 43. Schema căilor secretoare ale ficatului și pancreasului. Direcția mișcării secretului e desemnată cu săgeți.

1 — vesica fellea; 2 — ductus cysticus; 3 — ductus hepaticus communis; 4 — ductus cholodochus; 5 — ductus pancreaticus; 6 — duodenum.

tura lobulară. Peritoneul acoperă fața anterioară și parțial cea inferioară a pancreasului (poziție extaperitoneală). În pancreas distingem capul, corpul și coada.

Capul pancreasului, caput pancreatis, este situat la nivelul vertebrelor I—III lombare în ansa duodenumului, aderând intim la fața lui concavă. Cu fața sa posterioară capul este adiacent la vena cavă inferioară, anterior el este intersectat de colonul transvers. Capul pancreasului este aplatizat în sens anteroposterior și la limita între el și corp pe marginea inferioară e situată *incisura pancreasului, incisura pancreatis.*

Corpul pancreasului, corpus pancreatis, de formă triedrică, intersectează din dreapta spre stînga corpul vertebrei I lombare și trece într-o porțiune mai îngustă ce constituie coada pancreasului, care ajunge pînă la hilul splinei. Corpul glandei are 3 fețe (anterioară, posterioară și inferioară) și 3 margini (superioară, anterioară, inferioară). *Fața anterioară, facies anterior,* are o orientare respectivă și poartă o tuberozitate mică numită *tuberozitate omentală, tuber omentale,* care este orientată spre bursa omentalis. *Fața posterioară, facies posterior,* este adiacentă la coloana vertebrală, la vena cavă inferioară, la aorta și la plexul celiac. *Fața inferioară, facies inferior,* este orientată inferoanterior. Aceste fețe ale pancreasului sînt separate de marginile respective.

Coada pancreasului, cauda pancreatis, trece în stînga și în sus spre hilul splinei. Posterior de coada pancreasului se află suprarenala stînga și capatul superior al rinichiului stîng.

Canalul pancreatic, ductus pancreaticus, începe în regiunea caudală a glandei, trece prin corpul și capul organului din stînga spre dreapta, recepționează canale afluențe de calibru mai mic și se deschide în lumenul porțiunii descendente a duodenumului pe papila mare a acestuia, unindu-se în prealabil cu canalul coledoc. În porțiunea terminală a canalului se află sfincterul canalului pancreatic, *m. sphincter ductus pancreatici.* În capul glandei se formează **canalul pancreatic accesoriu, ductus pancreaticus accessorius,** care se deschide în duoden pe papila mică a acestuia. Uneori canalul accesoriu face anastomoză cu canalul principal.

Lobulii pancreasului, lobulus pancreatis, execută funcții de secreție externă, exocrine, și constituie masa principală a glandei. Între lobuli se află porțiunea endocrină a glandei — insulele pancreatice (insulele Langerhans), care fac parte din grupul de glande endocrine. Hormonul insulina, format în celulele insulare, trece nemijlocit în sînge.

Vasele și nervii pancreasului. La pancreas vin arterele pancreatoduodenale superioare, anterioară și posterioară, (din artera gastroduodenală), artera pancreatoduodenală inferioară (din arte-

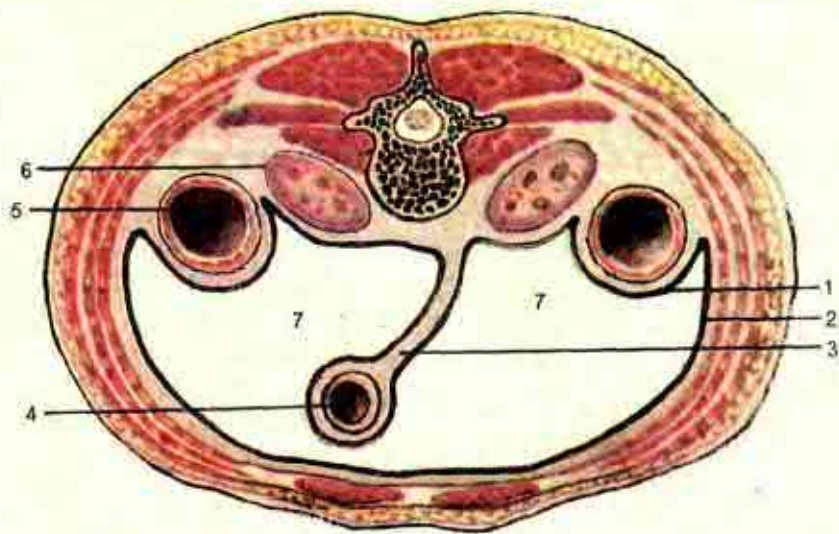


Fig. 44. Secțiune transversală prin trunchi. Raporturile spațiale ale viscerelor față de peritoneu (schemă).

1 — peritoneum visceral; 2 — peritoneum parietale; 3 — mesenterium; 4 — poziție intraperitoneală a duodenului subțire; 5 — poziție mezoperitoneală a colonului ascendent; 6 — poziție retro(extra)-peritoneală a duodenului; 7 — cavitas peritonei.

ra mezenterică superioară) și ramurile pancreatice (din artera lienală). Ramurile acestor artere fac anastomoze multiple în țesutul pancreasului. Venele pancreatice transportă singele în vena lienală, care e adiacentă la fața posterioară a pancreasului, în marginea lui superioară, în vena mezenterică superioară și în alte ramuri afluențe la vena portă (mezenterică inferioară, gastrică stângă).

Vasele limfatice ale pancreasului se scurg în ganglionii limfatici pancreatici, pancreatoduodenali, pilorici și lombari.

Inervația pancreasului e realizată de ramificațiile nervilor vagi, mai ales de cel drept, și de nervii simpatici din plexul celiac.

Particularitățile de vîrstă ale pancreasului

Pancreasul nou-născutului are dimensiuni foarte mici. De regulă el are 4—5 cm lungime și o masă de 2—3 g, și e situat ceva mai sus decît la omul matur. La vîrsta de 3—4 luni masa pancreasului dublează, la 3 ani ea atinge 20 g, la 10—12 ani masa lui echivalează cu 30 g. Dacă fiind că pancreasul nu este fixat tenace pe peretele posterior al cavității

abdominale, la nou-născut el este relativ mobil. Pe la vîrsta de 5—6 ani pancreasul îmbracă aspectul caracteristic pentru această glandă la omul matur. Raporturile spațiale ale pancreasului cu organele adiacente, caracteristice pentru omul matur, se stabilesc spre finele primului an de viață.

CAVITATEA ABDOMINALĂ ȘI PERITONEALĂ

Organele sistemului digestiv mai jos de esofag se află în cavitatea abdominală, iar porțiunea terminală a canalului digestiv — rectul — se află în cavitatea micului bazin.

Cavitatea abdominală, *cavitas abdominalis*, constituie cea mai mare cavitate din corpul uman și este situată între cavitatea toracică sus și cavitatea micului bazin — jos. Superior cavitatea abdominală este delimitată de diafragm, care o separă de cavitatea toracică, posterior — de porțiunea lombară a coloanei vertebrale, de mușchii patrați ai lombelor, de mușchii ileolumbali, anterior și bilateral — de mușchii abdomenului. Inferior cavitatea abdominală continuă în excavația micului bazin, care în partea de jos este delimitată de diafragma pelvian.

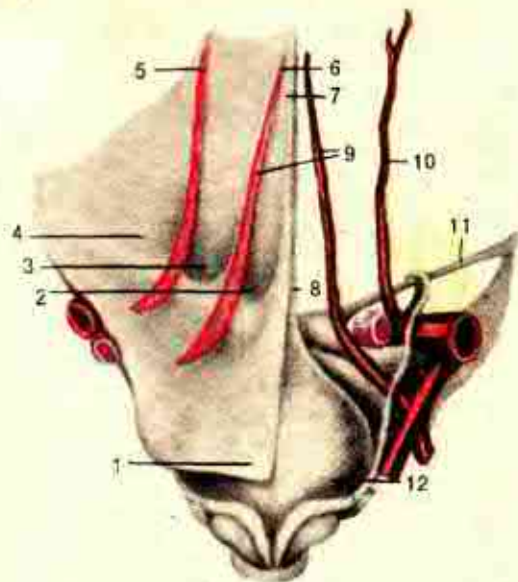


Fig. 45. Fața posterioară a peretelui abdominal anterior. Din dreapta peritoneul e rezezat.

1 — peritoneum; 2 — fossa supra-vesicală; 3 — fossa inguinalis medială; 4 — fossa inguinalis laterală; 5 — plica umbilicalis lateralis; 6 — plica umbilicalis medialis; 7 — plica umbilicalis mediana; 8 — lig. umbilicale medianum (trachus); 9 — lig. umbilicale mediale (a. umbilicalis); 10 — a. epigastrică inferioară; 11 — lig. inguinal; 12 — vezica urinară.

În cavitatea abdominală se afla stomacul, intestinul gros și subțire (cu excepția rectului), ficatul, pancreasul, splina, rinichii, suprarenalele, ureterele, iar în cavitatea bazinului — rectul, organele sistemului urinar și organele sexuale interne. În afara de acestea pe peretele posterior al cavității abdominale anterior de corpurile vertebrelor lombare trec porțiunea abdominală a aortei, vena cava inferioară și se afla plexuri nervoase, vase și ganglioni limfatici.

Fața interioară a cavității abdominale este tapetată de fascia endoabdominală, fascia endoabdominală, sau de fascia subperitoneală, fascia subperitoneală, diferite porțiuni ale căreia au primit denumiri omonime cu denumirile mușchilor pe care îi acoperă. La fața internă a acestei fascii vine în adiacență peritoneul parietal (vezi în continuare).

Cavitatea abdominală poate fi privită în ansamblu numai după înlăturarea peritoneului și organelor interne. Între peritoneu și fascia endoabdominală se af-

la un țesut celuloadipos. Cantități masive de acest țesut se află mai ales pe peretele abdominal posterior în jurul organelor situate la acest nivel. Spațiul dintre fascie și peritoneu pe peretele abdominal posterior a primit numirea de spațiu retroperitoneal, spătium retroperitoneale. Acest spațiu este umplut cu țesut celuloadipos și cu organe.

Peritoneul, peritonéum, constituie o tunica seroasă, care tapetează cavitatea abdominală și organele interne situate în această cavitate. El este alcătuit de foaia seroasă proprie și de un strat de epiteliu plat (scamos), numit mezoteliu. Peritoneul, care tapetează pereții cavității abdominale a primit numirea de peritoneu parietal, peritonéum parietale, iar peritoneul care acoperă organele se numește peritoneu visceral, peritonéum viscerale. Suprafața totală a peritoneului parietal și visceral la omul matur constituie în medie 1,71 m. Delimitând **cavitatea peritoneală închisă, cavită peritonéi,** peritoneul se prezintă ca o foaie neîntreruptă, care trece de pe pereții cavității abdominale pe organe și de pe organe din nou pe pereții cavității. La femei cavitatea peritoneală comunică cu mediul extern prin orificiile abdominale ale trompelor uterine, cavității uterine și vaginului. În cavitatea peritoneală se află în cantități mici un lichid seros care unectează peritoneul, ceea ce asigură glisarea liberă a organelor contactante, acoperite de peritoneu.

Raportul peritoneului la organele interne este diferit (fig. 44). Unele din ele sînt acoperite de peritoneu doar parțial (pancreasul, cea mai mare parte a duodenului, rinichii, suprarenalele etc.), adică sînt dispuse în afara peritoneului (retro- sau extraperitoneal). Fiecare din aceste organe este numit organ retroperitoneal, organum retroperitoneale. Celelalte organe sînt acoperite de peritoneu doar din trei părți și se numesc organe dispuse mezoperitoneal (colonul ascendent și descendent). În fine, al treilea grup de organe e acoperit cu peritoneu din toate părțile și ocupă o poziție intraperitoneală (stomacul, intestinul subțire, colonul transvers și sigmoid, splina, ficatul).

Peritoneul, care trece de pe pereții cavității abdominale pe organe sau de pe un organ pe altul într-o serie de cazuri formează pliuri și fose. Trecind pe unele organe intraperitoneale, peritoneul formează ligamente, *ligamenta*, și dublicaturi ale peritoneului numite mezouri. De exemplu, mezentarul, *mesentérium*, mezoul intestinului subțire (gr. *mésos* — mediu, *énteron* — intestin), mezocolonul, *mesocólon* — mezoul colonului.

Peritoneul parietal, care tapetează peretele cavității peritoneale, spre deosebire de cel visceral, nu formează mezouri. Acoperind peretele abdominal anterior, peritoneul parietal trece în partea superioară pe diafragm, iar bilateral — pe pereții laterali ai cavității abdominale și inferior — pe organele cavității bazinului. În regiunea pubiană între fascia peritoneală și cea retroperitoneală există o cantitate mică de țesut adipos, datorită cărui fapt peritoneul poate fi la acest nivel deplasat în sus de către vezica urinară la umplerea acesteia.

Pe tot parcursul, între ombilic și simfiza pubiană peritoneul care acoperă peretele abdominal anterior, formează 5 pliuri: unul impar ombilical median, *plica umbilicâlis mediana*, și celelalte pare — pliurile ombilicale mediale și laterale, *plcae umbilicâles mediâles et plcae umbilicâles laterâtes* (fig. 45). În pliul ombilical median e situat canalul urinar obliterat, urachusul, *urâchus*, care la făt pornește de la virful vezicii urinare spre ombilic, în pliurile ombilicale mediale se află arterele ombilicale obliterate, prin care singele de la făt se îndreaptă spre placentă, iar în pliurile laterale se află arterele epigastrice inferioare.

Superior de vezica urinară, bilateral de pliul ombilical median se află niște excavații mici — fosele supravezicale dreapta și stînga, *fossae supravesicâles dextra et sinistra*. Între pliurile ombilicale lateral și medial în stînga și în dreapta se află câte o fosă inghinală medială, *fossa inguinâlis mediâlis*. Pe ele se proiectează inelele inghinale superficiale ale canalelor inghinale. Spre exterior de pliul ombilical lateral e situată *fosa inghinală late-*

rală, fossa inguinâlis lateralis, care corespunde înălțului inghinal profund al canalului inghinal.

Îndreptîndu-se în sus, peritoneul peretelui anterior al cavității abdominale trece pe fața inferioară a diafragmului, apoi de pe diafragm pe viscere (ficat, stomac, splină) și pe peretele abdominal posterior.

Peritoneul peretelui abdominal anterior trece de asemenea pe pereții laterali ai cavității abdominale iar apoi pe peretele posterior al lui. Pe peretele posterior al cavității abdominale peritoneul acoperă organele situate retroperitoneal (rinichi, suprarenale, uretere, pancreasul, cea mai mare parte a duodenului, aorta, vena cava inferioară și alte vase, nervi, ganglioni limfatici (cu poziție retroperitoneală)) și trece pe alte organe situate mezo- și intraperitoneal. Peritoneul acoperă din trei părți (mezoperitoneal) colonul ascendent și descendent, din toate părțile — cecul, dispus intraperitoneal, însă lipsit de mezou. Apendicele vermiform de asemenea dispus intraperitoneal, are mezoul său, **mezoapendice**, *mesoappendix*. În partea stînga a cavității peritoneale cele două foite ale peritoneului vin la colonul sigmoid, îl încorsetează din toate părțile formînd mezoul colonului sigmoid, *mesocólon sigmoideum*. La limita dintre porțiunea superioară și inferioară a cavității peritoneale în direcție transversală e situat **mezoul colonului transvers**, *mesocólon transversum*, prezentat de două foite ale peritoneului, care pleacă de la peretele posterior al cavității peritoneale spre colonul transvers. Inferior de mezoul colonului transvers de la peretele peritoneal posterior își ia originea **mezoul intestinului subțire**, *mesentérium*, în care trece peritoneul parietal (fig. 46). Rădăcina mezenterului, *râdix mesentérii*, e dispusă oblic în sens superoinferior și de la stînga spre dreapta, de la flexura duodeno-jejunală (din sînga de la corpul vertebrei II lombare) pînă la trecerea ileotului în cec (la nivelul articulației sacroiliace drepte. Lungimea rădăcinii mezenterului echivalează cu 15—17 cm. Marginea mezoului, diametral opusă rădăcinii,

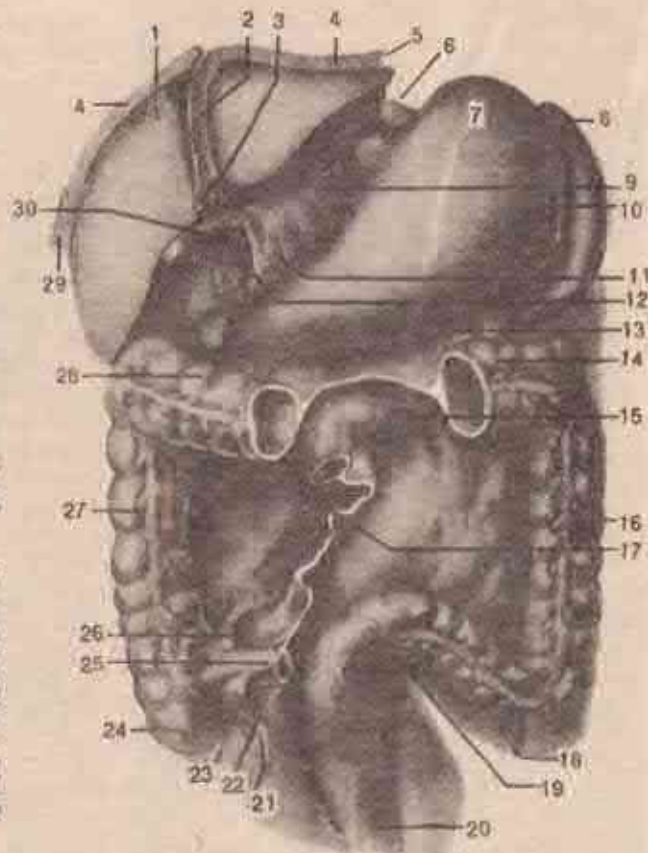


Fig. 46. Organele cavității abdominale: aspect anterior. Intestinul subțire, o parte a colonului transvers și marile epiploon sînt rezecate.

1 — ficat; 2 — lig. falciform (hepatis); 3 — lig. latere hepatic; 4 — lig. coronarium; 5 — lig. triangulare sinistru; 6 — lig. gastroepiploic; 7 — ventricul; 8 — lien; 9 — lig. hepatogastric; 10 — lig. gastroduodenal; 11 — lig. hepatoduodenal; 12 — peretele anterior al orificiului corpului stomacului; 13 — mesocolon; 14, 28 — colon transvers; 15 — recessus duodenalis superior; 16 — colon descendent; 17 — radicimesenteric; 18 — colon sigmoidic; 19 — recessus intersigmoidic; 20 — rectum; 21 — appendix vermiformis; 22 — mesosigmoidis; 23 — recessus ileocecal inferior; 24 — caecum; 25 — ileon; 26 — recessus ileocolic superior; 27 — colon ascendent; 29 — lig. triangulare dextrum; 30 — for. epiploicum (omentele).

care vine la intestinul subțire iar apoi îl încorsetează din toate părțile (poziție intraperitoneală) are o lungime egală cu cea a jejunului și ileonului luate împreună. Între cele două foițe seroase ale mezoului trec spre intestinul subțire artera mezenterică superioară cu ramurile ei, nervi, precum și venele și vasele limfatice ce pornesc de la pereții intestinului. Tot aici sînt situați ganglionii limfatici mezenterici superiori, precum și țesutul conjunctiv lax și țesutul adipos.

Cu mult mai complicată este trecerea peritoneului parietal în cel visceral și formarea mezourilor în etajul superior al cavității peritoneale (mai sus de colonul transvers și mezoul lui) (fig. 47). De pe fața inferioară a diafragmului peritoneul trece pe fața diafragmatică a ficatului, formînd ligamentele ficatului: falciform, lig. falciforme hepatis, coronar, lig. coronarium, drept și stîng trigonal, ligg. triangulăria dextrum et si-

nistrum). Trecînd peste muchia ascuțită a ficatului anterior de ea și peste porțiunea posterioară a ficatului, peritoneul tapetează fața viscerală a acestuia. Apoi de la hilul ficatului peritoneul se îndreaptă cu două foițe spre mica curbura a stomacului și spre porțiunea superioară a duodenului. În acest fel, între hilul ficatului, sus, mica curbura a stomacului și porțiunea superioară a duodenului, jos, se formează duplicatura peritoneului, care a primit numirea de **epiploon mic, omentum minus**. Partea stîngă a epiploonului mic e prezentată de ligamentul hepatogastric, lig. hepatogastricum, iar cea dreaptă — de ligamentul hepatoduodenal, lig. hepatoduodenale. În marginea dreaptă a epiploonului mic (în ligamentul hepatoduodenal) între foițele peritoneului sînt situate în ordine din dreapta spre stînga canalul coledoc, vena portă și artera hepatică proprie.

Ajungind la mica curbura a stomacului ambele foițe ale peritoneului din ligamentul hepatogastric diverg și tapetează fețele posterioară și anterioară ale stomacului. La marea curbura a stomacului ambele foițe ale peritoneului converg și trec în jos anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire. Apoi ambele foițe ale peritoneului se incurbează brusc în sens posterior, se înfașoară și se ridică în sus posterior de foițele descendente și anterior de colonul transvers. Mai sus de mezoul colonului transvers aceste foițe trec în peritoneul parietal, care tapetează peretele abdominal posterior. Foița superioară trece în sus, tapetind fața anterioară a pancreasului, apoi trece pe peretele posterior al cavității abdominale și pe diafragm. Foița inferioară se întoarce în jos și trece în foița superioară (anterioară) a mezoului colonului transvers. Un pli lung al peritoneului care atârna anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire cu aspect de șort format din 4 foițe de peritoneu a primit denumirea de **epiploon mare**, *omentum majus*, care de origine este mezoul dorsal al stomacului. Între foițele peritoneale ale epiploonului mare se află o cantitate mică de țesut adipocelular. Cele 4 foițe ale peritoneului epiploonului mare la omul matur concresec două câte două, formind două foițe — anterioară și posterioară. Foița anterioară începe de la marea curbura a stomacului și împreună cu foița posterioară a epiploonului mare concresec la rindul lor cu fața anterioară a colonului transvers la nivelul bandetei epiploice. Foița posterioară a epiploonului mare concresec cu mezoul colonului transvers.

O parte din epiploonul mare (foița anterioară) racordată între curbura mare a stomacului și colonul transvers, a primit numirea de ligament gastrocolic, *lig. gastrocolicum*. Ambele foițe ale peritoneului, care pleacă de la curbura mare a stomacului în stînga spre hilul splinei formează ligamentul gastralieneal, *lig. gastralieneale*, iar cele care pleacă de la partea cardiacă a stomacului spre duoden formează ligamentul gastro-

frenic, sau gastrodiafragmal *lig. gastrophrenicum*.

În cavitatea peritoneală, *cavitas peritonēi*, putem separa convențional două etaje sau compartimente: superior și inferior. Etajul superior al cavității peritoneale în partea de sus este delimitat de diafragm, bilateral — de pereții laterali ai cavității abdominale tapetați cu peritoneu parietal, iar în partea de jos — de colonul transvers și de mezocolonul transvers.

În etajul superior se află stomacul, ficatul cu vezica biliară, splina, porțiunea superioară a duodenului și pancreasul. Etajul superior al cavității peritoneale se împarte în trei burse relativ delimitate una de alta: bursa hepatică, pregastrică și omentală (D. N. Zernoy). Bursa hepatică se află în dreapta de ligamentul falciform al ficatului și cuprinde lobul drept al ficatului. În bursa hepatică proeminează polul superior al rinichiului drept și suprarenala respectivă, acestea avind poziție retroperitoneală. Bursa pregastrică este situată în plan frontal spre stînga de ligamentul falciform al ficatului, anterior de stomac. În partea de dinainte bursa pregastrică este delimitată de peretele abdominal anterior. Peretele superior al acestei burse e constituit de diafragm. În bursa pregastrică se află lobul stîng al ficatului și splina.

Bursa omentală, *bursa omentalis*, se află posterior de stomac și micul epiploon. Ea este delimitată superior de lobul caudal al ficatului, inferior — de lamela posterioară a epiploonului mare, care este coalescentă cu mezoul colonului transvers, anterior — de fața posterioară a stomacului, a epiploonului mic și a ligamentului gastrotransversal, iar posterior — de foița peritoneală, care acoperă pe peretele posterior al cavității abdominale aorta, vena cavă inferioară, polul superior al rinichiului stîng, suprarenala stînga și pancreasul. Cavitatea omentală reprezintă o fisură situată în plan frontal. Contururile cavității bursei omentale sînt neregulate. În partea de sus ea are un reces superior, *recessus superior omentalis*, care este situat între porțiunea lombară a diaf-

ragmului, posterior, și de fața posterioară a lobului caudat al ficatului, anterior. Spre stînga bursa omentală se întinde pînă la hilul splinei formînd *recesul lienal*, *recessus lienalis*. În calitate de pereți ai acestui reces servesc: anterior — *lig. gastrolienale*, posterior — *lig. phrenicolienale*, care se prezintă ca o duplicatură a peritoneului recordată între diafragm și capatul posterior al splinei. Bursa omentală are și un reces inferior, *recessus inferior omentalis*, care se află între ligamentul gastrocolic, anterior și superior, și lamela posterioară a epiploonului mare, congrescut cu colonul transvers și mezoul lui, posterior și inferior. Bursa omentală prin orificiul epiploic [*foramen epiploicum (omentale)*] (*hiatul Winslow*) de 2—3 cm în diametru, comunică cu bursa hepatică. Orificiul are dimensiuni reduse (prin el pot trece 1—2 degete) și e situat posterior de ligamentul hepatoduodenal, la marginea lui dreaptă liberă. Superior orificiul epiploic este delimitat de lobul caudat al ficatului, inferior — de porțiunea superioară a duodenului, posterior — de peritoneul parietal, care tapetează vena cava inferioară.

Etajul inferior al cavității peritoneale e situat mai jos de colonul transvers și de mezocolonul transvers, și în partea de jos trece în cavitatea micului bazin. Între peretele lateral drept al cavității abdominale, pe de o parte, și cec și colonul ascendent, pe de altă parte, se află o fisură verticală îngustă denumită șanț paracolic de dreapta, *sulcus paracolicus dexter*, care se mai numește și canal lateral de dreapta (D. N. Zernov). Șanțul paracolic din stînga, *sulcus paracolicus sinister*, sau canalul lateral din stînga, se află între peretele sting al cavității abdominale, din stînga, și colonul descendent și sigmoid, din dreapta.

O parte din etajul inferior al cavității peritoneale este delimitat din dreapta, de sus și din stînga de colonul transvers și este împărțită de mezenter în două fose destul de extinse — sinusurile mezenterice drept și sting. Sinusul mezenteric drept, *sinus mesen-*

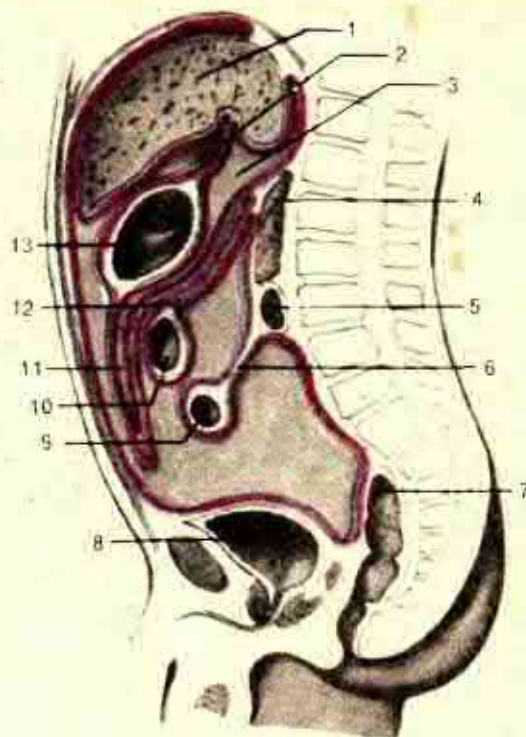


Fig. 47. Secțiune mediană (sagitală) a trunchiului. Raporturile spațiale ale viscerelor față de peritoneu (schemă).

1 — hepar; 2 — lig. hepato-gastricum; 3 — bursa omentalis; 4 — pancreas; 5 — duodenum; 6 — mesenterium; 7 — cecum; 8 — vesica urinaria; 9 — jejunum; 10 — colon transversum; 11 — cavitatea marelui epiploon; 12 — mezocolon transversum; 13 — ventriculus.

tericus dexter, are configurația unui triunghi, virful cărui este orientat în jos și în dreapta, spre porțiunea terminală a ileonului. Pereții sinusului mezenteric drept sînt formați: din dreapta — de colonul ascendent, superior — de rădăcina mezocolonului transvers, din stînga — de rădăcina mezenterului. În adîncul acestui sinus, în poziție retroperitoneală, se află: porțiunea terminală a părții descendente a duodenului și porțiunea lui orizontală (inferioară), partea inferioară a capului pancreasului, un sector al venei cave inferioare, aflat între rădăcina mezenterului în jos pînă la duoden în sus, ureterul drept, vase, nervi și ganglioni limfatici. Sinusul mezenteric sting, *sinus mesen-*

lêricus sinister, de asemenea e de forma triunghiulară, însă vârful triunghiului este orientat în sus și în stînga, spre flexura stînga a colonului. Drept limite ale sinusului mezenteric sting servesc: din stînga — colonul descendent și mezul colonului sigmoid, din dreapta — rădăcina mezenterului. Inferior acest sinus nu are o limită strictă și comunica liber cu cavitatea pelviană. În limitele sinusului mezenteric sting în poziție retroperitoneală se află: partea ascendentă a duodenului, jumătatea inferioară a rinichiului sting, porțiunea terminală a aortei abdominale, ureterul sting, vase, nervi și ganglioni limfatici.

Foiașii parietali ai peritoneului, tapetînd peretele posterior al cavității abdominale, în locurile de trecere de pe un organ pe altul sau între marginea organului și peretele abdominal, formează pliuri sau fose. Aceste fose sînt locuri de risc de hernie retroperitoneală.

De exemplu, între flexura duodeno-jejunală în dreapta și ligamentul duodenal superior în stînga se află *recesul duodenal superior*, *recessus duodenalis superior*, și *recesul duodenal inferior*, *recessus duodenalis inferior* de dimensiuni nu prea mari. La nivelul trecerii ileonului în cec peritoneul formează pliuri care delimitează *recesele ileocecale superior și inferior* *recessus ileocecales superior et inferior* situate respectiv mai sus și mai jos de porțiunea terminală a ileonului. Cecul încorsetat din toate părțile de peritoneu, se află în fosa iliacă dreaptă. Fața posterioară, tapetată cu peritoneu, a intestinului cec poate fi văzută dacă o retragem în sens anterosuperior. Totodată devin vizibile și pliurile cecale ale peritoneului, *plicae caecales*, care trec de la suprafața anterioară a mușchiului spre fața laterală a cecului. *Recesul retrocecal*, *recessus retrocecalis*, existent aici, este situat sub porțiunea inferioară a cecului.

Colonul sigmoid are un mezu, dimensiunea căruia variază conform dimensiunilor colonului. Pe latura stîngă a mezoului colonului sigmoid la nivel de inserție a foiișii stîngi a acestui mezu

pe peretele bazinului se află un *reces intersigmoid*, *recessus intersigmoidicus*, de dimensiuni mici.

Peritoneul coboară în cavitatea micului bazin pentru a tapeta nu numai porțiunea superioară și parțial cea medie a rectului, ci și organele aparatului urogenital.

La bărbați peritoneul, care acopera fața anterioară a rectului, trece pe peretele posterior, iar apoi și pe peretele superior al vezicii urinare. În continuare peritoneul se transformă în varianta lui parietală pe peretele abdominal anterior. Între vezica urinară și rect se formează *excavația rectovesicală*, *excavația rectovesicalis*, care e delimitată bilateral de *pliuri rectovesicale* (*plicae rectovesicales*). Aceste pliuri trec în sens anteroposterior de la fețele laterale ale rectului spre vezica urinară. La femei peritoneul de pe fața anterioară a rectului trece pe peretele posterior al porțiunii superioare a vaginului, pe urma în ascensiune acoperă din spate, apoi din față uterul și trece pe vezica urinară. Între uter și rect se formează *excavația rectouterină*, *excavația rectouterina*. Ea este delimitată bilateral de pliurile rectouterine, *plicae rectouterinae*. Între uter și vezica urinară se formează *excavația vezico-uterină*, *excavația vesicouterina*.

Particularitățile de vîrstă ale peritoneului

La nou-născut peritoneul este fin și transparent. Pe el se întrezăresc lesne vasele și ganglionii limfatici, deoarece țesutul celuloadipos subperitoneal este subdezvoltat. Marele epiploon este foarte scurt și fin. Excavațiile, pliurile și fosele formate de peritoneu există și la nou-născut, însă sînt puțin pronunțate. Ele se adîncesc odată cu vîrsta copilului.

Revista anatomică comparată a evoluției sistemului digestiv

La animalele vertebrate sistemul digestiv se dezvoltă din entoderm — intestinul primar (epiteliul și glandele) și mezoderm (celelalte straturi ale peretelui intestinal). În formarea cavității bu-

cale și porțiunii terminale a rectului participă de asemenea ectodermul. În procesul de evoluție la diverse vertebrate cu toată comunitatea planului de structură a sistemului digestiv particularitățile lui anatomofuncționale reflectă modul lor de viață și în primul rind caracterul alimentației lor. La ciclostomate maxilarele încă nu sînt prezente. Ele apar pentru prima dată la acipenseriforme și acipenseride și sînt dotate cu dinți. Din această cauză orificiul bucal este strămutat în porțiunile inferioare ale capului. Buzele lipsesc. Limba e puțin dezvoltată și nu conține mușchi. Acestea apar în adîncul limbii abia la amfibieni.

Aparatul branhial, care se află în legătură cu cavitatea bucală și execută funcțiile de respirație la pești odată cu ieșirea animalelor pe uscat se transformă pe parcursul procesului de filogeneza în alte organe (vezi: „Glandele endocrine”, „Organul vestibulo-cochlear”). La vertebratele terestre apar organele de respirație, al căror tapet epitelial de asemenea se dezvoltă din intestinul primar.

Separarea parțială a cavității bucale în cavitatea bucală propriu-zisă și cavitatea nazală se produce la reptile. La aceste animale limba e bine dezvoltată, dimensiunile și forma ei sînt condiționate de particularitățile lor de structură și existență. Apar glande labiale și sublinguale.

La mamifere cavitatea bucală, în care se deschid canalele glandelor salivare e deja separată definitiv de cavitatea nazală, se separă vestibulul cavității bucale și se formează palatul. Orificiul bucal este înconjurat de buze destul de dezvoltate. Limba și dinții se dezvoltă în conformitate cu modul de viață (caracterul de nutriție) al animalelor. Esofagul la vertebrate, executînd funcția de conductă de hrană spre stomac, are lungime variată corespunzătoare dimensiunilor și caracterelor structurale ale animalului. La reptile tunica musculară a esofagului este alcătuită din două straturi, însă esofagul e deja destul de bine delimitat de stomac.

Forma și poziția stomacului, struc-

tura tunicilor lui mucoasă și musculară corelează cu forma corpului și mai ales cu caracterul de nutriție, cu cantitatea și tipul alimentelor, cu dezvoltarea altor organe, în special a ficatului. La vertebratele cu corpul alungit axul longitudinal al stomacului trece de-a lungul axului corpului, la animalele cu corp scurt stomacul este dilatat și e situat în cavitatea abdominală în sens oblic sau transversal. La păsări stomacul este alcătuit din compartimentul glandular și cel intestinal. La rozătoare și la mamiferele carnivore stomacul comportă o dilatare mai mult sau mai puțin pronunțată. La erbivorele rumegătoare stomacul are dimensiuni impunătoare și conține cîteva compartimente. Însă gradul de diferențiere a stomacului depinde nu atît de forma lui complicată, cît de structura microscopică a pereților lui și de gradul de dezvoltare a glandelor gastrice.

La vertebratele inferioare intestinul trece de-a lungul coloanei vertebrale, iar la cele mai superioare el formează anse și dispune de mezo dorsal. La amfibieni apar flexurile intestinale, la reptile numărul de flexuri sporește, începe împărțirea intestinului în compartimentele lui subțire și gros. Doar porțiunea terminală a intestinului la toate vertebratele rămîne dreaptă. Păsările posedă un intestin lung, dotat cu glande dezvoltate, care apar pentru prima dată la peștii condrosteeni. Printre mamifere cel mai lung intestin se înregistrează la ierbivore; la carnivore el e comparativ mult mai scurt. Limita dintre intestinul subțire și cel gros la început e constituită de un repliu de tunică mucoasă, care apare la unii amfibieni, iar apoi de o valvă. Drept început pentru intestinul gros servește cecul, care apare la amfibieni sub forma unei proeminente oarbe.

Acest compartiment al intestinului are dimensiuni deosebit de mari la mamiferele ierbivore și lipsește sau e foarte puțin pronunțat la carnivore. Apendicele vermicular există doar la unele mamifere — iepure de casă, maimuța, om. În procesul de constituire a intestinului gros și subțire în el se formează pliuri, glande, inclusiv masive (ficat, pancreas).

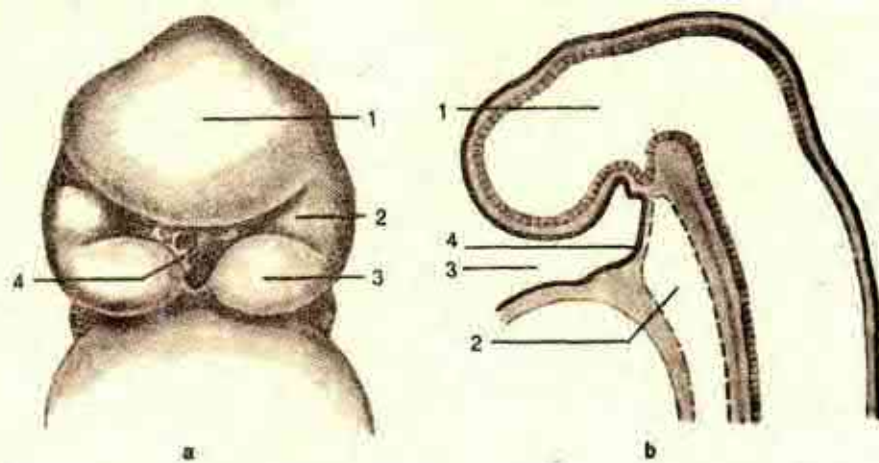


Fig. 48. Extremitatea cefalică a embrionului în a 4-a săptămână de dezvoltare.

a — aspect anterior: 1 — excrescența frontală; 2 — excrescența maxilară; 3 — excrescența mandibulară; 4 — membrana faringiană parțial ruptă; b — aspect lateral, secțiune sagitală (schemă): 1 — encefal în dezvoltare; 2 — intestin primar; 3 — jghebul lăsat; 4 — membrana faringiană.

Ficatul există la toate vertebratele. La unii pești, amfibieni el este lobular și posedă excrescențe. Unul din canalele ficatului se unește cu vezica biliară. Repetile au ficat alcătuit de obicei din doi lobi. Structura bilobată a ficatului e caracteristică pentru păsări și mamifere. Canalele de la lobul drept și stâng se unesc formind un canal coledoc comun. Pancreasul la pești are dimensiuni mici; la amfibieni el devine mai mare și la păsări el este cuprins de ansa duodenui în curs de formare.

Dezvoltarea sistemului digestiv la om

Intestinul primar se dezvoltă din entodermul embrional sau intestinal, care la etapele timpurii de dezvoltare constituie „copertina” veziculei viteline. Pe parcursul formării corpului embrionului (după a 20-a zi de dezvoltare intrauterină) și de delimitare a lui de la elementele extraembrionare entodermul intestinal se înfășoară generind un tub (intestin primar), închis în porțiunile lui anterioară și posterioară și comunicind cu sacul vitelin. În a 4-a săptămână de viață intrauterină intestinul primar ce se dezvoltă din entoderm este situat anterior de coardă. În continuare din acest entoderm se formează epiteliul tubului

digestiv (cu excepția unei părți din cavitatea bucală și regiunii anale), precum și glandele digestive mari și mici (gastrice, intestinale, ficat, pancreas). Celelalte straturi ale tubului digestiv (tunica mucoasă, cu excepția epitelului, baza submucoasă, tunica musculară și conjunctivă) sînt derivate ale splanchnopleurei (visceropleurei), ce constituie lamela internă (medială) a părții nesegmentate a mezodermului adiacent la intestinul primar. În porțiunea cefalică și caudală a embrionului intestinul primar se termină orb.

Spre finele lunii I de dezvoltare intrauterină la extremitatea cefalică a embrionului apare o excavație a ectodermului numită sinus bucal, iar pe extremitatea caudală — sinusul anal (fig. 48). **S i n u s u l b u c a l**, adîncindu-se, ajunge pînă la extremitatea anterioară obturată a intestinului primar. Între cavitatea intestinului primar și sinusul bucal se formează o membrană bistratificată faringiană, alcătuită dintr-un strat extern ectodermal și unul intern entodermal. Curînd (în a 4—5-a săptămână de dezvoltare) membrana faringiană se rupe și cavitatea sinusului bucal comunică cu cavitatea intestinului primar. **S i n u s u l a n a l** este separat de cavitatea intestinului primar de către

membrana anală, formată, ca și cea faringiană, dintr-un strat ectodermal aparținând sinusului anal și un strat entodermal aparținând intestinului primar. Ruperea membranei anale în a 5-a săptămână de dezvoltare duce la formarea orificiului caudal al intestinului primar.

În acest fel, intestinul primar al embrionului se deschide din ambele părți; în el distingem intestinul cefalic (faringian) și intestinul trunchiului având drept limită proeminența entodermală a intestinului primar, din care se vor forma în viitor traheea și plămîni. În intestinul trunchiului distingem intestinul anterior, mediu și posterior. Sinusul bucal este tapetat cu epiteliu de origine ectodermală, din el se formează apoi o parte a cavității bucale. Din intestinul faringian, tapetat cu epiteliu de origine entodermală se formează compartimentele profunde ale cavității bucale și laringele. Intestinul anterior al trunchiului va da naștere esofagului și stomacului. Intestinul mediu va genera intestinul subțire și porțiunea inițială a intestinului gros (cecul, colonul ascendent și transvers). Din intestinul posterior se formează porțiunea terminală a intestinului gros (colonul descendent, sigmoid și rectul). Somatoși visceropleura dau naștere peritoneului.

Dezvoltarea cavității bucale se află în legătură cu formarea regiunii faciale a embrionului și cu transformarea arcurilor branhiiale în recesuri branhiiale. Pe ambii pereți laterali ai intestinului faringian apar pînă la 5 proeminențe pare. Acestea sînt recesele branhiiale. La om fațetele branhiiale nu se formează. Între recesele branhiiale sînt situate porțiuni de țesuturi care au primit numirea de arcuri branhiiale sau viscerale. Arcul I sau mandibular, arcul II sau sublingval, hioid, iar celelalte — III, IV, V sînt arcuri branhiiale (viscerale). Sinusul bucal (cavitatea bucală primară) are la început aspectul unei fațete înguste și este delimitat de sus de apofiza frontală impară, care pornește de la extremitatea inferioară a bazei viitoare a craniului. Arcul maxilar (I visceral), divizându-se în apofize pare maxilare și man-

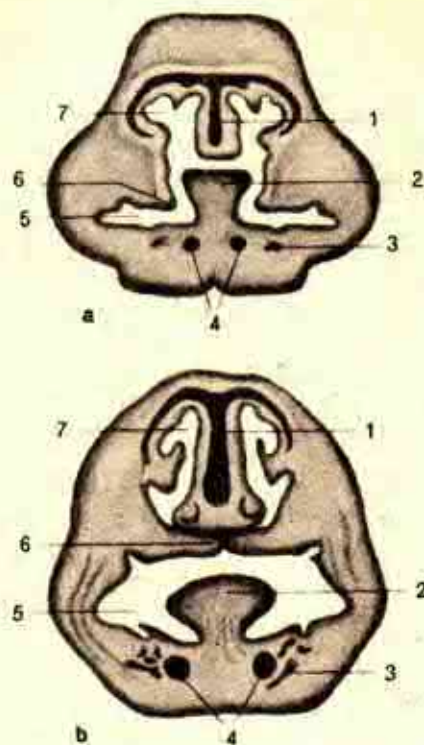


Fig. 49. Formarea cavității bucale și cavității nazale (secțiune frontală în capul embrionului).

a — săptămîna a 7-a de dezvoltare; b — săptămîna a 8-a de dezvoltare; 1 — septul nazal; 2 — limbur; 3 — țesutul osos al mandibulei; 4 — cartilajul Mebel; 5 — cavitătea bucală; 6 — apofizele palatine; 7 — cavitătea nazală.

dibulare, delimitează sinusul bucal de jos și bilateral. În continuare apofiza frontală, la care în a 5—6-a săptămîna apar fosele olfactive, se intercalează între apofizele maxilare și, separîndu-se în apofizele nazale mediană și laterale, formează nasul extern, narile, septul nazal și cavitatea nazală viitoare. Totodată are loc apropierea apofizelor maxilare și concreșterea lor cu apofizele nazale laterale, avînd drept rezultat formarea buzei superioare. Torusurile aparute pe fața internă a apofizelor maxilare avansează unul în împinșarea altuia, și, concreșcînd, separă cavitatea nazală de cea bucală, adică generează bolta palatină (fig. 49). Din apofizele maxilare se formează maxilarul. Apofizele mandibulare în acest rîstimp concreșc formînd buza inferioară, man-

dibula și planșeul cavității bucale. Concreșterea apofizelor maxilare și mandibulare în sens bilateral duce la formarea comisurilor labiale.

Arcurile branhiale (II-V) și țesuturile adiacente, concreșcând pe linie mediană și între ele, formează partea anterioară a gâtului. Din epiteliul primului reces branhial se formează tegumentele tunicii mucoase a trompei auditive și cavității timpanice din urechea medie, din al doilea reces branhial se formează fosa tonzilară (*fossa tonsillarís*), din al treilea și al patrulea — timusul și glandele paratiroide. Din epiteliul peretelui anterior al faringelui la limita dintre arcurile branhiale I și II se formează primordiul glandei tiroide. Din primul arc visceral se dezvoltă ciocănașul și nicovalea (osișoare auditive), iar în jurul părții cartilajinoase (cartilajului Mackel) se formează maxila și mandibula. Din arcul visceral II se formează coarnele mici ale osului hioid, apofiza stiloidă și scărița (osișor auditiv). Din arcul visceral III (branchial I) se dezvoltă coarnele mari ale osului hioid.

Limba se formează din primordii pare și impare apărute pe peretele ventral al faringelui în regiunea arcurilor branhiale I și II. La limita dintre viitoarele părți anterioară și posterioară ale limbii are loc proeminerea epiteliului și formarea glandei tiroide. Nivelul de debut al acestei proeminente persistă la omul matur sub formă de orificiu orb al limbii.

Dinții embrionului uman derivă din ectodermul, care tapetează marginile apofizelor maxilare și mandibulare. La început apare întumescența ectodermală (lamela dentară) pe marginea apofizei alveolare viitoare. Apoi ea se afundă în mezenchimul apofizelor alveolare, unde din această lamelă se formează dinții. Din mezenchim se formează doar pulpa dinților.

Dintr-o excrescență epitelială, de pe peretele ventral al intestinului, la limita dintre părțile lui faringiană și trunchială se formează organele de respirație (laringele, trahea, bronhiile, tapetul lor epitelial).

La embrion spre finele primei luni

de dezvoltare intestinul trunchial mai jos de diafragm este racordat pe pereții anterior și posterior al embrionului prin mezoul dorsal și cel ventral, care se formează din splancho (viscero) pleură. Mezoul ventral dispare timpuriu și persistă doar la nivelul primordiului stomacului și duodenului.

În luna a doua de dezvoltare embrională dilatarea intestinului primar apărută în a 4-a săptămână la nivelul viitorului stomac continuă să crească în dimensiuni, căpătând o configurație fusiiformă. Creșterea intensă în lungime în restul tubului intestinal duce la formarea ansei intestinale, care se orientează cu partea arcuată în sens anteroinferior. Pe ansa intestinală distingem două porțiuni — descendentă și ascendentă.

Odată cu dezvoltarea intestinului și stomacului se produce rotația lor în cavitatea abdominală. Din cauza creșterii intense a părții dorsale a dilatării gastrice stomacul capătă o formă de retortă. La el se formează marea curbura la nivelul părții dorsale crescînde și mica curbura — în regiunea peretelui lui ventral (fig. 50). Odată cu creșterea se produce versiunea stomacului în dreapta în așa fel încît fața lui stîngă devine anterioară, iar cea dreaptă — posterioară. Proeminența dorsală a stomacului (viitoarea mare curbura) este orientată în jos și spre stînga, iar partea anterioară, concavă, (viitoarea mică curbura) — superior și în dreapta. O astfel de torsiune a stomacului provoacă răsucirea porțiunii terminale a esofagului spre dreapta. Odată cu versiunea stomacului se modifică și poziția mezourilor lui dorsal și ventral. Mezoul dorsal de pe urma versiunii stomacului din poziție sagitală trece în poziție transversală. Creșterea intensă a acestui mezou duce la lungirea lui în stînga și în jos, la ieșirea treptată a mezoului dorsal de sub marea curbura a stomacului și la formarea unei prolabări sacciforme numite epiploon mare.

Simultan cu versiunea stomacului pe ramura ascendentă a intestinului lingă virful ansei se formează o prolabare mică, care este viitorul cec. Porțiunea inițială a ramurii descendente a intesti-

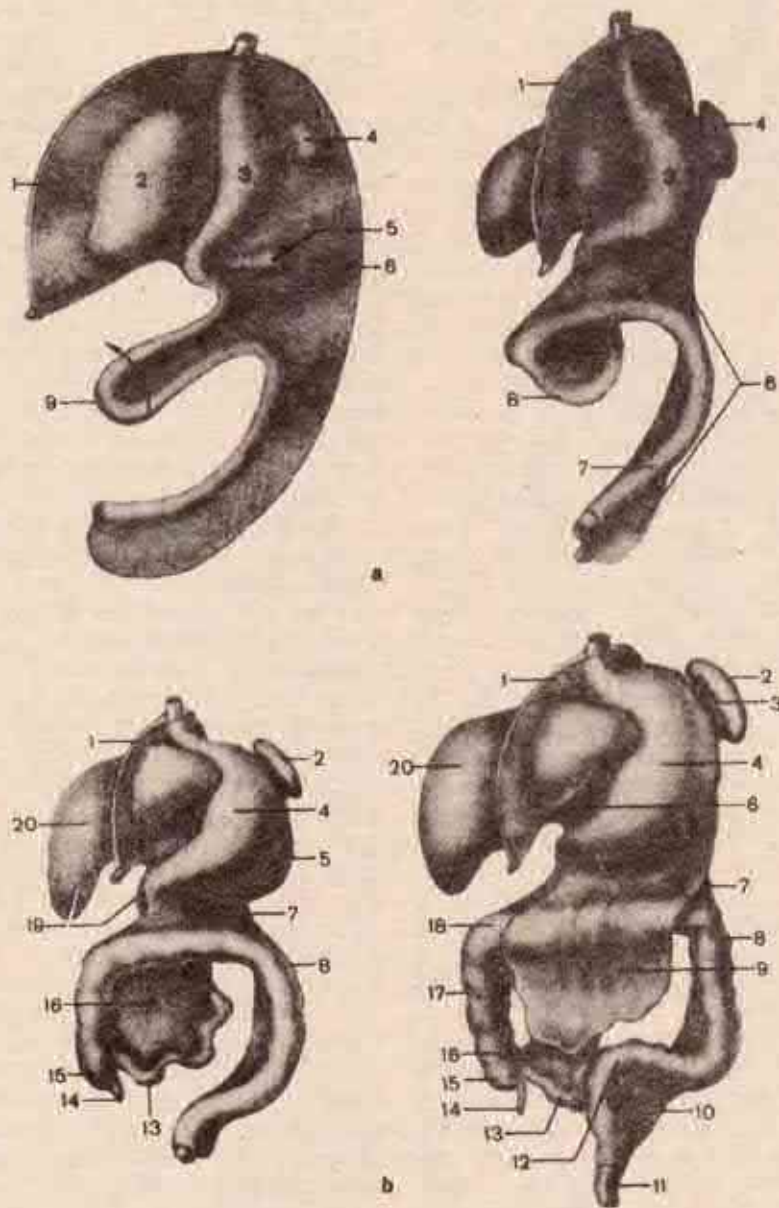


Fig. 50. Dezvoltarea peritoneului (schema).

a — aspect sinistru anterior (săptămîni a 4-a și a 5-a de dezvoltare embrionară);
 1 — mesenterium ventrale; 2 — hepar; 3 — ventriculus; 4 — liex; 5 — pancreas;
 6 — mesenterium dorsale; 7 — intestinum crassum; 8 — intestinum tenue; 9 — ansa
 intestinală (săgeată indică direcția flexurii ansei intestinale); b — aspect sinistru ante-
 rior (începutul a 5-ea de dezvoltare embrionară și perioada de nou-născut); 1 —
 mesenterium ventrale (lig. falciforme hepatis); 2 — lien; 3 — lig. gastrosplenic; 4 —
 ventriculus; 5 — mesenterium dorsale; 6 — omentum minus; 7 — mesocolon trans-
 versum; intestinum crassum (colon descendens); 8 — omentum majus; 9 — meso-
 colon sigmoideum; 10 — rectum; 11 — colon sigmoideum; 12 — Sigmoid; 13 — Deum; 14 — apo-
 nă dia vermiformis; 15 — caecum; 16 — mesenterium; 17 — colon ascendens; 18 — co-
 lon transversum; 19 — duodenum; 20 — hepar.

nului se va transforma ulterior in duoden, iar porțiunea rămasă — in partea mezenterică a intestinului subțire. Porțiunea incipientă a ramurii ascendente va constitui porțiunea terminală a intestinului subțire, iar restul va da naștere cecului, colonului ascendent și colonului transvers. Cecul apare sub formă de prolabare mică pe ramura ascendentă a ansei intestinului, alături de virful acestuia.

Pe peretele ventral al duodenului in curs de formare apar două prolabări ale entodermului între cele două foite ale mezoului ventral. Acesta e primordiul viitorului ficat (din prolabarea superioară) și vezicii biliare (din prolabarea inferioară). Dezvoltându-se, ficatul pătrunde in mezoul central, păstrându-și legătura cu duodenul prin intermediul viitorului canal coledoc. In procesul de dezvoltare a ficatului porțiunea ventrală anterioară a mezoului se transformă in ligamentul falciform al ficatului, iar cea posterioară (dorsală) — in epiploonul mic. Ligamentul falciform al ficatului reține ficatul lingă peretele anterior (ventral) al cavității abdominale și lingă diafragm, iar epiploonul mic se plasează între ficat, de sus și din dreapta, stomac și duoden — de jos și din stînga.

Pancreasul se dezvoltă din două prolabări entodermale ale peretelui intestinului primar — dorsală și ventrală. Unindu-se, aceste prolabări formează primordiul pancreasului, care pătrunde între foitele mezoului dorsal. In legătură cu versiunea stomacului, cu creșterea ficatului și reducerea părții dorsale a mezoului, duodenul vine in adiacență la peretele posterior al cavității abdominale. Odată cu duodenul pe peretele posterior al cavității abdominale se fixează și pancreasul, plasindu-se transversal. Aceste organe își pierd mobilitatea și se dispun retroperitoneal. Tapetul peritoneal al duodenului și pancreasului persistă doar pe fețele lor anterioare.

Creșterea continuă a stomacului condiționează coborirea curburii mari a acestuia și pancreasul se vede plasat posterior de stomac. Continuă să crească

intens și epiploonul mare. In cadrul acestui fenomen o parte din mezoul dorsal continuă pe peretele posterior al cavității abdominale sub formă de peritoneu parietal, iar porțiunea anterioară, pornind de la marea curbura a stomacului, coboară liber in jos între peretele anterior al cavității abdominale (ventral) și ansele intestinului (dorsal).

Pe parcursul primelor 2—3 luni de dezvoltare intrauterină intestinul posterior se deplasează din planul lui median spre stînga și in sus, anterior de ansa intestinală, iar aceasta la rîndul ei realizează o dextroversiune de 180°. De pe urma acestei versiuni primordiul cecului se strămută in poziție dreaptă superioară, iar ramura superioară a ansei intestinale coboară in jos, posterior de intestinul posterior. Creșterea ulterioară a tuturor porțiunilor ansei intestinale duce la situația că in a doua jumătate a dezvoltării intrauterine primordiul cecului se deplasează in sens dextroinferior in fosa iliacă dreaptă, iar ansa intestinală mai realizează încă o dextroversiune de încă 90° (deci, dextroversiunea totală — 270°). Lungirea considerabilă a ramurii descendente a intestinului face să apară numeroase anse ale intestinului subțire, care imping și mai mult in sus colonul transvers. In acest fel, de pe urma versiunii menționate, din ramura ascendentă se formează colonul ascendent situat in dreapta, adiacent la peretele posterior al cavității abdominale, iar colonul transvers ocupă o poziție respectivă. Între ei apare flexura dreaptă (hepatică) a colonului. Data fiind această topografie a colonului ascendent și descendent, peritoneul care acoperă suprafața lor adiacentă la peretele posterior al cavității abdominale se expune resorbției și aceste părți ale colonului rămîn tapetate de peritoneu doar din trei părți (mezoperitoneal).

In aceeași perioadă porțiunea superioară a intestinului posterior, după ce s-a deplasat spre stînga formează colonul descendent, care concrește cu peretele posterior al cavității abdominale in partea stînga, între colonul transvers și porțiunea inițială a intestinului poste-

rior (colonul descendent) apare flexura stângă (pancreatică) a colonului. Mezoul dorsal al intestinului posterior de asemenea concrește cu peretele posterior al cavității abdominale cu excepția unei porțiuni adiacente la colonul sigmoid fără a concrește definitiv. Colonul sigmoid își păstrează mezoul, însă acesta se deplasează de la linia mediană.

Modificarea poziției unei porțiuni din ansa intestinală, din care se va dezvolta colonul transvers, implică de asemenea schimbări în poziția mezoului ei: din plan sagital ea trece în poziție transversală, respectiv poziției ocupate de colonul transvers. Schimbările interesează de asemenea și locul de fixare a mezenterului: din sagital el devine oblic.

Pliul dorsal al mezoului gastric continuând să crească, coboară de la marea curbura a stomacului în jos și se plasează anterior de colonul transvers și de ansele intestinului subțire. Acesta e marele epiploon. Peretele lui posterior în porțiunea superioară concrește cu colonul transvers și cu mezoul acestuia. Cavitatea de după stomac se transformă în bursă omentală. Spațiul virtual dintre foițele marelui epiploon mai jos de nivelul colonului transvers după naștere concrește ca regulă.

Anomaliile de dezvoltare ale sistemului digestiv

În caz de tulburare a proceselor de formare a sistemului digestiv apar anomalii și malformațiuni în organele lui. Din malformațiunile mai frecvent întâlnite fac parte „buza de iepure” ca urmare a neconcreșterii apofizelor frontală și maxilară în procesul de formare a feței. În acest caz apare o fisură în buza superioară în dreapta sau în stînga de linia mediană sau de ambele părți simultan. Se întâmplă să nu concrească torusurile palatine ale apofizelor maxilare și în bolta palatină rămîne o fisură orientată pe mediană. Această malformațiune se numește „gură de lup” (dehiscenta palatului). Brutalitatea acestor malformațiuni poate fi diferită; există cazuri de asociere a acestor malformațiuni. Din malformațiunile de dezvoltare

fac parte neconsolidarea sau concreșterea excesivă a apofizelor maxilare și mandibulare. În primul caz orificiul bucal are dimensiuni excesive (macrostoma), în al doilea el este anormal de mic (microstoma). Erupția recesurilor branhiiale la suprafața corpului duce la apariția fistulelor branhiogene congenitale, care pot fi situate pe fața laterală a gitului posterior de mușchiul sternocleidomastoidian. Uneori se înregistrează cazuri de stenoză a esofagului.

Printre anomaliile de dezvoltare a organelor sistemului digestiv situate în cavitatea abdominală vom menționa formarea de lobi supranumerari ai ficatului sau pancreasului. De asemenea poate persista (în 2% din cazuri) o reminiscență a canalului vitelin sub formă de prolabare oarbă de 2—4 cm lungime situată pe ileon la o distanță de 60—70 cm de la cec. E vorba de diverticulul ileonului (diverticulul Meckel). Întîlnim uneori mezou comun pentru ileon și cec, *mezenterium ileocoli commune*, ca urmare a tulburării survenite în dezvoltarea duodenului, colonului și mezoului dorsal. În afară de acestea mai există cazuri de persistență a membranei anale, de pe urma cărui fapt orificiul anal nu se formează (*atresia ani*).

În cazuri foarte rare asistăm la o inversare totală sau parțială în topografia viscerelor, *situs viscerus inversus totalis s. partialis*. În asemenea situații ficatul se află în stînga, pancreasul și stomacul în dreapta etc., ceea ce antrenează levoversiunea ansei intestinale.

SISTEMUL RESPIRATORIU

Sistemul respiratoriu (aparatură respiratorie), *systema respiratorium (apparatus respiratorius)* este alcătuit din căile respiratorii și organele respiratorii, numite plămîni. Căile respiratorii în conformitate cu topografia lor în corpul uman se referă la două compartimente — superior și inferior. Din căile respiratorii superioare fac parte cavitatea nazală, partea nazală a faringelui, partea orală a faringelui, din căile respiratorii inferioare fac parte laringele, traheea, bronhiile, inclusiv ramificațiile intrapul-

NASUL

Regiunea nasului, *regio nasalis*, este alcătuită din nasul extern, în interiorul căruia se află cavitatea nazală.

Nasul extern, *nasus externus*, (termenul grecesc: *rhinos*—*nas*), este alcătuit din rădăcina nasului, spinare, apex și aripile lui. *Radix nasi* se află în partea superioară a feței și se separă de partea frontală printr-o excavație numită rădăcina nasului. Părțile laterale ale nasului extern se unesc pe mediană și formează *spinarea nasului*, *dorsum nasi*, iar părțile inferioare ale fețelor laterale reprezintă aripile nasului, *alae nasi* (fig. 51). Jos spinarea nasului extern trece în apexul nasului, *apex nasi*. Aripile nasului, cu marginile lor inferioare, delimitează nările, *nares*, care servesc drept porți de acces pentru aer în cavitatea nazală și de evacuare a lui. Pe linie mediană nările sînt separate una de alta de partea mobilă (lamelară) a septului nazal. Nasul extern comportă un schelet osos și cartilaginos format din oasele nazale, de apofizele frontale ale maxilei și de câteva cartilaje hialine (reminescențe ale capsulei cartilaginoase nazale). Rădăcina nasului, porțiunea superioară a spinării nasului și fețelor laterale ale nasului extern comportă schelet osos, iar porțiunea medie și inferioară a spinării și fețelor laterale ale nasului au o carcasă cartilaginoasă. Cartilajul lateral al nasului, *cartilago nasi lateralis*, este par, trigonal, situat imediat mai jos de oasele nazale și participă la formarea peretelui lateral al nasului extern. Marginile anterioare ale cartilajelor laterale drept și sting jonctonează pe mediană, uneori chiar concresc, formînd spinarea nasului. În partea de jos cartilajul lateral din fiecare parte jonctonează cu cartilajul mare al aripii nasului, iar posterior el se fixează pe marginea inferioară a osului nazal și pe apofiza frontală a maxilei. Cartilajul mare al aripii nasului, *cartilago alaris nasi major*, este par situat inferior de cartilajul nazal lateral respectiv, delimitează anterior și lateral accesul în cavitatea

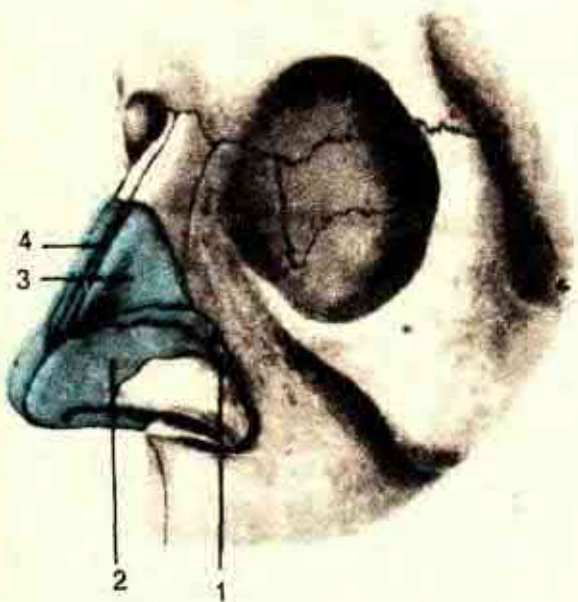


Fig. 51. Scheletul osos și cartilaginos al nasului extern.

1 — cartilago alaris minor; 2 — cartilago alaris major; 3 — cartilago nasi lateralis; 4 — cartilago septi nasi.

monare ale bronhiilor. Căile respiratorii sînt alcătuite din tuburi, lumenul cărora se menține datorită prezenței unui schelet osos sau cartilaginos în pereții lor. Această particularitate morfologică corespunde plenar funcției căilor respiratorii: aportul de aer în plămîni și evacuarea lui din plămîni în exterior. Suprafața internă a căilor respiratorii este acoperită cu o tunică mucoasă, care la rîndul ei este tapetată cu epiteliu ciliat, conține un mare număr de glande mucipare. Datorită acestui fapt ea execută o funcție de protecție. Trecînd prin căile respiratorii, aerul se purifică, se încălzește și se umectează. În procesul de evoluție în calea torontului de aer s-a format laringele — un organ de structură complicată ce execută funcția de fonație. Prin căile respiratorii aerul ajunge în plămîni, care sînt organele respiratorii principale. În aceștia se realizează schimbul de gaze dintre aer și sînge prin difuzie de gaze (oxigen — bioxid de carbon), prin pereții alveolelor pulmonare și capilarelor sangvine adiacente.

nazală (nările). Cartilajele alare mici, *cartilagine alares minores*, cite 2—3 de fiecare parte, se plasează posterior de cartilajul alar mare, între el și marginea orificiului piriform. Uneori se observă citeva cartilaje nazale supranumerare sau accesorii, *cartilagine nasales accessoriae*, situate între cartilajul lateral și cartilajul alar mare. Din interior dinspre cavitatea nazală spre fața internă a spinării lui vine în adiacență marginea anterioară a cartilajului septului nazal. Cartilajul septului nazal, *cartilago septi nasi*, este impar, are o formă tetragonală neregulată și constituie cea mai mare parte, anterioară, a septului nazal. Posterosuperior cartilajul septului nazal jonctionează cu lama perpendiculară a etmoidului iar posterior și inferior — cu vomerul și cu spina nazală anterioară. Între marginea inferioară a cartilajului septului nazal și marginea anterioară a vomerului, bilateral, se întinde o bandă îngustă a cartilajului vomeronazal (*cartilago vomeronasalis*). Cartilajele nasului se unesc între ele și cu oasele adiacente prin straturi de țesut conjunctiv.

Cavitatea nazală

Cavitatea nazală, *cavitas nasi*, este separată de septul nazal în două părți cvazisimetrice, care, anterior, se deschid pe față prin nări, iar posterior, prin coane, *choanae*, comunică cu rinofaringele. Septul nazal, *septum nasi*, anterior este lamelar, (membranos), *pars membranacea*, și cartilaginos, *cartilago septi nasi*, iar posterior — osos, *pars ossea*. Partea membranoasă și cartilaginoasă luate în ansamblu formează partea mobilă a septului nazal, *pars mobilis septi nasi*. În fiecare jumătate a cavității nasului distingem vestibulul nazal, *vestibulum nasi*, delimitat superior de o proeminență numită pragul cavității nazale, *limen nasi*, format de marginea superioară a cartilajului alar mare. Vestibulul este acoperit din interior de pielea nasului extern, care ajunge aici prin nări. Pielea vestibulului nazal comportă glande

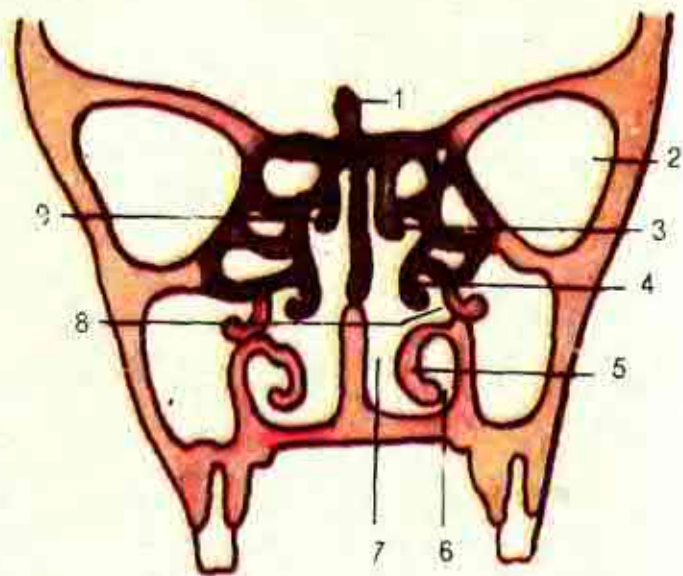


Fig. 52. Secțiune frontală prin cavitatea nazală (schemă).

1 — crista galli; 2 — orbita; 3 — concha nasalis superior; 4 — concha nasalis media; 5 — concha nasalis inferior; 6 — meatus nasi inferior; 7 — meatus nasi communis; 8 — meatus nasi medius; 9 — meatus nasi superior.

sebacee, sudoripare și niște perișori așpri numiți vibrise. Cea mai mare parte a cavității nazale este constituită de meaturile nazale, cu care comunică sinusurile paranazale, *sinus paranasales*. Distingem meatul superior, mediu și inferior, situat fiecare sub cornetul nazal respectiv (fig. 52, 53). Posterosuperior de cornetul nazal superior se află **recesul sfenoetmoidal**, *recessus sphenoethmoidalis*. Între septul nazal și fețele mediale ale cornetelor nazale este situată coana nazală ce are un aspect de fantă verticală îngustă. Orificiul sinusului sfenoidal se află în regiunea depresiunii sfenoetmoidale. În meatul nazal superior se deschid prin unul sau citeva orificii alveolele osului etmoidal. Peretele lateral al meaturii nazale medii formează o proeminență rotunjită orientată spre cornetul nazal mediu — care e numită **bula etmoidală mare**, *bulla ethmoidalis* (ca rezultat al alveolelor etmoidale medii care se deschid superior de această bulă sau pe suprafața ei). Anteroinferior de bula mare etmoidală există o fisură semilunară profundă, *hiatus semilunaris*, în porțiunea anterioară a căreia se află extremitatea inferioară a **infundibulului etmoidal**, *infundibulum ethmoidale*, prin

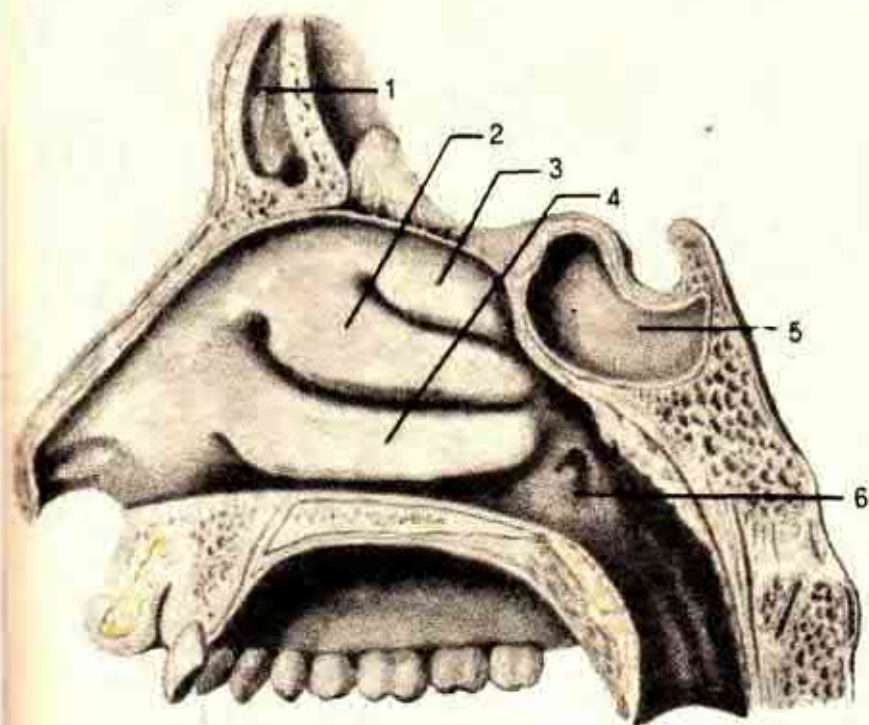


Fig. 53. Peretele lateral al cavității nazale.

1 — sinus frontalis ; 2 — concha nasalis media ; 3 — concha nasalis superior ; 4 — concha nasalis inferior ; 5 — sinus sphenoidalis ; 6 — ostium pharyngeum tubae auditivae.

care sinusul frontal comunică cu meatul nazal mediu. Alveolele (sinusurile) medii și anterioare ale osului etmoid, sinusul frontal, sinusul maxilar se deschid în meatul nazal mediu. În meatul nazal inferior se deschide orificiul inferior al canalului nazolacrimonal. Tunica mucoasă a nasului, *tunica mucosa nasi*, continuă în mucoasa sinusurilor paranasale, sacului lacrimal (prin canalul nazolacrimonal), rinofaringelui și palatului moale (prin coane). Ea aderă intim la perostul și pericondrul pereților cavității nazale. În conformitate cu structura și funcția organului, în tunica mucoasă a cavității nazale distingem regiunea olfactivă, *regio olfactoria*, și regiunea respiratorie, *regio respiratoria*. Din regiunea olfactivă fac parte tunica mucoasă nazală, care acoperă cornetele nazale superioare drept și stâng și o parte din cele medii, precum și porțiunea superioară respectivă a septului nazal care comportă celulele sensoriale olfactive. Restul tunicii mucoase nazale se referă la regiunea respiratorie. Mucoasa regiunii respiratorii este tapetată cu epiteliu ciliat și comportă glande mucipare și seroase. În regiunea cornetului inferior tunica mucoasă și baza submucoasă sînt pătrunse de numeroase vase care formează plexul cavernos venos al cornetelor,

plexus (venosi) cavernosi conchârum, prezența cărora contribuie la temperarea aerului inspirat.

Vasele și nervii tunicii mucoase din cavitatea nazală. Tunica mucoasă a cavității nazale este irigată cu sînge de ramurile arterei sfenopalatine (*a. sphenopalatina*) din artera maxilară, de arterele pare etmoidale, anterioară și posterioară (*aa. ethmoidales anterior et posterior*) din artera oftalmică. Sîngele venos din mucoasa nazală este transportat prin vena sfenopalatină, *v. sphenopalatina*, care se scurge în plexul pterigoidian, *plexus pterygoideus*. Vasele limfatice de la mucoasa cavității nazale se îndreaptă spre ganglionii limfatici submandibulari și submentonieri.

Inervația sensibilă a tunicii mucoase a cavității nazale (a porțiunii ei anterioare) este realizată de ramurile nervului etmoidal anterior (*n. ethmoidalis anterior*) din nervul nazociliar. Partea posterioară a peretelui lateral și a septului cavității nazale este inervată de ramurile nervului nazopalatin și de ramurile nazale posterioare (*n. nasopalatinus et rami nasales posteriores*) din nervul maxilar. Glandele membranei mucoase ale cavității bucale sînt inervate din nucleul pterigopalatin (*ganglion pterygopalatinum*) prin ramurile nazale posterioare și de nervul nazopala-

tin (*rami nasales posteriores et n. nasopalatinus*), de la nucleul vegetativ al nervului intermediar, din nervul facial.

Radioanatomia cavității nazale. Radiografia cavității nazale se realizează în proiecție nazomentonieră și nazofrontală. Pe radiografie se văd cornetele nazale, septul cavității nazale, sinusurile nazale.

Particularitățile de vîrstă ale cavității nazale

La nou-născut cavitatea nazală are înălțime mică (cc. 17,5 mm) și este îngustă. Cornetele nazale sînt relativ groase. Meatul nazal superior lipsește, cel mediu și inferior sînt slab dezvoltate. Cornetul nazal inferior atinge planșeul cavității nazale. Cornetele nazale nu ajung pînă la septul cavității nazale, meatul nazal comun rămîne liber și prin el se realizează respirația nou-născutului, coanele sînt joase. În a 6-a lună de viață înălțimea cavității nazale sporește pînă la 22 mm și se formează meatul nazal mediu, la 2 ani — cel inferior, iar după 2 ani — cel superior. La vîrsta de 10 ani cavitatea nazală crește în lungime de 1,5 ori, iar la 20 de ani — de 2 ori. Către această vîrstă sporește și lățimea ei. Din sinusurile paranazale la nou-născut există doar sinusul maxilar, subdezvoltat. Celelalte sinusuri se formează abia după naștere. Sinusul frontal apare în al doilea an de viață, cel sfenoid — la vîrsta de 3 ani, iar alveolele osului etmoid — între 3 și 6 ani. La 8—9 ani sinusul maxilar ocupă aproape tot corpul osului. Orificiul care face să comunice sinusul maxilar cu cavitatea nazală la copilul de 2 ani are o formă ovală, iar la 7 ani — rotundă. Sinusul frontal la vîrsta de 5 ani are dimensiunile unui bob de mazăre. Îngustindu-se în jos, el comunică prin infundibulul etmoidal cu meatul nazal mediu. Dimensiunile sinusului sfenoid la copilul de 6—8 ani echivalează cu 2—3 mm. Sinusurile osului etmoid la vîrsta de 7 ani sînt plasate compact; la vîrsta de 14 ani ele se aseamănă ca structură cu sinusurile (alveolele) etmoide ale omului matur.

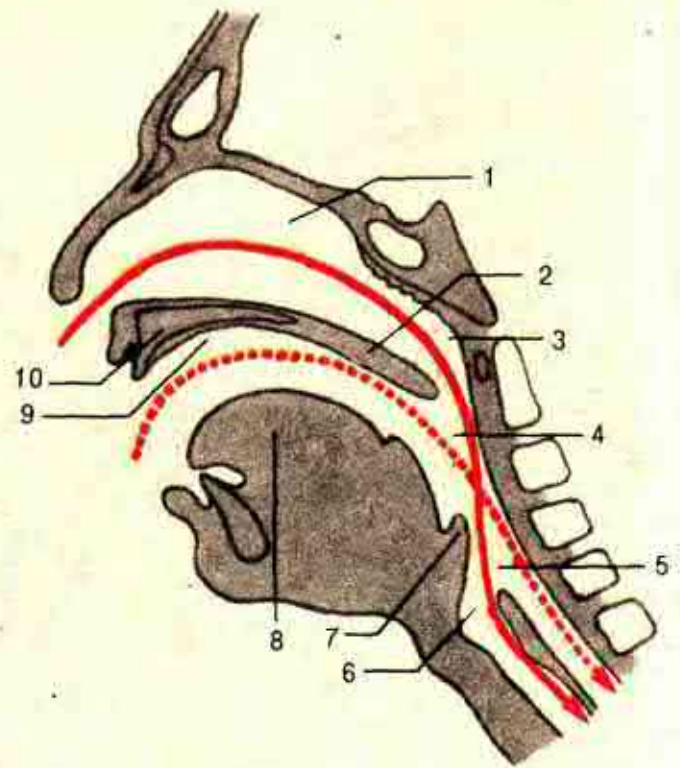


Fig. 54. Schema căilor respiratorii (desemnată prin linie continuă) și digestivă (prin linie punctată) în regiunea faringelui și intersecțarea lor.

1 — cavitas nasi; 2 — palatum molle; 3 — pars nasalis pharyngis; 4 — pars oralis pharyngis; 5 — pars laryngea pharyngis; 6 — cavitas laryngis; 7 — epiglottis; 8 — lingua; 9 — cavitas oris; 10 — palatum durum.

LARINGELE

Laringele, *larynx*, execută funcția de respirație, de protecție a căilor respiratorii inferioare și de fonatie.

Topografia laringelui. Laringele ocupă o poziție mediană în regiunea anterioară a gâtului și formează o proeminență, care la femei este abia perceptibilă, iar la bărbați este foarte pronunțată, numită **proeminența laringeană**, *prominentia laryngea*. La omul matur laringele este situat la nivelul vertebrelor cervicale IV și VI sau VII. În partea de sus laringele este suspendat de osul hioid, în partea de jos el e unit cu traheea. Anterior el este acoperit de foițele superficiale și pretraheale ale fasciei cervicale și de mușchii subhioidieni (*mm. sternohyoidei, sternothyroidei, thyrohyoidei, omohyoidei*). Anterior și bilateral laringele este cuprins de lobii drept și stîng ai glandei tiroide. Posterior de la-

Fig. 55. Cavitatea laringelui; secțiune sagitală.

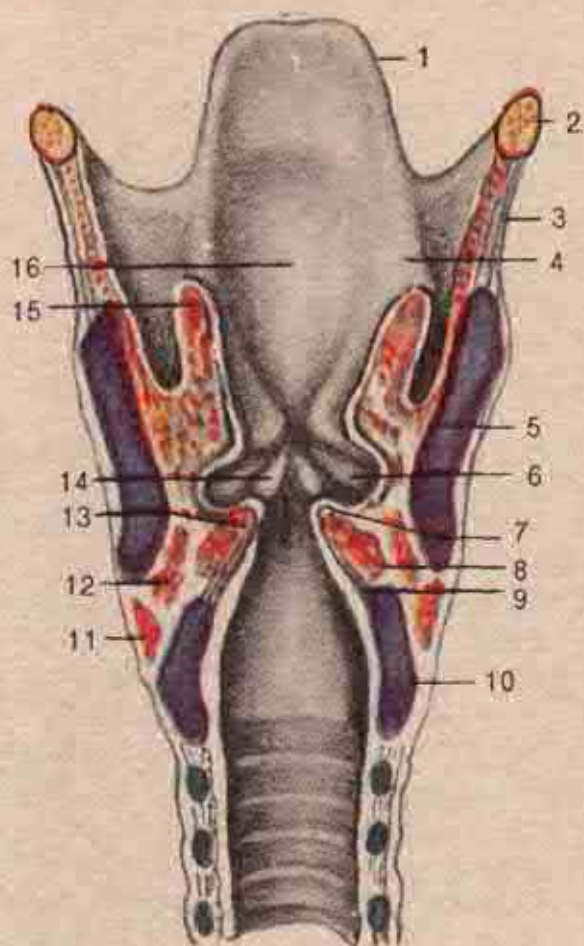
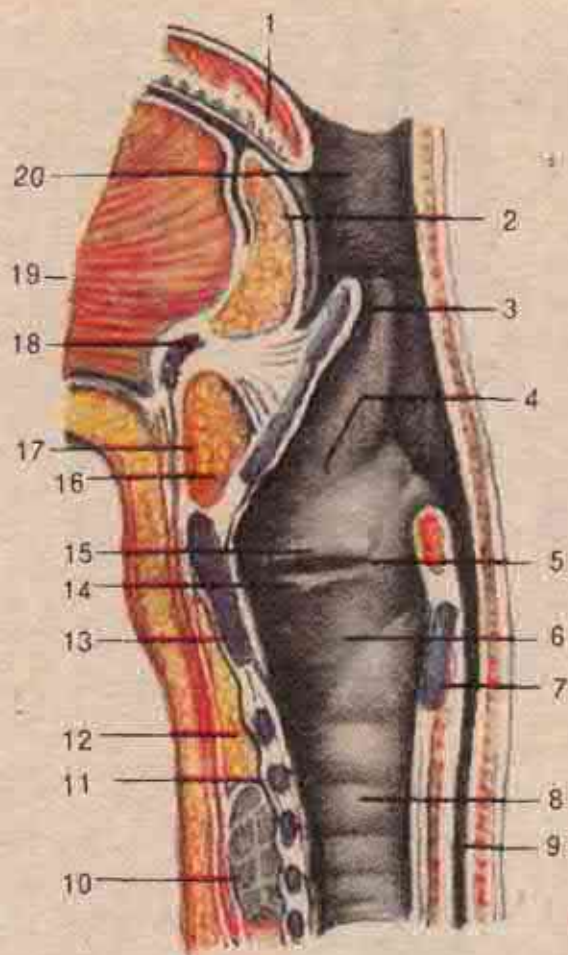
1 — avula palatina; 2 — radix linguae; 3 — epiglottis; 4 — vestibulum laryngis; 5 — ventriculus laryngis; 6 — cavitas infraglottica; 7 — lam. cartilaginis cricoideae; 8 — trachea; 9 — esophagus; 10 — gl. thyroidea; 11 — cartilagine tracheales; 12 — arcus cartilaginis cricoideae; 13 — cartilago thyroidea; 14 — plica vocalis; 15 — plica vestibularis; 16 — textus adiposus; 17 — lig. thyrohyoideum medianum; 18 — os hyoideum; 19 — mm. linguae; 20 — cavitas pharyngis.

ringe se află partea laringiană a faringelui. Legătura strinsă a acestor organe se explică prin faptul, că sistemul respiratoriu derivă în dezvoltarea lui de la peretele ventral al intestinului faringian. În faringe are loc intersecția căilor digestivă și respiratorie (fig. 54). Din faringe aerul nimereste în cavitatea laringiană prin **intrarea în laringe, aditus laryngis**, care este delimitat anterior de epiglota, bilateral — de pliurile aritenoepiglactice (*plicae aryepiglotticae*), fiecare purtând câte un tubercul cuneiform și posterior — de cartilajele aritenoide cu tuberculele corniculate situate pe virful lor.

Cavitatea laringelui, cavitas laryngis, poate fi împărțită convențional în trei compartimente: vestibulul laringian, compartimentul interventricular și cavitatea infraglotică (fig. 55, 56). Compartimentul superior, vestibulul laringelui, *vestibulum laryngis*, se întinde de la intrarea în laringe până la pliurile vestibulare, *plicae vestibulares*, între care se află fisura vestibulului, *rima vestibuli*. Peretele anterior al vestibulului (de 4 cm înălțime) este alcătuit de epiglota acoperită cu tunica mucoasă, iar peretele posterior (cu înălțimea de 1—1,5 cm) de cartilajele aritenoide. Compartimentul mediu, interventricular, cel mai îngust, se întinde de la pliurile vestibulului în partea de sus până la coardele vocale în partea de jos. Între pliul vestibulului (coarda vocală falsă) și coarda vocală pe fiecare latură a laringelui se

Fig. 56. Cavitatea laringelui; secțiune frontală.

1 — epiglottis; 2 — os hyoideum; 3 — membrana thyrohyoidea; 4 — plica aryepiglottica; 5 — plica vestibularis; 6 — ventriculus laryngis; 7 — plica vocalis; 8 — m. thyroarytenoideus; 9 — cornu elasticus; 10 — cartilago cricoidea; 11 — m. cricothyroideus; 12 — m. cricoarytenoideus lateralis; 13 — m. vocalis; 14 — rima glottidis; 15 — m. aryepiglotticus; 16 — tuberculum epiglotticum.



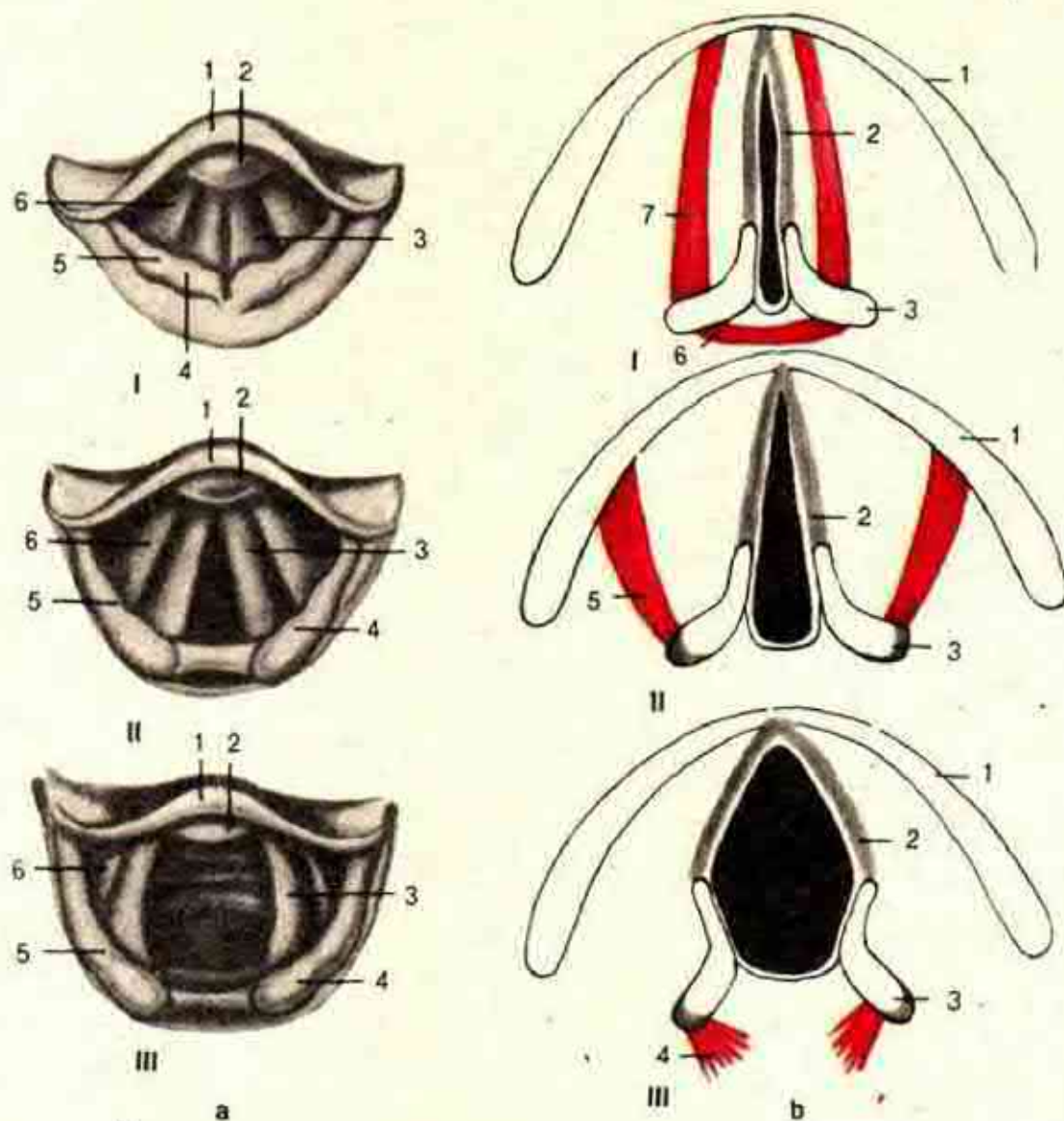


Fig. 57. Poziția coardelor vocale în diferite stări funcționale. Fanta vocală e închisă (I), deschisă (II) și puternic dilatată (III).

a — aspect laringoscopic; 1 — epiglottis; 2 — tuberculum epiglotticum; 3 — plica vocalis; 4 — tuberculum corniculatum; 5 — tuberculum cuneiforme; 6 — plica vestibularis; b — diferite poziții ale coardelor vocale, fantei vocale și cartilajelor aritenoidice (schemă): 1 — lam. dextra (cartilago thyroidea); 2 — lig. vocale; 3 — cartilago aritenoidică; 4 — m. cricoarytenoideus posterior; 5 — m. cricoarytenoideus lateralis; 6 — m. arytenoideus transversus; 7 — m. thyroarytenoideus.

află un ventricul laringian, *ventriculus laryngis*. Coardele vocale dreaptă și stângă, *plicae vocales*, delimitează **glota** sau **fisura vocală** (*rima glottidis*, sau *rima vocalis*), care constituie cea mai îngustă parte a cavității laringelui. Partea mai largă a glotei (orientată sagital), ce corespunde poziției în stare de relaxare a coardelor vocale dreaptă și stângă se numește partea intermembranică *pars intermembranacea*. Partea posterioară mică a glotei, care e situată între cartilajele aritenoidice se numește parte

intercartilaginoasă, *pars intercartilagină*. Lungimea glotei (dimensiunea anteroposterioară) la bărbați atinge 20—24 mm, la femei — 16—19 mm; la bărbați partea intermembranică ocupă 15 mm, la femei — 12 mm. Lățimea glotei în respirație liberă echivalează cu 5 mm, în fonație atinge 15 mm. În caz de dilatare maximală a glotei (cîntare, țipăt) se întrevăd inelele traheii pînă la bifurcarea ei în bronhiile principale (fig. 57). Compartimentul inferior al cavității laringelui situat sub glotă, cavitatea infraglo-

tică, *cavitas infraglottica*, se dilată treptat și continuă în cavitatea traheei. Tunica mucoasă care tapetează cavitatea laringelui e de culoare roză și este acoperită de epitelii ciliar, conține numeroase glande seroase, în special în regiunea pliurilor vestibulului și ventriculelor laringieni; secretul acestor glande umectează coardele vocale. În regiunea coardelor vocale tunica mucoasă este tapetată cu un epitelii pluristratificat plat, concrește intim cu baza submucoasă și nu comportă glande. În baza submucoasă a laringelui se află un număr mare de fibre elastice și fibroase, care formează membrana fibroelastică a laringelui, *membrana fibroelastică laryngis*. Ea constă din două părți: din membrana tetragonală și din conul elastic. Membrana tetragonală, *membrana quadrangularis*, e situată sub tunica mucoasă în etajul superior al laringelui, participând la formarea peretelui vestibulului. În sus ea ajunge până la pliurile aritenoepiglotice, iar în jos marginea ei liberă formează ligamentele vestibulare (*ligg. vestibulares*), drept și stîng, situate în profunzimea pliurilor omonime.

Conul elastic, *conus elasticus*, este situat sub tunica mucoasă în etajul inferior al laringelui. Fibrele conului elastic își iau originea de la marginea superioară a arcului cartilajului cricoid sub formă de ligament cricotiroid, trec în sus și întrucîtva lateral, inserîndu-se anterior pe fața internă a cartilajului tiroid (îngă unghiul acestuia), iar posterior — la bazele și apofizele vocale ale cartilajelor aritenoide. Marginea superioară liberă a conului elastic e ceva mai groasă și e racordată între cartilajul tiroid, în anterior, și apofizele vocale ale cartilajelor aritenoide, în posterior, formînd pe fiecare latură a laringelui coarda vocală respectivă, *lig. vocale*, dreaptă și stîngă.

Cartilajele laringelui. Scheletul laringelui este format de **cartilaje**, *cartilagine*, **pare și impare**. Impare sînt cartilajele tiroid, cricoid și epiglota, pare sînt cartilajele aritenoide, corniculate și cuneiforme (fig. 58,59).

Cartilajul tiroid, cartilago thyroidea, este hialinic, impar, constituie cel mai mare din cartilajele laringelui și este alcătuit din două plăci tetragonale, unite anterior sub un unghi de 90° (la bărbați) și de 120° (la femei). Placa dreaptă și stîngă, *lamina dextra et lamina sinistra* diverg lateral și posterior, delimitînd un spațiu larg, deschis în sens posterior, și acoperă laringele și faringele în sens anterior (sub formă de scut). De aici și denumirea acestui cartilaj. În porțiunea anterioară a cartilajului există incisura tiroidă superioară, *incisura thyroidea superior*, și incisura tiroidă inferioară, *incisura thyroidea inferior*, puțin pronunțată. Marginile posterioare ale plăcilor cartilajului tiroid formează de fiecare parte câte un corn superior lung, *cornus superius*, și câte un corn inferior scurt, *cornu inferius*. Pe fața medială a coarnelor inferioare există o arie articulară pentru a jonctiona cu cartilajul cricoid. Pe fața internă a ambelor plăci se află linia oblică — *linia obliqua*, care este locul de inserție pe laringe a mușchilor sternotiroid și tirohioid.

Cartilajul cricoid, cartilago cricoidea, este hialinic, impar, amintește un inel cu piatră, e alcătuit dintr-un arc, *arcus cartilagineis cricoideae*, și dintr-o lamelă tetragonală, *lamina cartilagineis cricoideae*. Arcul cartilajului este orientat anterior, iar lamela — posterior. Cartilajul cricoid comportă două perechi de fețe articulare. Pe marginea superioară a lamelei lui pe la colțuri sînt situate două fețe articulare pentru a jonctiona cu cartilajele aritenoide drept și stîng. La nivelul trecerii arcului cartilajului cricoid în lamela lui, bilateral există câte o arie articulară pentru a jonctiona cu cornul inferior al cartilajului tiroid.

Cartilajul aritenoid, cartilago arytenoidea, este hialin, par, în formă de piramidă triedrică. Baza cartilajului aritenoid, *basis cartilagineis arytenoideae*, este triunghiulară, orientată în jos și formează împreună cu aria articulară la vîrf de sus al plăcii cartilajului cricoid o articulație mobilă. Apexul cartilajului arite-

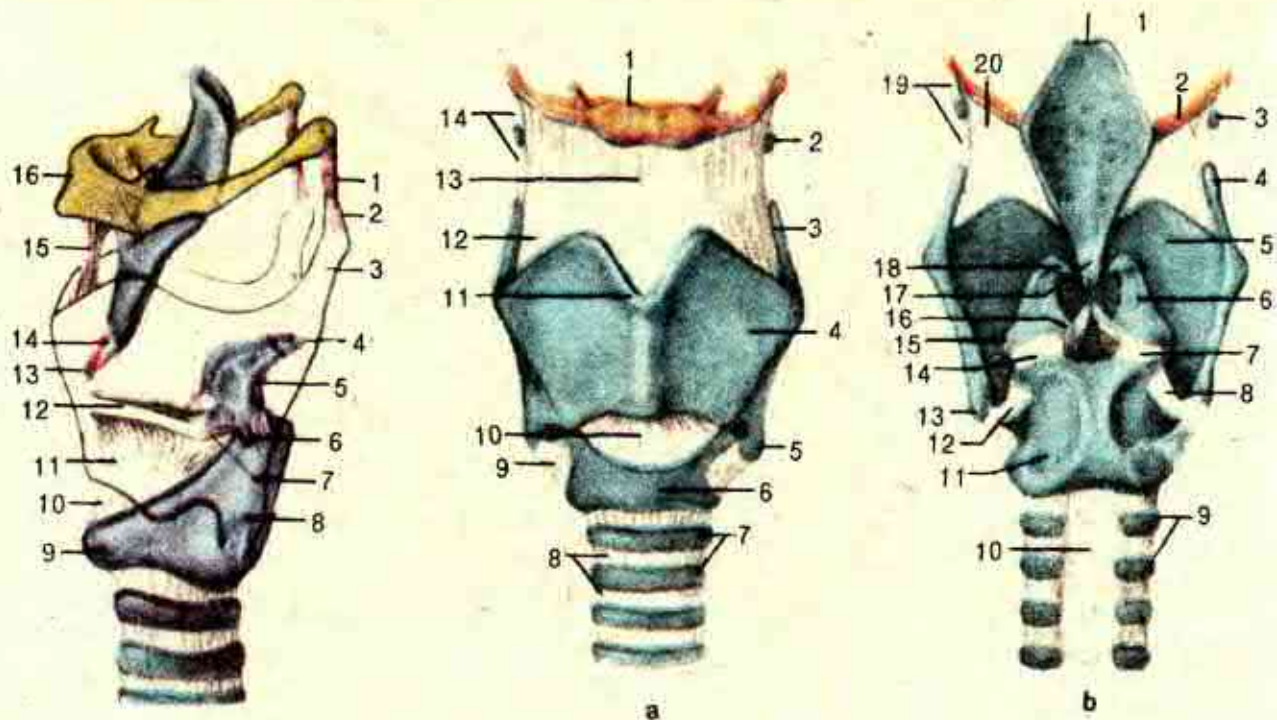


Fig. 58. Cartilajele și ligamentele laringelui; aspect lateral. Cartilajul tiroid este desemnat prin linie de contur.

1 — cartilago triticea; 2 — lig. thyrohyoideum laterale; 3 — cornu superius; 4 — cartilago corniculata; 5 — cartilago arytenoidea; 6 — processus muscularis; 7 — processus vocalis; 8 — cornu inferius; 9 — cartilago cricoidea; 10 — lig. cricothyroideum; 11 — conus elasticus; 12 — lig. vocale; 13 — lig. thyroepiglotticum; 14 — petiolus epiglottidis; 15 — lig. thyrohyoideum medianum; 16 — os hyoideum.

Fig. 59. Cartilajele, ligamentele și articulațiile laringelui.

a — aspect anterior: 1 — os hyoideum; 2 — cartilago triticea; 3 — cornu superius (cartilago thyroidea); 4 — lam. sinistra (cartilago thyroidea); 5 — cornu inferius (cartilago thyroidea); 6 — arcus cartilaginis cricoideae; 7 — cartilagine tracheales; 8 — ligg. annularia; 9 — articulație cricothyroidea; 10 — lig. cricothyroideum; 11 — incisura thyroidea superior; 12 — membrana thyrohyoidea; 13 — lig. thyrohyoideum medianum; 14 — lig. thyrohyoideum laterale;
b — aspect posterior: 1 — epiglottis; 2 — cornu majus (os hyoideum); 3 — cartilago triticea; 4 — cornu superius cartilago thyroidea; 5 — lam. dextra (cartilago thyroidea); 6 — cartilago arytenoidea; 7 — articulație cricoarytenoidea dextra; 8 — articulație cricothyroidea dextra; 9 — cartilagine tracheales; 10 — paries membranaceus (trachea); 11 — lam. cartilaginis cricoideae; 12 — articulație cricothyroidea sinistra; 13 — cornu inferius (cartilago thyroidea); 14 — articulație cricoarytenoidea sinistra; 15 — processus muscularis (cartilago arytenoidea); 16 — processus vocalis (cartilago arytenoidea); 17 — lig. thyroepiglotticum; 18 — cartilago corniculata; 19 — lig. thyrohyoideum laterale; 20 — membrana thyrohyoidea.

noid, *apex cartilaginis arytenoideae*, este acuminat și inclinat ușor în sens posterior. De la baza cartilajului aritenoid proeminează în sens anterior apofiza vocală, *processus vocalis*, formată de un cartilaj elastic, pe care se inseră coarda vocală. Lateral de la baza cartilajului aritenoid deviază apofiza musculară, *processus muscularis*, pentru inserția mușchilor. Cartilajul aritenoid are trei fețe: anterolaterală, medială și posterioară. Fața anterolaterală *facies anterolateralis*, este cea mai extinsă. Pe partea ei inferioară, în regiunea fosei oblongate, *fovea oblongata*, de dimensiuni mici, posterior de baza apofizei vocale

se inseră mușchiul vocal. Fața medială, *facies medialis*, e orientată spre suprafața respectivă a cartilajului aritenoid din partea opusă. Fața posterioară, *facies posterior*, este concavă; ea constituie un recipient pentru mușchii aritenoidi transvers și oblic. Pe apexul cartilajului aritenoid în profunzimea porțiunii posterioare a pliului aritenopiglotic se află **cartilajul corniculat**, *cartilago corniculata*, care este par, elastic și formează tuberculul corniculat, *tuberculum corniculatum*, care iese deasupra apexului cartilajului aritenoid.

Cartilajul cuneiform, *cartilago cuneiformis*, este par, elastic, situat în pro-

funzimea pliului aritenoepiglotic, unde formează tuberculul cuneiform, *tubérculum cuneiforme*, care proeminează deasupra lui.

Epiglota, *epiglóttis*, are la bază cartilajul epiglotic, *cartilágo epiglótica*, este impar, elastic ca structură, foliat ca formă, flexibil. Epiglota este situată supraiacent de intrarea în laringe și îl acoperă în sens anterior. Extremitatea inferioară, mai îngustă, e numită pețiolul epiglotei, *petiolus epiglóttidis*, este atașat de fața internă a cartilajului tiroid inferior de incisura lui superioară. Fața anterioară, convexă, este orientată spre rădăcina limbii, cea posterioară, concavă, comportă numeroase fosete pentru glandele mucoase și e orientată spre cavitatea laringelui.

Unirile cartilajelor laringelui. Cartilajele laringiene jonctonează între ele și cu osul hioid prin articulații și ligamente. Mobilitatea cartilajelor laringiene este asigurată de două articulații pare și de mușchii respectivi, care le acționează. Articulația cricotiroidă, *articulatio cricothyroidea*, este pară, formată din cornul inferior al cartilajului tiroid și de fața articulară de pe suprafața anterolaterală a cartilajului cricoid. Articulațiile cricotiroide dreaptă și stîngă reprezintă niște articulații combinate în care se realizează mișcări în jurul axului frontal, care trece prin centrul ambelor articulații. Cartilajul tiroid la contractarea mușchilor respectivi se înclină anterior și revine la poziția inițială. În caz de înclinație anterioară distanța dintre unghiul cartilajului tiroid și cartilajele aritenoide se mărește. Articulația cricoaritenoidă, *articulatio cricoarytenoidea*, de asemenea este pară, e formată de fața articulară concavă de pe baza cartilajului aritenoid și fața articulară convexă de pe placa cartilajului cricoid. În articulația cricoaritenoidă se realizează mișcări în jurul axului vertical. La rotația cartilajelor aritenoide drept și stîng spre interior (fiind acționate de mușchii respectivi) apofizele vocale împreună cu coardele vocale inserate pe ele se apropie (fanta vocală se îngustează), iar în rotație externă,

coardele se îndepărtează, diverg lateral (fanta vocală se dilată). În articulația cricoaritenoidă sînt posibile și mișcări glisante, în cadrul cărora cartilajele aritenoide se pot îndepărta sau apropia unul de altul.

Apropierea glisantă a cartilajelor aritenoide condiționează îngustarea fantei vocale posterioare dintre cartilaje.

În afară de articulații, cartilajele laringelui se pot uni între ele și cu osul hioid prin intermediul ligamentelor (articulații neinterupte). Între osul hioid și marginea superioară a cartilajului tiroid e racordată membrana tirohioidă, *membrana thyrohyoidea*, care se îngroașă în partea ei centrală, formînd ligamentul tirohioid median, *lig. thyrohyoideum medianum*, și pe la margini unde putem distinge ligamentele tirohioid laterale, *ligg. thyrohyoidea lateralia* (drept și stîng). Fața anterioară a epiglotei e fixată de osul hioid prin ligamentul hioepiglotic, *lig. hyoepiglotticum*, și de cartilajul tiroid prin ligamentul tiroepiglotic, *lig. thyroepiglotticum*. Cartilajul cricoid jonctonează cu marginea inferioară a cartilajului tiroid prin ligamentul cricotiroid, *lig. cricothyroideum*. Între inelul I al traheei și marginea inferioară a cartilajului cricoid este racordat ligamentul cricotraheal, *lig. cricotracheale*.

Mușchii laringelui, *músculi laryngis*, pot fi repartizați în trei grupe: dilatori ai glotei, constrictori ai glotei și mușchi tensori ai coardelor vocale (fig. 60).

La mușchii dilatori ai glotei se referă un singur mușchi — mușchiul cricoaritenoid posterior, *m. cricoarytenoideus posterior*. E un mușchi par cu originea pe fața posterioară a plăcii cartilajului cricoid și se îndreaptă lateral în sus pentru a se insera pe apofiza musculară a cartilajului aritenoid. Mușchiul cricoaritenoid posterior, contractîndu-se, tracionează apofiza musculară în sens posterior și realizează rotația cartilajului aritenoid spre exterior. Apofiza vocală execută o rotație laterală și fanta vocală se dilată. Con-

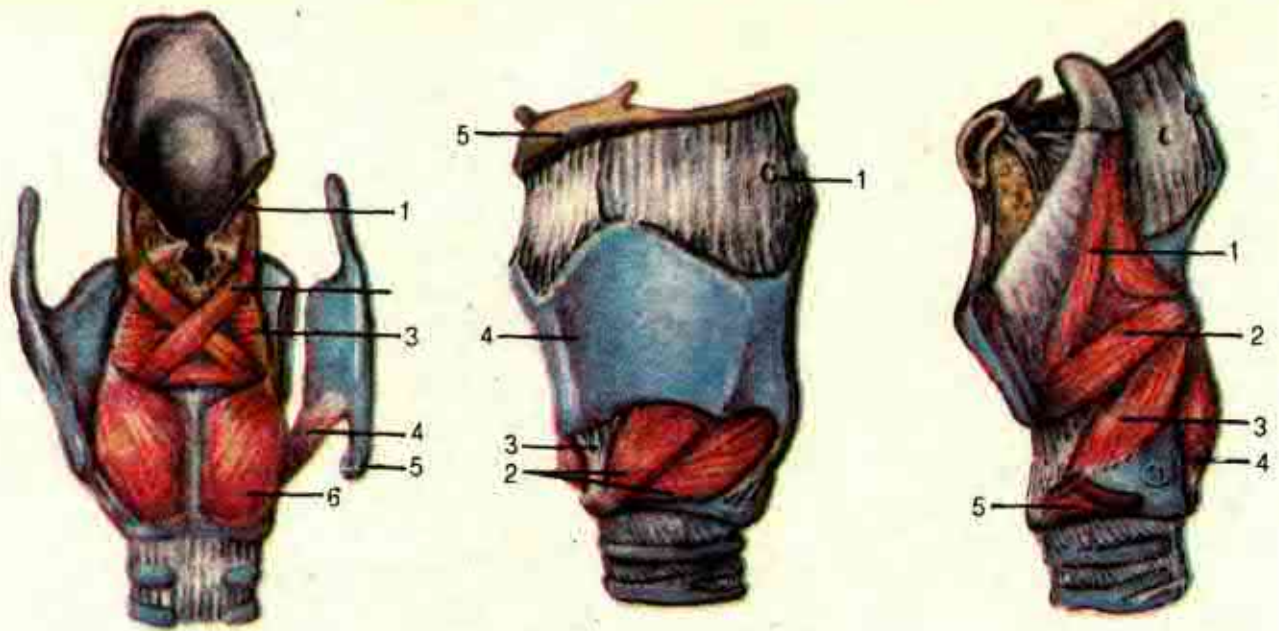


Fig. 60. Mușchii laringelui.

a — aspect posterior (o parte din lama cartilajului tiroid e deplasată) :

1 — m. aryepiglotticus ; 2 — m. arytenoideus obliquus ; 3 — m. arytenoideus transversus ; 4 — m. cricothyroideus ; 5 — articulație cricothyroidea (fața articulară) ; 6 — m. cricoarytenoideus posterior ;

b — aspect antero-anterolateral ;

1 — membrana thyrohyoidea ; 2 — m. cricothyroideus (pars recta et pars obliqua) ; 3 — lig. cricothyroideum ; 4 — cartilago thyroidea ; 5 — os hyoideum.

c — aspect lateral (lama cartilajului tiroid e rezeată) :

1 — m. thyroepiglotticus ; 2 — m. thyroarytenoideus ; 3 — m. cricoarytenoideus lateralis ; 4 — m. cricoarytenoideus posterior ; 5 — m. cricothyroideus.

stricția glotei e realizată de următorii mușchi: cricoaritenoid lateral, tiroaritenoid, aritenoidi transversal și oblic. Mușchiul cricoaritenoid lateral, *m. cricoarytenoideus lateralis*, este par, cu originea pe porțiunea laterală a arcului cartilajului cricoid, se îndreaptă posterior și superior, inserându-se pe apofiza musculară a cartilajului aritenoid. Contractându-se, acest mușchi deplasează apofiza musculară în sens anterior și realizează rotația spre interior a cartilajului aritenoid și a apofizei lui vocale. Coardele vocale se apropie și glota în partea ei anterioară (intermembranoasă) se îngustează. Mușchiul tiroaritenoid, *m. thyroarytenoideus (externus — BNA)*, este par, începe pe suprafața internă a plăcii cartilajului tiroid. Fibrele lui trec posterior și ceva superior și se inseră pe apofiza musculară a cartilajului aritenoid. Mușchiul tiroaritenoid, drept și stâng, contractându-se, realizează anterotracțiunea apofizelor musculare, iar apofizele vocale se apropie, îngustând porțiunea intermembranoasă.

Mușchiul aritenoid transvers, *m. arytenoideus transversus*, este impar și situat în excavația feței posterioare a cartilajelor aritenoid drepte și stâng. Contractându-se, el apropie cartilajele aritenoid și îngustează partea posterioară intercartilaginoasă a glotei. Mușchiul aritenoid oblic, *m. arytenoideum obliquus*, este par, se dispune sub formă de fascicule separate ce se întretaie pe fața posterioară a mușchiului precedent. Își ia originea de pe fața posterioară a apofizei musculare a unei părți și trece superomedial spre marginea laterală a cartilajului aritenoid din partea opusă, intersectându-se cu fascicule asemănătoare ce le vin în întimpinare. Această intersecție se realizează posterior de cartilajele aritenoid și de mușchiul aritenoid transvers aflat în adiacență posterioară la aceste cartilaje. O parte din fasciculele mușchiului aritenoid oblic continuă în mușchiul aritenoid epiglotic, *m. aryepiglotticus*, care este situat în profunzimea pliului omonim, și se inseră pe marginea laterală a epiglotei.

Mușchii aritenoizi oblici, contractându-se, apropie cartilajele aritenoide, iar în sinergie cu mușchii aritenoepiglottici îngustează intrarea în laringe. Mușchii aritenoepiglottici la rîndul lor înclină posterior epiglota, care în acest moment închide intrarea în laringe, fapt important în actul de deglutiție, împiedicînd pătrunderea alimentelor în cavitatea lui.

Din mușchii care tensionează coardele vocale fac parte cricotiroidul și mușchiul vocal. Mușchiul cricotiroid, *m. cricothyroideus*, este par, își ia originea prin două fascicule de pe fața anterioară a arcului cartilajului cricoid, acestea se îndreaptă superolateral și se inseră pe marginea inferioară (parte a rectilinie, *pârs récta*) și pe conul inferior (parte oblică, *pârs obliqua*) al cartilajului tiroid. Contractia acestui mușchi realizează înclinarea cartilajului tiroid spre anterior, distanța dintre el și cartilajele aritenoide se mărește, tensionînd astfel coardele vocale. Coardele vocale pot fi tensionate de asemenea de mușchiul vocal, *m. vocalis* (mușchiul tiroaritenoid intern, *m. thyroarytenoides internus* — BNA), drept și sting. Acești mușchi sînt situați în profunzimea coardei vocale respective. Mușchiul vocal își ia originea pe fața internă a unghiului cartilajului tiroid în porțiunea lui inferioară și se inseră pe fața laterală a apofizei vocale. Fibrele acestui mușchi se întreșese de asemenea și în coarda vocală, la care mușchiul aderă intim. Mușchiul vocal poate realiza contractii totale sau parțiale, acționînd asupra coardei vocale în întregime sau în anumite porțiuni ale ei. Contractia mușchilor vocali tensionează coardele vocale.

Vasele și nervii laringelui. Laringele este irigat de ramurile arterei laringiene superioare, *a. laryngea superior*, din artera tiroidă și din artera laringiană inferioară, *a. laryngea inferior*, care este o ramură a arterei tiroide inferioare. Singele venos este transportat prin venele omonime. Vasele limfatice ale laringelui se scurg în ganglionii limfatici cervicali profunzi (jugulari interni prelarīgieni). Inervarea laringelui e

realizată de nervul laringian superior, *n. laryngeus superior*, a cărui ramură externă revine mușchiului cricotiroid, iar cea internă — tunicii mucoase mai sus de glotă. Nervul laringian inferior, *n. laryngeus inferior*, asigură inervația tuturor celorlalți mușchi laringieni și a tunicii mucoase, inferior de glotă. Ambii nervi sînt niște ramuri ale nervului vag. La laringe ajung și ramurile laringofaringiene, *rr. laryngopharyngei*, de la trunchiul simpatic.

Radioanatomia laringelui. Laringele poate fi studiat radiologic în proiecțiile frontală și laterală. Pe radiografie se văd osul hioid, umbrele cartilajelor laringiene (tiroid, cricoid, epiglota), glota.

Particularitățile de vîrstă ale laringelui

Laringele nou-născutului are dimensiuni relativ mici: el este scurt, larg, infundibiliform, ocupă o poziție mai înaltă (la nivelul vertebrelor II—IV), decît la matur. Osul hioid ocupă și el o poziție înaltă (la nivelul vertebrei II cervicale) și aproape că atinge cartilajul tiroid, plăcile cărui formează un unghi obtuz. Proeminența laringiană lipsește. Axul longitudinal al laringelui la nou-născut este înclinat considerabil în sens posterior și formează cu trahea un unghi obtuz deschis posterior, fapt important pentru o eventuală intubație. Din cauza poziției înalte a laringelui la nou-născuți și la copii de vîrstă de sugar epiglota e dispusă ceva mai sus de rădăcina limbii; din această cauză în timpul deglutiției bolul alimentar (lichidul) evită lateral epiglota prin recesurile piriforme ale părții faringiene a laringelui. Datorită acestui fapt copilul poate în același timp să respire și să înghită, circumstanța foarte importantă pentru actul suptului. Intrarea în laringe la nou-născut este mai largă decît la matur. Vestibulul este scurt din cauza că glota este situată mai înalt. Glota are 6,5 mm lungime (e de 3 ori mai scurtă decît la omul matur). Părțile intermembranoase și intercartilaginease sînt de lungime aproape egală (3,5 și 3 mm). Ulterior glota sporește considerabil în dimensiuni pe parcursul primilor trei ani de viață, apoi în peri-

oada pubertară. Conul elastic al laringelui este îngust și scurt. La nou-născut el are o înălțime de 9—10 mm. Mușchii laringelui la nou-născut și la copilul de primă vîrstă sînt subdezvoltați. Cea mai intensă creștere a lor se înregistrează în perioada pubertară. Laringele crește repede în cursul primilor 4 ani de viață a copilului. În perioada pubertară (după 10—12 ani) reîncepe creșterea lui activă, care continuă pînă la 25 de ani la bărbați și pînă la 22—23 de ani la femei. Odată cu creșterea laringelui (el coboară treptat) în vîrsta infantilă distanța dintre marginea lui și osul hioid se mărește. La vîrsta de 7 ani marginea inferioară a laringelui se află la nivelul marginii superioare a vertebrei VI cervicale. Axul longitudinal al laringelui ocupă o poziție verticală. Laringele vine în poziția caracteristică pentru omul matur pe la vîrsta de 17—20 de ani. Diferențele de sex ale laringelui în copilăria precoce nu se observă. Ulterior creșterea laringelui la băieți se desfășoară ceva mai intens decît la fete. După 6—7 ani laringele la băieți este mai masiv decît la fetele de aceeași vîrstă. La vîrsta de 10—12 ani la băieți se face observată proeminența laringiană. În perioada pubertară dimensiunile laringelui, lungimea coardelor vocale la băieți sînt mai mari decît la fete.

Cartilajele laringelui la nou-născuți sînt subțiri, odată cu vîrsta ele devin mai masive, însă își păstrează flexibilitatea pentru un timp îndelungat. În vîrsta avansată și în senescență în cartilajele laringelui, cu excepția epiglotei, se depozitează săruri de calciu. Cartilajele se osifică și devin fragile.

TRAHEEA

Traheea, *trachéa*, este un organ impar ce servește pentru conducerea aerului, ea începe de la limita inferioară a laringelui la nivelul marginii inferioare a vertebrei VI cervicale și se termină la nivelul marginii superioare a vertebrei V toracice, unde ea se bifurcă pentru a forma cele două bronhii principale (bifurcația traheei, *bifurcătio trachéae*). Locul de bifurcație a traheei în

bronhiile principale corespunde nivelului de pătrundere din partea de jos în lumenul ei a carenei traheei, *carina trachéae* (fig. 61).

Traheea are forma unui tub de 9—11 cm lungime, nișel aplatizat în sens anteroposterior, din care cauză diametrul transversal (în medie 15—18 mm) depășește cu 1—2 mm dimensiunea sagitală. Traheea e situată în regiunea gitului — porțiunea cervicală și în regiunea toracelui — porțiunea toracică, *pârs toracica*. În porțiunea cervicală traheea are în adiacență glanda tiroidă. Istmul ei cuprinde traheea anterior, la nivelul inelelor II—IV, iar lobul drept și stîng coboară pînă la cartilajele traheale V sau VI. Anterior de trahee se află de asemenea și lamela traheală a fasciei cervicale împreună cu mușchii sternohioid și sternotiroid incorporați în ea. Posterior de trahee se află esofagul, iar bilateral de ea — fasciculul neurovascular drept și stîng (artera carotidă comună, vena jugulară internă și nervul vag). În cavitatea toracică anterior de trahee este situat arcul aortei, trunchiul brahiocefalic, vena brahiocefalică stîngă, porțiunea incipientă a arterei carotide comune stîngi și timusul.

Din dreapta și din stînga traheei se află pleura mediastinală dreaptă și stîngă.

Peretele traheei este alcătuit din tunica mucoasă, din bază submucoasă, din tunicile fibromiocartilaginoasă și conjunctivă. Baza traheei o constituie 16—20 semiinele de cartilaj hialin, care ocupă circa 2/3 din circumferința traheei, și sînt deschise în sens posterior. Grație semicercurilor cartilaginoase lumenul traheei rămîne hiant, iar ea însăși posedă o anumită elasticitate și flexibilitate. Cartilajele învecinate ale traheei, *cartilăgines trachéales*, se unesc între ele prin ligamente fibroase inelare (traheale), *ligg. anulăria (trachéalia)*, mai înguste decît cartilajele. Cartilajul superior al traheei se unește cu cartilajul cricoid al laringelui. Ligamentele inelare continuă în peretele posterior membranos, *pâries membranăceus*, care conține fascicule

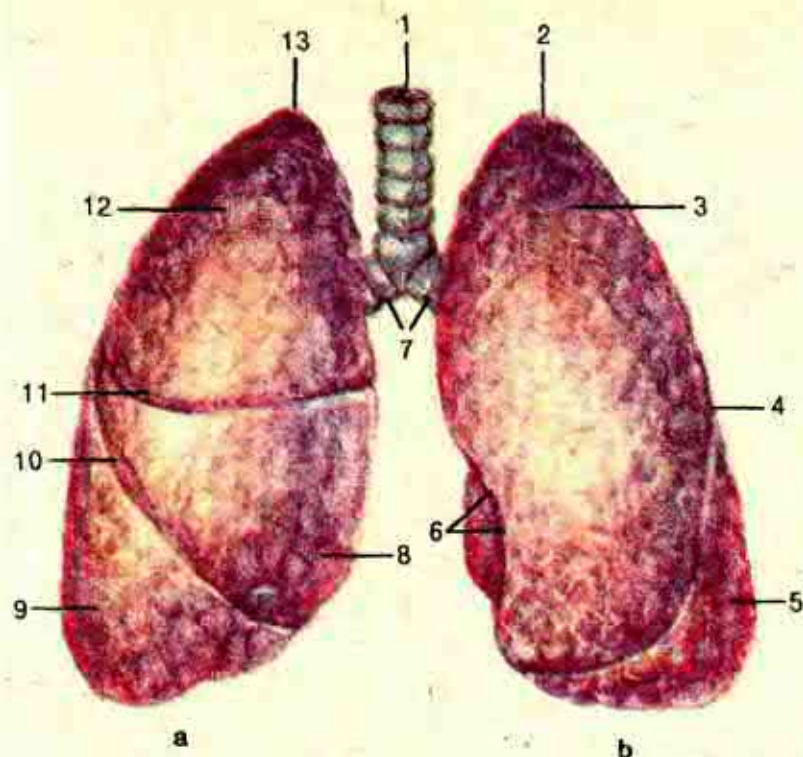


Fig. 61. Traheea, bronhiile principale și plămîni drept (a) și stîng (b); aspect anterior.

1 — traheea; 2, 13 — apex pulmonis; 3 — lobus superior; 4, 10 — fissura obliqua; 5 — lobus inferior; 6 — incisura cardiaca; 7 — bronchi principales; 8 — lobus medius [pulmonis dextri]; 9 — lobus inferior; 11 — fissura horizontalis; 12 — lobus superior.

circulare (eminente) și longitudinale de celule musculare netede și formează peretele posterior moale și compact al traheei. Din interior peretele traheei este tapetat de tunica mucoasă, amplasată pe baza submucoasă. Tunica mucoasă, *tunica mucosa*, tapetată cu epiteliu vibratil pluristratificat conține glande mucipare și foliculi limfatici. În baza submucoasă (mai ales la nivelul peretelui membranos și ligamentelor inelare) se află glandele traheale, *gll. tracheales*. Drept membrană externă de țesut conjunctiv a traheei servește *tunica adventitia*.

Vasele și nervii traheei. Traheea este irigată de ramurile traheale, *rr. tracheales*, de la arterele tiroidă inferioară, toracică internă și de la aortă. Sîngele venos este transportat prin venele omonime în venele brahiocefalice dreaptă și stîngă.

Vasele limfatice ale traheei se scurg în ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni), pre- și paratraheali, precum și în traheobronhiali superiori și inferiori. Inervația traheei se realizează prin nervii traheali ai nervului laringian recurent (*n. laryngeus recurrens*) și din trunchiul simpatic.

Bronhiile principale

Bronhiile principale (dreaptă și stîngă), *bronchi principales (dexter et sinister)*, deviază de la trahee la nivelul marginii superioare a vertebrei V toracice și se îndreaptă spre hilurile plămînilui respectiv (fig. 62). Bronhia principală dreaptă ocupă o poziție mai verticală, este mai scurtă și mai largă decît cea stîngă și, ca direcție, se prezintă ca o prelungire a traheei. Din această cauză corpurile eterogene nimeresc mai frecvent în bronhia dreaptă decît în cea stîngă. Lungimea bronhiei drepte (de la începutul bifurcației pînă la bronhiile lobilor) e de circa 3 cm, a celei stîngi — 4—5 cm. Superior de bronhia principală stîngă se află arcul aortei, iar peste bronhia principală dreaptă trece vena impară înainte de vărsarea ei în vena cavă superioară. Peretele bronhiilor principale după structura lui amintește peretele traheei. Scheletul lor este constituit din semiinele cartilaginoase (6—8 în bronhia dreaptă, 9—12 în cea stîngă). Posterior bronhiile au un perete membranos. Din interior bronhiile principale sînt tapetate cu tunica mucoasă, iar din exterior sînt acoperite de adventiție.

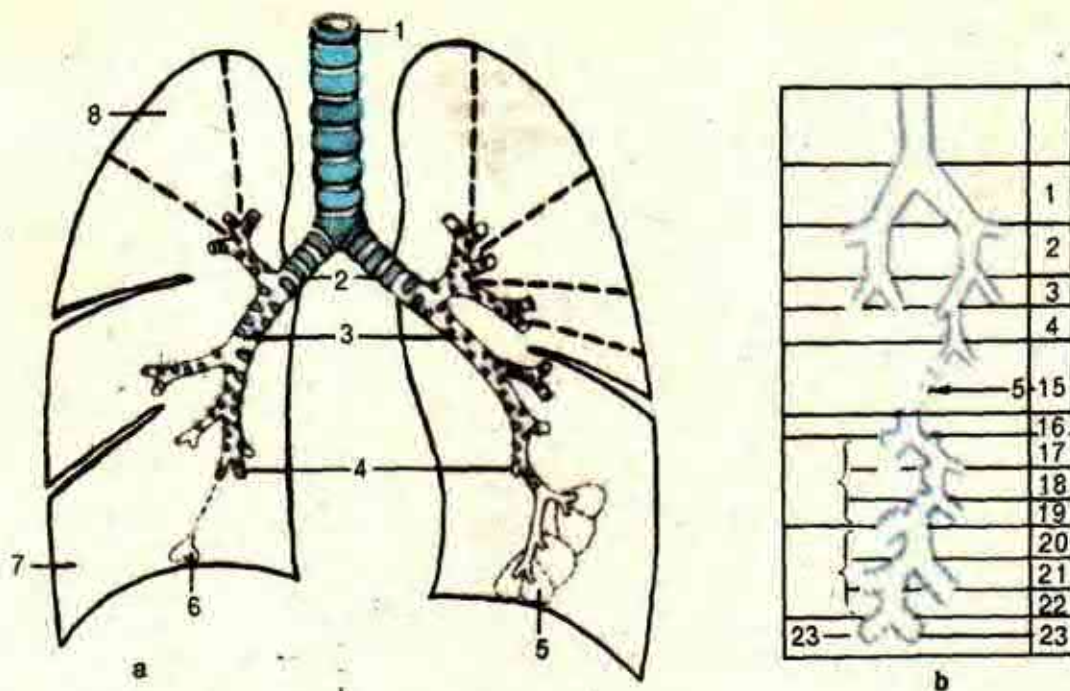


Fig. 62. Schema de ramificare a bronhiilor în plămâni drept și stâng.

a : 1 — trahee ; 2 — bronhii principale ; 3 — bronhii lobare ; 4 — bronhii segmentare ; 5 — lobul ; 6 — acin ; 7 — lobul inferior al plămânului drept ; 8 — segment ; b : 1 — bronhii principale ; 2, 3, 4 — bronhii lobare și segmentare ; 5—15 — ramurile bronhiilor segmentare, bronhie lobulară și ramificațiile ei (nu sînt indicate) ; 16 — bronhiolă terminală ; 17—19 — bronhiole respiratorii (trei ordine de ramificare) ; 20—22 — canale alveolare (trei ordine de ramificare) ; 23 — saci alveolari.

Particularitățile de vîrstă ale traheei și bronhiilor principale

La nou-născut lungimea traheei constituie 3,2—4,5 cm. Ea are un aspect infundibuliform. Lățimea lumenului în partea ei medie e de circa 0,8 cm. Perețele membranos al traheei este relativ lat, cartilajele traheale sînt fine, moi, subdezvoltate. În vîrsta înaintată și în senescență (după 60—70 de ani) cartilajele traheale se indurează și devin fragile.

După naștere traheea crește intens pe parcursul primelor 6 luni, apoi creșterea ei devine mai lentă pentru a se accelera din nou în perioada pubertară și de maturizare sexuală (12—25 de ani). La vîrsta de 3—4 ani lățimea lumenului traheei se mărește de 2 ori. Traheea la copilul de 10—12 ani e de 2 ori mai lungă decît la nou-născut, iar la vîrsta de 20—25 de ani lungimea ei se triplează.

Tunica mucoasă a peretelui traheei la nou-născut este subțire, fină ; glandele

sînt subdezvoltate. La nou-născut traheea ocupă o poziție înaltă, ceva mai în dreapta de linia mediană. Începutul ei se află la nivelul vertebrelor II—IV cervicale, iar bifurcația traheei corespunde nivelului vertebrelor II—III toracice. La copilul în vîrstă de 1—2 ani marginea superioară a traheei se află la nivelul vertebrelor IV—V cervicale, iar la vîrsta de 5—6 ani — anterior de vertebrele V—VI și în vîrstă pubertară la nivelul vertebrei VI cervicale. La vîrsta de 7 ani bifurcația traheei se află anterior de vertebrele IV—V toracice, iar după 7 ani se stabilește treptat la nivelul vertebrei V toracice ca și la omul matur.

Bronhia principală dreaptă la nou-născut deviază de la trahee (de la axul ei) sub un unghi mai mic (26°) decît cea stîngă (49°) și prin direcția ei se prezintă ca o continuare a traheei. Bronhiile principale cresc deosebit de intens în primul an de viață, a copilului și în perioada de maturizare sexuală.

Plămîinii, drept și stîng, sînt situați în cavitătea toracică, în jumătățile ei dreaptă și stîngă, fiecare avînd sacul său pleural. Plămîinii, situați în sacii pleurali, sînt separați unul de altul de către mediastin, care încorporează cordul, vasele, magistrale (aorta, vena cavă superioară), esofagul și alte organe. Inferior plămîinii vin în adiacență la diafragm, anterior, lateral și posterior fiecare plămîn vine în contact cu peretele toracic. Dat fiind că cupola dreaptă a diafragmului ocupă o poziție mai înaltă decît cea stîngă, plămînul drept este mai scurt și mai lat decît cel stîng. Plămînul stîng este mai îngust și mai lung, deoarece o parte din jumătatea stîngă a cavității toracice o ocupă cordul, care are apexul orientat spre stînga.

Forma și fețele plămînilor. Plămîinii, *pulmo* (gr. *pnéumon*), au forma unui con imperfect cu o față aplatizată (cea orientată spre mediastin). Fața diafragmală inferioară a plămînului, *facies diaphragmatica* (baza conului pulmonar), este concavă și corespunde concavității diafragmului. Apexul plămînului, *apex pulmonis*, este rotunjit. Fața costală, *facies costalis*, a plămînului este bombată și cea mai extinsă, ea vine în contact cu acea parte a suprafeței interne a cutiei toracice care este formată de coaste și de mușchii intercostali. Fața medială, *facies mediâlis*, ușor concavă, limitrofează posterior cu coloana vertebrală, care formează partea vertebrală, *pars vertebrâlis*, a acestei fețe, anterior, limitrofează cu organele mediastinului (prin pleura mediastinală), formînd partea mediastinală, *pars mediastinâlis*. Fețele plămînilor sînt delimitate de margini. Marginea anterioară, *margo anterior*, delimitează fața costală de fața medială (a părții mediastinale). Pe marginea anterioară a plămînului stîng există *incisura cardiacă*, *incisura cardiacă (pulmonis sinistri)*. În partea de jos această incisură delimitează lobul lingulei plămînului stîng, *lingula pulmonis sinistri*. Fața costală, posterior, trece treptat în fața

medială (în partea ei vertebrală), formînd marginea posterioară obtuză. Marginea inferioară, *margo inferior*, delimitează fața costală și medială de cea diafragmatică. Fiecare plămîn prin niște șanțuri profunde se împarte în lobi, *lobi pulmones*, în număr de trei pentru plămînul (superior, mediu și inferior), și doi pentru plămînul stîng (superior și inferior). Fisura oblică, *fissura obliqua*, există pe ambii plămîni. Această fisură începe pe marginea posterioară obtuză a plămînului, cu 6—7 cm inferior de apex (la nivelul apofizei spinoase a vertebrei III toracice) și se îndreaptă pe fața costală în sens inferoanterior, ajungînd la marginea inferioară a plămînului în apropiere de trecerea ei în marginea anterioară, ceea ce corespunde limitei dintre partea osoasă și cartilajul coastei VI. Apoi fisura continuă pe fața medială, trece superoposterior spre hilul plămînului. Fisura oblică împarte plămînul în două părți separate una de alta, anterior și posterior, unindu-se doar în regiunea hilului: **lobul superior**, *lobus superior*, la care se referă apexul plămînului, și **lobul inferior**, *lobus inferior*, mai voluminos, care include baza și cea mai mare parte din marginea posterioară a plămînului. În plămînul drept, pe lîngă fisura oblică, mai există și o fisură orizontală, *fissura horizontalis (pulmonis dextri)*. Ea începe pe fața costală a plămînului, aproximativ de la mijlocul fisurii oblice, la nivelul unde ea întretaie linia medie axilară, și de aici se îndreaptă anterior quaziorizontal (la nivelul coastei IV) pînă la marginea anterioară a plămînului, unde trece pe fața medială și ajunge la hil. Fisura orizontală a plămînului drept (pe plămînul drept în normă ea lipsește) nu este atît de adîncă ca cea oblică: ea decupează de la lobul superior o porțiune relativ mică — **lobul mediu** (al plămînului drept), *lobus medius (pulmonis dextri)*. Lobul mediu al plămînului drept poate fi observat doar în aspect frontal și medial. În aspect posterior și lateral pe plămînul drept ca și pe cel stîng se văd doar doi lobi: superior și inferior. Fețele reciproc contactante ale lobilor pulmonari au

primit numirea de fețe interlobare, *facies interlobare*.

Pe fața medială a fiecărui plămîn ceva mai sus de mijlocul ei se află o impresiune de formă ovală — hilul plămînului, *hilus pulmónis*, prin care intră în plămîn bronhia principală, artera pulmonară, nervi, și prin care ies venele pulmonare, vase limfatice. Aceste formațiuni constituie rădăcina plămînului, *radix pulmónis*. Hilul plămînului drept este mai scurt și mai larg decît al celui stîng. Înălțimea hilului plă-

mînului e de 4—9 cm. Marginea superioară a hilului se proiectează la nivelul vertebrei V toracice, posterior, și la nivelul vertebrei II sau spațiului II intercostal, anterior. În partea dreaptă în hilul pulmonar, superior de alte elemente, se află bronhia principală, sub ea — artera pulmonară, inferior de care trec venele pulmonare (două la număr). În stînga elementul superior îl constituie artera pulmonară, sub care urmează bronhia principală și inferior de ea — venele pulmonare (de asemenea două).

Tabelul 3. Corelațiile arborelui bronhial cu segmentele bronhiopulmonare în conformitate cu Nomenclatura anatomică internațională

Bronhiile principale	Bronhiile lobare	Bronhiile segmentare	Segmentele bronhiopulmonare
Bronchus principalis dexter	Bronchus lobaris superior dexter	Bronchus segmentalis apicalis (B _I)	Seg. apicale (S _I)
		Bronchus segmentalis posterior (B _{II})	Seg. posterior (S _{II})
		Bronchus segmentalis anterior (B _{III})	Seg. anterior (S _{III})
	Bronchus lobaris medius dexter	Bronchus segmentalis lateralis (B _{IV})	Seg. laterale (S _{IV})
		Bronchus segmentalis medialis (B _V)	Seg. mediale (S _{IV})
	Bronchus lobaris inferior dexter	Bronchus segmentalis apicalis (superior) (B _{VI})	Seg. apicale (superius) (S _{VI})
		Bronchus segmentalis basalis medialis (cardiacus) (B _{VII})	Seg. basale mediale (cardiacum) (S _{VII})
		Bronchus segmentalis basalis anterior (B _{VIII})	Seg. basale anterior (S _{VIII})
		Bronchus segmentalis basalis lateralis (B _{IX})	Seg. basale laterale (S _{IX})
		Bronchus segmentalis basalis posterior (B _X)	Seg. basale posterior (S _X)
Bronchus principalis sinister	Bronchus lobaris superior sinister	Bronchus segmentalis apicoposterior (B _{I+II})	Seg. apicoposterior (S _{I+II})
		Bronchus segmentalis anterior (B _{III})	Seg. anterior (S _{III})
		Bronchus lingularis superior (B _{IV})	Seg. lingulare superior (S _{IV})
		Bronchus lingularis inferior (B _V)	Seg. lingulare inferior (S _V)
		Bronchus segmentalis apicalis (superior) (B _{VI})	Seg. apicale (superius) (S _{VI})
	Bronchus lobaris inferior sinister	Bronchus segmentalis basalis medialis (cardiacus) (B _{VII})	Seg. basale mediale (cardiacus) (S _{VII})
		Bronchus segmentalis basalis anterior (B _{VIII})	Seg. basale anterior (S _{VIII})
		Bronchus segmentalis basalis lateralis (B _{IX})	Seg. basale laterale (S _{IX})
		Bronchus segmentalis basalis posterior (B _X)	Seg. basale posterior (S _X)

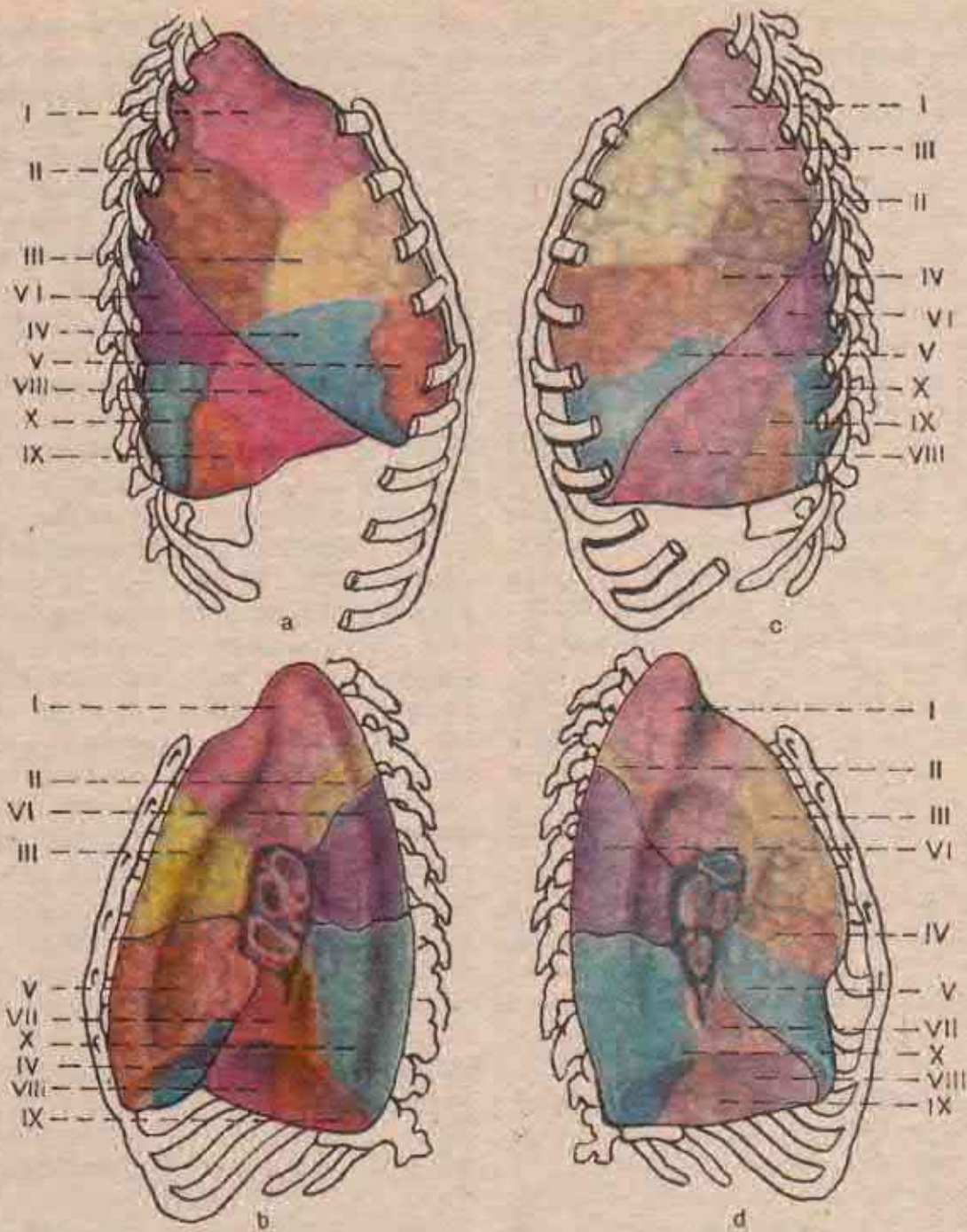


Fig. 63. Segmentele plămînilor

a, b — plămînul drept: I — segment apical (lob superior) (S_I); II — segmentul posterior (S_{II}); III — segmentul anterior (S_{III}); IV — segmentul lateral (S_{IV}); V — segmentul medial (S_V); VI — segmentul apical (lobul inferior) (S_{VI}); VII — segmentul medial bazal (cardiac) (S_{VII}); VIII — segmentul bazal anterior (S_{VIII}); IX — segmentul bazal lateral (S_{IX}); X — segmentul bazal posterior (S_X); c, d — plămînul stîng: I — segmentul apical (lobul superior) (S_I); II — segmentul posterior (S_{II}); III — segmentul anterior (S_{III}); IV — lingula superioară (S_{IV}); V — lingula inferioară (S_V); VI — segmentul apical (lobul inferior) (S_{VI}); VII — segmentul bazal medial (cardiac) (S_{VII}); VIII — segmentul bazal anterior (S_{VIII}); IX — segmentul bazal lateral (S_{IX}); segmentul bazal posterior (S_X); în hilul plămînilor culoarea albastră indică artera pulmonară, cea roșie — venele pulmonare, cea galbenă — ganglionii limfatici, cea cenușie — bronhiile.

Examenul frontal al rădăcinii plămînilor relevă că în hilurile ambilor plămîni, mai ventral de alte formațiuni, sînt situate venele pulmonare, apoi urmează artera pulmonară și, mai dorsal de toate — bronhia principală.

În hilul plămînilor bronhia principală se separă în **bronhi lobare**, *brônchi lobares*, trei pentru plămînul drept și două pentru plămînul stîng. La intrare în lobul superior al plămînilor bronhia este situată superior de arteră

(eparterial), iar în ceilalți lobi ai plămînilor drept și stîng — mai jos de arteră (hiparterial) ; sub bronhie se află vena (arteră, bronhie, venă). Bronhiile lobare intră în hilul lobului și se împart în bronhii segmentare, *brónchi segmentáles* (fig. 63, tab. 3).

Bronhia lobară superioară dreaptă, *brónchus lobáris supérior dexter*, se împarte în bronhiile segmentare apicală, posterioară și anterioară. Bronhia lobară medie dreaptă, *brónchus lobáris médius dexter*, se împarte în bronhiile segmentare medială și laterală. Bronhia lobară inferioară dreaptă, *brónchus lobáris inférior dexter*, se împarte în bronhiile segmentare apicală (superioară), medială (cardiacă) bazală, anterioară bazală, laterală bazală și posterioară bazală. Bronhia lobară superioară stîngă, *brónchus lobáris supérior sinister*, se împarte în bronhii segmentare apexoposterioară, anterioară, lingulosuperioară și linguloinferioară. Bronhia lobară inferioară stîngă, *brónchus lobáris inférior sinister*, se împarte în bronhii segmentare apicală (superioară), medială (cardiacă) bazală, anterioară bazală, laterală bazală și posterioară bazală.

Bronhia segmentară intră în segmentul care constituie o porțiune a plămînului orientată cu baza spre fața organului, iar cu apexul spre rădăcina lui și este alcătuit din lobuli pulmonari. În centrul segmentului e situată bronhia segmentară și artera segmentară, iar la limită cu segmentul adiacent — vena segmentară. Segmentele se separă unul de altul prin țesut conjunctiv (zona puțin vascularizată). Bronhia segmentară se împarte în ramuri, *rr. bronchiáles segmentórum*, care subdivizîndu-se treptat, constituie circa 9—10 ordine. Bronhia cu diametrul de circa 1 mm, care mai comportă în pereții săi elemente cartilaginoase, intră în lobulul plămînului sub denumirea de bronhie lobulară, *brónchus lobuláris* — BNA. În interiorul lobulului pulmonar această bronhie se împarte în 18—20 de bronhiole terminale, *bronchioli termináles*, numărul cărora pentru ambii plămîni

constituie circa 20 000. Bronhiiolele terminale nu mai au în pereții lor elemente de cartilaj. Fiecare bronhiolă terminală se împarte dicotomic în bronhiiole respiratorii, *bronchioli respiratórú*, care pe pereții lor poartă alveole pulmonare. De la fiecare bronhiolă respiratorie deviază canale alveolare, *dúctuli alveoláres*, care comportă alveole și se termină cu saci alveolari, *sáculi alveoláres*. Pereții acestor saci sînt alcătuiți din alveole pulmonare, *alvéoli pulmónis*. Diametrul canalului alveolar și sacului alveolar constituie 0,2—0,6 mm, cel al alveolei — 0,25—0,3 mm (E. R. Weibel). Bronhiile de ordine diferite, începînd cu bronhia principală, care servesc la conducerea aerului în procesul de respirație, constituie arborele bronhial, *árbor bronchiális*. Bronhiiolele respiratorii, care deviază de la bronhiola terminală, precum și canalele alveolare, sacii alveolari și alveolele pulmonare formează arborele alveolar (acinul pulmonar), *árbor alveoláris (ácinus pulmónis)*, care face parte din parenchimul respiratoriu al plămînilor. Arborele pulmonar (acinul pulmonar), în care se realizează schimbul de gaze între aer și sînge, constituie unitatea elementară funcțional-structurală a plămînului. Numărul de acinuri pulmonare într-un plămîn ajunge pînă la 15.000, numărul de alveole echivalează cu circa 300—350 mln, iar aria respiratorie comună a tuturor alveolelor constituie circa 80 m² (E. R. Weibel).

Limitele plămînilor. Apexul plămînului drept anterior depășește nivelul claviculei cu 2 cm și al coastei I — cu 3—4 cm. Posterior apexul plămînului se proiectează la nivelul apofizei spinoase a vertebrei VII cervicale.

De la apexul plămînului drept limita lui anterioară (proiecția marginii anterioare a plămînului) se îndreaptă spre articulația sternoclaviculară dreaptă, apoi trece prin mijlocul simfizei manubriului sternului. În continuare limita anterioară coboară posterior de corpul sternului, ceva spre stînga de linia mediană pînă la cartilajul coastei VI și aici trece în limita inferioară a plămînului.

Linia inferioară (proiecția marginii inferioare a plămînilui) intersectează pe linia medioclaviculară coasta VI, pe linia axilară anterioară — coasta VII, pe linia axilară medie — coasta VIII, pe linia axilară posterioară — coasta IX, pe linia scapulară — coasta X, pe linia paravertebrală se termină la nivelul colului coastei XI. Aici limita inferioară a plămînilui se întoarce brusc în sus și trece în limita lui posterioară.

Linia posterioară (proiecția marginii posterioare obtuze a plămînilui) trece de-a lungul coloanei vertebrale de la capul coastei II pînă la limita inferioară a plămînilui (colul coastei XI).

De la apexul **plămînilui stîng**, care are aceeași proiecție ca și plămînil drept, limita lui anterioară se îndreaptă spre articulația sternoclaviculară, apoi prin mijlocul simfizei manubriului sternului, posterior de corpul acestuia, coboară pînă la nivelul cartilajului coastei IV. Aici limita anterioară a plămînilui stîng deviază spre stînga, trece de-a lungul marginii inferioare a cartilajului coastei IV pînă la linia parasternală, de unde coboară brusc în jos, intersectînd spațiul intercostal IV și cartilajul coastei V. Ajungînd la cartilajul coastei VI, limita anterioară a plămînilui stîng trece brusc în limita lui inferioară.

Limita inferioară a plămînilui stîng se află ceva mai jos decît limita inferioară a plămînilui drept. Pe linia paravertebrală limita inferioară a plămînilui stîng trece în limita lui posterioară, situată de-a lungul coloanei vertebrale pe partea stîngă. Proiecțiile limitelor plămînilui drept și stîng, după cum rezultă din cele spuse mai sus, coincid în regiunile apicală și posterioare. Limita anterioară și inferioară din dreapta și din stînga diferă întrucîtva din cauza că plămînil drept este mai lat și mai scurt decît cel stîng. În afară de aceasta, plămînil stîng mai formează și incisura cardiacă în regiunea marginii lui anterioare.

Vasele și nervii plămînilor. Sîngele arterial pentru irigarea parenchimului pulmonar și pereților bronhiilor este furnizat de **r a m u r i l e b r o n h i a l e, rr. bronchiáles**, din partea toracică a aortei. De la pereții bronhiilor sîngele este tran-

sportat prin venele bronhiale, *vv. bronchiales*, în afluențele venelor pulmonare, precum și în vena impară și venele semiimpare. Prin arterele pulmonare stîngă și dreaptă (*a. pulmonális sinístra et a. pulmonális dextra*) la plămîni ajunge sîngele venos, care de pe urma schimbului de gaze devine bogat în oxigen, cedează bioxidul de carbon și devine sînge arterial. De la plămîni sîngele arterial pleacă spre atrium stîng prin venele pulmonare, *vv. pulmonáles dextrae et sinístrae*.

Vasele limfatice ale plămînilor se scurg în ganglionii limfatici bronhopulmonari, traheobronhiali inferiori și superiori.

Inervația plămînilor e realizată de nervul vag, *n. vágus*, și din trunchiul simpatic, *truncus sympáthicus*, ramurile cărora formează în regiunea hilului pulmonar plexul pulmonar, *plexus pulmonális*. Ramurile acestui plex odată cu bronhiile și vasele limfatice pătrund în plămîni. În pereții bronhiilor de calibru mare există plexuri de fibre nervoase plasate în adventiție, în tunicile musculare și mucoase.

Particularitățile de vîrstă ale plămînilor

La nou-născut plămîni au o formă conoidă imperfectă; lobi superiori sînt relativ mici, lobul mediu al plămînilui drept ca dimensiune echivalează cu cel superior, pe cînd lobul inferior este relativ mare. În al doilea an de viață coraportul dimensional dintre lobi plămînilui se apropie de indicii înregistrați la omul matur.

Masa ambilor plămîni la nou-născut constituie 57 g (oscilații de la 39 la 70 g), iar volumul — 67 cm. Densitatea specifică a plămînilui înainte de a începe respirația constituie 1,068 (plămîni unui copil născut mort sînt submersibili, iar densitatea plămînilor unui copil care a început să respire e de 0,490. Arborele bronhial către momentul nașterii este în fond format; în primul an de viață el crește intens (dimensiunile bronhiilor lobulare sporesc de două ori, iar a bronhiilor principale — de 1,5 ori). În perioada

maturizării sexuale creșterea arborelui bronhial se intensifică din nou. Dimensiunile tuturor părților lui la vârsta de 20 de ani sporesc de 3,5—4 ori (comparativ cu ale nou-născutului). La oamenii în vârstă de 40—45 de ani arborele bronhial înregistrează dimensiunile maxime.

Involuția de vârstă a bronhiilor începe după 50 de ani. Lungimea și diametrul lumenului multor bronhii segmentare se reduc treptat cu 1,5—2,5 mm, pe pereții lor apar niște proeminente moniliforme, canalul devine sinuos.

Acinurile pulmonare la nou-născut comporta un număr redus de alveole pulmonare mici. În cursul primului an de viață și în continuare acinul crește prin formare de canale alveolare noi și alveole noi în pereții canalelor alveolare existente.

Formarea noilor ramificații ale canalelor alveolare se definitivează de la vârsta de 7—9 ani, a alveolelor pulmonare — la 12—15 ani; în această perioadă dimensiunile alveolelor cresc dublu. Formarea parenchimului pulmonar se definitivează la vârsta de 15—25 de ani. În răstimpul de la 25 la 40 de ani structura acinului pulmonar rămâne practic aceeași. După 40 de ani începe îmbătrânirea țesutului pulmonar: se aplanează septurile interalveolare, alveolele pulmonare devin mai mici, canalele alveolare confluează, dimensiunile acinurilor sporesc.

În procesul de creștere și dezvoltare a plămînilor după naștere crește și volumul lor pe parcursul primului an de 4 ori, la vârsta de 8 ani — de 8 ori, la vârsta de 10 ani — de 10 ori, la 20 de ani — de 20 de ori (comparativ cu volumul plămînilor nou-născutului).

Limitele plămînilor de asemenea sînt supuse modificărilor de vârstă. Apexul plămînilor la nou-născut se află la nivelul coastei I. Ulterior limita depășește coasta I și la vârsta de 20—25 de ani trece cu 3—4 cm mai sus de coasta I (cu 1—2 cm superior de claviculă). Limita inferioară a plămînilor drept și stîng la nou-născut este cu o coastă mai sus decît la omul matur. Odată cu vîrsta copilului această limită coboară treptat. În vîrsta avansată (după 60 de ani) limitele inferioare ale plămînilor sînt cu 1—

2 cm mai jos decît la oamenii în vîrstă de 30—40 de ani.

Pleura. Cavitatea pleurală

Pleura, *pléura*, care constituie tunica seroasă a plămînilor, se împarte în viscerală (pulmonară) și parietală. Fiecare plămîn este acoperit de pleură pulmonară, care pe suprafața rădăcinii pulmonare trece în pleura parietală, care tapetează pereții cavității toracice adiacenți la plămîni și delimitează lateral mediastinul. Pleura viscerală (*pulmonară*), *pléura visceralis (pulmonalis)*, concrește tenace cu țesutul organului și, tapetîndu-l din toate părțile, patînde în șanțurile (incisurile) dintre lobi plămînilor. Inferior de rădăcina plămînilor pleura viscerală formează ligamentul pulmonar, *lig. pulmonale*, dispus vertical și situat în plan frontal între fața medială a plămînilor și pleura mediastinală. Acest ligament coboară în jos aproape pînă la diafragm.

Pleura parietală, *pléura parietalis*, constituie o foiță compactă, care concrește cu fața internă a peretelui toracic și în fiecare jumătate a cavității toracice formează un sac închis, care încorporează plămînul drept sau plămînul stîng, acoperit de pleura viscerală (fig. 64). În conformitate cu poziția părților pleurei parietale pe ea distingem pleura costală, mediastinală și diafragmală. Pleura costală, *pléura costalis*, tapetează fața internă a coastelor și spațiilor intercostale și contactează nemijlocit cu fascia intratoracică. Anterior lingă stern și posterior lingă coloana vertebrală pleura costală trece în pleura mediastinală, *pléura mediastinalis*, adiacentă la organele mediastinului și dispusă în direcție anteroposterioară, întinzîndu-se între fețele interne ale sternului pînă la fața laterală a coloanei vertebrale. Pleura mediastinală e concreșcută cu pericardul; în dreapta ea limitează cu venele cavă superioară și impară, cu esofagul, în stînga — cu aorta toracică. În regiunea rădăcinii plămînilor pleura mediastinală o încorsetează și trece în pleura viscerală (pulmonară). Superior, la nivelul aperturii superioare

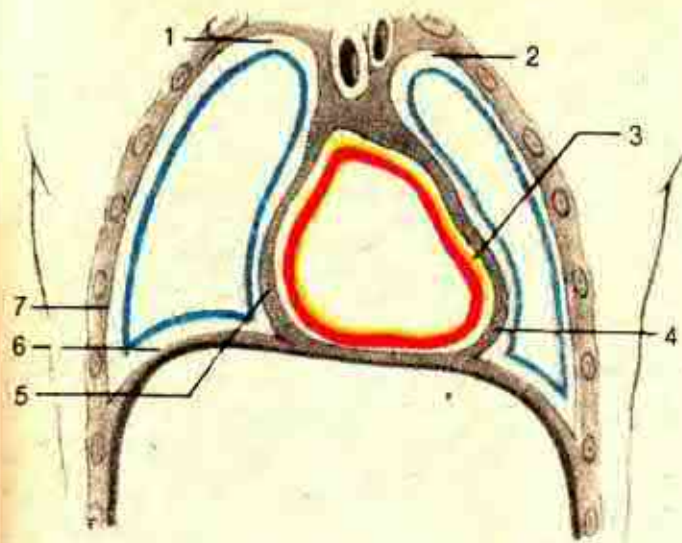


Fig. 64. Schema cavităților pleurale și pericardială (secțiune frontală). Cordul și plămîni sînt înlăturați.

1 — cavitas pleuralis dextra; 2 — cavitas pleuralis sinistra; 3 — cavitas pericardialis; 4 — pericardium serosum (lam. parietalis); 5 — pleura mediastinalis; 6 — pleura diaphragmatica; 7 — pleura costalis.

a cutiei toracice pleura costală și mediastinală trec una în alta și formează cupola pleurei, *cúpula pléurae*, delimitată bilateral de mușchii scaleni. Posterior de cupola pleurei se află capul coastei I și mușchiul lung al gîtului, acoperit de lama prevertebrală a fasciei cervicale, pe care se fixează cupola pleurală. Anterior și medial la cupola pleurală vin în adiacență artera subclavie și vena omomimă. De asupra cupolei pleurei se află plexul humeral. Inferior pleura costală și mediastinală trec în pleura diafragmală, *pléura diafragmática*, care tapetează părțile musculară și tendinoasă ale diafragmului cu excepția porțiunilor lui centrale, unde la diafragma concrește pericardul. Între pleura parietală și viscerală există un spațiu fisural închis numit **cavitatea pleurală**, *cávitas pleurális*. În această cavitate se află o cantitate mică de lichid seros, care umectează foiele pleurei netezi și contactante, acoperite cu celule mezoteliale, pentru a le reduce frecarea. În actul respirației, în timpul măririi și reducerii capacității plămînilor pleura viscerală umectată glisează liber pe fața internă a pleurei parietale.

În locurile de trecere a pleurei costale

în cea diafragmală și mediastinală se formează sinusurile pleurale, *recéssus pleuráles*, de anumite dimensiuni, care constituie niște spații de rezervă pentru cavitățile pleurale dreaptă și stîngă, și mai servesc drept recipiente în care se poate acumula lichidul pleural (seros) în caz de tulburare a proceselor de formare sau de resorbție a acestuia. Între pleura costală și diafragmală există sinusul costodiafragmal, *recéssus costodiaphragmáticus*, bine pronunțat, atingînd dimensiuni maxime la nivelul liniei axilare medii, unde adîncimea lui ajunge la 9 cm. La nivelul trecerii pleurei mediastinale în cea diafragmală se află sinusul diafragmomediastinal, *recéssus phrenicomedíastínális*, nu prea adînc, orientat sagittal. Sinusul cel mai puțin pronunțat se află la nivelul de trecere a pleurei costale (în porțiunea ei anterioară) în cea mediastinală. Aici se formează sinusul costomediastinal, *recéssus costomediastínális*.

Cupola pleurei, în dreapta și în stînga, ajunge pînă la colul coastei I, ceea ce corespunde nivelului apofizei spinose a vertebrei VII cervicale, posterior. Anterior cupola pleurei se ridică cu 3—4 cm mai sus de coasta I (cu 1—2 cm mai sus de claviculă). Limita anterioară a pleurei costale, dreaptă și stîngă, are un traiect diferit (fig. 65). Din dreapta limita anterioară de la cupola pleurei în discensiune posterior articulației sternoclaviculare se îndreaptă apoi posterior de manubriu spre mijlocul joncțiunii lui cu corpul sternal și de aici coboară posterior de corpul sternal, situîndu-se ceva mai la stînga de linia medie, pînă la coasta VI, unde deviază în dreapta și trece în limita inferioară a pleurei (limita inferioară a pleurei din dreapta corespunde liniei de trecere a pleurei costale în cea diafragmală). De la nivelul joncțiunii cartilajului coastei VI cu sternul limita inferioară a pleurei se îndreaptă inferolateral pe linia medioclaviculară, intersectează coasta VII, pe linia axilară anterioară — coasta VIII, pe linia axilară medie — coasta IX, pe linia axilară posterioară — coasta X, pe linia scapulară — coasta XI, și trece spre coloana vertebrală

la nivelul colului coastei XII, unde limita inferioară trece în limita posterioară a pleurei (fig. 66).

Din stînga, limita anterioară a pleurei parietale pornește de la cupolă tot așa cum și din dreapta — posterior de joncțiunea sternoclaviculară. Apoi se îndreaptă posterior de manubriu și corpul sternului în jos pînă la nivelul cartilajului coastei IV (situîndu-se mai aproape de marginea stîngă a sternului); aici, deviînd lateral și inferior, intersectează marginea stîngă a sternului și coboară în apropierea acestuia pînă la cartilajul coastei VI (trece cvaziparalel cu marginea stîngă a sternului), unde trece în limita inferioară a pleurei. Limita inferioară a pleurei costale, din stînga, e situată ceva mai jos decît cea din partea dreaptă. Posterior, ca și din dreapta, la nivelul coastei XII, ea trece în limita posterioară. Limita pleurei, în posterior (corespunde liniei posterioare de trecere a pleurei costale în cea mediastinală) coboară de la cupola pleurei în jos de-a lungul coloanei vertebrale pînă la colul coastei XII, unde trece în limita inferioară (fig. 67). Limitele anterioare ale pleurei costale, din dreapta și din stînga, cum s-a vorbit mai sus, sînt dispuse diferit: pe distanța dintre coastele II și IV ele trec posterior de stern paralel una la alta, iar în sus și în jos diverg, formînd două spații trigonale lipsite de pleură: ariile interpleurale superioară și inferioară. Aria interpleurală superioară, *ârea interpléurica supérior*, cu vîrfurile orientate în jos, e situată posterior de manubriul sternului. În regiunea ariei superioare la copii se află timusul, iar la adulți — reminescentele acestei glande și un țesut celuloadipos (denumirea sinonimică: *ârea thýmica*). Aria interpleurală inferioară, *ârea interpléurica inférior*, cu vîrfurile orientate în sus, se află posterior de doimea inferioară a corpului manubriului și de porțiunile anterioare ale spațiilor intercostale IV și V din stînga, adiacente la el. Apoi, pericardul contactează nemijlocit cu peretele toracic (de unde și sinonimul acestei arii interpleurale: *ârea pericardiaca*). Limitele plămînilor și sacului pleural (atît din dreapta cît și din

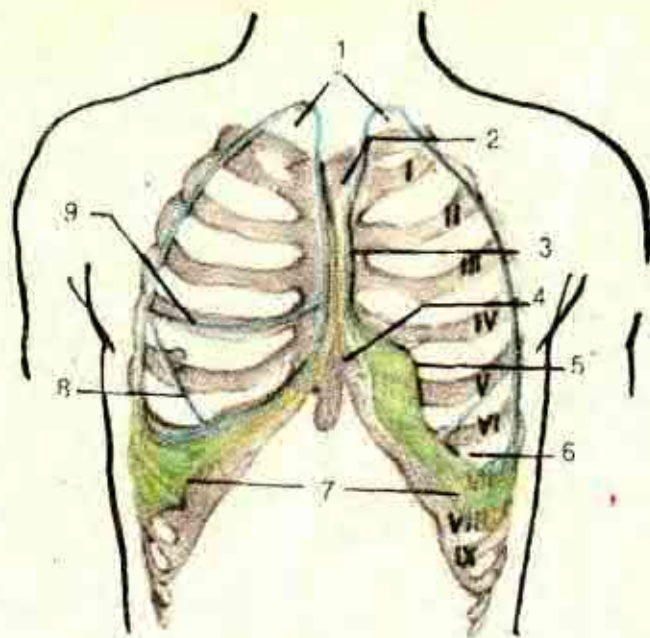


Fig. 65. Proiecția limitelor plămînilor și pleurei parietale (aspect anterior). O parte din cavitatea pleurală dintre marginea inferioară a plămînilor și limita inferioară a pleurei parietale e colorată în verde. Cifrele romane desemnează coastele.

1 — apex pulmonis; 2 — aria interpleurală superioară; 3 — margo anterior pulmonis; 4 — aria interpleurală inferioară; 5 — incisura cardiaca [pulmonis sinistri]; 6 — margo inferior pulmonis; 7 — limita inferioară a pleurei parietale; 8 — fissura obliqua; 9 — fissura horizontalis [pulmonis dextri].

stînga) sînt în fond identice. Însă chiar în caz de inspirație maximală plămînul nu completează sacul pleural în întregime, deoarece acesta are dimensiuni mai mari decît organul pe care îl încorporează. Limitele cupolei pleurei corespund limitelor apexului plămînilor. Limita posterioară a plămînilor și pleurei, precum și limita lor anterioară din dreapta coincid. Limita anterioară a pleurei parietale din stînga și limita inferioară a pleurei parietale din dreapta și din stînga diferă esențial de aceste limite la plămîni drept și stîng (vezi: „Limitele plămînilor”).

Radioanatomia traheei, bronhiilor, plămînilor și pleurei. Pe radiografie traheea și bronhiile principale sînt vizibile grație faptului că ele conțin aer: traheea are aspectul de formațiune cilindrică translucidă pe fondul umbrei coloanei vertebrale, bronhiile principale formează fișii translucide superior de umbra inimii. Cercetarea celorlalte compartimente ale arborelui bronhial (bronhiografia) devine posibilă după administrarea în trahee și bron-

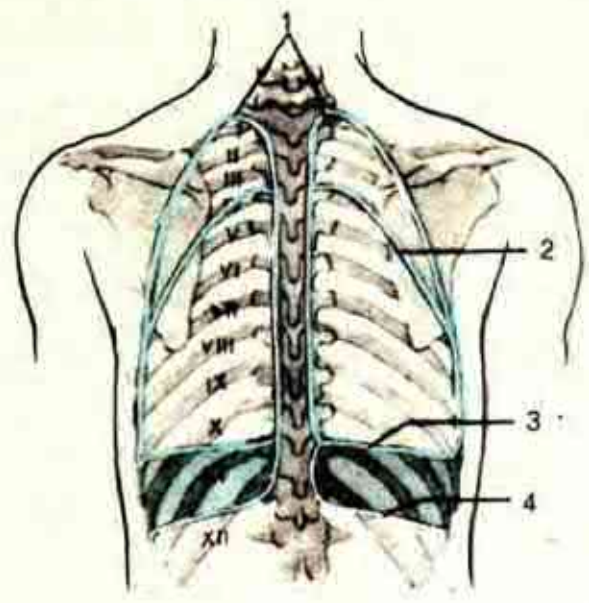
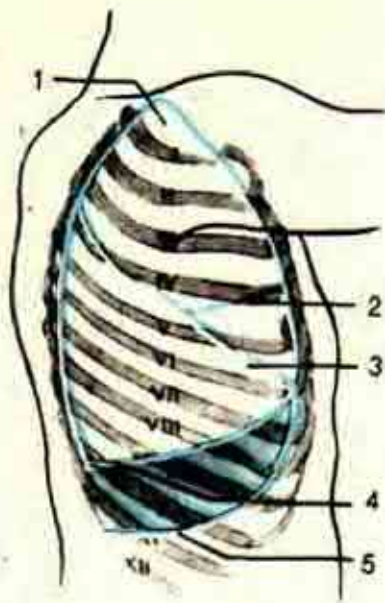


Fig. 66. Proiecția limitelor plămînilor și pleurei parietale; aspect lateral. O parte din cavitatea pleurei dintre marginea inferioară a plămînilor (sus) și limita inferioară a pleurei parietale (jos) e colorată în albastru. Cifrele romane desemnează coastele.

1 — apex pulmonis; 2 — fissura horizontalis [pulmonis dextri]; 3 — fissura obliqua; 4 — margo inferior pulmonis; 5 — limita inferioară a pleurei parietale

Fig. 67. Proiecția limitelor plămînilor și pleurei parietale; aspect posterior. O parte din cavitatea pleurei dintre marginea inferioară a plămînilor (sus) și marginea inferioară a pleurei parietale (jos) e de culoare albastră. Cifrele romane indică numărul coastele.

1 — apex pulmonis; 2 — fissura obliqua; 3 — margo inferior pulmonis; 4 — limita inferioară a pleurei parietale

hii a unei materii de contrast. Pe viu, plămîni la radioscopie sau radiografie se văd pe fondul cutiei toracice sub formă de căi pulmonare aérofore (dreaptă și stîngă), separate una de alta de opalescență mediastinală intensă, formată de coloana vertebrală, stern, de cordul, care este în stînga, și de vasele magistrale. Pe cîmpurile pulmonare se suprapun umbrele claviculelor (superior) și coastele. În spațiile dintre coaste se vede desenul pulmonar reticular, pe care se suprapun macule și traveuri, acestea fiind opalescențele condiționate de bronhii și de vasele sangvine ale plămînilor (fig. 68). În regiunea rădăcinilor plămînilor (la nivelul extremităților anterioare ale coastele II—V) umbrele de la bronhiile și vasele de calibru mai mare, care au pereți mai masivi, se văd mai pronunțat. În examenele radiologice pe viu în timpul inspirației arile pulmonare se văd mai bine și desenul pulmonar e mai pregnant. Cu ajutorul tomografiei (radiografiei stratificate) putem obține imagini ale oricărui

strat concret situat în profunzimea plămînilor, deci și a bronhiilor și a vaselor lor.

La nou-năsut pleura este fină, e unită lax cu fascia intratoracică, e mobilă în timpul excursiilor respiratorii ale plămînilor. Aria interpleurală superioară este vastă (e ocupată de timus, care are dimensiuni mari).

MEDIASTINUL

Mediastinul, *mediastinum*, constituie un complex de organe situate între cavitățile pleurale dreaptă și stîngă (fig. 69). Anterior mediastinul este delimitat de stern, posterior — de porțiunea toracică a coloanei vertebrale, bilateral — de pleura mediastinală dreaptă și stîngă. În sus mediastinul se extinde pînă la apertura superioară a cutiei toracice, în jos — pînă la diafragm. Actualmente, mediastinul se divizează convențional în două compartimente: mediastinul superior și mediastinul inferior. Ultimul, la rîndul

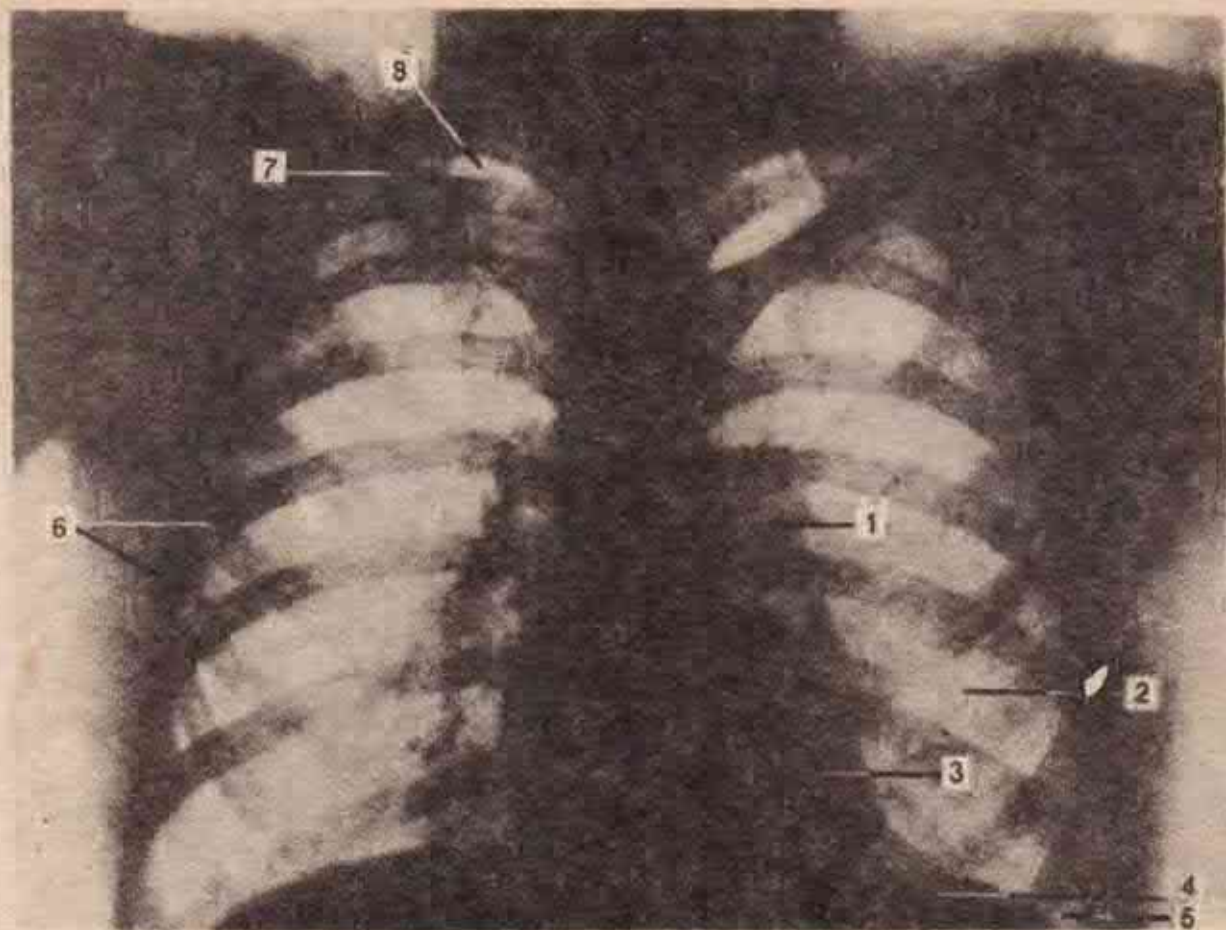


Fig. 68. Radiografia plămînilor și cordului

1 — rădăcina plămînilui; 2 — plămîniul; 3 — cordul; 4 — diafragma (bolta dreaptă); 5 — sinusul costodiaphragmatic drept; 6 — coastele; 7 — clavicula; 8 — regiunea apicală a plămînilui.

său, se împarte în mediastin anterior, mediu și posterior. Mediastinul superior, *mediastinum superius*, este situat mai sus de planul orizontal imaginar, trasat de la locul joncțiunii manubriului sternal cu corpul sternului (anterior) pînă la cartilajul intervertebral dintre corpurile vertebrelor IV și V toracice (posterior). În mediastinul superior sînt situate timusul, venele brahiocelale dreaptă și stîngă, porțiunea superioară a venei cave superioare, arcul aortei și vasele care deviază de la el (trunchiul brahiocelal, artera carotidă comună stîngă și artera subclavie stîngă), traheea, porțiunea superioară a esofagului și compartimentele respective ale canalului toracic (limfatic) drept, ale trunchiurilor simpatice drept și stîng, ale nervilor vagi și diafragmatici. Inferior de planul orizontal imaginar e situat mediastinul inferior, *mediastinum inferius*, în care distingem după cum s-a menționat mai sus mediastinul anterior mediu și

posterior. Mediastinul anterior, *mediastinum anterius*, situat între corpul sternului, anterior, și peretele anterior al pericardului, posterior, încorporează vasele toracice interne (artere și vene), parasternale, ganglionii limfatici sternali anteriori și prepericardiali. În mediastinul mediu (*mediastinum medium*) se află pericardul, care încorporează cordul și compartimentele interpericardiale ale vaselor magistrale, bronhiile principale, arterele și venele pulmonare, nervii diafragmatici cu vasele diafragmaticopericardiale care le însoțesc, ganglionii limfatici traheobronhiali inferiori și laterali pericardiali. Mediastinul posterior, *mediastinum posterius*, este delimitat de peretele pericardului, anterior, și de coloana vertebrală, posterior. Din organele mediastinului posterior fac parte porțiunea toracică a aortei descendente, venele impară și semiimpară, compartimentele respective ale trunchiurilor simpatice

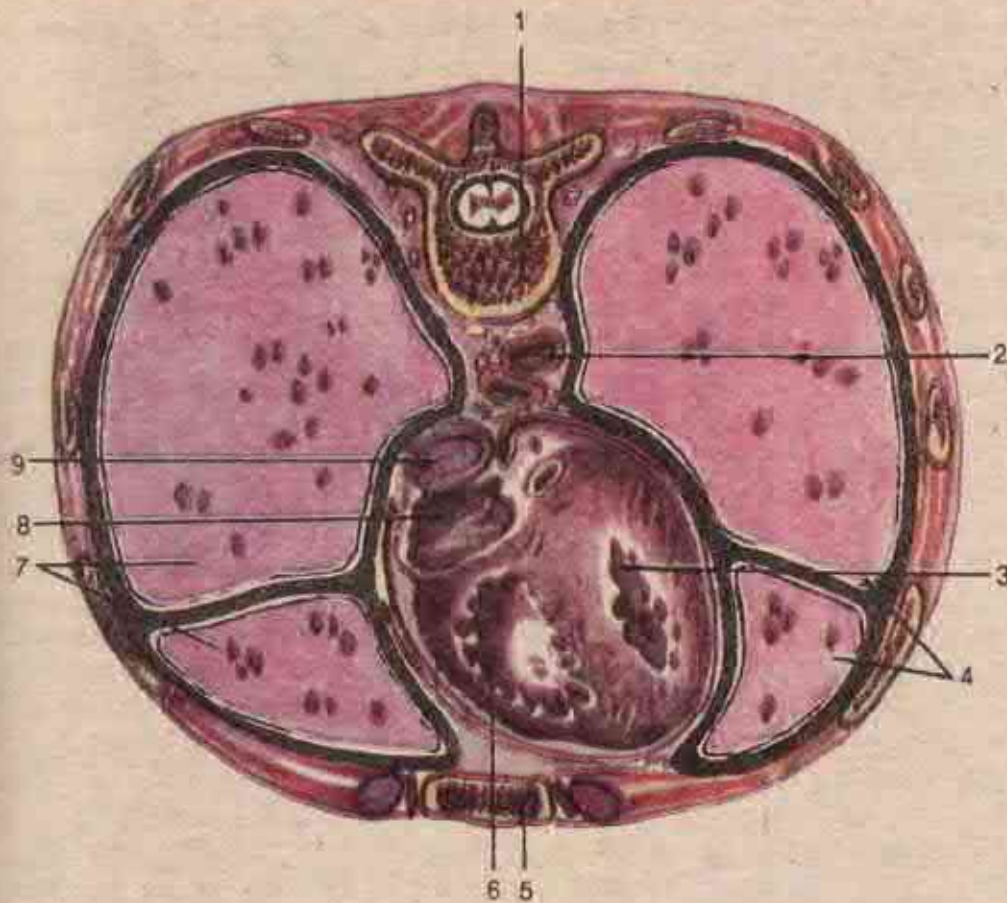


Fig. 69. Secțiune transversală prin torace la nivelul vertebrei IX toracice.

1 — corpus vertebrae (Th. IX);
 2 — pars thoracica aortae;
 3 — ventriculus sinister; 4 — pulmo sinister; 5 — sternum;
 6 — ventriculus dexter; 7 — pulmo dexter; 8 — atrium dextrum; 9 — vena cava inferior.

drept și stîng, ale nervilor viscerali, nervilor vagi, esofagului, canalului limfatic toracic, ganglionii limfatici mediastinali posteriori și prevertebrali.

Conform BNA mediastinul se divizează în două compartimente: mediastinul anterior, *mediastinum anterius*, și mediastinul posterior, *mediastinum posterius*. Ele sînt delimitate de un plan frontal, trasat convențional prin rădăcinile plămînilor și traheei. În mediastinul anterior se află cordul cu vasele lui magistrale aferente și eferente, pericardul, arcul aortei, timusul, nervii diafragmatici, vasele sanguine diafragmaticopericardiale, vasele sanguine toracice interne, ganglionii limfatici parasternali, mediastinali și diafragmatici superiori. În mediastinul posterior se află esofagul, partea toracică a aortei, canalul limfatic toracic, venele impară și semiimpară, nervii vagi și viscerali din dreapta și din stînga, trunchiurile simpatice, ganglionii limfatici posteriori, mediastinali și prevertebrali.

Organele sistemului respiratoriu în filogeneză

Procesul de respirație este alcătuit din 3 faze principale: respirația externă (schimbul de gaze dintre ambianță și sînge), vehicularea gazelor de către sînge și respirația internă (tisulară, schimbul de gaze dintre sînge și țesuturi). Respirația externă, care este funcția organelor din sistemul respiratoriu, la animale se realizează prin diferite metode.

Principiile de bază ale structurii organelor respiratorii la animale sînt următoarele: prezența unor pereți fini permeabili pentru gaze, arie extinsă de contact cu mediul bogat în oxigen, schimbarea perpetuă a ambianței. În conformitate cu mediul de trai se dezvoltă organe de respirație de două tipuri. La animalele acvatice se formează branhiile, la animalele terestre apar traheea și plămîni. Branhiile constituie niște excrescențe variate ca formă, derivate din tunica mucoasă a intestinului faringian (cefalic), situate pe arcurile branhiiale între care se află fantele branhiiale. În branhiile există o rețea deasă de capilare sanguine.

La peștii dipnoici pe lângă aparatul branhiat apar niște saci aerofori — canale pulmonare. Tipul pulmonar de respirație este mai perfect comparativ cu cel branhiat, deoarece în cadrul lui oxigenul este asimilat de sânge nemijlocit din aer.

Odată cu trecerea vertebratelor la modul terestru de viață tipul branhiat de respirație cedează celui pulmonar. Organele de respirație — plămîinii și căile respiratorii — la animalele terestre ating nivelul suprem de dezvoltare.

La amfibii în sistemul căilor respiratorii distingem laringele cu scheletul lui (cartilajele aritenoide și cricoide) și mușchii (constrictori și dilatatori), traheea și bronhiile în cel mai rudimentar stadiu de dezvoltare. Plămîinii amfibienilor au aspectul unor saci oblongi cu pereți netezi. La acaudate pereții sacului pulmonar au o structură spongioasă și porțiunea lor centrală execută funcțiile de căi respiratorii.

La reptile ating un anumit nivel de dezvoltare laringele, traheea și două bronhii; în pereții acestora există inele cartilaginoase (complete sau incomplete). Plămîinii, devenind unicul organ al respirației, sînt de structură complexă: caracterul spongios al structurii lor se asociază la bronhiile intrapulmonare de ordinul II și III.

La păsări căile respiratorii comportă laringe, trahee și bronhii. Plămîinii păsărilor constituie niște organe spongioase, penetrate de un sistem de bronhii, care comunică între ele.

La mamifere în sistemul căilor respiratorii gradul cel mai înalt de dezvoltare revine organului de fonație — laringelui; în el apar cartilaje noi: epiglota, cartilajul tiroid; de apariția acestuia depinde formarea coardelor vocale și diferențierea înaltă a mușchilor laringelui. Traheea și bronhiile mamiferelor posedă un schelet alcătuit în fond din semiințele cartilaginoase deschise în sens posterior. Bronhiile intrapulmonare cunosc câteva ordine de ramificație și se termină prin bronhiole cu niște vezicule de structură alveolară (alveole). Plămîinii mamiferelor din toate părțile sînt tapetați de pleură și, ca regulă, sînt separați în lobi.

Evoluția organelor sistemului respirator uman

Dezvoltarea cavității nazale și bazei osoase a nasului extern se află în raport nemijlocit cu dezvoltarea oaselor craniului, cavității bucale și organelor olfactive.

Căile respiratorii inferioare (faringele, traheea, bronhiile) și organele respiratorii propriu-zise (plămîinii) își formează primordiile în săptămîna a 3-ia de dezvoltare embrională sub formă de prolabare sacciformă a peretelui ventral al intestinului primar la limită dintre compartimentele laringian (cefalic) și trunchial (fig. 70). Această proeminență pe măsura creșterii în direcția ventrocaudală capătă o formă de tub (excreșcența laringotraheală) situat anterior de partea anterioară a intestinului trunchiului. Extremitatea superioară (cefalică) a trunchiului se unește cu laringele viitor, iar cea inferioară în săptămîna a 4-a de embriogenează se împarte în două prolabări, dreaptă și stîngă, asimetrice de la bun început. Partea proximală a primordiului impar al organelor sistemului respirator se transformă în tegumentul epitelial al tunicii mucoase a laringelui, cea distală — în tegumentul epitelial al mucoasei traheale. Prolabările pare, dreaptă și stîngă, dau derivație tegumentului epitelial al bronhiilor și plămîinilor. În procesul de dezvoltare a laringelui, traheei și plămîinilor se instituie o corelație morfologică strînsă între derivatele entodermului (derivatele intestinului primar) și mezenchimului. Din primordiile entodermale (ale intestinului primar) se dezvoltă tapetul primar și glandele laringelui, traheei, arborelui branhiat și alveolar. Mezenchimul adiacent la primordiul endodermal al organelor de respirație se transformă în țesut conjunctiv, cartilaje, musculatură, vase sanguine și limfatice. În săptămîna a 4-a de dezvoltare embrională în jurul excreșcenței laringotraheale apare o tumescență a mezenchimului, în care putem distinge primordiile cartilajelor și mușchilor laringelui. Cartilajele laringelui se dezvoltă din arcurile branhiale II și III. Primul se formează cartilajul cricoid, apoi cele aritenoide, cuneiforme și în fine — cartilajul

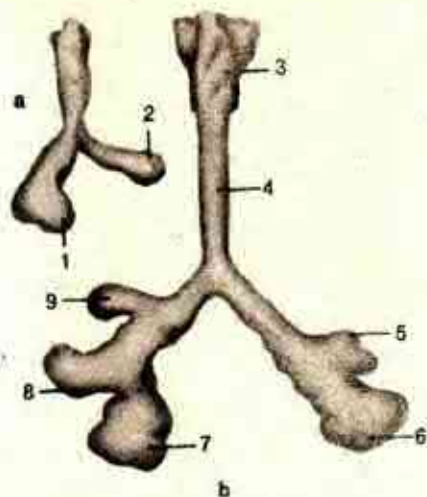


Fig. 70. Plămîni și căile respiratorii ale embrionului uman: la 4-5 săptămîni (a) și la 5-6 săptămîni (b).

1 — pulmo dexter; 2 — pulmo sinister; 3 — larynx; 4 — trachea; 5 — lobus superior pulmonis sinistri; 6 — lobus inferior pulmonis sinistri; 7 — lobus inferior pulmonis dextri; 8 — lobus medius pulmonis dextri; 9 — lobus superior pulmonis dextri.

tiroid (care, incipient, este o formațiune pară). Epiglota se formează în adinecul unui pli de tunică mucoasă situată anterior de accesul în laringe. După formarea scheletului laringelui are loc constituirea pereților, coardelor vocale, pliurilor vestibulare și ventriculelor lui. Din sfincterul muscular comun, circumscris pe intestinul laringian, posterior de cartilaje, se dezvoltă mușchii laringelui. În săptămîna a 8-9-a de dezvoltare intrauterină începe formarea cartilajelor și mușchilor traheei. Primordiile bronhiilor lobale apar în a 5-a săptămîna de embriogeneză sub formă de proeminente gemiforme — 3 din dreapta și 2 din stînga. Proeminentele gemiforme primare se impart apoi în secundare, dînd naștere bronhiilor segmentare în număr de 10 în fiecare plămîn. La capetele lor apar proeminente noi, care se divizează la rîndul lor. În acest fel în lunile a 2-4-a de dezvoltare intrauterină are loc formarea arborelui bronhial. Apoi, în perioada dintre lunile a 4-a și a 6-ea de dezvoltare intrauterină apar primordiile bronhiolelor, iar între lunile a 6-ea și a 9-a — canalele alveolare și sacii alveolari. Către momentul naște-

rîi copilului ramificațiile arborelui bronhial și alveolar atinge nivelele de ramificare pînă la ordinul 18. După naștere are loc creșterea ulterioară a arborelui bronhial, perfecționarea structurii arborelui alveolar (aparitia unor ramuri noi ale canalelor alveolare și sporirea numărului de alveole). De pe urma acestui fapt numărul de ramificații ale căilor bronhiale și alveolare la om atinge ordinul 23. Primordiile plămînilor în procesul creșterii în săptămîna a 6-ea de embriogeneză ajunge pînă în cavitatea abdominală. Către acest timp (5 săptămîni) celomul primar se divizează în două cavități pleurale și una pericardială, separate de cavitatea abdominală de către diafragul în curs de formare.

Din splanchnopleură (din foița viscerală a mezodermului ventral), care delimitează în sens medial celomul, se formează pleura viscerală. Somatopleura (foița parietală a mezenchimului ventral) constituie baza derivativă pentru pleura parietală. Între pleura viscerală și parietală se formează cavitatea pleurală.

APARATUL UROGENITAL

Aparatul urogenital, *apparatus urogenitalis*, uman include organele urinare, alcătuite din organe uropoetice, conducte urinare și din organe genitale masculine și feminine. Organele urinare și genitale se unesc prin evoluție comună, au coraporturi strinse anatomice și funcționale. De exemplu, canalele de evacuare ale căilor genitale la bărbați se varsă în canalul urinar, iar la femei se deschid în vestibulul vaginal.

ORGANELE URINARE

Organele urinare, *organa urinaria*, sînt prezentate de organele uropoetice (rinichi), de evacuare a urinei (calice renale, bazine, uretere), precum și de cele care servesc drept rezervoare pentru urină (vezica urinară) și pentru eliminarea ei din organism (canalul urinar).

Rinichiul, *ren* (gr. *nephros*), este un organ excretor par, care formează și evacua urina. Rinichiul are o formă de bob de culoare roșie închisă, consistență densă. Dimensiunile rinichiului la omul matur sînt următoarele: lungimea — 12 cm, lățimea — 5—6 cm, și grosimea — 4 cm. Masa rinichiului oscilează între 120 și 200g. La omul matur suprafața rinichiului este netedă. Distingem fața anterioară, *facies anterior*, mai convexă, și fața posterioară, *facies posterior*, mai puțin convexă, polul superior, *extrémitas superior*, și inferior *extrémitas inferior*, precum și marginea laterală, *margo lateralis*, convexă și marginea medială, *margo medialis*, concavă. În porțiunea de mijloc a marginii mediale există o depresiune delimitată de fețele anterioară și posterioară, numită hilul rinichiului, *hilus renalis*. În hilul rinichiului intră artera renală și nervi, din el iese ureterul, vena renală, vase limfatice. Formațiunile enumerate constituie în ansamblu pedunculul renal. Hilul renal trece într-o depresiune extinsă, care se infundă în substanța rinichiului și se numește sinus renal, *sinus renalis*. Pereții sinusului renal sînt formați din papile renale și din coloane renale, care formează porțiuni proeminente diseminate printre primele.

În sinusul renal se află calicii renale mari și mici, bazinele renale, vase sanguine și limfatice, nervi și țesut adipos.

Topografia rinichilor. Rinichii sînt situați în regiunea lombară, *regio lumbalis*, bilateral de coloana vertebrală, pe fața internă a peretelui abdominal posterior și sînt dispuși retroperitoneal. Polurile superioare ale rinichilor sînt inclinate unul spre altul și sînt distanțate de pînă la 8 cm, iar polurile inferioare — la o distanță de 11 cm. Axele longitudinale ale rinichiului drept și stîng se întretaie sub un unghi deschis în sens posterior. Rinichii sînt amplasați asimetric: rinichiul stîng se află ceva mai sus decît cel drept. Polul superior al rinichiului stîng se află la nivelul mijlocului vertebrei XI toracice, iar polul superior al rinichiului

drept abea ajunge la marginea inferioară a acestei vertebre. Polul inferior al rinichiului stîng se află la nivelul marginii superioare a vertebrei III lombare, iar capătul inferior al rinichiului drept corespunde mijlocului vertebrei. Proiecția posterioară a rinichilor poate avea drept reper coastele. Coasta XII întretaie fața posterioară a rinichiului stîng cam la jumătatea lungimii lui, iar rinichiul drept — mai aproape de polul superior. Există particularități individuale în topografia rinichilor. Distingem poziție înaltă și joasă a rinichilor. La femei în 11% din cazuri polul inferior la ambii rinichi ajunge pînă la creasta oaselor iliace.

Rinichii se află în corelații complicate cu organele adiacente (fig. 71). Fața posterioară a rinichiului împreună cu tunicile lui contactează cu diafragma, cu mușchiul patrat al lombelor, cu mușchiul transvers abdominal și cu marele mușchi al lombelor, care conturează pentru rinichi o depresiune numită loja renală.

Polul superior al rinichiului limitrofează cu glanda suprarenală. Fața anterioară a rinichilor pe cea mai mare parte a ei este acoperită de o foiță de peritoneu parietal și limitrofează cu organele interne. 2/3 superioare ale feței anterioare a rinichiului drept sînt adiacente la ficat, iar treimea inferioară e adiacentă la flexura dreaptă a colonului. La marginea medială a rinichiului drept limitrofează porțiunea descendentă a duodenumului. Fața anterioară a rinichiului stîng în treimea superioară vine în contact cu stomacul, în cea medie — cu pancreasul și în cea inferioară — cu ansele jejunului. Marginea laterală a rinichiului stîng e adiacentă la splină și la flexura stîngă a colonului. Poziția topografică normală a rinichilor este asigurată de un aparat de fixare, din care fac parte: loja renală, pedunculul renal, tunicile renale (în special fascia renală). Un rol important îi revine presiunii intraabdominale, care este menținută de contractarea mușchilor presei abdominale.

Capsulele rinichiului. Rinichiul posedă citeva capsule (vezi fig. 76). Rinichiul este acoperit cu o lamelă subțire numită capsulă fibroasă, *capsula fib-*

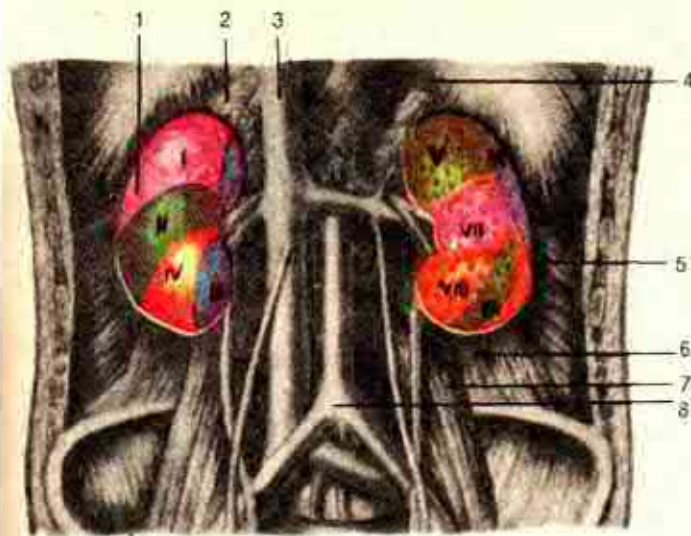


Fig. 71. Topografia rinichilor și arile de contact ale suprafeței lor anterioare cu organele interne.

1 — ren; 2 — gl. suprarenalis; 3 — v. cavă inferioară; 4 — diaphragma (pars lumbaris); 5 — m. transversus abdominis; 6 — m. quadratus lumborum; 7 — m. psoas major; 8 — pars abdominalis aortae. Arile de contact ale rinichiului drept: cu ficatul — I; cu flexura dreaptă a colonului — II; cu duodenul — III; cu ansele intestinului subțire — IV și ale rinichiului stâng: cu stomacul — V; cu splina — VI; cu pancreasul — VII; cu ansele intestinului subțire — VIII și cu colonul descendent — IX.

roșă, ușor detașabilă de la substanța rinichiului. Exterior de capsula fibroasă se află capsula adipoasă, *capsula adiposa*, de grosime considerabilă; prin hilul renal această capsulă trece în sinusul renal. Ea este deosebit de pronunțată pe fața posterioară a rinichiului, unde formează un fel de pernă de țesut gras numită corp adipos pararenal, *corpus adiposum pararenale*. În caz de reducere bruscă a grosimii capsulei adipoase rinichiul poate deveni mobil. Exterior de capsula adipoasă rinichiul este încorporat în fascia renală, *fascia renalis*, în formă de sac deschis în partea de jos, alcătuit din două foițe: prerrenală și retrorenală.

Foița prerrenală a fasciei renale acoperă anterior rinichiul stâng, vasele renale, partea abdominală a aortei, vena cavă inferioară și, anterior de coloana vertebrală, se continuă asupra rinichiului drept. Foița retrorenală a fasciei renale în stînga și în dreapta este racordată pe porțiunile laterale ale coloanei vertebrale. La polurile inferioare ale rinichilor foițele pre-și retrorenale ale fasciei renale nu sînt coalescente. Fascia renală se unește cu capsula fibroasă a rinichiului prin niște traveuri de țesut conjunctiv fibros, care penetrează capsula adipoasă.

Anterior de foița prerrenală a fasciei renale se află peritoneul parietal.

Structura rinichiului. Substanța rini-

chiului pe secțiune nu este uniformă (fig. 72). Ea este alcătuită dintr-un strat superficial de 0,4—0,7 cm grosime și dintr-un strat profund, reprezentat de sectoare, care au formă de piramide, avînd o grosime de la 2 la 2,5 cm. Stratul superficial constituie substanța corticală a rinichiului de culoare roșie-galbuie, iar stratul profund reprezintă substanța medulară a rinichiului de culoare roșie-albăstrie.

Substanța corticală a rinichiului, cortex renalis, este nu numai un formant al stratului superficial, ci și penetrează între sectoarele de substanță medulară ale rinichiului, constituind coloanele renale, *columnae renales*. Substanța corticală a rinichiului nu este omogenă ci este alcătuită din sectoare deschise și întinse care alternează. Sectoarele deschise au o formă conoidă și se prezintă ca niște raze, care pleacă de la substanța medulară a rinichiului, pătrunzînd în cea corticală. Ele formează porțiunea radiată, *pars radiata*, în care sînt situate canalele renale rectilinii, ce se continuă în substanța medulară a rinichiului, și porțiunile inițiale ale canalelor renale colectoare. Sectoarele de nuanță închisă a substanței corticale renale au primit numirea de porțiune convolută, *pars convoluta*. În aceste sectoare se află corpusculii renali, porțiunile proximale și distale ale canalelor renale contorte.

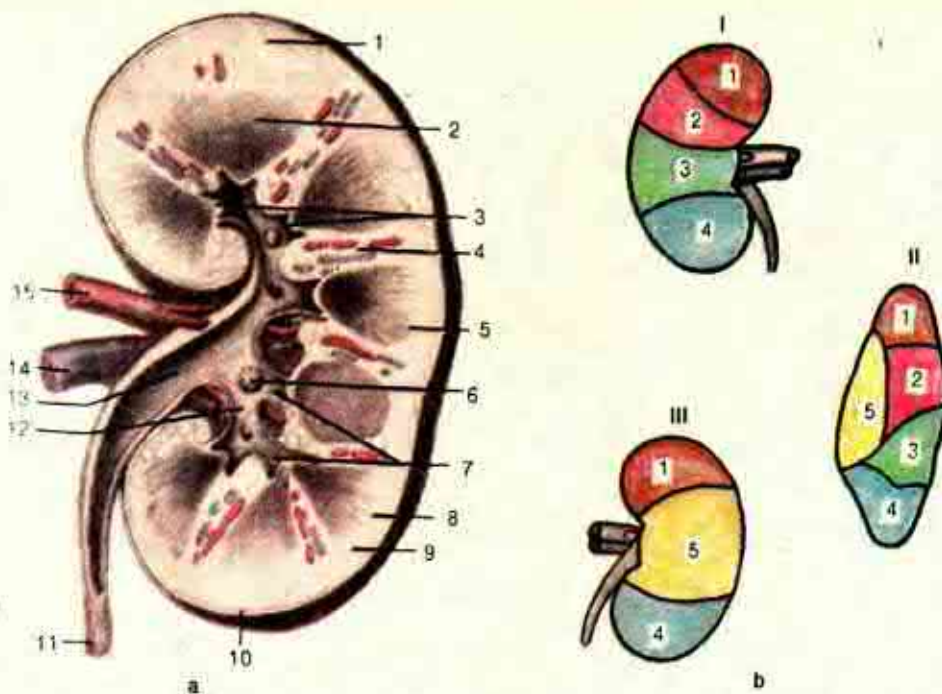


Fig. 72. Secțiune frontală a rinichiului (a) și proiecția segmentelor renale pe suprafața rinichiului (b).

a : 1 — cortex renis ; 2 — medulla renis ; 3 — papillae renales ; 4 — columna renalis ; 5 — basis pyramidis ; 6 — area cribrosa ; 7 — calyces renales minores ; 8 — pars radiata ; 9 — pars convoluta ; 10 — capsula fibrosa ; 11 — ureter ; 12 — calyx renalis major ; 13 — pelvis renalis ; 14 — v. renalis ; 15 — a. renalis ; b : I — fața anterioară ; II — marginea laterală a rinichiului ; fața posterioară ; 1 — seg. superior ; 2 — seg. anterior superior ; 3 — seg. anterior inferior ; 4 — seg. inferior ; 5 — seg. posterior.

Substanța medulară a rinichiului, medulla renalis, spre deosebire de cea corticală, nu formează un strat compact, ci, pe secțiune, are aspect de sectoare triunghiulare separate delimitate unul de altul prin coloane renale. Aceste sectoare au primit denumirea de *piramide renale, pyramides renales*, în număr de la 10 la 15 pentru fiecare rinichi. Fiecare piramidă renală are o bază, *hâsis pyramidis*, orientată spre substanța corticală, și un vîrf în formă de *papilă papilla renalis*, orientat spre sinusul renal. Piramida renală este alcătuită din canale rectilinii, care formează anșa neironului, și din canale renale colectoare, care penetrează substanța medulară și care confluează treptat unul cu altul, formînd în regiunea papilei renale circa 15—20 canalicule papilare scurte, *ductuli papillares*. Ultimele se deschid pe suprafața papilei și în orificiile papilare, *foramina papillaria*. Din cauza prezenței acestor orificii vîrfurile papilei renale are o structură ciuruită și se nume-

ște arie cribroasă, *area cribrosa*.

Particularitățile de structură ale rinichiului și ale vaselor lui sanguine ne permit să împărțim substanța rinichiului în 5 segmente: superior, *segmentum superius*, anterior superior, *segmentum antèrius superius*, anterior inferior, *segmentum antèrius infèrius*, inferior, *segmentum infèrius*, și posterior, *segmentum postèrius*. Fiecare segment este alcătuit din 2—3 lobi renali. Un **lob renal, lóbus renalis**, include o piramidă renală cu substanța corticală adiacentă și este delimitat de către arterele și venele interlobulare incorporate în coloanele renale. Fiecare lob renal comportă în substanța sa corticală pînă la 600 de lobuli corticali. **Lobulul cortical, lóbulus corticális**, este alcătuit dintr-o porțiune radiată, *pars radiata*, circumscinsă de o parte convolută, *pars convoluta*, și este delimitat de lobulii adiacenți de către arterele și venele interlobulare.

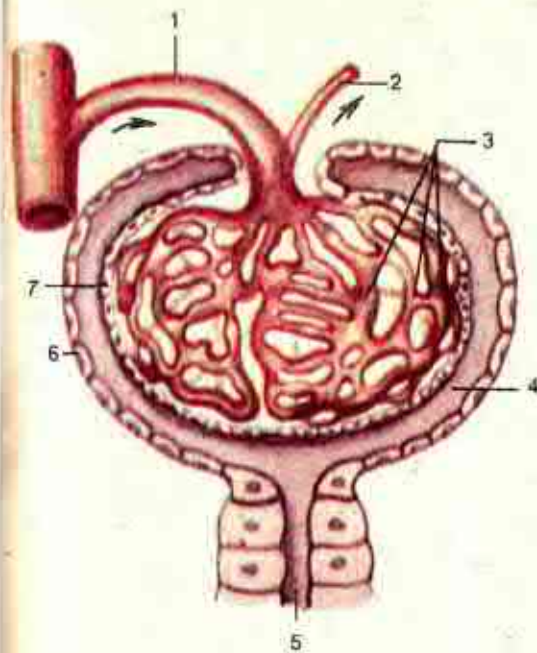


Fig. 73. Structura corpúsculului renal (schemă).

1 — arteriola glomerularis afferens [vas afferens]; 2 — arteriola glomerularis efferens [vas efferens]; 3 — rețe capilare glomerulare; 4 — lumen capsulae; 5 — pars proximalis tubuli nephroni; 6 — pars externa; 7 — pars internă.

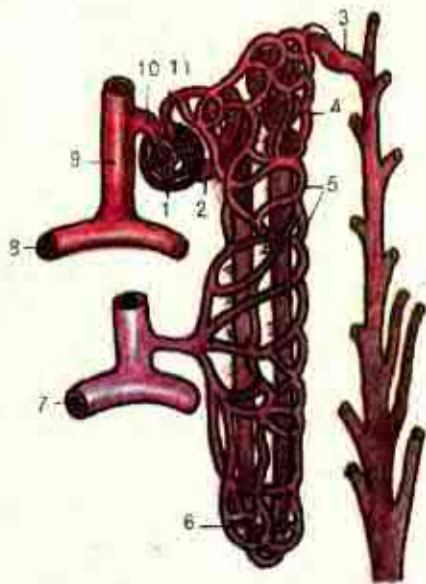


Fig. 74. Schema de structură a nefronului și raporturile lui cu vasele sanguine.

1 — corpúsculum renale; 2 — pars proximalis tubuli nephroni; 3 — pars conjungens; 4 — pars distalis tubuli nephroni; 5 — rețe capilare peritubulare; 6 — ansa nephroni; 7 — v. arcuata; 8 — a. arcuata; 9 — a. interlobularis; 10 — arteriola glomerularis afferens [vas afferens]; 11 — arteriola glomerularis efferens [vas efferens].

Unitatea elementară structural-funcțională a rinichiului o constituie **nefronul**, *nephron*. Nefronul este alcătuit din capsula glomerulară, *capsula glomeruli* (capsula Șumleanski—Boumen), care are forma unui calice cu pereți dubli, și învește glomerulul capilar al corpúsculului renal, *glomerulus corpúsculi renális*. În rezultat se formează corpúsculul renal (Malpighi), *corpúsculum renale* (fig. 73). Căvitatea capsulei glomerulară se continuă în partea proximală a canaliculului nefronului, *pars proximalis tubuli nephroni*. După acesta urmează ansa nefronului, *ansa nephroni*, (ansa Henle), care trece în partea distală a canaliculului nefronului, *pars distalis tubuli nephroni*, afluentă a tubului colector, *tubulus renális colligens*. Tuburile colectoare se continuă cu canalele papilare.

Pe toată lungimea lui nefronul este înconjurat de capilare sanguine aferente și adiacente (fig. 74). Circa 80% din nefroni sînt situați în profunzimea substanței corticale, *nephronum corticale*. Restul nefronilor (circa 20%) au glomerul adiacent la substanța medulară, iar ansa lor cu ramura descendentă și ascendentă (canaliculele rectilinii) se află în substanța medulară. Astfel de nefroni se numesc *juxtamedulari*, *nephronum juxtamedulare*. Rinichiul comportă peste 1 mln de nefroni. Lungimea canaliculelor unui nefron oscilează între 20 și 50 mm, iar lungimea comună a tuturor nefronilor din ambii rinichi constituie circa 100 km.

Fiecare papilă renală la virful piramidei e cuprinsă de un **calice renal mic**, *calyx renális minor*, cu aspect infundibiliform. Uneori într-un calice renal mic se conțin 2—3 papile renale. De la unirea a 2—3 calice renale mici se formează un **calice renal mare**, *calyx renális major*. Unindu-se unul cu altul, 2—3 calice renale mari formează o cavitate comună numită **bazinet renal**, *pelvis renális*, de forma unui infundibil aplatisat. Contractîndu-se treptat în sens inferior, bazinetul renal în regiunea hilului renal trece în ureter. Calicele renale mici și mari, ba-

zinetul renal și ureterul constituie căile excretoare ale rinichiului. Distingem 3 forme de constituire a bazinetului renal: embrională, fetală și matură. În cadrul formei I calicele renale mici comunică nemijlocit cu bazinetul renal, în forma II calicele renale mari și mici se continuă în ureter, bazinetul fiind lipsă. În forma III se observă un număr obișnuit de calice mici și mari, care se varsă în două calice renale extinse; acestea din urmă trec în bazinetul renal de unde începe ureterul. Forma bazinetului renal poate fi ampulară, arborescentă și mixtă (fig. 75).

Pereții bazinetului, calicelor renale mari și mici au o structură identică. În pereții lor distingem tunicile mucoasă, musculară și adventiția externă. În pereții calicelor renale mici, în regiunea lor inițială, celulele musculare netede formează un strat inelar care e constrictorul bolții. La această porțiune a peretelui calicelor renale mici aderă intim fibre nervoase, vase sanguine și limfatice. Toate acestea împreună constituie aparatul fornical al rinichiului, rolul căruia constă în a regla cantitatea de urină eliminată din canaliculele renale în calicele renale mici, și a împiedica refluxarea inversă a urinei, în a regla presiunea din interiorul bazinetului și balanța hidrică a organismului.

Vasele și nervii rinichiului. Patul sanguin al rinichilor e reprezentat de vase și capilare arteriale și venoase (fig. 76), prin care trec nictimeral de la 1500 la 1800 l de sânge. Irigarea rinichiului cu sânge e realizată de artera renală (ramură a aortei abdominale), care în hilul rinichiului se divide în ramura anterioară și posterioară. Se întâlnesc și artere renale accesorii, care pătrund în hilul rinichiului sau nemijlocit în rinichi penetrând suprafața acestuia. În sinusul renal ramurile anterioară și posterioară ale arterei renale trec anterior și posterior de bazinetul renal și se divid în artere segmentare. Ramura anterioară formează 4 artere segmentare: pentru segmentul superior, *a. segmenti superioris*, pentru segmentul anterior superior, *a. segmenti anterioris superioris*, pentru segmentul anterior inferior, *a. segmenti anterioris inferioris*, și pentru segmentul

inferior, *a. segmenti inferioris*. Ramura posterioară a arterei renale continuă în segmentul posterior al organului sub denumirea de *a. segmenti posterioris*. Arterele segmentare ale rinichiului se ramifică în artere interlobare și trec printre piramidele renale alăturate. Arterele interlobare se ramifică la limita dintre substanța medulară și corticală, formind arterele arcuate, *aa. arcuatae*, dispuse superior de bazele piramidelor renale. De la arterele arcuate deviază în substanța corticală numeroase artere interlobulare, *aa. interlobulares*, care generează arteriolele glomerulare aferente. Fiecare arteriolă glomerulară aferentă (vas aferent), *arteriola glomerularis afferens (vas afferens)*, se subdivizează în capilare, care formează un glomerul, *glomerulus*, alcătuit din anse de capilare sanguine. Din glomerul iese o arteriolă glomerulară eferentă, (vas eferent), *arteriola glomerularis efferens (vas efferens)*, cu un diametru mai mic decât al arteriolei aferente. Ieșind din glomerul, arteriola glomerulară eferentă se subdivizează în capilare, care se dispun circuncinct pe canaliculele renale, formind rețeaua capilară a substanței renale corticală și medulară. Această ramificare a vasului arterial aferent în capilare glomerulare și formare din capilare a unui vas arterial eferent a primit numirea de rețea admirabilă, *rețea mirabile*.

În substanța medulară a rinichiului de la arterele arcuate și interlobare și de la unele arteriole glomerulare eferente deviază arteriole rectilinii, *arteriolae rectae*, care irigă piramidele renale. Din rețeaua capilară a substanței corticale renale se formează venule, care, confluind, formează venele interlobulare, *vv. interlobulares*, afluențe în venele arcuate, *vv. arcuatae*, situate la limita dintre substanța corticală și medulară. În cele mai superficiale straturi de substanța corticală a rinichiului și în capsula fibroasă a lui se formează așa-numitele venule stelate, *venulae stellatae*, afluențe la venele arcuate. La rindul lor acestea trec în venele interlobare, *vv. interlobares*, care trec în sinusul renal, formind prin confluență vene de calibru

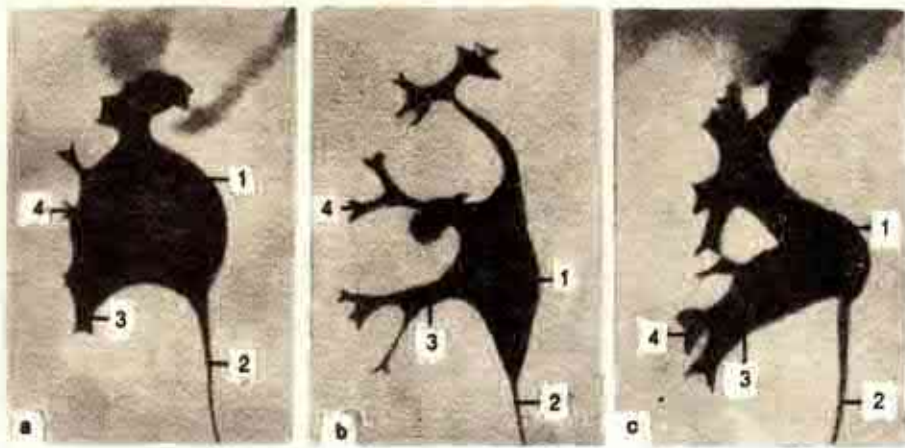


Fig. 75. Forme de bazinet și calice renale. Radiografii.

a — ampulară; b — arboroscentă; c — mixtă; 1 — pelvis renală; 2 — ureter; 3 — calyx renală major; 4 — calyx renală minor.

mai mare pînă la constituirea venei renale, *v. renală*. Vena renală iese din hilul rinichiului și se scurge în vena cavă inferioară.

Vasele limfatice ale rinichiului însoțesc vasele sanguine, ies împreună cu ele din rinichi prin hilul lui (vezi fig. 76), se varsă în ganglionii limfatici lombari, *nodi lymph. lombales*.

Nervii rinichiului provin din plexul celiac, din ganglionii trunchiului simpatic (fibrelor simpatice) și din nervii vagi (parasimpatici). În jurul arterelor renale se formează plexul renal, de la care deviază fibre în substanța renală. Inervația aferentă se realizează din ganglionii spinali toracici inferiori și lombari superiori.

Radioanatomia rinichiului. Pe radiografie, contururile rinichiului sînt netede, se prezintă sub formă de linii arcuate, opalescența e omogenă. Limita superioară a opalescenței rinichiului stîng atinge coasta XI și mijlocul corpului vertebrei XI toracice, iar a rinichiului drept — marginea anterioară a aceleiași vertebre. Forma și dimensiunile rinichiului pot fi evaluate prin administrarea de oxigen sau gaz în spațiul retroperitoneal, adică prin pneumoretroperitoneu. În pielografie după introducerea de materii de contrast în sine sau, pe cale retrogradă, prin ureter, umbra bazinetului renal se

detectează la nivelul corpurilor vertebrelor I și II lombare, sînt vizibile umbrele calicelor renale. Starea patului arterial al rinichiului poate fi evaluată prin metoda arteriografiei.

Particularitățile de vîrstă ale rinichiului

La nou-născut și la copiii de vîrstă sugară rinichiul are o formă ovalară și o suprafață rugoasă, ceea ce se explică prin structura lobulară a organului și subdezvoltarea substanței corticale. Structura lobară a rinichiului persistă pînă la vîrsta de 2—3 ani. Lungimea rinichiului la nou-născut echivalează cu 4,2 cm, masa fiind de 12 g. La vîrsta de sugară rinichii sînt de 1,5 ori mai mari, ajungînd la masa de 37 g.

În perioada primei copilării lungimea rinichiului echivalează în medie cu 7,9 cm, iar masa — 56 g. În perioada prepubertară lungimea rinichiului atinge deja 10,7 cm și masa de 120 g.

La nou-născut grosimea substanței corticale renale ajunge la circa 2 mm, iar a substanței medulare — la 8 mm; raportul lor e de 1:4. Grosimea substanței corticale la omul matur în comparație cu această valoare la nou-născut sporește de circa 4 ori, iar a substanței medulare — doar de 2 ori.

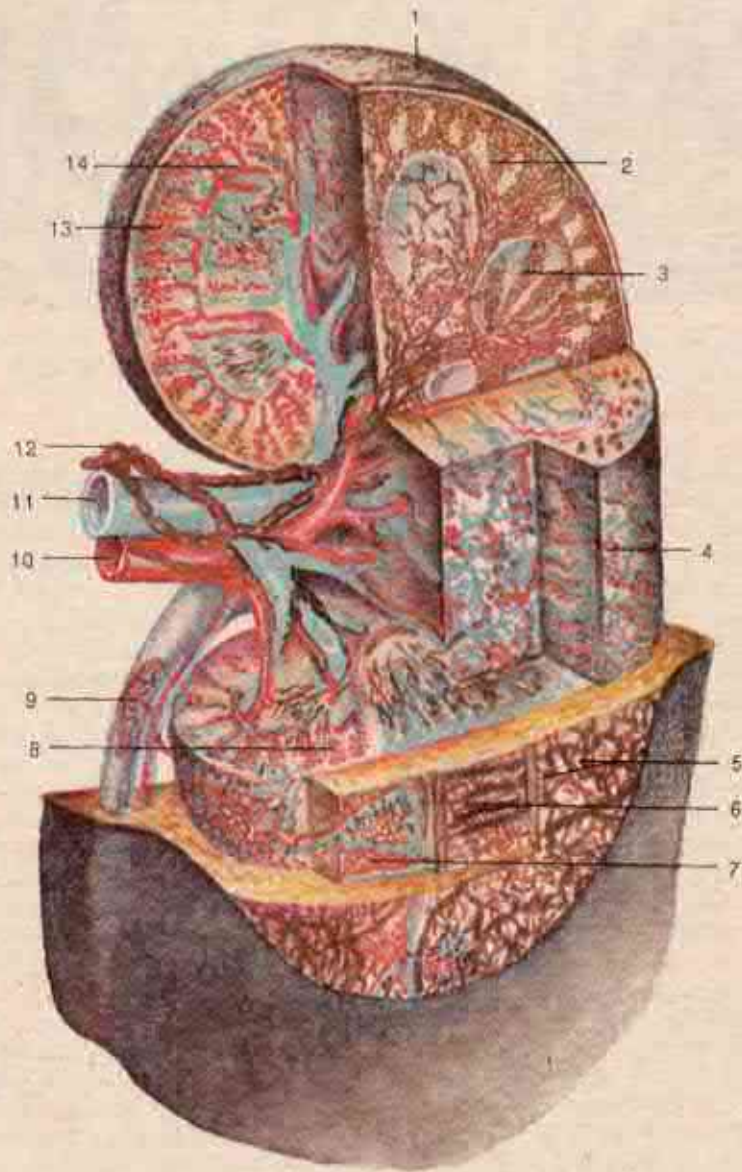


Fig. 76. Schema de construcție a rinichilor (raporturile dintre vasele limfatice și sanguine ale rinichilor).

1 — vase limfatice în capsula fibroasă ; 2 — capilare limfatice în partea contortă ; 3 — capilare limfatice în substanța medulară ; 4 — venula stelată ; 5 — tunica seroasă și vasele ei limfatice ; 6 — vasele sanguine și limfatice și raportul lor cu neuronii și canaliculele din substanțele corticale și medulară ale rinichilor ; 7 — vasele sanguine și limfatice ale ureterului ; 8 — artera renală ; 9 — vena renală ; 10 — ganglion limfatic regional și vasele limfatice afluențe la el ; 11 — vena interlobulară ; 12 — artera și vena arcuate ; 13 — artera și vena arcuate ; 14 — artera și vena arcuate.

Creșterea rinichilor se produce mai ales în primul an de viață, apoi între 5 și 9 ani, dar în special la vârsta de 16—19 ani, când rinichii cresc datorită dezvoltării substanței corticale, creștere, care continuă până la definitivarea perioadei pubertare; creșterea substanței medulare se definitivează la 12 ani. Masa substanței corticale a rinichilor sporește grație creșterii în lungime și lățime a canaliculelor contorte și a ramurii ascendente a ansei nefronului. Bazinetele renale la nou-născut sînt largi și au o formă de ampulă.

Capsula fibroasă a rinichiului devine vizibilă în al cincilea an de viață și la vârsta de 10—14 ani se apropie ca structură de capsula fibroasă a omului matur. Foițele fasciei renale la nou-născut sînt foarte fine, ele se îngroașă treptat odată cu vârsta copilului. Capsula celulo-adiptoasă, cvaziabsentă la început, se formează abia în perioada primei copilării, continuînd treptat să se îngroașe ulterior. La vârsta de 40—50 de ani grosimea capsulei adipoase a rinichiului atinge valori maxime, iar în vîrsta avansată și în senescență ea se subțiază, uneori dispărînd definitiv.

Topografia rinichilor suferă modificări de vîrstă legate de coborîrea lor. La nou-născut polul superior al rinichiului se proiectează la nivelul marginii superioare a vertebrei XII toracice, iar în vîrsta de sugăr (pînă la 1 an) se află deja la nivelul mijlocului corpului vertebrei XII toracice. Polul inferior al rinichiului la nou-născut se află la nivelul marginii inferioare a vertebrei IV lombare, la copilul de 1 an — cu 1/2 vertebră mai sus, ceea ce se explică prin creșterea intensă a coloanei vertebrale. După 5—7 ani poziția rinichiului în raport cu coloana vertebrală se apropie de poziția la omul matur.

După 50 de ani, mai ales la persoanele senile și cașectizante, rinichii pot să coboare mai jos decît în adolescență. În toate perioadele de vîrstă rinichiul drept se plasează ceva mai jos decît rinichiul stîng.

La nou-născut ambii rinichi, în regiunea polului superior cu fața anteromedială (aproape pînă la hilurile renale) con-

tactează cu suprarenalele respective). La rinichiul drept vine de asemenea în adiacență ficatul, cecul și apendicele vermicular. La rinichiul stîng pe un sector redus vine în adiacență splina, medial de la hil se află porțiunea caudală a pancreasului.

Axul longitudinal al rinichiului la copiii de la 3 la 4 ani trece paralel cu coloana vertebrală, hilurile renale sînt orientate intrucitva anterior. La vîrsta de 5—6 ani axurile longitudinale iau o orientare înclinată (de convergență superioară).

Creșterea corpului generează modificări în poziția rinichilor și în lungimea relativă a arterelor și venelor renale, adică a pedunculului renal. La nou-născut „pedunculul renal” este relativ lung, vasele sînt dispuse oblic: începutul arterei renale și orificiul venei se plasează superior de hilul renal. Apoi „pedunculul renal” vine treptat în poziție orizontală și după vîrsta de 50 de ani din cauza deplasării de anumit grad a rinichilor în jos, lungimea pedunculului renal sporește și capătă orientare inferioară.

URETERUL

Ureterul, *urēter*, constituie un organ par, care începe din partea îngustă a bazinetului renal și se termină la nivelul de intrare în vezica urinară. Funcția ureterului constă în a evacua urina din rinichi în vezica urinară. Ureterul are forma unui tub de 30—35 cm lungime și 8 mm în diametru. În 3 locuri ureterul este stenoizat: porțiunea incipientă a ureterului la ieșirea din bazinet, trecerea porțiunii abdominale a ureterului în porțiunea pelviană, la intersectarea liniei terminale a bazinului, și la nivelul intrării ureterului în vezica urinară; diametrul lumenului constituie 3—4 mm. Ureterul e dispus retroperitoneal. Distingem următoarele părți ale ureterului: abdominală, pelviană și intramurală. Partea abdominală, *pars abdominalis*, se află pe partea anterioară a mușchiului mare al lombelor. Porțiunea incipientă a ureterului drept se află posterior de partea descendentă a duodenului, iar a ureterului stîng — posterior de fle-

xura duodeno-jejunală. Anterior de ureter se află artera și vena testiculară (sau ovariană), peritoneul parietal. La trecere în partea pelvină ureterul drept se intersectează cu rădăcina mezenterului, iar cel stâng cu mezoul colonului sigmoid. Partea pelvină, *pars pelvina*, a ureterului drept trece anterior de artera și vena iliace interne din dreapta, iar a ureterului stâng — anterior de artera și vena iliace comune. În cavitatea micului bazin fiecare ureter se află anterior de artera iliacă internă și medial de artera și vena obturatoare. Lumenul ureterului în partea pelvină este îngustat.

La femei partea pelvină a ureterului trece posterior de ovar, apoi ureterul înconjoară colul uterin din partea laterală, plasându-se în continuare între pereții anterior al vaginului și vezica urinară. La bărbați partea pelvină e situată spre exterior de canalul deferent, apoi îl intersectează și ceva mai jos de marginea superioară a veziculei seminale iese în vezica urinară. Porțiunea terminală a părții pelvine a ureterului, care penetrează vezica urinară în sens oblic pe o întindere de 1,5—2 cm, se numește parte intramurală, *pars intramuralis*.

Peretele ureterului este alcătuit din 3 tunici: internă — *tunica mucosă*, formează pliuri longitudinale. Cea medie — *tunica muscularis*, în partea superioară a ureterului este alcătuită din două straturi — longitudinal și circular, iar în porțiunea inferioară — din 3 straturi: intern și extern — longitudinal, și mediu — circular. În exterior ureterul este tapetat de adventiție — *tunica adventitia*.

Vasele și nervii ureterelor. Vasele sanguine ale ureterului provin din câteva surse. La partea superioară a ureterului vin ramurile ureterice, *rr. ureterici*, din arterele renale, testiculară sau ovariană, *a. renalis*, *a. testicularis*, *s. ovarica*. Porțiunea medie a ureterului este irigată cu sânge din ramurile ureterice, *rr. ureterici*, din partea abdominală a aortei, din arterele iliace comună și internă. La porțiunea inferioară a ureteru-

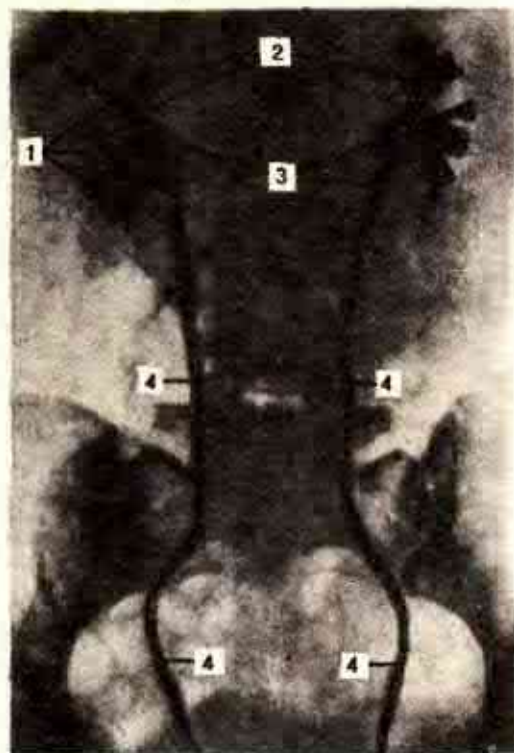


Fig. 77. Ureterele, bazinetele și calicele renale (pielografie bilaterală).

1 — calicele renale minore; 2 — calicele renale majore; 3 — pelvis renalis; 4 — ureter.

lui vin ramurile ureterice, *rr. ureterici*, de la arterele rectală medie și vezicală inferioară. Venele ureterului sînt afluențe la venele testiculară (sau ovariană) și iliacă internă.

Vasele limfatice ale ureterelor se scurg în ganglionii limfatici lombari și iliaci interni.

Nervii ureterului vin din plexurile renal, ureteric și hipogastric inferior. Inervația parasimpatică în porțiunea superioară se realizează din nervul vag (prin plexul renal), iar în porțiunea inferioară — din nervii viscerali ai bazinului.

Radioanatomia ureterelor. Pe radiografie ureterul are aspectul unei umbre înguste cu contururi clare și netede (fig. 77). La ieșire din bazinetul renal, ureterele drepte și stîng se apropie de apofizele transversale ale vertebrelor

lombare, formînd în partea lombară o flexură în sens medial. În cavitatea pelvină ureterele formează flexuri laterale. Înainte de a pătrunde în vezica urinară ele formează din nou flexuri mediale. În radioscopia ureterelor pe viu, în afară de îngustările anatomice deschise se văd cu ușurință și îngustările fiziologice, care sînt de peristaltica ureterelor.

VEZICA URINARĂ

Veziica urinară, *vesica urinaria*, este un organ cavitătar impar (fig. 78), care execută funcția de rezervor pentru urină. Din acest rezervor urina este evacuată prin uretră în exterior.

Forma vezicii urinare și dimensiunile ei variază în funcție de gradul de umplere cu urină. Vezica umplută are o formă ovalară. Volumul vezicii urinare la omul matur echivalează în medie cu 250—500 ml.

În vezica urinară distingem partea anterosuperioară, orientată spre peretele abdominal anterior, **apexul vezicii**, *apex vesicae*. De la apexul vezicii spre ombilic trece un traveu fibros numit ligament ombilical median, *lig. umbilicāle mediānum*, vestigiul al canalului urinar embriionar (urachus). Fără a avea o limită strictă apexul vezicii trece în partea ei largă numită corp al vezicii, *corpus vesicae*. Continuîndu-se posteroinferior, corpul vezicii trece în fundul vezicii, *fundus vesicae*. Partea inferioară a vezicii urinare se îngustează înfundibuliform și trece în uretră. Această parte a primit numirea de col vezical, *cervix vesicae*. În porțiunea inferioară a colului vezical se află orificiul intern al uretrei, *ostium urēthrae intērum*.

Topografia vezicii urinare. Vezica urinară e situată în cavitatea micului bazin posterior de simfiza pubiană. Ea are fața anterioară orientată spre simfiza pubiană, de la care e delimitată printr-un strat celular lax plasat în spațiul retrosimfizal. Cînd vezica este plină cu urină apexul ei proemină de asupra simfizei pubiene și vine în contact cu peretele anterior abdominal. Fața posterioară a vezicii urinare la bărbați vine în adiacen-

ță cu rectul, cu vezica seminală și cu ampulele canalelor deferente, iar fundul ei — cu prostata (fig. 79). La femei fața posterioară a vezicii urinare contactează cu peretele anterior al colului uterin și vaginului, iar fundul cu diafragma urogenital. Fețele laterale ale vezicii urinare atît la bărbați cît și la femei limitofează cu mușchiul levator al anusului. La fața superioară a vezicii urinare la bărbați vin în adiacență ansele intestinului subțire, iar la femei — uterul. Vezica urinară umplută se dispune în raport cu peritoneul mezoperitoneal, iar cînd e golită — retroperitoneal. Peritoneul acoperă vezica urinară în sens superior, bilateral și posterior, apoi, la bărbați, trece pe rect (depresiunea recto-vezicală), iar la femei — pe uter (depresiunea vezico-uretrală). Peritoneul, care acoperă vezica urinară, se unește cu peretele ei destul de mobil. Vezica urinară e fixată de pereții micului bazin și este unită cu organele adiacente prin intermediul unor traveuri fibroase. Apexul vezicii urinare este unit cu ombilicul prin ligamentul ombilical medial. Porțiunea inferioară a vezicii urinare este fixată de pereții micului bazin prin ligamente formate din fibre ale fasciei pelvine: ligamentul puboprostatic, *lig. puboprostāticum*, la bărbați, și ligamentul pubovezical, *lig. pubovesicāle*, la femei. În afară de ligamente, vezica urinară mai este cramponată în poziția ei de fascicule musculare, care formează mușchiul pubovezical, *m. pubovesicālis*, și mușchiul rectovezical, *m. rectovesicālis*. Acesta din urmă există doar la bărbați. La bărbați ea și la femei vezica urinară mai e fixată în anumită măsură și de porțiunea inițială a uretrei, precum și de porțiunile terminale ale ureterelor, de prostată, la bărbați, și de diafragma urogenital, la femei.

Structura vezicii urinare. Peretele vezicii urinare (la bărbați și la femei) este alcătuit din tunica mucoasă, din baza submucoasă, din tunica musculară și, parțial, din tunica seroasă. În locurile unde tunica seroasă lipsește, membrana externă a vezicii urinare o constituie adventiția. Fînd umplută, vezica

urinară are pereții fini (2—3 mm). După evacuarea urinei vezica scade în dimensiuni, pereții ei se contractă, înregistrând 12—15 mm grosime. *Tunica mucosa*, *tunica mucosa*, tapetează vezica urinară din interior, formînd pliuri în vezică în stare evacuată. Cînd vezica urinară se umple cu urină, pliurile tunicii mucoase se nivelează definitiv. *Tunica mucosa* e de culoare roză, mobilă, se plisează cu ușurință, exceptînd o porțiune mică în regiunea fundului vezical (*trigonul vezicii*, *trigonum vesicae*), unde membrana mucoasă aderă intim la membrana musculară. În partea anterioară a fundului vezicii urinare (la vîrfurile trigonului vezical) pe *tunica mucosa* există orificiul intern al uretrei, iar la capetele limitei posterioare a trigonului vezical se află două orificii *uraterice*, *ostium ureteris (dextrum et sinistrum)*. De-a lungul bazei (limitei posterioare) a trigonului vezical trece pliul interurateric, *plica interuraterică*, al tunicii mucoase.

Baza submucoasă, *tela submucosa*, în peretele vezicii urinare e destul de dezvoltată. Grație acesteia *tunica mucosa* se poate plisa cu ușurință. În regiunea trigonului vezical baza submucoasă lipsește. Spre exterior de ea, în peretele vezicii urinare se află **tunica musculară**, *tunica muscularis*, alcătuită din 3 straturi vag delimitate, care se formează din țesut muscular neted (neted). Straturile intern și extern sînt orientate longitudinal, iar cel mediu, deosebit de puternic, e orientat circular. În regiunea colului vezicii urinare și orificiului intern al uretrei stratul mediu circular este deosebit de dezvoltat. La porțiunea inițială a uretrei acest strat formează sfincterul vezicii urinare, *m. sphincter vesicae*. *Tunica musculară* a vezicii urinare, dacă contractia ei coincide cu deschiderea simultană a sfincterului, reduce volumul organului și refulează urina prin uretră spre exterior. În legătură cu această funcție a tunicii mucoase a vezicii urinare ea este numită *muşchi detrusor* al vezicii urinare, *m. detrusor vesicae*.

Vasele și nervii vezicii urinare. La

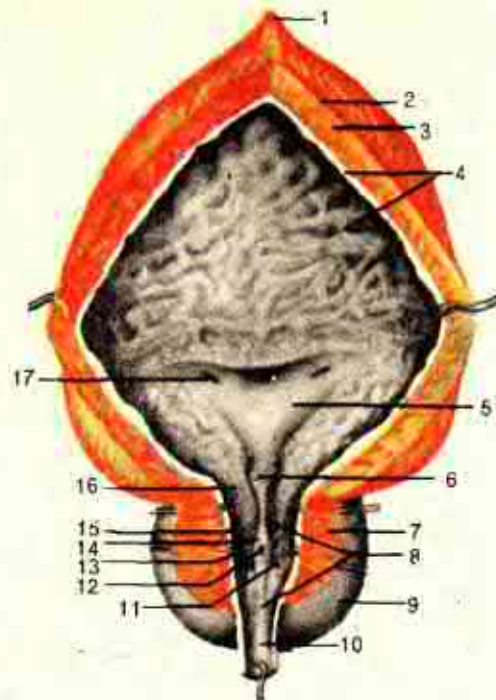


Fig. 78. Vezica urinară, partea prostatică a uretrei masculine și prostata (în secțiune).

1 — lig. umbilicale medianum; 2 — tun. muscularis (stratum longitudinale externum); 3 — tun. muscularis (stratum circulare); 4 — tun. mucosa; 5 — trigonum vesicae; 6 — uvula vesicae; 7 — parenchyma glandularis; 8 — crista urethralis; 9 — prostata; 10 — pars membranacea; 11 — ductuli prostatici (orificii); 12 — utriculus prostaticus; 13 — ductus ejaculatorius (orificiu); 14 — colliculus seminalis; 15 — pars prostatica; 16 — ostium urethrae internum; 17 — ostium ureteris.

apexul și corpul vezicii urinare vin arterele vezicale superioare, *aa. vesicales superiores*, care sînt ramuri ale arterei ombilicale. Pereții laterali și fundul vezicii urinare se irigă cu sînge din ramurile arterei vezicale inferioare, *a. vesicalis inferior*, care sînt ramuri ale arterei iliace interne.

Sîngele venos de la pereții vezicii urinare se scurge în plexul venos al vezicii urinare, *plexus venosus vesicae urinariae*, precum și prin venele vezicale, *vv. vesicales*, nemijlocit în venele interne iliace. Vasele limfatice ale vezicii urinare se scurg în ganglionii limfatici iliaci interni. Vezica urinară are inervație simpatică din plexul hipogastric inferior, și parasimpatică — prin nervii viscerali pelvini, *nn. splāchnici pelvini*,

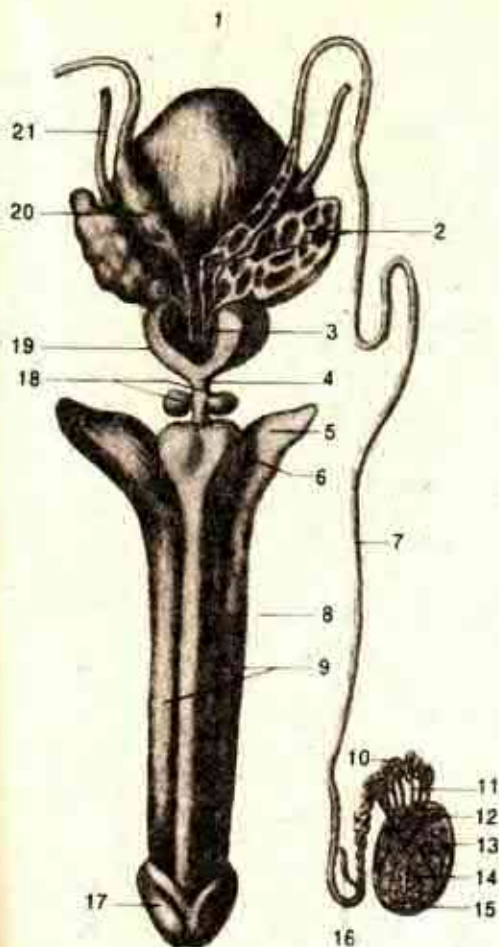


Fig. 79. Genitalele masculine interne și externe (schemă).

1 — vesica urinaria; 2 — vesiculae (glandulae) seminales (pe partea dreaptă în secțiune); 3 — ductus ejaculatorius; 4 — pars membranacea urethrae; 5 — crus penis; 6 — bulbus penis; 7 — ductus deferens; 8 — corpus spongiosum penis; 9 — corpora cavernosa penis; 10 — epididymis; 11 — ductuli efferentes testis; 12 — rete testis; 13 — tubuli seminiferi recti; 14 — tubuli seminiferi contracti; 15 — tun. albuginea; 16 — ductulus aberrans inferior; 17 — glans penis; 18 — gl. bulbourethrales; 19 — prostata; 20 — ampulla ductus deferentis; 21 — ureter.

și sensorială — din plexul sacral (*n. pudendus*).

Radioanatomia vezicii urinare. Vezica urinară, fiind umplută cu masă de contrast, are pe radiografie (în sens dorsoventral) forma unui disc cu contururi netede. În proiecția laterală pe radiografie vezica urinară are o formă triunghiulară neregulată. În cercetarea

vezicii urinare se folosește de asemenea metoda de cistoscopie (examenul mucoasei vezicii urinare) pentru a clarifica starea, culoarea, configurația tunicii mucoase, precum și starea orificiului ureterelor și afluxul de urină în vezica urinară.

Particularitățile de vîrstă ale ureterului și vezicii urinare

La nou-născut ureterul are un aspect fusiform și un canal sinuos. Lungimea ureterului atinge 5—7 cm. La vîrsta de 4 ani lungimea lui e deja de pînă la 15 cm. Tunica musculară în copilăria precoce e subdezvoltată.

Vezica urinară la nou-născut e fusiformă, iar la copiii în primii ani de viață — piriformă. În a doua copilărie (8—12 ani) vezica urinară are formă ovată, iar la pubertate — o formă caracteristică pentru omul matur. Capacitatea vezicii urinare la nou-născut e de 50—80 ml. La vîrsta de 5 ani ea conține 180 ml urină, iar după 12 ani — 250 ml. La nou-născut fundul vezicii încă nu este format, trigonul vezical e situat posterior și constituie o parte a peretelui posterior al vezicii. Stratul muscular circular din peretele vezicii este subdezvoltat, pe cînd tunica mucoasă e destul de dezvoltată și pliurile sînt destul de pronunțate.

Topografia vezicii urinare la nou-născut: apexul vezicii urinare atinge o jumătate din distanța dintre ombilic și simfiza pubiană, din care cauză vezica urinară la fete la această vîrstă nu contactează cu vaginul, iar la băieți — cu rectul. Peretele anterior al vezicii urinare e dispus extraperitoneal, peritoneul acoperind doar peretele ei posterior. La vîrsta de 1—3 ani e situat la nivelul marginii superioare a simfizei pubiene. La pubertate fundul vezicii ajunge la nivelul mijlocului simfizei pubiene, iar în adolescență — la nivelul marginii inferioare a acesteia. Ulterior are loc coborîrea fundului vezicii urinare în funcție de starea diafragmului urogenital.

Uretra masculină și cea feminină urmează să fie descrise în compartimentele: „Genitalele masculine externe” și „Genitalele feminine externe”.

ORGANELE GENITALE

Organele genitale, *organa genitalia*, sînt reprezentate de organele sexuale masculine și feminine interne și externe, care determină caracterele de sex.

GENITALELE MASCULINE

Din genitalele masculine fac parte testiculele și epididimul, canalele deferente și ejaculatoare, veziculele seminale, prostata, glandele bulbouretrale, scrotul și penisul.

GENITALELE MASCULINE INTERNE

Testiculul

Testiculul, *tēstis*, (gr. *órchis*, s. *didymis*), este un organ par, care constituie glandele sexuale masculine. Funcția testiculelor constă în a elabora celule sexuale masculine, numite spermatozoizi, și în a elimina în patul sanguin hormoni sexuali masculini. Deci, testiculele sînt simultan glande exocrine și endocrine.

Testiculele sînt situate în regiunea perineului într-o pungă specială numită scrot. Testiculul stîng e situat ceva mai jos decît cel drept. Ele sînt separate unul de altul de septul scrotal și sînt încorporate în tunici (fig. 80). Suprafața fiecărui testicul este netedă și lucitoare. Lungimea testiculului constituie în medie 4 cm, lățimea 3 cm, grosimea 2 cm. Masa testiculului echivalează cu 20—30 g. Testiculul are o consistență dură, o formă ovală, întrucitva compresată bilateral. Pe el distingem două fețe: una mai convexă laterală, *facies lateralis*, și una medială, *facies medialis*, precum și două margini: anterioară, *margo anterior*, și posterioară, *margo posterior*, la care aderă epididimul. Pe testicul distingem extremitatea superioară, *extremitas superior*, și extremitatea inferioară, *extremitas inferior*. Pe extremitatea superioară a testiculului deseori se observă un apendice testicular mic, *appendix testis*, ceea ce constituie o reminiscență a capătului cranial al canalului paramезoneîral.

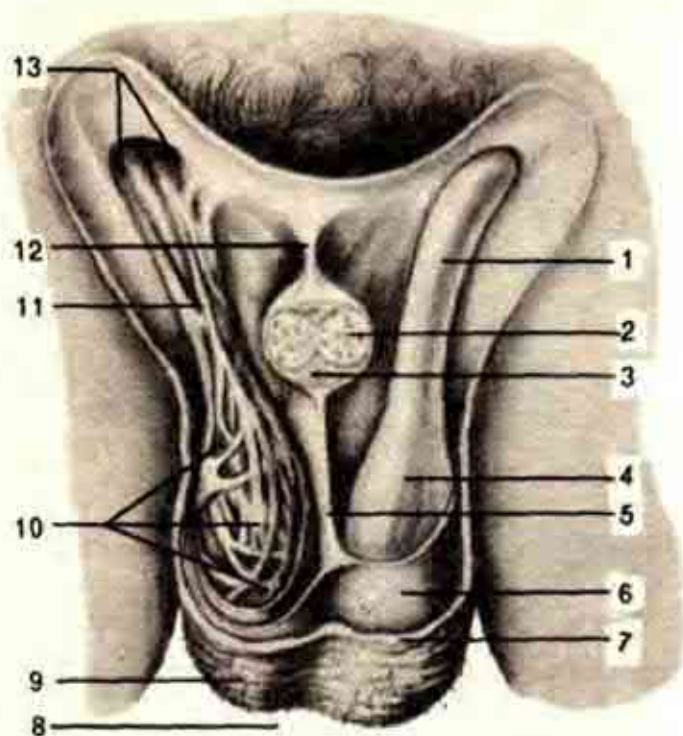


Fig. 80. Scrotul și funiculul spermatic (în secțiune)

1 — funiculus spermaticus ; 2 — corpus cavernosum penis ; 3 — corpus spongiosum penis ; 4 — fascia cremasterica ; 5 — septum scroti ; 6 — fascia spermatica externa ; 7 — tun. dartos ; 8 — raphe scroti ; 9 — cutis ; 10 — m. cremaster ; 11 — ductus deferens ; 12 — lig. suspensorium penis ; 13 — annulus inguinalis superficialis.

Structura testiculului. Exterior, testiculul posedă o tunică fibroasă de culoare albărie numită tunică albuginee, *tunica albuginea*. Sub tunică se află parenchimul testiculului, *parenchyma testis*. De la fața internă a marginii posterioare a tunicii albuginee în parenchimul testiculului penetră o excrescență circumvalată de țesut conjunctiv numită mediastinul testiculului, *mediastinum testis*, de la care se răsfire în evantai septulele fine conjunctive ale testiculului, *septula testis*, care separă parenchimul în lobuli testiculari, *lobuli testis*. Acestea din urmă au o formă conoidă, cu virfurile orientate spre mediastinul testiculului și cu bazele spre tunica albuginee. Un testicul include de la 250 la 300 de lobuli. În parenchimul fiecărui lobul se află 2—3 canalicule seminifere contorte, *tubuli seminiferi contorti*, tapetate cu epiteliu spermatogen. Îndreptîndu-se spre mediastinul testiculului, canaliculele seminifere contorte în regiunea apicală a lobulilor

confluează, formînd niște scurte canalicule seminifere rectilinii, *tubuli seminiferi recti*. Aceste canalicule se scurg în rețeaua testiculului *rete testis*, care e situată în profunzimea mediastinului testicular. Din rețeaua testiculului pornesc 12—15 canalicule testiculare eferente, *ductuli eferentes testis*, care vin în epididimul testiculului și se scurg în canalul lui.

Epididimul

Epididimul, *epididymis*, este situat de-a lungul marginii superioare a testiculului. Distingem partea rotunjită dilatată superioară — *capul epididimului*, *caput epididymidis*, care trece în partea medie — *corpul epididimului* *corpus epididymidis*. Corpul epididimului se continuă în partea constrictă, numită *coada epididimului*, *cauda epididymidis*. Pe capul epididimului uneori se observă *pendicele epididimului*, *appendix epididymidis*, sub forma unei vezicule pe peduncul, care constituie o reminescentă a canalului mezonefrial. În regiunea cefalică și caudală a epididimului pot exista niște canale terminate cecal — *canaliculele aberante*, *ductuli aberantes*, care sînt niște reminescente ale canaliculelor mezonefrosului (*corpusculi Wolf*), posterior de capul epididimului în țesutul conjunctiv rezidă o formațiune albărie plată deosebit de pronunțată la copii — *paradidimul*, *paradidymis*, constituind și acesta un rudiment al mezonefrosului. Tunica seroasă, care acoperă testiculul trece și asupra epididimului, pe partea lui laterală, ajungînd pînă în depresiunea dintre testicul și epididim, tapetînd sinusul epididimului, *sinus epididymidis*, *BNA*. Canalele secretoare ale testiculului, trecînd pe traect contort, formează niște lobuli de formă conoidă a epididimului, *lobuliconi epididymidis*, separate prin septuri finisime de țesut conjunctiv. În epididim există de la 12 la 15 lobuli (coni). Fiecare canalicul lobular se scurge în canalul epididimului, *ductus epididymidis*, care formează numeroase sinusuri pe tot parcursul epididimului.

În stare extinsă canalul epididimului testiculului atinge o lungime de 6—8 m. În partea caudală a epididimului canalul lui trece în canalul deferent (vezi fig. 79).

Celulele sexuale masculine (spermatozoizii) sînt generați doar în canaliculele seminale contorte ale testiculului. Toate celelalte canalicule și canale ale testiculului și epididimului constituie căi eferente. Spermatozoizii intră în componența spermei, a cărei parte lichidă e constituită din secretul veziculelor seminale și prostatei.

Vasele și nervii testiculului și epididimului. Testiculul și epididimul primesc irigație sanguină din artera testiculară (ramură a părții abdominale a aortei), și, parțial, din artera deferentă (ramură a arterei ombilicale, care anastomozează cu artera testiculară).

Singele venos din testicul și epididim se scurge în *vv. testiculares*, în plexul venos pampiniform, *plexus venosus pampiniformis*, care intră în componența cordonului seminal și se scurge în vena cava inferioară, *v. cava inferior*, din dreapta, și în vena renală stîngă, *v. renalis sinistra*, în stînga. Vasele limfatice ale testiculului și epididimului se scurg în ganglionii limfatici lombari. Testiculul și epididimul primesc inervația simpatică și parasimpatică din plexul testicular. În componența acestui plex există de asemenea și fibre nervoase sensoriale.

Canalul deferent

Canalul deferent, *ductus deferens*, constituie un organ par și este o continuare nemijlocită a canalului epididimal, terminîndu-se la nivelul de confluență cu canalul secretor al veziculei seminale. Lungimea canalului deferent constituie circa 50 cm (vezi fig. 79.) Diametrul extern al acestui canal e de circa 3 mm, iar diametrul lumenului lui nu depășește 0.5 mm. Peretele canalului e destul de gros, din care cauză el nu colabează și se palpează lesne în cadrul funiculului spermatic. Pornind de la particularitățile topografice ale canalului deferent, în el distingem 4 părți. Porțiunea inițială, cea mai scurtă, situată posterior de testicul,

intrucitva medial de epididim, se numește partea testiculară. Următoarea porțiune, în ascensiune verticală, trece fiind inclus în funiculul spermatic medial de vasele acestuia, și atinge inelul inghinal superficial (porțiunea funiculară). În continuare canalul deferent intră în canalul inghinal, unde e situată porțiunea lui inghinală. Ieșind din canalul inghinal, prin inelul inghinal profund, canalul deferent se îndreaptă pe peretele lateral al micului bazin în sens inferoposterior până la confluență cu canalul excretor al veziculei seminale. Această porțiune a canalului deferent a primit numirea de porțiune pelviană. În cavitatea bazinului mic canalul deferent e situat retroperitoneal. Pe traiectul său el inconjoară lateral trunchiul arterei epigastrice inferioare, intersectează artera și vena iliace externe, penetrează între vezica urinară și rect, intersectează ureterul, ajunge până la fundul vezicii urinare și se suprapune pe prostată, paralel și alături de canalul omonim din partea opusă. Această porțiune terminală a canalului deferent se lărgeste fusiform formind ampula canalului deferent, *ampulla ductus deferentis*. Lungimea ampulei e de 3—4 cm cu diametrul maxim de 1 cm.

În porțiunea ei inferioară ampula se îngustează treptat și la nivelul marginii superioare a prostatei confluează cu canalul excretor al veziculei seminale (vezi fig. 79).

Peretele canalului deferent este alcătuit din tunicile mucoasă, musculară și adventiție. Tunica mucoasă, *tunica mucosa*, formează 3—5 pliuri longitudinale. În regiunea ampulei canalului deferent tunica mucoasă are niște proeminențe numite diverticule ampulare, *diverticuli ampullae*. Spre exterior de tunica mucoasă se află tunica musculară, *tunica muscularis*. Aceasta comportă un strat mijlociu circular și straturile extern și intern longitudinal de fibre de musculatură netedă. Tunica musculară îi conferă peretelui canalului deferent o duritate ce se apropie de cea a cartilajului. În ampula canalului deferent straturile musculare sînt mai puțin pronunțate.

În exterior peretele canalului deferent

e prezentat de tunica adventițială, *tunica adventitia*, care trece estompat în țesutul conjunctiv circumiacent.

Veziula seminală

Veziula seminală, *vesicula (glândula) seminalis*, constituie un organ secretor situat în cavitatea pelvină lateral de ampula canalului deferent, superior de prostată, inferiolateral de fundul vezicii urinare (vezi fig. 79). Peritoneul acoperă doar porțiunile superioare ale veziculei seminale. Suprafața veziculei seminale este rugoasă. Veziula seminală are o față anterioară orientată spre vezica urinară și o față posterioară, adiacentă la rect. Lungimea veziculei seminale e de circa 5 cm, lățimea — 2 cm și grosimea — 1 cm. Pe secțiune el are aspectul unor vezicule comunicante. Dacă am exciza parțial tunica externă a veziculei seminale și am aranja-o pe linie dreaptă, ea arcăpăta forma de tub cu lungimea de 10—12 cm, grosimea — 0,6—0,7 cm. În exterior vezica seminală are o tunică adventițială, *tunica adventitia*. Spre interior se află o tunică musculară, *tunica muscularis*, bine dezvoltată, care constituie cea mai mare parte a peretelui veziculei seminale. Tunica mucoasă, *tunica mucosa*, formează pliurile longitudinale. În fiecare veziculă seminală distingem capătul superior dilatat, care este baza, partea medie — corpul, și extremitatea inferioară îngustată care trece în canalul excretor, *ductus excretorius*. Canalul excretor al vezicii seminale se unește cu porțiunea terminală a canalului deferent, formind canalul ejaculator, *ductus ejaculatorius*, care penetrează prostata și se deschide în porțiunea prostatică a uretrei masculine, lateral de coliculul seminal. Canalul ejaculator e de circa 2 cm lungime, avînd un lumen de la 1 mm în porțiunea incipientă la 0,3 mm la nivelul penetrării în uretră.

Vasele și nervii veziculei seminale și canalului deferent. Veziula seminală este irigată cu sînge din ramura descendentă a arterei canalului deferent (*a. ductus deferentis*), care e ramură a arterei ombilicale. Ramura ascendentă a arte-

rei canalului deferent, *a. ductus deferentis*, irigă pereții canalului deferent. Ampula vezicii seminale este irigată prin ramurile arterei rectale medii, *a. rectalis media*, arterei vezicale inferioare, *a. vesicalis inferior*, din artera iliacă internă.

Singele venos din veziculele seminale prin vene se scurge în plexul venos al vezicii urinare, apoi în vena iliacă internă.

Limfa de la veziculele seminale și de la canalul deferent se scurge în ganglionii limfatici iliaci interni. Veziculele seminale și canalul deferent primesc inervația simpatică și parasimpatică din plexul canalului deferent (din plexul hipogastric inferior).

Prostata

Prostata, *prostata*, este un organ musculoglandular impar (vezi fig. 78) și elimină un secret ce constituie o parte componentă a spermei.

Prostata este situată în porțiunea anteroinferioară a micului bazin sub vezica urinară, pe diafragmul urogenital. Prin prostată trec porțiunea inițială a uretrei și canalele ejaculatoare drept și sting. Ca formă prostata se aseamănă cu o castană, intrucitva aplatisată în sens anteroposterior. La prostată distingem baza, *basis prostatae*, care e orientată în sus și e subiacentă la fundul vezicii urinare, la veziculele seminale și la ampulele canalelor deferente, precum și fețele anterioară, posterioară, inferolaterale și apexul. Fața anterioară, *facies anterior*, e orientată spre simfiza pubiană, fiind delimitată de aceasta prin țesut celular lax care include un plex venos. Spre simfiza pubiană de la prostata vin ligamentele puboprostactice, *ligg. puboprostatica*, mediu și laterale; și mușchiul puboprostatic, *m. puboprostaticus*. Fața posterioară, *facies posterior*, e orientată spre ampula rectului și e separată de aceasta printr-un sept de țesut conjunctiv rectovezical, *septum rectovesicale*. Vecinătatea cu rectul înlesnește palparea pe viu a prostatei prin peretele anterior al rectului. Fața in-

ferolaterală, *facies inferolateralis*, este rotunjită și orientată spre plexul venos și mușchiul levator al anusului. Apexul prostatei, *apex prostatae*, este orientat inferior și este supraiacent la diafragmul urogenital. Uretra pătrunde în baza prostatei, lăsând o mare parte a acesteia spre posterior și iese din prostată în regiunea apexului.

Diametrul transversal al prostatei atinge 4 cm, cel longitudinal (superoinferior) echivalează cu 3 cm, cel anteroposterior (grosimea) — circa 2 cm. Masa prostatei e de 20—25 g. Substanța prostatei are o consistență densă și nuanță roșie-cenușie. La prostată distingem 2 lobi: lobul drept, *lobus dexter*, și sting, *lobus sinister*. Limita dintre ei se face văzută pe fața anterioară a organului sub formă de șanț nu prea adinc.

Porțiunea prostatei care proeminează pe suprafața bazei și este delimitată de uretră, anterior, și de canalele ejaculatoare, posterior, se numește istm al prostatei, *istmus prostatae*, sau lob mediu al prostatei, *lobus medius*.

În senescență acest lob se hipertrofiază și dificiliază micțiunea.

Structura prostatei. Din exterior prostata e tapetată de capsula, *capsula prostatica*, de la care spre interiorul organului deviază fascicule de fibre conjunctive — septuri prostatice. Ea este alcătuită din țesut glandular, care formează parenchimul glandular, *parenchyma glandulare*, precum și din țesut muscular neted, care alcătuiește substanța musculară, *substantia muscularis*. Țesutul muscular se grupează în complexe separate sub formă de glandule (lobuli) prostatice, de structură alveolotubară. Numărul alveolelor glandulare atinge 30—40; ele se afla mai ales în porțiunile posterioară și laterale ale prostatei. În partea anterioară a prostatei sînt puține alveole glandulare, ea este alcătuită în fond din țesut muscular nestriat (neted), care se concentrează în jurul lumenului uretrei masculine. Acest țesut muscular prostatic formează fasciculele musculare ale peretelui fundului vezicii urinare și participă la constituirea sfîncterului intern (invo-

luntar) al uretrei masculine. Canalele glandulare ale prostatei, în confluență pară, se continuă în canalele prostateice excretoare, *dúctuli prostátici*, care se deschid prin orificii punctiforme în uretra masculină la nivelul colicului seminal.

Vasele și nervii prostatei. Irigarea cu sânge a prostatei se realizează prin numeroase ramuri arteriale de mic calibru, care deviază de la arterele inferioare vezicale și medii rectale (din sistemul arterelor iliace interne). Sângele venos de la prostată e transportat în plexul venos prostatic, *pléxus venósus prostáticus*, iar din el — în venele vezicale inferioare, care se scurg în venele iliace interne, dreaptă și stângă. Vasele-limfatice ale prostatei se scurg în ganglionii limfatici iliaci interni. Nervii prostatei provin din plexul prostatic, *pléxus prostáticus*, la care din plexul hipogastric inferior, *pléxus hypogástricus inférior*, vin fibre simpatice (din trunchiurile simpatice) și parasimpatice (din nervii viscerali pelvini).

Glanda bulbouretrală

Glanda bulbouretrală, *glándula bulbourethrális* (glanda Cooper), este un organ par, care elimină un lichid vixos menit să protejeze mucoasa peretelui uretrei masculine contra iritării ei de către urină. Glandele bulbouretrale sînt situate posterior de porțiunea membranoasă a uretrei masculine în profunzimea mușchiului transvers profund al perineului. Glandele sînt distanțate reciproc cu 0,6 cm. Glandele bulbouretrale au formă ovată, o consistență dură și culoare brună-gălbuie, o suprafață intrucitva rugoasă și un diametru de 0,3—0,8 cm. Ele sînt niște glande alveolar-tubare. Canalele glandei bulbouretrale, *dúctus glándulae bulbourethrális*, sînt subțiri și relativ lungi (circa 3—4 cm), penetrează bulbul penisului și se deschid în uretră. Porțiunile secretoare și canalele de evacuare ale glandelor bulbouretrale comportă dilatări multiple.

Vasele și nervii glandelor bulbouretrale. Glandele bulbouretrale se alimentează cu sânge prin ramurile venite de

la arterele pudende interne, *aa. pudéndaes internáes dextra et sinistra*. Sângele venos se scurge în venele bulbului penian, *v. búlbi pénis*. Vasele limfatice se scurg în ganglionii limfatici iliaci interni. Glandele bulbouretrale sînt înervate de ramurile nervului pudend, *n. pudéndus*, și din plexurile circumiacente la artere și vene (din plexul venos al prostatei).

ORGANELE SEXUALE MASCULINE EXTERNE

Organele sexuale masculine externe sînt prezentate de penis și scrot (vezi fig. 79).

Penisul

Penisul, *pénis*, servește la evacuarea urinei din vezica urinară și la ejacularea spermei în caile genitale ale femeii. Penisul este alcătuit din porțiunea anterioară liberă, numită corpul penisului, *córpus pénis*, care se termină prin glandul penian, *glans pénis*, dotat la vîrf cu un orificiu în formă de fantă care constituie ostiul extern al uretrei masculine, *ostíum uréthrae externum*. Pe glandul penian distingem o porțiune mai lată numită coroana glandului, *coróna glándis*, și o porțiune strangulată numită colul glandului, *collum glándis*. Porțiunea posterioară, numită rădăcina penisului, *radix pénis*, se inseră pe oasele pubiene. Fața superoanterioară a corpului e numită partea dorsală a penisului, *dórsus pénis*. Corpul penisului este tegumentat cu o piele fină deplasabilă, care trece în pielea muntelui Venus în sus și în pielea scrotului, în jos. Pe pielea feței inferioare a penisului există o sutură numită *râphe pénis*, care posterior se continuă cu pielea scrotului și perineului. În porțiunea anterioară a corpului penian pielea formează un repliu cutanat pronunțat numit prepuțiu penian, *prepútium pénis*, care acoperă glandul, trecînd apoi în pielea glandului penian. Prepuțiu se inseră pe colul glandului. În partea inferioară a glandului prepuțiu se unește cu glandul prin frenulul prepuțial, *frénulum prepútii*, care ajunge aproape pînă la ma-

rginea externă a orificiului uretrei. Suprafața internă a repliului cutanat, precum și glandul, sint tapetate cu o pieleță fină semitransparentă, care diferă de pielea tegumentară a corpului penian. Pielea foitei interne a prepuțiului conține glande prepuțiale, *gll. preputiales*. Între gland și prepuțiu se află cavitatea prepuțială, care în anterior se deschide cu un orificiu care lasă să treacă glandul în timpul retrotracțiunii prepuțiului.

Penisul este alcătuit din două corpuri cavernoase, *côrpora cavernosa pennis*, situate paralel spre partea dorsală și dintr-un corp spongios, *côrpus spongiosus pennis*, situat sub ele.

Fiecare din corpurile cavernoase ale penisului (drept și sting) au o formă cilindrică. Extremitățile posterioare ale corpurilor cavernoase sint acuminate și se răsfră lateral, formind pedunculii penisului, *crură pennis*, care se inseră pe ramurile inferioare ale oaselor pubiene. Corpurile cavernoase concresec reciproc prin suprafețele mediale și sint acoperite de o tunică albuginee comună pentru ambii corpi cavernoși, *tunica albuginea corporum cavernosorum*, care formează între corpii cavernoși septul penian, *septum pennis*. Corpul spongios al penisului în porțiunea proximală (posteroară) este dilatat și formează bulbul penian, *bulbus penis*, iar în porțiunea distală (anterioară) se îngroașă brusc și formează glandul pubian, *glâns pennis*. Corpul spongios al penisului este acoperit de tunică albuginee a corpului spongios, *tunica albuginea corporis spongiosi*, și pe tot parcursul lui este penetrat de uretră, care se termină pe glandul penian cu orificiul său extern ce are un aspect de fantă verticală.

Corpii cavernoși și spongios ai penisului sint alcătuiți din traveuri cartilaginoase ce deviază de la tunică albuginee. Acestea sint niște trabecule care delimitează sistemul de cavități comunicante (caverne), tapetate cu epiteliu. Cind cavernele se umplu cu sînge, pereții lor se disting, corpii cavernoși și spongiosi ai penisului se umflă, asigurînd erectia.

Corpii cavernoși și spongios ai peni-

sului sint inconjurați de fasciile profundă și superficială, *fascia pennis profunda et fascia pennis superficialis*. Pe suprafața dorsală a penisului, aproape de rădăcina lui, fasciile sint mai pronunțate din cauza că la acest nivel în ele trec tendoanele mușchilor bulbospongios și ileocavernos (vezi „Perineul”). Posterior de fascia superficială se află pielea. Penisul este cramponat de asemenea cu două ligamente suspensoare: superficial și profund. Ligamentul suspensor superior al penisului are originea pe fascia superficială a abdomenului în regiunea liniei albe și se întrețese în fascia superficială a penisului. Ligamentul suspensor frondiform, *lig. frondiforme*, este triunghiular, are origine pe porțiunea inferioară a simfizei pubiene și se întrețese în tunica albuginee a corpilor cavernoși.

Vasele și nervii penisului. Pielea și tunicile penisului sint irigate cu sînge prin ramurile scrotate anterioare, *rr. scrotales anteriores*, din arterele pudende externe și prin artera dorsală a penisului, *a. dorsalis pennis*, — din artera pudendă internă. Corpii cavernoși și spongios ai penisului sint irigați cu sînge din artera profundă a penisului, *a. profunda pennis*, și artera dorsală a penisului, *a. dorsalis pennis* — din artera pudendă internă. În bulbul penisului pătrund *aa. bulbis pennis*, în corpul spongios — *aa. urethrales* (ramuri ale arterei pudende interne). Sîngele venos de la penis se scurge prin vena dorsală profundă a penisului, *v. dorsalis pennis profunda*, și prin vena bulbului penian, *v. bulbis pennis*, în plexul venos vezical, *plexus venosus vesicalis*, precum și prin venele profunde ale penisului, *vv. profundae penis*, în vena pudendă internă, *v. pudenda interna*.

Vasele limfatice ale penisului se scurg în ganglionii limfatici iliaci și inghinali profunzi.

Inervația senzitivă este asigurată de *n. dorsalis pennis* din *n. pudendus*. Fibrele simpatice vin din plexul hipogastric inferior, *plexus hypogastricus inferior*, iar cele parasimpatice — din nervii viscerali pelvini, *nn. splanchnici pelvini*, s. *nn. erigentes*.

Uretra masculină

Uretra masculină, *urētra masculīna*, este un organ impar în formă de tub cu diametrul de 0,5—0,7 cm și lungimea de 16—22 cm. Ea penetrează prostata, diafragmul urogenital și corpul spongios al penisului (vezi fig. 78). Uretra masculină servește la evacuarea urinei și ejacularea spermei. Ea începe cu orificiul intern al uretrei, *ostium urēthrae internum*, din peretele vezicii urinare și se termină cu orificiul extern al uretrei, *ostium urēthrae externum*, situat pe glandul penian. Din punct de vedere topografic uretra masculină se divide în trei părți: prostatică, membranoasă și spongioasă, iar din punctul de vedere al mobilității — în două părți: fixată și mobilă. Limita dintre ultimele două o constituie locul de fixare a ligamentului frondiform pe penis. **Partea prostatică**, *pârs prostática*, are o lungime de circa 3 cm, penetrează prostata în sens vertical. Lumenul uretrei masculine în porțiunea medie a părții prostatice este dilatat. Pe peretele posterior al părții prostatice a uretrei se observă o proeminență oblongă numită *cresta uretrala*, *crīsta urethrālis*. Cea mai proeminentă parte a acestei creste se numește *colicul seminal*, *colliculus seminalis*, în vârful căruia se află o depresiune mică numită *utricul prostatic*, *utriculus prostāticus*, care constituie un rudiment al porțiunii terminale a canalelor paramezonefrale. Bilateral de utriculul prostatic se deschid orificiile canalelor ejaculatoare. Pe tot parcursul circumferinței coliculului seminal sînt situate orificiile canalelor excretoare ale prostatei.

Partea membranoasă, *pârs membranăcea*, a uretrei masculine se întinde de la apexul prostatic pînă la bulbul penian (vezi fig. 79). Această porțiune e cea mai scurtă (sub 1,5 cm) și cea mai îngustă. La nivelul unde partea membranoasă penetrează diafragmul urogenital uretra masculină e încorsetată de fascicule concentrice de fibre musculare striate, care formează *sfincterul voluntar al uretrei*, *m. sphīncter urēthrae*. Partea cea mai lungă a uretrei mas-

culine este cea **spongioasă**, *pârs spongiōsa*, de circa 15 cm lungime, care trece în profunzimea corpului spongios al penisului. În regiunea bulbului penian uretra masculină se dilată intrucitva, apoi pe tot parcursul diametrul ei rămîne constant. Porțiunea terminală a uretrei masculine aflată pe glandul penian, se dilată din nou formînd *fosa naviculară* a uretrei, *fōssa naviculāris urēthrae*.

Uretra masculină se termină pe glandul penian cu orificiul său extern, destul de puțin extensibil, deoarece la acest nivel în pereții canalului există un inel fibroelastic. Pe tot traiectul uretră masculină, privită în ansamblu, este incurbată în formă de S și comportă 3 structuri: în regiunea orificiului intern al uretrei, în locul unde ea penetrează diafragmul urogenital, și în regiunea orificiului extern al uretrei. Dilatările lumenului uretrei se află în partea prostatică, în bulbul penian și în porțiunea ei terminală numită *fosa naviculară*, *fōssa naviculāris urēthrae*.

În tunica mucoasă a uretrei se află un număr mare de glande, *gll. uretrales*, (*glande Littret*), care se deschid în lumenul uretrei. În partea spongioasă a uretrei se află niște depresiuni mici, oarbe, numite *lacune sau cripte*, *lacūnae urethrāles*. Spre exterior de tunica mucoasă peretele uretrei masculine este alcătuit din baza submucoasă și din tunica musculară, constituită din straturi longitudinale și circulare de celule musculare netede.

Scrotul

Scrotul, *scrōtum*, constituie o proeminență a peretelui abdominal anterior, formată din două canale separate, pentru glandele sexuale masculine (vezi fig. 80). Scrotul e situat inferoposterior de rădăcina penisului. În interiorul scrotului în fiecare cameră a lui e situată cite o glandă sexuală masculină.

În scrot distingem 7 straturi (care se mai numesc și tunici testiculare): 1) pielea, 2) *tunica dărtos*, 3) fascia spermatică externă, *fāscia spermātica externa*, 4) fascia cremasterică, *fāscia cre-*

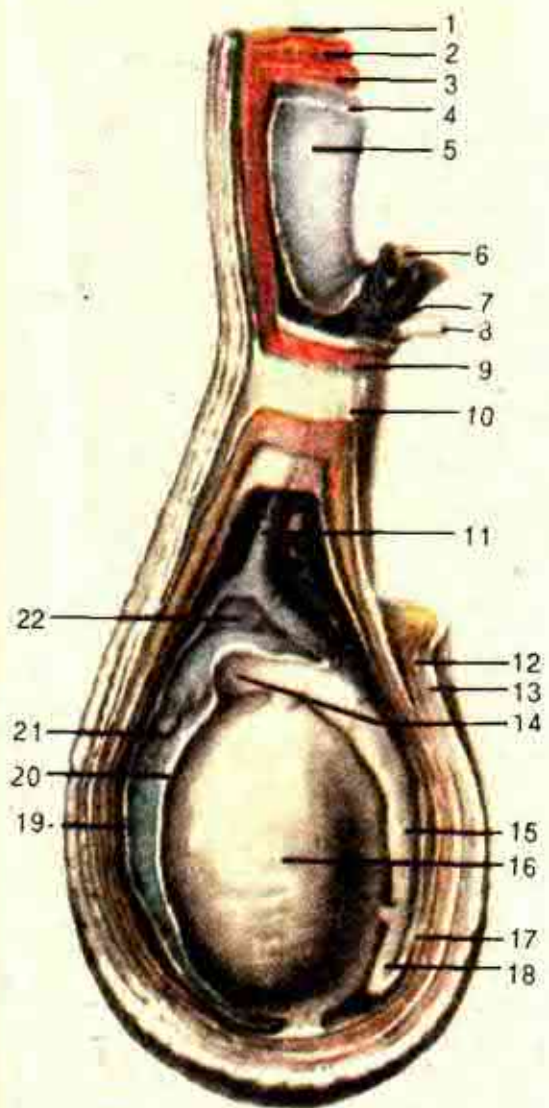


Fig. 81. Tunicile scrotului și funiculului spermatic (schemă)

1 — *m. obliquus externus abdominis*; 2 — *m. obliquus internus abdominis*; 3 — *m. transversus abdominis*; 4 — fascia transversalis; 5 — peritoneum; 6 — *a. testicularis*; 7 — plexus venosus pampiniformis; 8 — ductus deferens; 9 — *m. cremaster*; 10 — fascia spermatică externă; 11 — vestigium processus vaginalis; 12 — tun. dartos; 13 — cutis; 14 — caput epididymidis; 15 — corpus epididymidis; 16 — testis; 17 — ductus deferens; 18 — cauda epididymidis; 19 — tun. vaginalis (lam. parietalis); 20 — tunica vaginalis (lam. visceralis); 21 — appendix epididymidis; 22 — cavitatea seroasă a testiculului.

mastérica, 5) mușchiul cremaster, *m. cremaster*, 6) fascia spermatică internă, *fascia spermatica interna*, 7) tunica vaginală a testiculului, *tunica vaginalis testis*, în care distingem 2 foițe: foița parietală, *lamina parietalis*, și foița viscerală, *lamina visceralis*.

Pielea scrotului este fină, formează pliuri și e mai pigmentată decît în alte regiuni, comportă pierșori numeroși. Sub piele se află o tunică musculară, *tunica dartos*, care s-a format din

țesutul conjunctiv subcutanat al regiunii inghinale și perineale, substituind la acest nivel țesutul adipo-celular subcutanat (fig. 81). În tunica dartos se află fascicule de celule musculare și fibre elastice. Celulele adipoase lipsesc. Tunica dartos formează septul scrotului, *septum scroti*, care separă testiculele. Pe suprafața scrotului linia de inserție a septului corespunde cu rafeul scrotului, *râphe scroti*, orientat în sens sagital. Mai profund e situată fascia spermatică externă, ce constituie un derivat al fasciei superficiale abdominale. Sub ea se află fascia mușchiului cremaster, formată din fascia proprie a mușchiului oblic abdominal extern și, parțial, din fasciculele fibroase ale aponevrozei lui. Această fascie aparține mușchiului omonim, *m. cremaster*, care este alcătuit din fascicule musculare deviate de la mușchii abdominali transversal și oblic intern. Spre interior de acest mușchi se află fascia spermatică internă, care este un derivat al fasciei abdominale transverse. Fascia spermatică internă concrește cu foița parietală a membranei vaginale a testiculului, care, pe marginea posterioară a testiculului, trece în foița lui viscerală, pentru a acoperi testiculul și epididimul. Între foițele viscerală și parietală există o cavitate seroasă închisă, care este un derivat al cavității peritoneale.

Vasele și nervii scrotului. În pereții scrotului se ramifică *rr. scrotales* (ramuri ale arterei pudendă externe), precum și *rr. scrotales posteriores* (ramuri ale arterei perineale). La mușchiul cremaster vine *a. cremastérica* (ramură a arterei epigastrice inferioare). *Vv. scrotales anteriores* sînt afluate la vena femurală, iar *v. scrotales posteriores* sînt afluate la venele sexuale interne. Vasele limfatice ale scrotului se scurg în ganglionii limfatici inghinali superficiali.

Inervația scrotului e realizată prin nervii scrotali anteriori, *nn. scrotales anteriores*, care sînt ramuri ale nervului genito-femural, și prin nervii scrotali posteriori, *nn. scrotales posteriores*, din nervul pudend. Mușchii involuntari, (netezi) sînt inervați din plexul hipogastric inferior, *plexus hypogastricus inferior*.

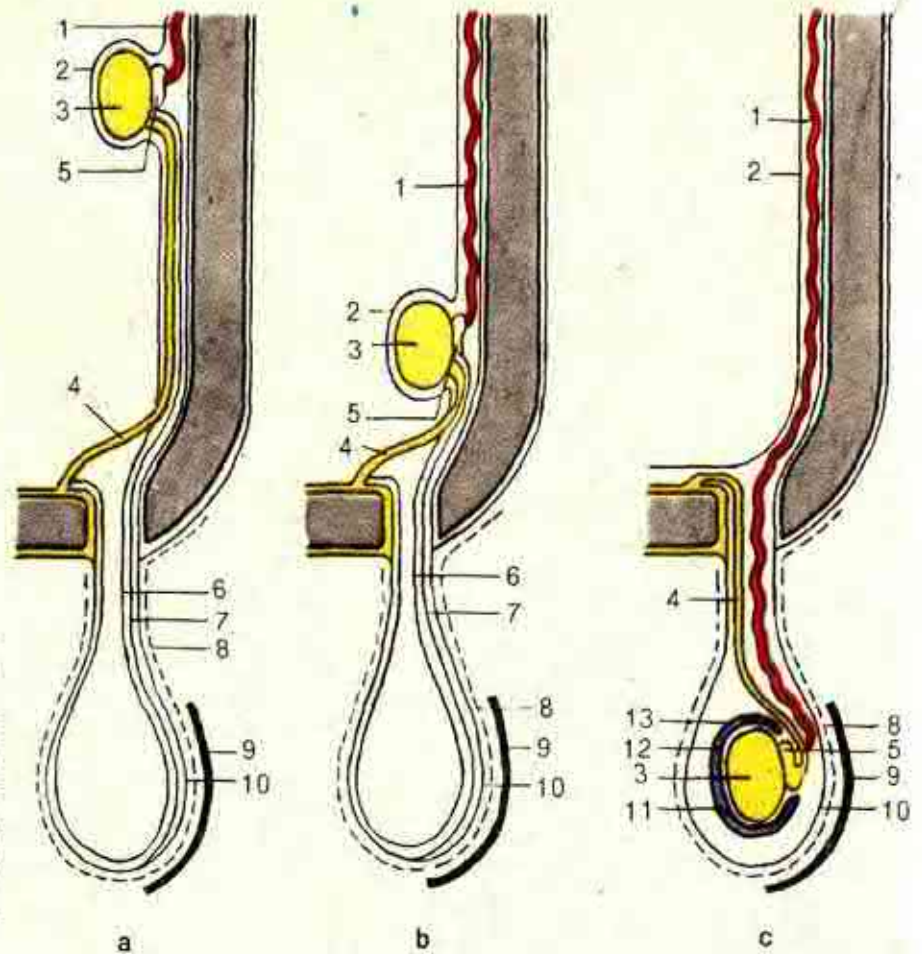


Fig. 82. Schema descensiunii testiculului și formarea tunicilor lui.

a — poziția primordiului de testicul; b — testiculul în inelul intern al canalului inghinal; c — poziția testiculului în scrot; 1 — a. testicularis; 2 — peritoneum; 3 — testis; 4 — ductus deferens; 5 — epididymis; 6 — processus vaginalis peritonei; 7 — gubernaculum testis; 8 — tun. dartos; 9 — cutis; 10 — fascia spermatica interna; 11 — cavitatea seroasă a testiculului; 12 — lam. visceralis; 13 — lam. parietalis (tunica vaginalis testis).

Coborîrea testiculului și membranele lui

Membranele testiculului s-au format în procesul coborîrii acestuia, proces, în care un rol deosebit revine unui ligament director numit gubernacul al testiculului, *gubernaculum testis*, BNA. Ligamentul se formează la etapele timpurii de dezvoltare retroperitoneal și se întinde la extremitatea caudală a primordiului testiculului pînă la peretele abdominal anterior, unde în continuare se va constitui scrotul. Ceva mai tîrziu în luna a 3-a de dezvoltare intrauterină pe locul viitorului canaliculi inghinal profund apare o prolaflare a peritoneului care va constitui apofiza lui vaginală, *processus vaginalis peritonei*. Pe măsura creșterii embrionului în lungime testiculul ocupă o poziție din ce în ce mai joasă, se deplasează în cavitatea retroperitoneală a bazinului, apoi lîngă apofiza vaginală a peritoneului, *processus vaginalis peritonei*, coboară în scrot, unde, fiind încorsetat într-un tegument seros (porțiunea inferioară a apofizei vaginale), își ocupă

poziția definitivă (fig. 82). Împreună cu apofiza vaginală proeminează în sens anterior și celelalte straturi ale peretelui abdominal anterior pentru a forma recipientul testiculului — scrotul.

Funiculul spermatic

În procesul de coborîre a testiculului se formează și funiculul spermatic, *funiculus spermaticus*. El reprezintă un cordon cilindric de 15—20 cm lungime care se întinde de la inelul inghinal profund pînă la extremitatea superioară a testiculului. În componența funiculului spermatic intră canalul deferent, artera testiculară, artera canalului deferent, plexul venos pampiniform, vasele limfatice ale testiculului și epididimului, nervi, precum și vestigii ale apofizei vaginale, *vestigium processus vaginalis*, sub formă de traveu fibros fin. Canalul deferent, care este elementul principal al funiculului spermatic, precum și vasele și nervii sînt încorsetați în tunici, care continuă în tunicile testiculului. Cea

mai interioară din ele care încorsetează nemijlocit canalul, vasele și nervii constituie fascia spermatică internă, *fascia spermatică internă*. Spre exterior de ea se află mușchiul levator al testiculului, numit mușchiul cremaster, *m. cremaster*, și fascia acestui mușchi, fascia cremasterica. Cea mai externă tunică a funiculului spermatic o constituie fascia spermatică externă, care încorsetează din exterior funiculul spermatic în întregime.

Particularitățile de vîrstă ale genitalelor masculine

Pînă la perioada de maturizare sexuală (13—15 ani) testiculul crește lent, apoi dezvoltarea lui înregistrează o accelerare bruscă.

La nou-născut lungimea testiculului constituie 10 mm, iar masa — 0,2 g. La vîrsta de 14 ani lungimea testiculului sporește de 2—2,5 ori, (20—25 mm), atîngînd o masă de circa 2 g. La vîrsta de 18—20 de ani lungimea testiculului e de 38—40 mm, masa sporind pînă la 20 g. În maturitate (22 de ani și peste) dimensiunile și masa testiculului cresc neglijabil, iar după 60 de ani intrucitva scad. În toate perioadele de vîrstă testiculul drept este mai mare și mai masiv decît cel stîng și e situat ceva mai sus de acesta. Epididimul e relativ mare. Lungimea epididimului la nou-născut echivalează cu 20 mm, avînd o masă de 0,12 g. Pe parcursul primilor 10 ani de viață epididimul crește lent, apoi se înregistrează accelerarea.

Paradidimul (*paradidymis*) și apendicele epididimului, *apéndix epididymis*, la nou-născut sînt relativ masive. Ele cresc pînă la 8—10 ani, apoi trec la involuție.

La nou-născut canaliculele spermactice contorte și recte, precum și canaliculele rețelei testiculului nu au lumen, acesta apărînd doar în perioada de maturizare sexuală. În pubertate diametrul canalelor spermactice dublează, la bărbății maturi el e de trei ori mai mare decît diametrul canalelor spermactice la nou-născut.

Către momentul nașterii testiculele trebuie să coboare în scrot, însă în caz de întârziere a coborîrii testiculelor la nou-

născut, ele se pot afla în canalul inghinal (retroperitoneal). În astfel de cazuri testiculele coboară în scrot mai tîrziu, testiculul drept oprindu-se ceva mai sus decît cel stîng.

Diametrul funiculului spermatic la nou-născut e de 4—4,5 mm. Canalul deferent este foarte fin, stratul muscular longitudinal în peretele lui lipsește (apare pe la vîrsta de 5 ani), mușchiul cremaster este subdezvoltat. Pînă la 14—15 ani funiculul spermatic și componentele lui cresc lent, apoi dezvoltarea lor accelerează. Grosimea funiculului spermatic la prepubertarul de 15 ani constituie circa 6 mm, iar diametrul canalului deferent — 1,6 mm.

Veziculele seminale la nou-născut sînt slab dezvoltate, lungimea fiind de 1 mm și cavitatea infimizezimală.

Pînă la vîrsta de 12—14 ani veziculele seminale cresc încet, iar în perioada prepubertară creșterea lor sporește (la 13—16 ani) dimensiunile și cavitatea devenind mult mai mari. Odată cu vîrsta se modifică poziția veziculelor seminale. La nou-născut ele ocupă o poziție înaltă, dată fiind poziția înaltă a vezicii urinare, și sînt acoperite din toate părțile de peritoneu. La vîrsta de 2 ani veziculele coboară și ocupă o poziție retroperitoneală. Peritoneul contactează cu ele doar în sens supraiacent.

Canalele ejaculatoare la nou-născut sînt scurte (8—12 mm lungime).

La nou-născut și în vîrsta de sugar (sub un an) prostata are o formă sferică, deoarece lobii drept și stîng nu sînt încă pronunțați. Ea e situată înalt, e de consistență moale, nu conține țesut glandular. Creșterea accelerată a prostatei se înregistrează după 10 ani. Către vîrsta prepubertară apar lobii și glanda îmbracă forma caracteristică pentru omul matur. În această perioadă orificiul intern al uretrei masculine se deplasează parcă spre marginea anterosuperioară a prostatei. Parenchimul glandular al prostatei începe să se dezvolte de asemenea în perioada prepubertară, cînd se formează canaliculele prostatice și glanda devine mai dură. Masa prostatei la nou-născut e de 0,82 g, la vîrsta de 1—3 ani — 1,5 g, în perioada copilă-

riei secunde (8—12 ani) — 1,9 g, iar în vîrsta prepubertară (13—16 ani) — 8,9 g.

Lungimea penisului la nou-născut e de 2—2,5 cm. Prepuțul e relativ lung și acoperă în întregime glandul penian. Penisul crește pînă la perioada de maturitate sexuală relativ lent, apoi creșterea lui accelerează.

În comparație cu alte perioade de vîrstă la nou-născut uretra masculină e relativ lungă — 5—6 cm din cauza că are începutul situat mai sus. Pînă la vîrsta prepubertară uretra crește încet, apoi înregistrează accelerare.

Scrotul la nou-născut are dimensiuni reduse, tegumentul cutanat este ratatinat din cauza bunei dezvoltări a *tunica dartos*. Creșterea intensă a scrotului se înregistrează în maturitatea sexuală.

GENITALELE FEMININE

Din genitalele feminine fac parte ovarele și epooforonii, uterul și salpingele (trompele Fallope), vaginul, precum și clitorisul și regiunea pudendă feminină. În conformitate cu topografia lor genitalele feminine se împart în interne și externe.

GENITALELE FEMININE INTERNE

Ovarele

Ovarele, *ovarium* (gr. *oophoron*), constituie un organ par, glanda sexuală feminină, care e situată în cavitatea micului bazin (fig. 83). În ovare se dezvoltă și se maturează celulele sexuale feminine (ovulele), tot aici se elaborează hormonii sexuali feminini, care trec în sînge și limfă. Ovarul are o formă ovoidă și e întrucitva aplatisat în sens anteroposterior. Culoarea ovarului e roză-pală. Pe fața ovarului unei femei care a născut deja se văd adîncituri și cicatrice, care sînt urmele ovulației și transformărilor corpilor galbeni. Masa ovarului echivalează cu 5—8 g. Dimensiunile medii ale ovarului constituie: lungimea — 2,5 cm, lățimea — 1,5 cm și grosimea — sub 1 cm. În ovar distingem două suprafețe libere: medială, *facies medialis*, orientată în cavitatea micului bazin,

și laterală, *facies lateralis*, adiacentă la peretele micului bazin. Fețele ovarului trec în marginea liberă posterioară, *margo liber*, iar anterior — în marginea mezovarică, *margo mezovarius*.

Pe această margine a organului se află o depresiune în formă de jgheab, numită hil al ovarului, *hilus ovarii*, prin care în ovar intră o arteră, nervi și ies vene și vase limfatice.

Axul longitudinal al ovarului e dispus vertical, din care cauză în el se obișnuiește a distinge extremitatea tubară, *extrémitas tubaria*, orientată spre salpinge, și extremitatea uterină, *extrémitas uterina*, dispusă inferior și atașată la uter prin ligamentul propriu al ovarului (*lig. ovarii proprium*).

Acest ligament în formă de traveu rotund pornește de la extremitatea uterină a ovarului spre unghiul lateral al uterului, printre cele două foițe ale ligamentului lat al uterului. Din aparatul ligamentar al ovarului mai face parte și *ligamentul suspensor al ovarului*, *lig. suspensorium ovarii*, acesta constituind un pliu al peritoneului racordat între peretele micului bazin și ovar, care comportă vase ale ovarului și fascicule fibroase. Ovarul mai este fixat și cu un mezou scurt, *mesovarius*, care reprezintă un repliu (duplicatură) de peritoneu, racordat între foița posterioară a ligamentului lat al uterului și marginea mezovarică, *margo mesovarius*.

Ovarele nu sînt acoperite de peritoneu. La capătul tubar al ovarului se fixează cea mai mare fimbrie ovariană a salpingelui. Topografia ovarelor depinde de poziția uterului și de dimensiunile lui (în perioada de sarcină). Ovarele fac parte din organele deosebit de mobile ale cavității micului bazin.

Structura ovarului. Suprafața ovarului este tapetată cu epiteliu embrionar unistratificat. Sub acesta se află un țesut conjunctiv numit *tunica albuginea*, *tunica albuginea*.

Țesutul conjunctiv al ovarului formează stroma acestuia, *stroma ovarii*, și conține numeroase fibre elastice. Substanța ovarului, parenchimul lui, se împarte în două straturi: extern și intern.

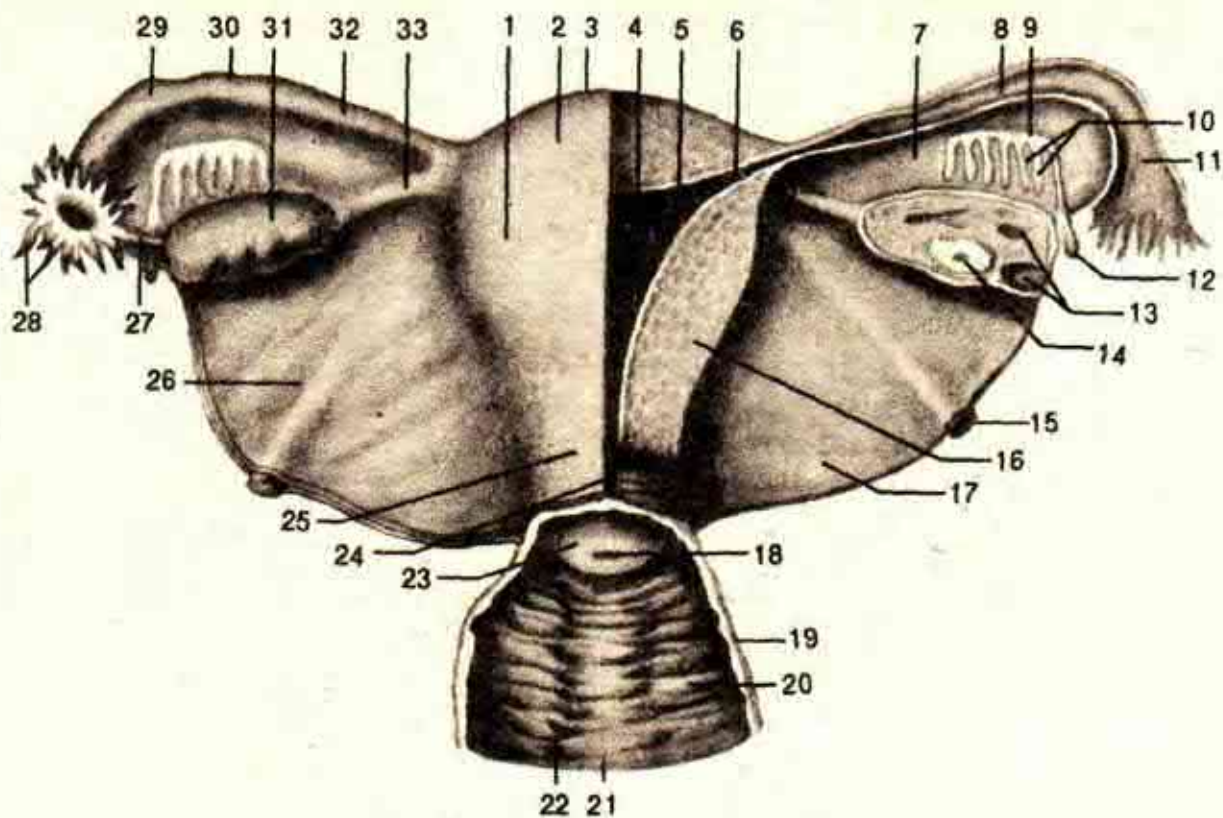


Fig. 83. Genitalele feminine interne; aspect posterior

1 — corpus uteri; 2 — tun. serosa [perimetrium]; 3 — fundus uteri; 4 — cavitas uteri; 5 — tun. mucosa [endometrium]; 6 — ostium uterinum tubae; 7 — mesosalpinx; 8 — plicae tubariae; 9 — ductus epoophori longitudinalis; 10 — ductuli transversi; 11 — infundibulum tubae uterinae; 12 — appendix vesiculosa; 13 — folliculi ovarici vesiculosi; 14 — corpus luteum; 15 — lig. teres uteri; 16 — tun. muscularis [myometrium]; 17 — lig. latum uteri (foița posterioară e infăturată); 18 — ostium uteri; 19 — tun. muscularis vaginae; 20 — tun. mucosa vaginae; 21 — columna rugarum anterior; 22 — rugae vaginales; 23 — portio vaginalis uteri; 24 — canalis cervicis uteri; 25 — cervix uteri (portio supravaginalis); 26 — lig. latum uteri (foița posterioară); 27 — fimbria ovarica; 28 — fimbriae tubae; 29 — ampulla tubae uterinae; 30 — tuba uterina; 31 — ovarium; 32 — isthmus tubae uterinae; 33 — lig. ovarii proprium.

Stratul intern, situat în centrul ovarului, mai aproape de hilul lui, se numește *substanță medulară*, *medulla ovarii*. În acest strat prin țesutul conjunctiv lax trec numeroase vase sanguine și limfatice, nervi. Stratul extern al ovarului, *substanța lui corticală*, *cortex ovarii*, este mai dur. El conține mai mult țesut conjunctiv, în care sînt situați foliculii maturi ai ovarului (veziculele De Graaf), *folliculi ovarici maturis*, și foliculii primari în curs de maturizare, *folliculi ovarici primarii*. Foliculul ovarian matur atinge 1 cm în diametru, are o teacă de țesut conjunctiv, *theca folliculi*. La ea distingem tunica externă, alcătuită din țesut conjunctiv dens, și tunica internă, în care se află numeroase capilare sanguine, limfatice și celule interstițiale. La tunica internă aderă stratul granular, *stratum granuloseum*. În anumit loc acest

strat se îngroașă formînd o eminentă ooforă, *cumulus oophorus*, în care se află ovocitul, *ovocytus*. În interiorul foliculului ovarian matur se află o cavitate ce conține lichid folicular, *liquor follicularis*. Ovocitul e situat pe eminenta ooforă și este înconjurat de o zonă transparentă, *zona pellucida*, și de o coroană radiată, *corona radiata*, alcătuită din celule foliculare. Foliculul ovarian matur ajunge treptat la stratul superficial al ovarului. În cursul ovulației peretele foliculului se rupe și ovocitul împreună cu lichidul folicular nimereste în cavitatea peritoneală, apoi pe fimbriile trompei falope și în continuare ajunge în orificiul abdominal al salpingelui.

În locul foliculului rupt rămîne o excavație plină cu sînge, în care se formează corpul galben, *corpus luteum*. Dacă ovocitul rămîne nefecundat, corpul galben are dimensiuni reduse (sub 1,0—1,5 cm),

persistă un timp scurt și se numește corp galben ciclic (menstrual), *corpus luteum ciclicum menstruationis*. În continuare în această excavație proliferază țesutul conjunctiv și ea capătă numirea de corp alburiu, *corpus albicans*, care se resorbe timp de câțiva ani. Dacă însă ovocitul a fost fecundat și s-a instalat sarcina, atunci corpul galben de sarcină, *corpus luteum graviditatis* crește în volum, atingând 1,5—2 cm în diametru, și se menține pe tot parcursul perioadei de graviditate, executând o funcție endocrină. În continuare el de asemenea este substituit de țesut conjunctiv și se transformă în corp alburiu. Pe fața ovarului la nivelul foliculilor rupți rămân urme în formă de excavații și pliuri, care devin cu vârsta tot mai numeroase.

Epooforonul

Lingă ovare sînt situate niște formațiuni rudimentare, niște anexe la ovare, numite epooforon și niște apendice veziculare (hidatide), care sînt niște vestigii ale canaliculelor rinichiului primar și canalului lui.

Epooforonul, *epoóphoron*, se află între foiele mezoului salpingelui, *mesosalpinx*, posterior și lateral de ovar (vezi fig. 83) și este alcătuit din canalul longitudinal al epooforonului, *dúctus epoóphori longitudinalis*, și din câteva canalicule transversale, *dúctuli transvèrsi*, sinuoase, care se varsă în el avînd extremitățile oarbe orientate spre hilul ovarului.

Parooforonul, *paroóphoron*, constituie o formațiune de dimensiuni mici, care de asemenea e situată în mezosalpinge, aproape de extremitatea tubară a ovarului. Parooforonul este alcătuit din câțiva canaliculi orbi separați.

Apendicele veziculare (hidatidele), *appendices vesiculósae*, au aspectul unor bule fixate pe pedunculi lungi, purtînd în cavitățile lor un lichid transparent. Apendicele veziculare sînt situate lateral de ovar, ceva mai jos de partea laterală (de pavilionul) salpingelui.

Vasele și nervii ovarului. Ovarul este irigat cu sînge din ramurile arterei ovarice,

a. ovárica,— de la partea abdominală a aortei, și din ramurile ovarice (*rr. ováricae*)— de la artera uterină. Singele venos este transportat prin venele omonime.

Vasele limfatice ale ovarului se varsă în ganglionii limfatici lombari.

Ovarul este inervat din plexurile aortoabdominal și hipogastric inferior.

Uterul

Uterul, *úterus* (gr. — *métra*), constituie un organ muscular cav impar (vezi fig. 83), în care se dezvoltă embrionul și se poartă fătul. Uterul este situat în partea centrală a cavității micului bazin, posterior de vezica urinară și anterior de rect. Uterul are configurație piriformă aplatisată în sens anteroposterior. La el distingem următoarele părți: fundul, corpul și colul.

Fundul uterului, *fúndus úteri*, este constituit de partea superioară bombată a uterului, care depășește linia de pătrundere a salpingelor în uter și trece în corpul lui. Corpul uterului, *corpus úteri*, e prezentat de cea mai mare parte (medie) a organului și are o formă conoidă. Corpul uterului în partea de jos se îngustează circular formînd colul uterului, *cérvix utéri*. Locul de trecere a corpului uterin în col formează o constricție numită istm uterin, *isthmus úteri*. Partea inferioară a colului uterin proemină în cavitatea vaginului, din care cauză se numește porțiune vaginală a colului, *pórtio vaginalis (cérvicis)*, iar partea superioară a colului uterin situată mai sus de vagin, se numește porțiune supravaginală a colului, *pórtio supravagínalis (cérvicis)*. Porțiunea vaginală a colului uterin comportă orificiul uterului, *ostium úteri*, care asigură trecerea din vagin în canalul colului uterin și se continuă în cavitatea uterului. La nulipare orificiul uterin are o formă circulară sau ovală, iar la multipare — o formă de fantă transversală. Orificiul uterului este delimitat de labiile anterioară și posterioară, *lábium antérius et lábium postérius*. Labia posterioară este mai subțire și

peretele vaginului se fixează pe ea mai sus decît pe labia anterioară.

Uterul are două fețe: anterioară și posterioară. Fața anterioară a uterului orientată spre vezica urinară se numește *vezicală*, *facies vesicalis*, iar cea posterioară orientată spre rect, se numește față intestinală, *facies intestinalis*. Fețele vezicală și intestinală a uterului sînt separate una de alta prin *marginile dreaptă și stîngă ale uterului*, *margo úteri dexter et margo úteri sinister*. Pe marginile stîngă și dreaptă, la nivelul de trecere a fundului în corp, în uter penetră salpingele. Dimensiunile și masa uterului cunosc variații individuale. La femeia matură lungimea uterului constituie în medie 7—8 cm, lățimea—4 cm, și grosimea—2—3 cm. Masa uterului la nulipare oscilează între 40 și 50 g, iar la femeile care au născut dega ajunge la 80—90 g. Volumul cavității uterine e de 4—6 cm³.

Structura uterului. Peretele uterului e destul de gros și delimitează o *cavitate îngustă, cavitás úteri*, care pe secțiunea frontală are o formă triunghiulară. Baza triunghiului e orientată spre fundul uterului, iar vîrfurile — în jos, spre colul uterin, unde cavitatea uterină trece în canalul colului uterin, *canális cervicis úteri*. Acest canal se deschide în cavitatea vaginului prin orificiul uterin. Unghiurile superioare ale cavității uterului se îngustează formînd niște excavații infundibuliforme, în care se deschid orificiile uterine ale salpingelor.

Pereții uterului sînt alcătuiți din trei straturi. Stratul superficial e prezentat de *tunica seroasă, tunica serosa*, care se mai numește și *perimetru, perimétrium*. Aceasta e o foiță a peritoneului care vine să acopere uterul. Baza subseroasă a peretelui uterului există doar în regiunea colului și bilateral de el, unde peritoneul care acoperă uterul trece în ligamentele late ale uterului. Stratul mediu al peretelui uterin e *tunica musculară, tunica muscularis*, sau *miometrul, myométrium*. Tunica musculară constituie cel mai gros strat din peretele uterin.

Ea este alcătuită din fascicule întreșute în toate direcțiile de țesut muscular

neted, precum și dintr-o carcasă de țesut conjunctiv cu numeroase fibre elastice. În conformitate cu orientarea prevalentă a fasciculelor musculare din peretele uterin în miometru putem distinge trei straturi: intern, longitudinal, mediu circular și extern transversal. Cel mai viguros e stratul mediu circular, care conține numeroase vase sanguine, limfatice și vene de calibru mare. Acest strat este deosebit de dezvoltat în regiunea colului uterin. Baza submucoasă în peretele uterin lipsește. *Tunica mucoasă, tunica mucósa*, sau *endometrul, endométrium*, constituie stratul intern al peretelui uterin. Grosimea tunicii mucoase atinge 3 mm. Suprafața tunicii mucoase în cavitatea uterină este netedă; în canalul colului uterin există un pli longitudinal și niște plice mai mici ce deviază bilateral sub un unghi ascuțit numite *pliuri palmate, plicae palmatae*. Aceste pliuri sînt situate pe pereții anterior și posterior ai canalului colului uterin. Contactînd între ele în canalul colului uterin, pliurile palmate constituie un impediment în calea conținutului vaginal care ar putea trece în cavitatea uterină. Tunica mucoasă este tapetată cu un epiteliu prismatic unistratificat. În această tunică se află niște glande tubulare simple numite *glande uterine, gl. uterinae*. Uterul ca organ e destul de mobil, poziția eârui e dictată de starea organelor adiacente. În normă axul longitudinal al uterului este orientat de-a lungul axului vaginului. Cînd vezica urinară este golită, fundul uterului este orientat anterior; uterul se înclină ventral. Această poziție a uterului se numește *anteversio úteri*. Înclinîndu-se ventral, corpul uterului formează cu colul un unghi deschis anterior, *anteflexio úteri*. La umplerea vezicii urinare fundul uterului se deplasează în sens posterior, uterul revine la ortostatică. Uterul se poate inclina intrucitva în dreapta (mai frecvent) sau în stînga (*lateropozitio úteri*). În cazuri rare uterul este înclinat în sens posterior, *retroversio úteri*, sau este flectat dorsal, *retroflexio úteri*.

Raportul uterului la peritoneu. Cea mai mare parte din suprafața uterului

este acoperită de peritoneu (cu excepția porțiunii vaginale a colului uterin). De la regiunea fundului uterin peritoneul se continuă pe suprafața anterioară (vezicală) și ajunge pînă la colul uterin, apoi trece pe vezica urinară. Acest fund de sac format de peritoneul care acoperă și vezica urinară a primit numirea de *excavație vezico-uterină*, *excavatio vesicouterina*. Peritoneul care acoperă fața intestinală (posterioară) a uterului ajunge pînă la peretele posterior al bazinului, de unde trece în ascensiune pe peretele anterior al rectului. Trecînd de pe uter pe rect, peritoneul formează un fund de sac numit *excavație rectouterină*, *excavatio rectouterina*, (spațiul Douglas). Din dreapta și din stînga această excavație e delimitată de pliurile rectouterine ale peritoneului, care se îndreaptă de la colul uterin spre rect. Excavația rectouterină colabează în cavitatea micului bazin la un nivel mai jos decît excavația vezicouterină. În baza pliurilor rectouterine ale peritoneului se află mușchiul rectouterin cu fascicule fibroase. Acest mușchi își ia originea de pe fața posterioară a colului uterin sub formă de fascicule plate, penetră în adîncul pliurilor peritoneului, trecînd lateral de rect și înserîndu-se pe periostul sacral.

Ligamentele uterului. Pe marginile uterului foițele peritoneale care acoperă fețele vezicală și intestinală devin confluențe și formează ligamentele late uterine drept și stîng. **Ligamentul lat al uterului**, *lig. lătum úteri*, este alcătuit din două foițe de peritoneu: anterioară și posterioară. Ca structură și funcție ea se prezintă ca *mezoual uterului*, *mesométrium*. Ligamentele late uterine, drept și stîng, se îndreaptă spre pereții laterali ai micului bazin, unde continuă în foița parietală a peritoneului. Pe marginea superioară liberă a ligamentului lat uterin între foițele lui se află salpingele. Porțiunea ligamentului lat adiacent la salpinge a primit numirea de *mezoual salpingelui*, *mesosalpinx*, între foițele căruia se află epooforonul. Ceva mai jos de locul fixării pe uter a ligamentului propriu al ovarului, de la fața antero-laterală a

uterului își ia originea **ligamentul rotund al uterului**, *lig. téres uteri*. Acest ligament constituie un travu fibros dur de formă cilindrică, avînd o grosime de 3—5 mm, și conținînd fibre musculare. Ligamentul rotund al uterului este situat între foițele ligamentului lat al uterului, se îndreaptă inferoanterior spre orificiul profund al canalului inghinal, trece prin el și sub formă de fascicule fibroase separate se inseră în țesutul adipocelular al pubisului. Pe foița posterioară a ligamentului lat uterin se fixează ovarul cu marginea lui mezo-varică. Porțiunea ligamentului lat uterin care aderă la ovar se numește *mezoual ovarului*, *mesovarium*. În jurul colului uterin mai ales bilateral de el sub peritoneu e situat un țesut conjunctiv lax numit **parametru**, *paramétrium*, care constituie în fond o bază subseroasă modificată. La baza ligamentelor late ale uterului, între uter și pereții bazinului, trec fascicule fibroase și celule musculare care formează ligamentele cardinale ale uterului, *ligg. cardinalia* (V. N. Tonkov). Cu marginile lor inferioare ligamentele cardinale ale uterului se unesc cu fascia diafragmului urogenital și împiedică deplasările laterale ale uterului.

Modificările funcționale ale uterului.

În peretele uterului se produc modificări de structură atît în timpul gravidității, cît și pe parcursul ciclului menstrual. La femeie ciclul menstrual implică modificări periodice în mucoasa uterină, care țin de procesul de maturizare a ovocitului în ovar și de ovulație. În acest ciclu cu o durată de aproximativ 28 de zile distingem 3 faze: menstruală, postmenstruală și de secreție.

Faza menstruală (faza de descuamație) survine în cazul cînd ovocitul a rămas nefecundat. În cadrul acestei faze stratul superficial (funcționant) al tunicii mucoase uterine se detașează și este evacuat împreună cu singele din căile genitale (are loc menstruația). Faza menstruală durează 3—5 zile. Prima zi de menstruație coincide în timp cu dispariția corpului galben din ovar și cu începutul maturizării unui folicul nou. Faza postmenstruală (faza de proliferație)

survine după menstruație și durează pînă la a 11-a — a 14-a zi de la începutul menstruației. În acest răstimp, odată cu creșterea și dezvoltarea foliculului din ovar, în uter se restabilește (proliferează) stratul funcționant al tunicii mucoase, pornind de la stratul ei bazal. La începutul fazei de secreție putem distinge o perioadă scurtă (2—3 zile) de repaos relativ, cînd în ovar abea începe formarea corpului galben. Ulterior, în faza de secreție (perioada premenstruală) tunica mucoasă a uterului se îngroașă, se pregătește pentru fixarea ovocitului fecundat. În ovar în acest timp se înregistrează activizarea corpului galben. Dacă ovocitul a fost fecundat, embrionul se implantează în tunica mucoasă a uterului. Intervine graviditatea. În timpul sarcinii dimensiunile uterului sporesc, se modifică forma lui. De exemplu, în a 8-a lună de sarcină dimensiunea longitudinală a uterului atinge 20 cm, grosimea peretelui lui e de circa 3 cm, el capătă o formă ovată. În această perioadă în peretele uterin sporește numărul de celule musculare și dimensiunile caracteristice lui.

Vasele și nervii uterului. Irigarea uterului cu sînge se realizează din artera pară uterină, *a. uterina*, prin ramurile arterei iliace interne, *a. iliaca internă*. Fiecare arteră uterină, *a. uterina*, trece de-a lungul marginii laterale a uterului între foițele ligamentului uterin lat, cedînd ramuri spre fețele lui anterioară și posterioară. Lingă fundul uterului artera uterină trimite ramuri spre salpinge și ovar. Sîngele venos este transportat în plexurile venoase uterine drept și stîng, *pléxus venósus úteri*, din care pornesc venele uterine, *v. uterina*, precum și venele afluate în venele ovariene iliace interne și la plexurile venoase rectale. Vasele limfatice de la fundul uterului se varsă în ganglionii limfatici lombari, de la corpul și colul uterului — în ganglionii limfatici iliaci interni, precum și în ganglionii limfatici sacrali și inghinali (pe traiectul ligamentului rotund al uterului). Inervația uterului se realizează din plexul hipogastric inferior prin nervii viscerali pelvini.

Radioanatomia uterului. Pentru a rea-

liza investigații radiologice ale uterului în cavitatea lui se introduc materii radiocontrastante (se face metrosalpingografia). Pe radiogramă umbra cavității uterine are aspect trigonal cu laturi întrucîtva concave. Baza triunghiului e orientată superior, iar vîrfurile — în jos. Unghiurile superioare corespund orificiilor salpingiene, unghiul inferior corespunde orificiului intern al canalului colului uterin. Cavitatea uterină conține de la 4 la 6 ml de lichid radiocontrastant.

Salpingele

Salpingele (trompa uterină), *túba uterina* (*sálpinx*, *tuba Fallopii*), este un organ par (vezi fig. 83) care servește drept conduct pentru ovocit de la ovar (din cavitatea peritoneală) în cavitatea uterină. Salpingele sînt situate în cavitatea micului bazin și reprezintă niște conducte de formă cilindrică care pleacă de la uter spre ovar. Fiecare salpinge rezidă pe marginea superioară a ligamentului lat uterin, din care o parte, delimitată superior de salpinge, inferior de ovar și de ligamentul lui propriu, iar lateral de fimbria ovariană, se prezintă în calitate de mezou al salpingelui, *mesosálpinx*. Lungimea salpingelui e de 10—12 cm, lumenul lui oscilînd între 2 și 4 mm. Lumenul salpingelui comunică pe de o parte cu cavitatea uterină printr-un orificiu foarte îngust numit *uterosalpingian*, *óstium uterinum túbae*, pe de altă parte se deschide cu orificiul abdominal al salpingelui, *óstium abdominalé túbae uterinae*, în cavitatea abdominală în apropierea ovarului. De aici rezultă că la femei cavitatea abdominală comunică prin lumenul salpingelor, prin cavitatea uterină și prin vagin cu mediul extern.

Salpingele ocupă la început o poziție orizontală, apoi, ajungînd la peretele micului bazin, circumscrie ovarul la extremitatea lui tubară și se termină pe fața lui medială. În salpinge distingem următoarele părți: partea uterină, *párs uterina*, situată în profunzimea peretelui uterin, urmează apoi cea mai apropiată de uter parte — istmul salpingelui, *isthmus tubae uteri-*

nae. Aceasta e cea mai îngustă și totodată cea mai groasă parte a salpingelui, care se află între foițele ligamentului uterin lat. Partea salpingelui ce urmează după istm se numește *ampulă* a salpingelui, *ampulla tubae uterinae*, constituind aproape jumătate din lungimea salpingelui. Partea ampulară a salpingelui crește treptat în diametru și trece în următoarea parte, numită *pavilion* al salpingelui, *infundibulum tubae uterinae*, care se termină cu niște *fimbrii salpingiene*, *fimbriae tubae*, lungi și înguste. O fimbrie este mai lungă decât celelalte. Ea ajunge pînă la ovar și se fixează pe el, pentru care fapt e numită *fimbrie ovarică*, *fimbria ovarica*. Rolul fimbriilor ovariene constă în a dirija mișcarea ovocitului spre pavilionul salpingelui. În fundul pavilionului salpingelui se află orificiul abdominal al salpingelui, prin care ovocitul căzut din ovar nimereste în lumenul salpingelui.

Structura peretelui salpingelui. Perețele salpingelui din exterior e prezentat de *tunica seroasă*, *tunica serosă*, sub care se află *baza subseroasă*, *tela subserosa*. Următorul strat al peretelui salpingelui e prezentat de *tunica musculară*, care continuă în musculatura uterină, ce e alcătuită din două straturi. Stratul extern este format din fascicule dispuse longitudinal alcătuite din celule musculare netede. Stratul intern, mai gros, este alcătuit din fascicule de celule musculare orientate circular. Sub tunica musculară se află *tunica mucoasă*, formată din pliuri longitudinale pe tot parcursul salpingelui. Pe măsura apropierii de orificiul abdominal al salpingelui tunica mucoasă devine din ce în ce mai groasă și comportă mai multe pliuri. Ele sînt deosebit de numeroase în pavilionul salpingelui. Tunica mucoasă este tapetată cu un epiteliu, ciliu cărui realizează ondulații vibratile în direcția uterului.

Vasele și nervii salpingelor. Irigarea salpingelor se realizează din două surse: ramura tubară, *r. tubarius* de la artera uterină, *a. uterina*. Spre pavilionul salpingelui vin ramuri de la artera ovarică, *a. ovarica*. Singele venos de la salpinge

e transportat prin venele omonime spre plexul venos uterin. Vasele limfatice ale salpingelui se scurg în ganglionii limfatici lombari.

Inervația salpingelor e realizată din plexurile uterovaginale și ovarice.

Pe **radiogramă** salpingele au aspectul unor umbre lungi și înguste, dilatate în partea ampulară.

Vaginul

Vaginul, *vagina (côlpos)*, este un organ impar, care are forma unui tub situat în cavitatea pelvină racordat între uter și *rima pudendi*. Inferior, vaginul trece prin diafragul urogenital. Vaginul are o lungime de 8—10 cm, grosimea pereților lui fiind de circa 3 mm. Vaginul este întrucitva incurbat în sens posterior, axul lui longitudinal formează cu axul uterului un unghi obtuz (ceva mai mare de 90°), deschis în sens anterior. Cu extremitatea sa superioară vaginul pornește de la colul uterin, trece inferior, unde cu extremitatea inferioară se deschide în vestibul prin orificiul vaginal, *ostium vaginae*. Acest orificiu este închis de himen, *hymen*, locul de racordare a căruia separă vestibulul de vagin. Himenul constituie o membrană semilunară sau cribroasă. În primul act sexual himenul se rupe și reminiscențele lui persistă sub formă de *caruncule himenale*, *carunculae hymenales*. În stare de relaxare lumenul vaginului pe secțiune transversală are aspectul unei fisuri dispuse transversal.

În vagin distingem *peretele anterior*, *pâries anterior*, care în treimea superioară vine în adiacență cu fundul vezicii urinare, apoi pe tot parcursul aderă la peretele uretrei feminine, concrescînd cu acesta. *Peretele posterior*, *pâries posterior*, al vaginului este acoperit de peritoneu, iar în porțiunea inferioară este adiacent la peretele anterior al rectului. Pereții vaginului, prinzînd în manșon o parte din colul uterin, formează în jurul acestuia o fantă îngustă numită *bolta vaginului*, *fornix vaginae*. Dat fiind că peretele posterior al vaginului este mai lung decât cel anterior și e racordat mai înalt pe

colul uterin, partea posterioară a fornixului, *pars posterior*, este mai adincă decît partea anterioară, *pars anterior*.

Structura pereților vaginului. Peretele vaginului este alcătuit din trei tunici. Externă, tunica adventițială, *tunica adventitia*, este alcătuită din țesut conjunctiv lax, care conține un număr mare de fibre elastice, precum și fascicule de fibre de musculatură netedă. Cea medie, tunica musculară, *tunica muscularis*, e constituită în fond din fascicule de celule musculare orientate longitudinal, precum și de fascicule dispuse circumcinct. În partea de sus tunica musculară a peretelui vaginului trece în musculatura uterului, în partea de jos tunica musculară devine mai viguroasă și fasciculele ei intră în legătură cu mușchii perineului. Fasciculele fibrelor striate care încorsetează extremitatea inferioară a vaginului împreună cu uretra constituie un constrictor muscular original.*

Tunica internă a peretelui vaginului numită tunica mucoasă, *tunica mucosa*, din lipsa bazei submucoase aderă intim la tunica musculară. Suprafața mucoasei este tapetată de un epiteliu polistratificat plat și nu conține glande. Tunica mucoasă este destul de groasă (circa 2 mm) și formează numeroase pliuri transversale numite pliuri vaginale, *rugae vaginales*.

Pe pereții anterior și posterior ai vaginului mai aproape de linia mediană pliurile sînt mai înalte, formînd niște coloane de pliuri, *columnae rugarum*, orientate longitudinal. Prima coloană de pliuri situată pe peretele anterior al vaginului, *columna rugarum anterior*, este mai pronunțată decît cea de pe perețele posterior. În partea de jos el prezintă o proeminență longitudinală numită carina uretrală a vaginului, *carina urethralis vaginae*, care corespunde eminenței vaginale a uretrei. Coloana posterioară a pliurilor, *columna rugarum posterior*, se proiectează spre stînga sau spre dreapta de cea anterioară. Din această cauză, în vaginul relaxat coloanele anterioară și posterioară nu se suprapun. Baza coloanelor de pliuri o constituie tunica

mucoasă, care la acest nivel este mai groasă decît în restul pereților și conține fascicule de celule musculare cu numeroase vene. Datorită acestui fapt coloanele de pliuri, au o structură spongioasă.

Vasele și nervii vaginului. Arterele vaginale, *aa. vaginales*, deviază de la artera uterină, precum și de la arterele veziculară inferioară, hemoroidală medie și pudendă inferioară. Singele venos de la pereții vaginului e transportat prin vene în plexul venos vaginal, iar din acesta în venele iliace interne. Vasele limfatice de la pereții vaginului se ascund în ganglionii limfatici iliaci interni (de la partea superioară a vaginului) și în ganglionii limfatici inghinali (de la partea inferioară a vaginului).

Inervația se realizează din plexul hipogastric inferior și de către ramurile nervului pudend, *n. pudendus*.

GENITALELE FEMININE EXTERNE

Genitalele feminine externe includ regiunea pudendă feminină și clitorul.

Din regiunea pudendă feminină, *pudendum femininum*, fac parte muntele Venus, labiile mari și mici, vestibulul vaginal (fig.84).

Muntele Venus, mons pûbis, e delimitat superior de regiunea abdomenului prin șanțul pubian, de coapse — prin șanțurile șoldurilor. Muntele Venus este acoperit de păr, care la femei nu trece pe regiunea abdominală. În jos vegetația continuă pe labiile mari. În regiunea muntelui Venus țesutul celuloadipos subcutanat este bine dezvoltat.

Labiile mari, labia majora pudendi, constituie un pliu cutanat par de forma rotunjită, consistență elastică, cu lungimea de 7—8 cm și lățimea de 3 cm. Lateral labiile pudende mari delimitează fanta genitală, *rima pudendi*. Labiile mari se unesc prin comisuri: una lată anterioară, *commissura labiorum anterior*, și una îngustă posterioară, *commissura labiorum posterior*. Fețele interne ale labiilor mari sînt orientate una spre alta, sînt de culoare roză și au aspect de tunică mucoasă. Pielea labiilor mari este pigmentată și conține numeroase glande sebacee și sudoripare.

Labiile mici, *lăbia minora pudendi*, sint niște pliuri cutanate fine, pare și orientate longitudinal. Labiile pudende mici sint situate în fanta genitală între labiile pudende mari, delimitind vestibulul vaginal. Cu fața lor externă ele sint adiacente la labiile mari, iar fețele lor interne sint orientate una spre alta. Marginile anterioare ale labiilor mici sint subțiate și libere. Labiile mici sint alcătuite din țesut conjunctiv și nu conțin țesut celuloadipos. Comportă în număr mare de fibre elastice, celule musculare și un plex venos. Marginile posterioare ale labiilor mici se unesc, formind un pliu transversal numit *frenul al labiilor mici, frénulum labiorum pudendi*. Acesta din urmă delimitează o depresiune de dimensiuni reduse numită *fosa vestibulului vaginal, fossa vestibuli vaginae*. Extremitatea superioară a fiecărei labii mici se separă de doi pedunculi îndreptați spre clitor. Pedunculul lateral al labiilor mici evită clitorul în sens lateral și îl încorsetează superior. Unindu-se între ei, pedunculii laterali formează *prepuțul clitorului, prepūtium clitoridis*. Pedunculul medial al labiilor mici este mai scurt. El trece spre clitor din jos și în colescență cu pedunculul din partea opusă formează *frenulul clitorului, frénulum clitoridis*. Pielea labiilor mici comportă glande sebacee.

Vestibulul vaginal, *vestibulum vaginae*, este o depresiune impară naviculară delimitată bilateral de fețele mediale ale labiilor mici, inferior (posterior) se află fosa vestibulului vaginal, superior (anterior) e situat clitorul. În fundul vestibulului e situat orificiul vaginal, *ostium vaginae*, impar. În vestibulul vaginal între clitor, anterior, și accesul în vagin, posterior, se deschide orificiul extern al uretrei, *ostium uréthrae externum*, aflat între orificiul vaginal și clitor, superior, *deschizindu-se* pe vertexul unei papile de mici dimensiuni.

În vestibulul vaginal se deschid canalele glandelor vestibulare mari și mici.

Glanda vestibulară mare, *glânda vestibularis major* (glandele Bartholin), constituie o formațiune pară, ce este un analog al glandelor bulbovretreale la băr-

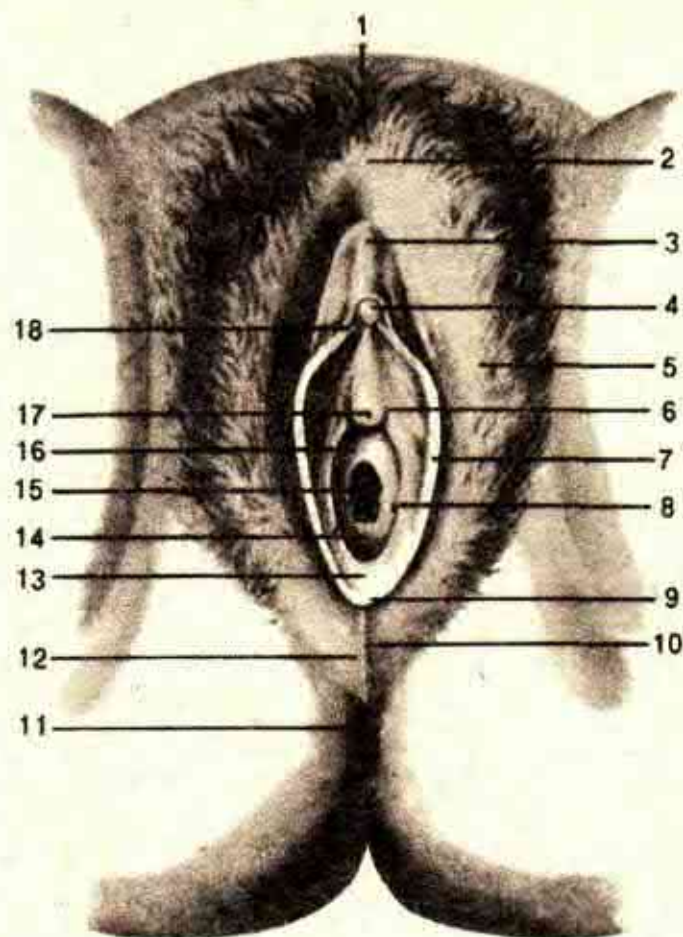


Fig. 84. Genitalele feminine externe.

1 — mons pubis ; 2 — commissura labiorum anterior ; 3 — prepūtium clitoridis ; 4 — glans clitoridis ; 5 — labium majus pudendi ; 6 — ductus paraurethrales ; 7 — labium minus pudendi ; 8 — ductus glandulae vestibularis majoris (orificiu) ; 9 — frénulum labiorum pudendi ; 10 — commissura labiorum posterior ; 11 — anus ; 12 — perineum ; 13 — fossa vestibuli vaginae ; 14 — hymen ; 15 — ostium vaginae ; 16 — vestibulum vaginae ; 17 — ostium urethrae externum ; 18 — frénulum clitoridis.

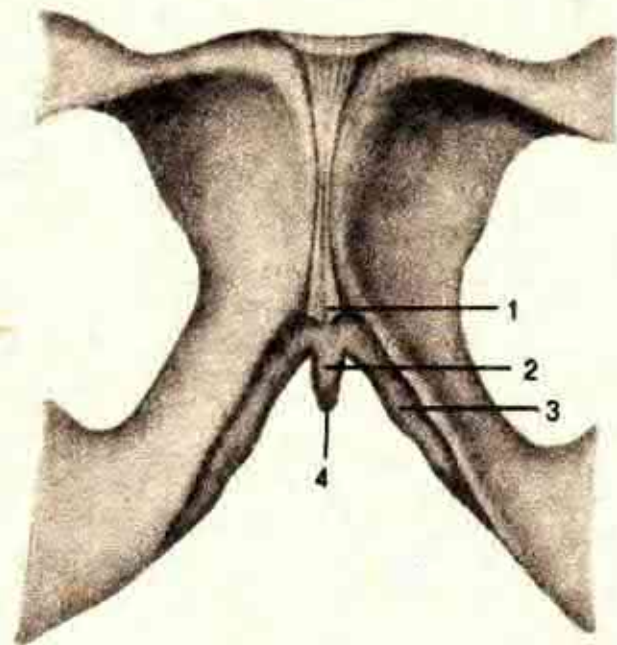


Fig. 85. Clitor.

1 — frénulum clitoridis ; 2 — corpus clitoridis ; 3 — crus clitoridis ; 4 — glans clitoridis.

bat. Glandele mari vestibulare sînt situate la baza labiilor pudende mici posterior de bulbul vestibulului și secretă un lichid mucilaginos, care umectează peretele accesului în vagin. Sînt niște glande alveolotubulare de formă ovală cu dimensiunile unui bob de mazăre ori fasole. Canalele glandelor mari ale vestibulului se deschid la baza labiilor pudende mici.

Glandele vestibulare mici, *glândulae vestibuláres minóres*, sînt situate în profunzimea peretelui vestibulului vaginal, deschizîndu-se în acesta.

Bulbul vestibulului, *bûlbus vestibuli*, ca dezvoltare și structură este analog corpului spongios impar al membrului masculin, are o formă de potcoavă cu partea medie subțiată și e situat între orificiul extern al uretrei și clitor. Părțile laterale ale bulbului vestibular sînt întrucîtva aplatizate și se află în baza labiilor pudende mari aderînd cu extremitatea sa posterioară la glandele Bartholin. Din exterior bulbul vestibulului este acoperit de fasciculele mușchiului bulbar. Bulbul vestibular este alcătuit dintr-o rețea venoasă densă, venele căruia sînt încorsetate în țesut conjunctiv și fascicule de celule musculare netede.

Clitorul, *clitoris*, este omologul corpilor cavernoși ai penisului și este alcătuit din corpul cavernos par al clitorului, *córpus cavernósus clitóridis*, fiecare parte a căruia iecepe cu un peduncul clitoridic, *crús clitóridis*, de la periostul ramurii inferioare a osului pubian (fig. 85). Pedunculii clitorului au o formă cilindrică și se unesc sub porțiunea inferioară a simfizei pubiene formînd corpul clitorului, *córpus clitóridis*, cu o lungime de la 2,5 la 3,5 cm. Corpul clitorului din exterior este tapetat de o tunică albuginee densă, *túnica albúginea córporum cavernosórum, dextrum et sinístum*, iar clitorul se termină cu gland, *glans clitóridis*.

Corpii cavernoși ai clitorului ca și corpii cavernoși ai penisului sînt alcătuiți din țesut cavernos, deși cavernele sînt de dimensiuni mici. În porțiunea superioară clitorul este delimitat de prepuțitul clitorului, *prepútiúm clitóridis*, iar în partea de jos există frenulul clitorului, *frénulum clitóridis*.

Uretra feminină, *uréthra femininã*, este un organ impar, care începe de la vezica urinară prin orificiul intern al uretrei, *óstium uréthrae intèrnum*, și se termină cu orificiul extern, *óstium uréthrae extèrnum*, care se termină anterior și superior de orificiul vaginal. Uretra feminină reprezintă un tub scurt, ușor incurbat în sens posterior, avînd o lungime de 2,5—3,5 cm și diametrul de 8—12 mm. Pe traiectul său uretra feminină concrește cu peretele anterior al vaginului. Îndreptîndu-se în sens inferior, uretra evită inferoposterior marginea inferioară a simfizei pubiene, penetrînd diafragma urogenital.

În peretele uretrei feminine distingem tunicile mucoasă și musculară. **Tunica mucoasă, *túnica mucosa***, comportă pe suprafața ei niște pliuri longitudinale și depresiuni numite lacune uretrale, *lacúnae urethráles*, iar în profunzimea tunicii mucoase comportă glande uretrale, *gll. urethráles*. Unul din pliurile tunicii mucoase aflat pe peretele posterior al uretrei este deosebit de dezvoltat; el constituie creasta uretrală, *crísta urethrális*. Spre exterior de tunica mucoasă se află tunica musculară, *túnica muscularis*, în care distingem straturile longitudinal intern și circular extern. Stratul circular concreșcut cu tunica musculară a vezicii urinare încorsetează orificiul intern al uretrei, alcătuiind sfîncterul involuntar al acesteia. În porțiunea inferioară la nivelul penetrării prin diafragma urogenital uretra feminină este circumscinsă în fascicule de fibre musculare care formează sfîncterul voluntar, *m. sphíncter uréthrae*.

Vasele și nervii genitalelor feminine externe. Labiile pudende mari și mici sînt irigate de ramurile labiale anterioare, *rr. labiáles anterióres*, din artera pudendă externă, ce este o ramură a arterei femurale, precum și din ramurile labiale posterioare, *rr. labiáles posteriores*, din artera perineală, ce constituie o ramură a arterei pudende interne. Singele venos de la labiile mari și mici este transportat prin venele omonime în venele iliace interne, *vv. iliácae intèrnae*. Vasele limfatice ale

labiilor mari și mici se scurg în ganglionii limfatici inghinali. Inervația labiilor mari și mici este realizată de ramurile labiale anterioare, *rr. labiales anteriores*, se deviază de la nervul ilioinghinal, de ramurile labiale posterioare, *rr. labiales posteriores*, venite de la nervul perineal, și de ramurile genitale, *rr. genitales*, din nervul genitofemural. În irigarea cu sânge a clitorului și a bulbului vestibular participă artera profundă a clitorului, *a. profunda clitoridis*, artera dorsală a clitorului, *a. dorsalis clitoridis*, arterele bulbului vestibular, *a. bulbi vestibuli vaginae*, care deviază de la artera pudendă internă. Singele venos de la clitor se scurge prin vena dorsală profundă a clitorului, *v. dorsalis profunda clitoridis*, în plexul venos vezicular și prin vena profundă a clitorului, *v. profundae clitoridis*, în vena pudendă internă. Vena bulbului vestibular, *v. bulbi vestibuli*, e afluentă la vena pudendă internă și la venele hemoroidale inferioare. Vasele limfatice de la clitor și bulbul vestibular se scurg în ganglionii limfatici inghinali. Inervația clitorului e realizată de ramurile nervului dorsal al clitorului, *n. dorsalis clitoridis*, din nervul pudend și nervii cavernoși ai clitorului, *nn. cavernosi clitoridis*, care deviază de la plexul hipogastric inferior.

Particularitățile de vîrstă ale genitalelor feminine

La fata nou-născută ovarele au formă cilindrică, iar în copilăria secundă (8—12 ani) ele îmbracă o formă ovală.

Lungimea ovarului la nou-născută e de 1,9 cm, lățimea — de 3—7 mm. În perioada primei copilării lungimea atinge 2,5 cm, în perioada prepubertară și pubertară lungimea ovarului sporește pînă la 5 cm cu o lățime de 3 cm și o grosime de 1,5 cm. Masa ovarului la nou-născută echivalează cu 0,16 g, în vîrsta de sugară (sub un an) — 0,84 g, în perioada primei copilării (4—7 ani) — 3,3 g, iar în perioada pubertară — 6,03 g. La femei după 40—50 de ani masa ovarelor se reduce, iar după 60—70 de ani are loc atrofia treptată a ovarelor. La fetele nou-născute și de vîrstă sugară suprafața ovarelor

este netedă, în vîrstă prepubertară pe suprafața lor apar rugozități condiționate de tumefierea foliculilor maturizanți și prezența corpurilor galbene în țesutul ovarian. La nou-născute în țesutul ovarelor există foliculi primordiali, în vîrsta de sugară apar foliculi primari ai ovarului. La vîrsta prepubertară în substanța precorticală a ovarelor se formează foliculi secundari (veziculari), care, pe secțiuni de organ au aspect de cavități cu conținut translucid.

La nou-născute ovarele sînt încă situate în afara cavității micului bazin, superior de simfiza pubiană și sînt puternic inclinate în sens anterior. Pe la vîrsta de 3—5 ani ovarele realizînd o deplasare în jos și o turație în jurul axului lung de circa 90°, ocupă o poziție transversală. Către perioada primei copilării (4—7 ani) ovarele coboară în cavitatea pelvină, unde ocupă o poziție caracteristică pentru femeia matură.

La nou-născută, în vîrsta de sugară și în perioada primei copilării (sub 3 ani) uterul are o formă cilindrică, fiind aplatizat în sens anteroposterior. În perioada copilăriei secunde uterul devine ovat cu fund dilatat. La vîrsta prepubertară aspectul uterului devine piriform, similar cu cel de la femeia matură.

Lungimea uterului la nou-născută atinge 3,5 cm (2/3 revenind colului). Către vîrsta de 10 ani lungimea uterului sporește pînă la 5 cm, în adolescență — la 5,5 cm, pe cînd la femeia matură lungimea e de 7—8 cm. În copilăria secundă (8—12 ani) lungimea corpului și cea a colului uterin sînt cvazie-gale. În perioada prepubertară lungimea corpului uterin sporește relativ (4,87 cm), atîngînd în adolescență dimensiunea de 5,54 cm.

Masa uterului la început crește lent, apoi accelerează. La nou-născută masa uterului constituie 3,5 g. La vîrsta prepubertară (12—15 ani) ea înregistrează cc. 6,5 g, în adolescență (16—20 de ani) — 20—25 g. Uterul atinge valori maxime de greutate pe la vîrsta de 30—40 de ani (45—50 g), iar după 50 de ani masa lui trece în involuție treptată.

Canalul colului uterin la nou-născută este larg, ca regulă conține un dop gela-

tinosa cervical (după Kristeller). Tunica mucoasă a uterului comportă niște pliuri ramificate, care pe la vârsta de 6—7 ani dispar. Glandele uterine, puține la număr, odată cu vârsta devin tot mai multe, structura lor se complică și spre perioada de maturitate sexuală acestea se ramifică. Tunica musculară a uterului, subdezvoltată la nou-născută, se îngroașă pe parcursul creșterii uterului, mai ales după vârsta de 5—6 ani.

La nou-născute uterul este inclinat anterior. Colul uterin este orientat infero-posterior. Uterul ocupă o poziție înaltă, proeminând de asupra simfizei pubiene. Ligamentele uterului sunt slabe, din care cauză uterul poate să se deplaseze lateral. După vârsta de 6 ani în circumferința uterului și între foițele ligamentelor lui late apar cantități masive de țesut conjunctiv și adipos. Pe măsura sporirii dimensiunilor bazinului și din cauza coboririi organelor situate în el, uterul se deplasează treptat în sens anterior și ocupă, în vârsta prepubertară, poziția firească a acestui organ la femeia matură.

În vîrstă avansată și în senescență din cauza diminuării volumului de țesut adipos în cavitatea micului bazin sporește mobilitatea uterului.

Salpingele la nou-născută au o formă incurbată și nu contactează cu ovarele. În perioada maturizării sexuale (în vârsta prepubertară) odată cu creșterea uterului, ligamentelor lui late și sporirii cavității micului bazin salpingele își pierd caracterul contort, coboară în jos și se apropie de ovare.

Lungimea salpingelor la nou-născută e de cc. 3,5 cm, în perioada maturizării sexuale lungimea lor crește accelerat. La femeile de vîrstă avansată pereții salpingelor se subțiază brusc de pe urma atrofiei tunicii musculare; pliurile tunicii mucoase dispar.

Vaginul la nou-născută este scurt (2,5—3,5 cm), incurbat, peretele anterior este mai scurt decît cel posterior. Porțiunea inferioară a vaginului este orientată anterior. De pe urma acestui fapt axul longitudinal al vaginului formează cu axul uterului un unghi obtuz deschis anterior. Orificiul vaginului este îngust. Pînă la vârsta de 10 ani vaginul

se modifică lent, însă în perioada prepubertară dezvoltarea lui accelerează.

La nou-născută pubisul este bombat, labiile mari sînt laxe, intumescente. Labiile mici sînt acoperite incomplet de labiile mari. Vestibulul vaginal este adînc mai ales în partea lui anterioară, unde se află orificiul extern al uretei. Vestibulul vaginal în treimea posterioară este delimitat de labiile mari, iar în porțiunile anterioare — de labiile mici. Himenul este compact. Glandele vestibulare la nou-născută sînt subdezvoltate.

La naștere uretra feminină are o lungime de 2,3—3,0 cm, este relativ largă și în porțiunea inferioară este incurbată, formînd un unghi obtuz deschis anterior. Tunica mucoasă a uretrei și sfîncterul (extern) al acesteia se formează în vîrstă infantilă (cître 12—13 ani).

PERINEUL

Perineul, *perinœum*, constituie un complex de țesuturi moi (piele, mușchi, fascii), care închide ieșirea din cavitatea micului bazin.

Perineul ocupă regiunea delimitată anterior de marginea inferioară a simfizei pubiene, posterior — de virful coccisului și bilateral — de ramurile inferioare ale oaselor pubiene și ischiatice, precum și de tuberozitățile ischiatice. Dacă considerăm drept puncte laterale extreme ale perineului tuberozitățile ischiatice, iar anterior — punctul inferior al simfizei pubiene și posterior — virful coccisului, atunci conturul perineului se prezintă în formă de romb.

Linia transversală, care unește tuberozitățile ischiatice, imparte această regiune în două părți de formă trigonală: partea anterioară a fost numită *regiunea urogenitală*, *régio urogenitalis*, iar cea inferoposterioară — *regiunea anală*, *régio anális*. În perimetrul regiunii urogenitale se află diafragma urogenitală, iar în regiunea anală — diafragma bazinului. Ambele diafragme limitrofează reciproc cu bazele lor, avînd virfurile orientate, respectiv, spre simfiza pubiană și spre coccis.

În sensul restrîns al noțiunii prin perineu subînțelegem regiunea situată între

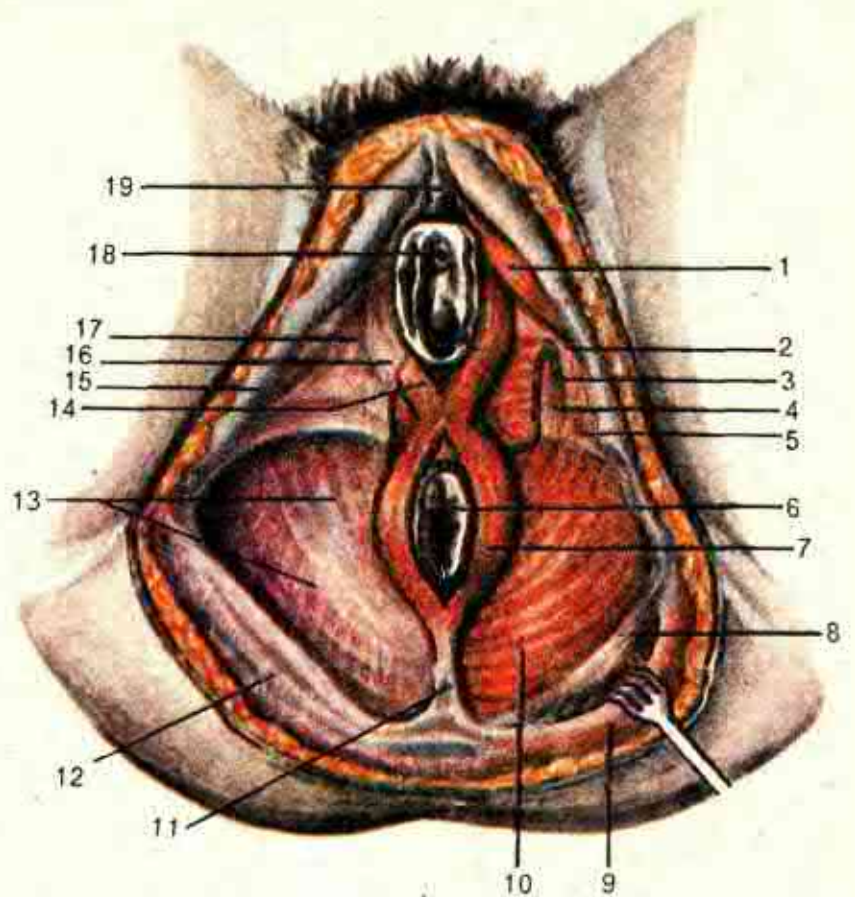


Fig. 86. Mușchii și fasciile perineului feminin.

1 — m. ischiocavernosus; 2 — fascia diaphragmatis urogenitalis inferior; 3 — m. transversus perinei profundus; 4 — fascia diaphragmatis urogenitalis superior; 5 — m. transversus perinei superficialis; 6 — anus; 7 — m. sphincter ani externus; 8 — lig. sacrotuberale; 9 — m. gluteus maximus; 10 — m. levator ani; 11 — lig. ano-coccygeum; 12 — fascia glutea; 13 — fascia diaphragmatis pelvis inferior; 14 — m. bulbospongiosus; 15 — os ischii; 16 — fascia perinei superficialis; 17 — diaphragma urogenitale; 18 — ostium urethrae externum; 19 — glans clitoridis.

genitalele externe, anterior, și anus, posterior, ceea ce corespunde centrului tendinos al perineului, *centrum tendineum perinei*. La femei această porțiune se întinde de la marginea posterioară a fantei genitale până la marginea anterioară a anusului (fig. 86), iar la bărbați — de la marginea posterioară a scrotului până la marginea anterioară a anusului (fig. 87). În sens anteroposterior pe pielea perineului trece o fișie pigmentată — sutura (mediană), *râphe (mediana)*, care la bărbați continuă în rafeul scrotal.

Diafragul urogenital (regiunea urogenitală) și diafragul bazinului (regiunea anală) constituie o placă musculo-fascială formată din două straturi de mușchi (superficiali și profunzi) și de fascii. În regiunea anală mușchii diafragmului bazinului sînt situați între fasciile lui superioară și inferioară. Mușchii diafragmului urogenital în stratul lor profund se includ între fasciile superioară și inferioară ale diafragmului urogenital. Această placă musculo-fascială privită din cavitatea micului bazin este acoperită în întregime de foiața parietală

a fasciei bazinului, iar din exterior (de jos) — de fascia superficială.

Diafragul urogenital, *diaphragma urogenitalis*, ocupă partea anterioară a perineului și are o formă de triunghi, vîrfurile cărui este orientat spre simfiza pubiană. Laturile sînt delimitate de ramurile inferioare ale oaselor pubiene și ischiatice, baza coincide cu linia ce unește imaginare tuberozitățile ischiatice. Prin diafragul urogenital la bărbați trece uretra, iar la femei — uretra și vaginul.

Mușchii diafragmului urogenital se împart în superficiali și profunzi. Din cei superficiali fac parte: mușchiul superficial transvers al perineului, mușchiul ischiocavernos și mușchiul bulbospongios. Mușchiul superficial transvers al perineului, *m. transversus perinei superficialis*, este par, situat în stratul profund al țesutului adipocelular subcutan, are originea pe ramura inferioară a osului ischiatic lângă tuberozitate ischiatică, se îndreaptă transvers în întîmpinarea mușchiului omonim din partea opusă și se inseră în centrul tendinos al perineului. O parte din fibrele acestui mușchi se întrețese

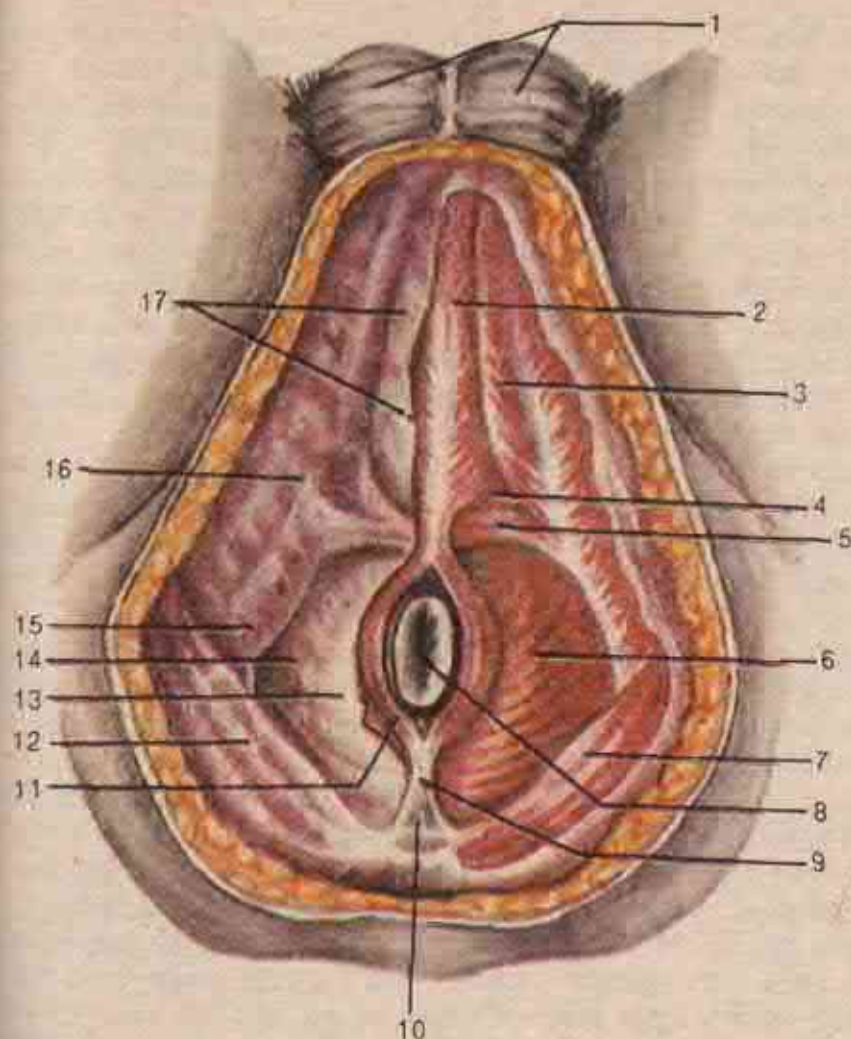


Fig. 87. Mușchii și fasciile perineului masculin.

1 — scrotum; 2 — m. bulbospongiosus; 3 — m. ischioavernosus; 4 — diafragma urogenitală; 5 — m. transversus perinei superficialis; 6 — m. levator ani; 7 — m. gluteus maximus; 8 — anus; 9 — lg. ano-coccygeum; 10 — os coccygis; 11 — m. sphincter ani externus; 12 — fascia glutea; 13 — fascia diafragmatis pelvis inferior; 14 — fossa ischiorectalis; 15 — tuber ischiadicum; 16 — fascia m. obturatorius externi; 17 — fascia perinei superficialis.

în sfîncterul extern al anusului și în mușchiul bulbospongios din partea opusă. Mușchii superficiali transversali consolidează și centrul tendinos al perineului. Mușchiul ischiocavernos, *m. ischiocavernosus*, este par, are origine pe ramura inferioară a osului ischiatic, aderă lateral la rădăcina penisului (la bărbați), iar cu extremitatea lui anterioară se inseră în tunica albuginee a corpului cavernos al penisului sau clitorului (la femei). Ambii mușchi, contractîndu-se, contribuie la erecție. Mușchiul bulbospongios, *m. bulbospongiosus*, este constituit din două jumătăți, avînd originea pe rafeu la suprafața inferioară a bulbului penian, cuprinde din dreapta și din stînga bulbul și corpul spongios al penisului și se inseră pe tunica lui albuginee și pe fascia superficială de pe dorsul penisului. Contractîndu-se, mușchiul compresează bulbul, corpii cavernoși și vena dorsală

a penisului, precum și glandele bulbouretrale, de asemenea concurează la erecție. La femei mușchiul bulbospongios, *m. constrictor cunni, s. sphincter vaginae*, constituie un organ par, circumcinct pe vagin în regiunea orificiului acestuia. Acest mușchi are originea pe centrul tendinos al perineului și pe sfîncterul extern al anusului, se inseră pe fața dorsală a clitorului, întreșindu-se în membrana lui albuginee. Pe traiect acest mușchi aderă inferior la glandele vestibulului.

Contractîndu-se, acești mușchi realizează constricția accesului în vagin, compresează glanda mare a vestibulului, bulbul vestibular și venele eferente din acesta.

Din mușchii profunzi ai diafragmului urogenital fac parte mușchiul transvers profund al perineului și sfîncterul uretrei. Mușchiul transvers profund al perineului, *m. transvêr-*

mus perineî profundus, este par, are aspectul unei lamele fine cu originea pe ramurile oaselor ischiatice și pubiene. Pe linia mediană a perineului acest mușchi printr-un tendon plat jonctionează cu tendonul mușchiului omonim din partea opusă și formează centrul tendinos al perineului. Ambii mușchi fortifică diafragma urogenital. Tot aici e situat mușchiul impar, numit **sfincter al uretrei**, *m. sphincter uréthrae*, fasciculele de fibre ale căruia sînt de orientare eminentemente circulară, cuprinzînd la bărbați partea membranoasă a uretrei, iar la femei — uretra ca atare, avînd originea, parțial, pe ramurile inferioare ale oaselor pubiene.

La bărbați fasciculele de fibre ale acestui mușchi se inseră pe prostată, iar la femei se întreșese în peretele vaginului. Acest mușchi se prezintă ca constrictor voluntar al uretrei.

Diafragma pelviană *diaphragma pelvis*, ocupă partea posterioară a perineului și are aspectul unui triunghi cu vîrfurile orientate spre coccis, iar cu celelalte două unghiuri orientate spre tuberozitățile ischiatice. Prin diafragma pelvină la bărbați ca și la femei, trece porțiunea terminală a rectului.

Stratul superficial de mușchi ai diafragmului pelvin e prezentat de mușchiul impar numit **sfincter extern al anusului**, *m. sphincter ani externum*, circumcinct pe porțiunea terminală a rectului. Sfincterul extern al anusului este alcătuit din cîteva fascicule, dintre care cele superioare se inseră în țesutul adipocelular subcutan. Fibrele care au originea pe vîrfurile coccisului cuprind anusul și se inseră în centrul tendinos al perineului. Cele mai profunde fascicule musculare cuprind porțiunea inferioară a rectului și aderă la mușchiul levator al anusului. Toate fasciculele sfincterului extern al anusului, contractîndu-se, realizează constricția (închiderea) orificiului anal.

Din mușchii profunzi ai diafragmului bazinului fac parte următorii doi, care formează porțiunea posterioară a fundului cavității micului bazin: mușchiul levator al anusului și mușchiul cocci-gian. **Mușchiul levator al anusului**, *m.*

levator ani, este par, are aspectul unei lame trigonale fine, care formează cu mușchiul analog din partea opusă o pîlnie deschisă în sens superior. Părțile inferioare ale ambilor mușchi, îngustîndu-se în jos, prind rectul într-un fel de laț. Mușchiul levator al anusului are originea pe peretele lateral al micului bazin prin cîteva fascicule. Fasciculele anterioare au originea pe fața internă a ramurii inferioare a osului pubian, fasciculele laterale — pe arcul tendinos al mușchiului levator al anusului, *arcus tendineum musculi levatoris ani*, care se prezintă ca o tumefiere arcuată a fasciei bazinului în locul unde aceasta acoperă fascia obturatorie, *fascia obturatoria*. Fasciculele mușchiului drept și stîng, levatori ai anusului, se îndreaptă inferoposterior și se unesc unele cu altele, circumcinct la rect, apoi se îndreaptă inferomedial. O parte din fibrele mușchilor levatori ai anusului se întreșese în prostată (la bărbați), în peretele vaginului (la femei), precum și în peretele vezicii urinare și rectului, iar mușchii ca atare se inseră pe vîrfurile coccisului prin ligamentul anococci-gian, *lig. anococcygeum*. La contracția mușchiului levator al anusului se încordează și se ridică fundul bazinului, se realizează anterotracțiunea superioară a porțiunii distale a rectului cu o compresie simultană. La femei acest mușchi realizează de asemenea constricția accesului în vagin și apropie peretele posterior al vaginului de cel anterior.

Mușchiul cocci-gian, *m. coccygeus*, este par, are originea pe spina ischionului și ligamentul sacrospinos, trece medial și posterior pentru a se insera pe marginea laterală a coccisului și pe vîrfurile sacului. Fasciculele acestui mușchi aderă medial la ligamentul sacrospinos, o parte din ele se întreșese în acesta, consolidînd partea posterioară a diafragmului bazinului.

Fasciile perineului. În perineu distingem fascia lui superficială, fasciile superioară și inferioară ale diafragmului bazinului, precum și fasciile superioară și inferioară ale diafragmului urogeni-

tal. Fascia superficială (subcutană) a perineului, *fascia superficialis perinei*, este slab pronunțată și constituie o continuare a fasciei subcutane comune care acoperă părțile adiacente ale corpului. Această fascie aderă de jos (din exterior) la mușchii superficiali ai diafragmului urogenital, *m. transversus perinei superficialis, mm. ischiocavernosi et bulbospongiosi*, conștinđ cu fasciile lui proprii. La bărbați spre anterior fascia superficială a perineului continuă în fascia superficială a penisului. Ea concrește bilateral cu tuberozitățile ischiatică. Sub fascia superficială a perineului în porțiunea lui posterioară se află **fascia inferioară a diafragmului bazinului**, *fascia diaphragmatis pelvis inferior*. Posterior această fascie concrește cu fascia proprie a mușchiului fesier mare, prezentându-se ca o continuare a acestuia în sens anterior. Apoi această fascie acoperă fosa ischiorectală. În această fosă fascia tapetează fața externă a mușchiului obturatoriu, ajungând la vârful fosei ischiorectale, apoi trece pe fața externă a mușchiului levator al anusului. Trecând pe fața externă a sfincterului exterior al anusului, fascia inferioară a diafragmului bazinului se inseră în țesutul celular circumiacent la anus, iar anterior ajunge pînă la marginea posterioară a diafragmului urogenital, unde vine în coalescență cu fasciile lui inferioară și superioară. Superior (dinspre cavitatea bazinului) mușchiul levator al anusului este acoperit de fascia numită **fascia superioară a diafragmului pelvin**, *fascia diaphragmatis pelvis superior*. În acest mod, *m. levator ani, m. coccygeus*, precum și *m. sphincter ani externus*, împreună cu fasciile inferioară și superioară ale diafragmului bazinului care le acoperă, formează o placă musculofascială numită diafragm al bazinului (pelvin). **Fascia inferioară a diafragmului urogenital (membrana perineului)**, *fascia diaphragmatis urogenitalis inferior (membrana perinei)*, este situată între mușchii superficiali și profunzi, acoperind de jos (din exterior) mușchiul transvers profund al perineului, precum și sfincterul uretrei. Superior, pe acești mușchi se întinde

fascia superioară a diafragmului urogenital, *fascia diaphragmatis urogenitalis superior*. Între aceste fascii se află glandele bulbouretrale (glandele Cooper), la bărbați, sau glandele vestibulare mari (glandele Bartholin), la femei. Fasciile superioară și inferioară ale diafragmului urogenital concreșc bilateral cu periostul ramurilor inferioare ale oaselor ischiatică și pubiene. Ambele aceste fascii vin în coalescență sub simfiza pubiană formind ligamentul transvers al perineului, *lig. transversum perinei*. Acest ligament se află anterior pe porțiunea membranoasă a uretrei și nu ajunge pînă la ligamentul arciform al pubisului, din care cauză între aceste două ligamente rămîne o fantă îngustă prin care trec vena dorsală și arterele penisului (clitorului).

Fascia superioară a diafragmului bazinului constituie o parte a foței parietale a fasciei bazinului, *fascia pelvis*. O parte din fascia bazinului, care formează septuri între organele interne situate în cavitatea micului bazin se numesc **fascie viscerală a bazinului**, *fascia pelvis visceralis*. Anterior, între simfiza pubiană și partea inferioară a vezicii urinare fascia viscerală a bazinului formează ligamente pare pubovezicale (puboprostatică) *ligg. pubovesicales (puboprostatices)*. Între vezica urinară și rect la bărbați fascia viscerală a bazinului formează o lamelă dispusă frontal — septul rectovezical, *septum rectovesicale*. La femei între rect și vagin fascia viscerală a bazinului formează un sept transversal rectovaginal, *septum rectovaginale*.

Perineul feminin comportă anumite particularități caracteristice (vezi fig. 86). De exemplu, diafragmul urogenital la femei ocupă o suprafață mai mare, mai ales în lățime, el este penetrat nu numai de canalul urogenital ci și de vagin. Mușchii acestei regiuni sînt mai puțin viguroși decît mușchii omonimi de la bărbat. Mușchiul transvers superficial plat al perineului deseori lipsește definitiv. Și mușchiul transvers profund al perineului este subdezvoltat. Ambele fascii (superioară și inferioară) ale diafragmului urogenital la femei, din

contra sînt mai viguroase. Fasciculele musculare ale sfîncterului uretrei feminine cuprind totodată și vaginul, întreșîndu-se în peretele lui. Centrul pelvinos al perineului e plasat între vagin și anus, fiind alcătuit din fibre tendinoase și elastice întreșesute.

Fosa ischiorectală. În regiunea perineului, bilateral de anus se află o depresiune pară, numită fosă ischiorectală, *fossa ischiorectalis*. Ea are o formă prismatică și este umplută de țesut celuloadipos, conține vase și nervi, fiind deschisă în sens inferior și îngustată în partea de sus (vezi fig. 87). Pe secțiune în plan frontal are un aspect de triunghi cu vîrfurile orientate în cavitatea vaginului. Apexul fosei ischiorectale corespunde marginii inferioare a arcului tendinos al fasciei pelvine, *arcus tendineus fasciae pelvis*. Peretele lateral al fosei ischiorectale este format de mușchiul obturator acoperit de fascia internă și de fața interioară a tuberozității ischiatică. Peretele medial al fosei este delimitat de fața externă a mușchiului levator al anusului și de sfîncterul extern al anusului, ambii acoperiți de fascia inferioară a diafragmului pelvin. Peretele posterior al fosei ischiorectale este format de fasciculele posterioare ale mușchiului levator al anusului și de mușchiul cocchigian. Peretele anterior al fosei ischiorectale este constituit de mușchii transversali ai perineului. Țesutul celuloadipos, care umple fosa ischiorectală execută funcția de pernă elastică.

Vasele și nervii perineului. Irigarea perineului cu sînge se realizează din ramurile arterei pudende interne, *a. pudenda interna*, care iese din cavitatea pelvină prin orificiul ischiatic mare, ocolește spina ischiatică și apoi prin orificiul ischiatic mic intră în fosa ischiorectală, unde de la ea deviază cîteva ramuri de mare calibru: artera rectală inferioară, *a. rectalis inferior*; artera perineală, *a. perinealis*, artera dorsală a penisului sau clitorului, *a. dorsalis penis, s. clitoridis*. Sîngele venos este transportat prin venele omonime în vena iliacă internă. Vasele limfatice se scurg în ganglionii limfatici inghinali superficiali. Inervația perineului se realizează prin

ramurile nervului pudend de nervii rectali inferiori, *nn. rectales inferiores*, de nervii perineali, *nn. perineales*, și de nervii anococchigieni, *nn. anococcygei*, ultimii fiind ramuri ale nervului cocchigian.

Aparatul urogenital în filogeneză

La vertebratele inferioare cunoaștem trei generații de organe excretoare, care se succed: pronefrosul, mezonefrosul și metanefrosul, sau rinichiul definitiv.

Pronefrosul, pronephros, constituie cea mai simplă formă de organ excretor care apare la embrionii tuturor vertebratelor, însă persistă la indivizii maturi și funcționează doar la unele specii de pești. Pronefrosul este un organ par alcătuit din cîteva canalicule excretoare (pronefride). La un capăt al canaliculului se află o pîlnie, care se deschide în cavitatea corpului, iar la altă extremitate canaliculul se unește cu canalul evacuator care trece de-a lungul corpului. Canalele drept și stîng în porțiunea caudală a corpului se deschid în exterior sau sînt confluențe în porțiunea terminală a tubului digestiv. În apropierea pîlniilor protonefridelor se află glomerulii vasculari în care se realizează filtrarea lichidului eliminat la început în cavitatea corpului, pentru a pătrunde apoi în lumenul canaliculului.

La embrionii vertebratelor superioare primordiile pronefrosului involuează timpuriu, cedînd locul unui primordiu de generația II de organe excretoare numit rinichi primar.

Rinichiul primar, mesonephros (corpul Wolf), este un organ par, ce se formează caudal de pronefros și este alcătuit din canalicule segmentare contorte (din mezonefridii). La vertebratele superioare aceste canalicule încep orb și au aspectul de calice cu pereții dubli (capsulă). În capsulă se infundă un glomerul vascular, *glomerulus*. Totalitatea acestora formează corpusul renal, *corpúsculus renis*.

Cu extremitatea sa opusă canaliculul se unește cu reminiscența canalului pronefrosului, care devine canal de evacuare pentru mezonefros și se numește canal

mezonefrial, *dúctus mesonéphricus*, (canalul Wolf). Rinichiul primar se formează și funcționează ca organ excretor la toate vertebratele în perioada embrionară și doar la ciclostomate și la unii pești persistă și la indivizii maturi. La vertebratele superioare mezonefrosul și canalul lui mezonefrial funcționează un anumit timp, apoi trece în involuție parțială. Reminiscentele mezonefrosului servesc drept primordii pentru dezvoltarea genitalelor. Lateral de canalul mezonefrial, paralel cu acesta, la embrionul vertebratelor, din celulele care tapetează cavitatea corpului, se dezvoltă un conduct numit canal paramezonefrial, *dúctus paramesonéphricus* (canalul Muller). Extremitățile craniale ale acestor canale se deschid în cavitatea corpului, iar cele caudale, unindu-se într-un canal comun, se deschid în sinusul urogenital, *sinus urogenitalis*. Din canalele paramezonefriale la indivizii de genul feminin se formează primordiile și se dezvoltă salpingele, uterul, vaginul, iar la indivizii masculi — anexele genitalelor. În continuare mezonefrosul este substituit de generația terță de organe excretorie — de rinichiul definitiv.

Rinichiul definitiv, metanephros, este un organ secretor par, primordiile căruia apar la embrion mai târziu decât cele două precedente. Metanefrosul se formează din țesut nefrogen și din porțiunea proximală a proeminenței ureterice a canalului mezonefrial. Metanefrosul funcționează ca organ uropoetic la vertebratele superioare.

Sistemul de organe genitale la animalele superioare este alcătuit din glande sexuale și căi genitale.

Glandele sexuale la vertebrate sînt pare, se dezvoltă pe peretele dorsal al corpului, medial de mezonefros. Căile de evacuare pentru celulele sexuale se formează din canalele mezonefrial (pentru masculi) și paramezonefrial (pentru indivizii femele). La mamifere glandele sexuale se deplasează de la locul de formare a primordiilor lor în regiunea pelvină, ovarele rămîn în cavitatea micului bazin, testiculele la majoritatea mamiferelor (cu excepția unor insectivore, cetacee etc.) iese din cavitatea abdominală, pla-

sindu-se într-un repliu cutant numit scrot. Din porțiunea anterioară a cloacei la mamifere se delimitează un sinus urogenital în care se deschid canalele genitale. La mamiferele vivipare sinusul urogenital se transformă în vestibul vaginal.

La indivizii masculi sinusul urogenital se efilează formînd canalul urogenital.

În canalele urogenitale la indivizii masculi se deschid de asemenea canalele deferente și conductele glandelor bulbouretrale și prostatei; la indivizii femele se formează glandele mari ale vestibulului vaginal. Formarea uterului la mamiferele placentare se produce pe calea confluenței oviductelor pare (uter dublu) existente la majoritatea rozătoarelor, elefanților și încă la cîteva specii de animale într-un uter bifid longitudinal (la unele rozătoare, carnivore, porcine). La copitate, cetacee și insectivore concreșterea oviductelor conduce la formarea unui uter cu două coarne și doar la chiroptere, maimuțe și om uterul comportă o singură cavitate (uter simplu), care se deschide în vagin.

Aparatul urogenital uman în ontogeneză

În embriogeneză la om apare pronefrosul sau nefrosul cefalic care apoi dispare definitiv. Mezonefrosul sau rinichiul trunchiular la o anumită etapă de dezvoltare încetează să-și execute funcția și trece în involuție parțială. Vestigiile mezonefrosului servesc drept sursă de dezvoltare pentru anumite organe genitale. În procesul de dezvoltare organele din sistemul urinar și genital intră în raporturi anatomice intime.

Dezvoltarea rinichiului

Rinichiul se dezvoltă din foița embrionară medie (pedunculii segmentari — nefrotomi avînd aspectul de trei primordii pare, care se substituie unele pe altele: pronefros, mezonefros și metanefros sau rinichiul definitiv.

Pronefrosul (rinichiul anterior sau cefalic), *pronephrós*, la embrionul uman își formează primordiile în săptămîna a

3-a de dezvoltare embrională din nefrotomii segmentelor cervicale inferioare și toracice superioare (mezodermul în regiunea trecerii somitelor în lamelele laterale) și este alcătuit din 5—8 canalicule (fig. 88). Canaliculele pronefrosului au o perioadă scurtă de dezvoltare (există doar 40—50 ore), apoi trec în involuție completă. Canalul evacuator al pronefrosului persistă și devine canalul următoarei generații renale — mezonefrosului.

Mezonefrosul (rinichiul primar, sau truncular, sau corpul Wolf), *mesonephrós*, începe să se dezvolte la embrionul uman spre finele săptămânii a 3-a din nefrotomii segmentelor toracice și lombare, fiind alcătuit din 25—30 de canalicule contorte segmentare (fig. 88). Capătul cec inițial al fiecărui canalicul se dilată și formează o capsulă (un calice cu pereți dubli), în care prolabează glomerulul vascular. De pe urma acestui fapt se formează un corpuscul renal. Extremitatea opusă a canaliculului se deschide în canalul evacuator al pronefrosului, care devine canal al mezonefrosului, numit canal mezonefrial, *dúctus mesonephricus* (canalul Wolf). Mezonefrosul se dezvoltă în regiunea peretelui posterior al cavității corpului, intrând în compoziția unei proeminențe longitudinale numită *pliu urogenital*, *plíca urogenítális*. Mezonefrosul constituie primul organ secretor care începe să funcționeze la embrionul uman pe parcursul lunilor 1-a și 2-a de dezvoltare embrională. Spre finele lunii a 2-a intervine reducția parțială a canaliculelor mezonefrosului și rinichiului primar își suspendă funcția. Din vestigiile canaliculelor mezonefrosului și canalului mezonefrial se formează la individul mascul epididimul și căile deferente, iar la individul femelă — anexele ovarelor (vezi tab. 1). În continuare mezonefrosul cedează locul generației a treia de organe uropoetice numite metanefros.

Metanefrosul (rinichiul definitiv, constant sau pelvin), *metanephrós*, apare la embrionul uman în a 2-a lună de dezvoltare embrională și se dispune caudal de mezonefros (în regiunea bazinului),

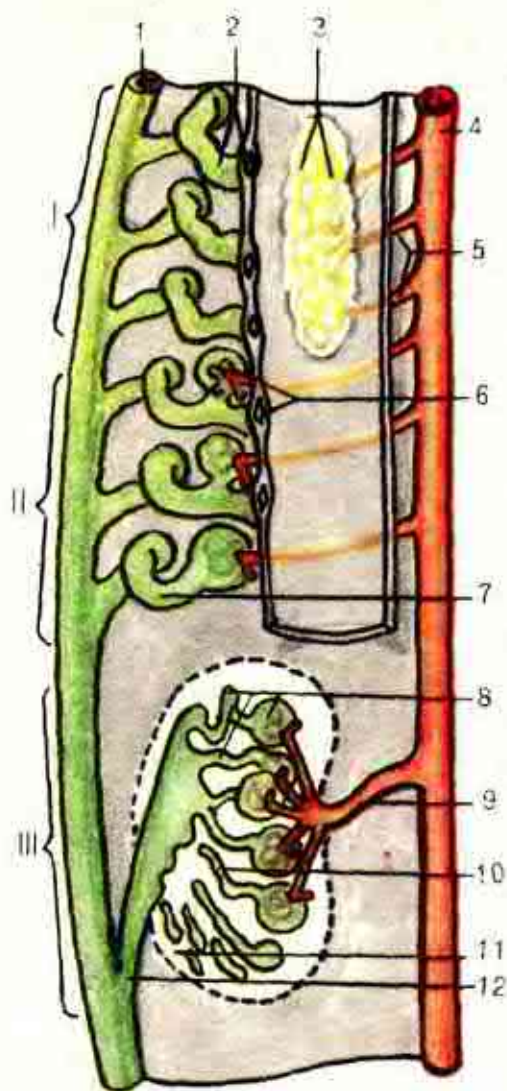


Fig. 88. Schema dezvoltării pronefrosului, mezonefrosului și metanefrosului.

I — pronefros ; II — mesonefros ; III — metanefros ; 1 — ductus mesonephricus ; 2 — protonephridis et infundibulum ; 3 — glomeruli pronephros ; 4 — aorta ; 5 — aa. segmentales ; 6 — glomerulus mesonephrosus et infundibulum mesonephrosus ; 7 — tubulus mesonephrosus ; 8 — tubuli metanephrosi et glomerulus ; 9 — a. renalis ; 10 — tubulus renalis ; 11 — textus nephrogenum ; 12 — ureter.

fiind format din două surse : din țesut metanefrogen și din extremitatea proximală a excrescenței ureterice a canalului mezonefrial (vezi fig. 274). Din confluența acestor primordii și din sistemul canalicular care se dezvoltă în ele se formează substanța corticală și medulară a rinichiului. La început țesutul metanefrogen se concentrează lângă excrescența ureterică care penetrează în el. Pe măsura creșterii și dezvoltării excrescenței ureterice extremitatea ei proximală se dilată, transformându-se în primordii bazinului renal, calicelor renale și tuburilor renale colectoare (de urină). Acestea

din urmă (împreună cu ramificațiile lor) se învelesc cu țesut metanefrogen, dând naștere la canaliculele renale (canaliculele nefronului). La începutul lunii a 3-a de dezvoltare embrională metanefrosul substituie mezonefrosul sau rinichiul primar. Dezvoltarea metanefrosului se definitivează abea după naștere. În procesul de dezvoltare a metanefrosului se produce o ascensiune a rinichilor, *ascensus rénis*, în viitoarea regiune lombară, reflectând creșterea neuniformă a segmentelor corpului. Din excrescența ureterică a canalului mezoneftral se formează ureterul. Extremitatea caudală a excrescenței ureterice se separă de la canalul mezoneftral și se deschide în partea vezicii urinare care se dezvoltă din porțiunea caudală a canalelor mezoneftrale.

Dezvoltarea vezicii urinare

Primordiul vezicii urinare la embrionul de 7 săptămâni ține de metamorfozele ce intervin în cloacă, alantoid și în porțiunile caudale ale canalelor mezoneftrale. Cloaca se separă printr-o membrană frontală numită *membrana urorectalis* în compartimentul anterior — sinusul urogenital, *sinus urogenitalis*, o parte a căruia se folosește la formarea peretelui vezicii urinare, și compartimentul posterior care în viitor va deveni rect. Sinusul urogenital comunică cu alantoidul (sacul urinar), cu canalele mezoneftrale și paramezoneftrale. Din porțiunea inferioară a alantoidului și din sectoarele din jurul orificiilor canalelor mezoneftrale în a 2-a lună de dezvoltare embrională se formează fundul și triunghiul vezicii urinare. Din porțiunea medie a alantoidului se formează corpul vezicii urinare, iar din porțiunea lui superioară se formează urachusul, *urachus*, care apoi va deveni un traveu fibros numit ligament ombilical median.

Dezvoltarea genitalelor

La embrionul uman primordiile genitalelor interne și externe sînt indiferente (nediferențiate), apoi se formează organele genitale interne și externe mas-

culine și feminine în aspectul lor definitiv.

Primordiile glandelor sexuale indifferente la embrionul uman apar în perețele cavității corpului în a 4-a săptămîină de dezvoltare embrională din epiteliul primordial, situat medial lîngă primordiile mezonefrosului drept și stîng pe extinderea de la segmentul IV cervical pînă la V lombar ale corpului. În a 5-a săptămîină de dezvoltare embrională de-a lungul marginii laterale a mezonefrosului și canalului mezoneftral din celulele care tapetează cavitatea corpului se formează un șanț care se adîncește, apropiindu-și marginile și transformîndu-se în canal paramezoneftral, *dúctus paramesonéphricus*, care se deschide în sinusul urogenital. Canalele mezoneftrale (canalele Wolf și canalele paramezoneftrale (canalele Muller) bilateral de mezoul dorsal formează proeminente cu aspect de burelet numite pliuri urogenitale, *plîcae urogenitales*. În continuare fiecare din aceste pliuri cu ajutorul șanțului longitudinal se împart în porțiunea medială — pliul genital, *plica genitalis*, unde ulterior se vor forma glandele sexuale, și laterală, care încorporează mezonefrosul, *mesonephrós*, precum și canalele mezoneftral și paramezoneftral. În a 7-a săptămîină de dezvoltare embrională gonadele încep să se diferențieze fie în ovare, fie în testicule. În caz de formare a testiculelor canalele mezoneftrale se transformă în căi deferente ale glandelor sexuale masculine, iar canalele paramezoneftrale trec în involuție aproape definitivă. În caz de formare a ovarelor canalele paramezoneftrale devin sursă derivativă pentru salpinge, uter și o parte a vaginului, iar canalele mezoneftrale se transformă în vestigii rudimentare. (tab. 4).

Genitalele externe își formează primordiile la embrion în săptămîina a 7-ea de dezvoltare embrională, la început în formă nediferențiată, avînd aspectul de tubercul, pliuri și bureleți genitativi. Din aceste primordii urmează să se dezvolte genitalele externe masculine sau feminine.

Dezvoltarea genitalelor masculine interne. În luna a 7-ea de dezvoltare

Tabelul 4. Dezvoltarea genitalelor masculine și feminine

Formă nedeterminată	Individ mascul	Individ femel
Glandă sexuală indiferentă	<i>Tēstis</i>	<i>Ovārium</i>
porțiunea <i>Mesonephros</i> cranială	<i>Ductuli efferētes tēstis,</i> <i>appendix epididymis</i>	<i>Epoōphoron</i>
(corpul Wolf) porțiunea caudală	<i>paradidymis</i>	<i>paroōphoron</i>
<i>Ductus mesonephricus</i> (canalul mezoneftral, canalul Wolf)	Dūctus epididymis, dūctus dēferens, vēsicula seminalis, dūctus ejaculātorius	Ductus epoōphori longitudinalis (canalis Gartneri)
<i>Ductus paramesonephricus</i> (canalul paramezoneftral, canalul Müller)	Appendix tēstis, utriculus prostāticus	Tūba uterina, ūterus, vagina
Ligamentul gubernacul (directoriu)	Gubernāculum tēstis (în embriogeneză)	Ligamentum ovārii proprium, ligamentum tēres ūteri
Sinusul urogenital	Pārs prostātica urēthrae	Vestibulum vaginae
Tuberculul sexual	Cōrpora cavernōsa pēnis	Clitōris
Pliuri sexuale	Cōrpus spongiōsum pēnis	Lābia minōra pudēndi
Bureleți sexuali	Scrōtum (parțial)	Lābia majōra pudēndi

intrauterină din țesutul conjunctiv circumiacent la glanda sexuală masculină în curs de dezvoltare se formează tunica albuginee. Către acest moment glanda sexuală capătă o formă mai ovată, în ea apar traveuri care prin diferențiere se transformă în canaliculi seminiferi.

În caz de dezvoltare a glandei sexuale masculine (fig. 89) prin canaliculele mezonefrosului se formează canaliculele deferente ale testiculelor, *dūctuli efferētes tēstis*, iar din partea cranială a canalului mezoneftral se constituie canalul epididimal, *dūctus epididymidis*. Cîteva canalicule ale mezonefrosului, situate cranial, se transformă în apendicele epididimului, *appendix epididymidis*, iar canaliculele dispuse caudal se transformă într-o anexă a apendicelui epididimului, *paradidymis*. Din restul canalului mezoneftral (caudal de apendicele epididimului în jurul căruia apare o tunică musculară se formează canalul deferent, *dūctus deferens*. Porțiunea distală a canalului deferent se dilată, formînd o ampulă a canalului deferent, *ampulla dūctus deferentis*, din proeminența laterală a canalului se dezvoltă vezicula seminală, *vesicula seminalis*. Din porțiunea terminală îngustată a canalului mezoneftral se formează canalul ejaculator, *dūctus ejaculātorius*, care se deschide

în canalul urinar masculin, adică în uretră, *urēthra masculina*.

Din extremitatea cranială a canalului paramezoneftral se formează apendicele testiculului, *appendix tēstis*, iar din extremitățile caudale confluențe ale acestor canale se constituie utriculul prostatic, *utriculus prostāticus*. Partea rămasă a acestor canale la embrionul masculin trece în involuție.

Testiculul cu epididimul și formațiunile rudimentare ale lui nu rămîn la nivelul de formare a primordiilor, ci pe măsura dezvoltării se deplasează în sens caudal; are loc procesul de coborîre a testiculelor, *descensus tēstis*. În acest proces un rol important revine ligamentului gubernacul al testiculului, *gubernāculum tēstis*. Către luna a 3-a de dezvoltare intrauterină testiculul se află în fosa iliacă, în luna a 6-a se apropie de inelul intern al canalului inghinal. În lunile a 7-a — a 8-a testiculul trece prin canalul inghinal împreună cu canalul deferent, cu vasele și nervii, care intră în componența funiculului spermatic, ce se constituie în procesul de descindere a testiculului.

Prostata, *prostāta*, se dezvoltă din epiteliul uretrei în curs de dezvoltare, avînd aspect de traveuri celulare (în număr de pînă la 50), din care ulterior

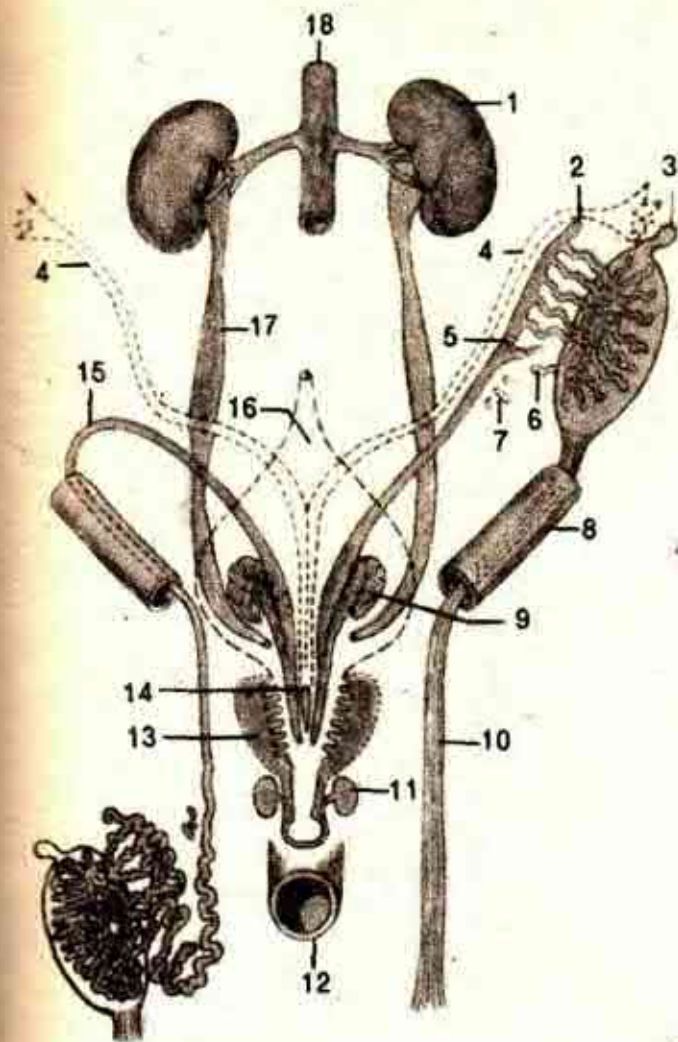


Fig. 89. Schema dezvoltării organelor genitale masculine interne (testiculul stâng e prezentat într-un stadiu timpuriu, cel drept a trecut deja prin canalul inghinal).

1 — ren; 2 — appendix epididymidis; 3 — appendix testis; 4 — ductus paramesonephricus; 5 — ductus aberrans; 6 — ductus aberrans superior; 7 — paradidymis; 8 — canalis inguinalis; 9 — vesicula seminalis; 10 — gubernaculum testis; 11 — gl. bulbourethralis; 12 — rectum; 13 — prostata; 14 — utriculus prostaticus; 15 — ductus mesonephricus; 16 — vesica urinaria; 17 — ureter; 18 — aorta.

urmează să se dezvolte lobulii glandei.

Glandele bulbouretrale, *gll. bulbourethrales*, se dezvoltă din excrescențele epiteliale ale părții spongioase a uretrei. Canalele prostatei și glandelor bulbouretrale se deschid în acele locuri unde anterior apăruseră primordiile acestor glande pe parcursul dezvoltării intrauterine.

Dezvoltarea genitalelor feminine interne. În ovarul embrionului femel zona de țesut conjunctiv subiacentă la epiteliul primordial este mai puțin dezvoltată decît în glanda sexuală masculină.

Traveurile celulare sînt mai fine, celulele sexuale sînt diseminate în stroma mezenchimatoasă a organului. O parte din aceste celule se dezvoltă mai intens și ele devin mai mari în dimensiuni, înconjurîndu-se de celule mai mici, în acest fel se formează foliculele primordiale ale ovarului. În continuare se formează substanța corticală și medulară a ovarului. În aceasta din urmă pătrund vase sanguine și nervi. În procesul de dezvoltare a ovarului acesta coboară de asemenea, însă pe un traiect mult mai redus decît testiculele. De la nivelul de primordializare ovarele se deplasează împreună cu salpingele în regiunea pelviană. Discensiunea ovarelor este însoțită de modificarea topografiei salpingelor, care trec din poziție verticală în orizontală.

Pe parcursul dezvoltării ovarelor canaliculele și canalul rămase de la mezonefros devin formațiuni rudimentare — numite anexe ale ovarului (fig. 90). Canaliculele situate cranial și porțiunea aderentă a canalului se transformă în epooforon, iar canaliculele caudale — în parooforon. Reminescențele canalului mezonefrial pot persista avînd aspectul de traveu continuu sau discontinuu situat lateral de uter și vagin. Acesta e canalul longitudinal al epooforonului, *ductus epooophori longitudinalis*, sau canalul Garthner.

Din canalele paramezonefrale se dezvoltă salpingele, iar din părțile lor distale confluențe se formează uterul și porțiunea proximală a vaginului. Din sinusul urogenital se formează porțiunea distală a vaginului și vestibulul lui.

Dezvoltarea genitalelor externe. În a 3-a lună de dezvoltare intrauterină anterior de membrana cloacală din mezenchim apare tuberculul genital, *tuberculum genitale*. La baza tuberculului genital în direcția anală se află șanțul uretral, *sûlcus urethralis*, care este delimitat bilateral de pliurile genitale, *plîcae genitales*. Pe de ambele părți ale tuberculului genital și pliurilor genitale se formează niște eminente semilunare în pielea și țesutul celular subcutant numite burelete genitale, *tôri genitales*. Aceste formațiuni constituie primordiul nedife-

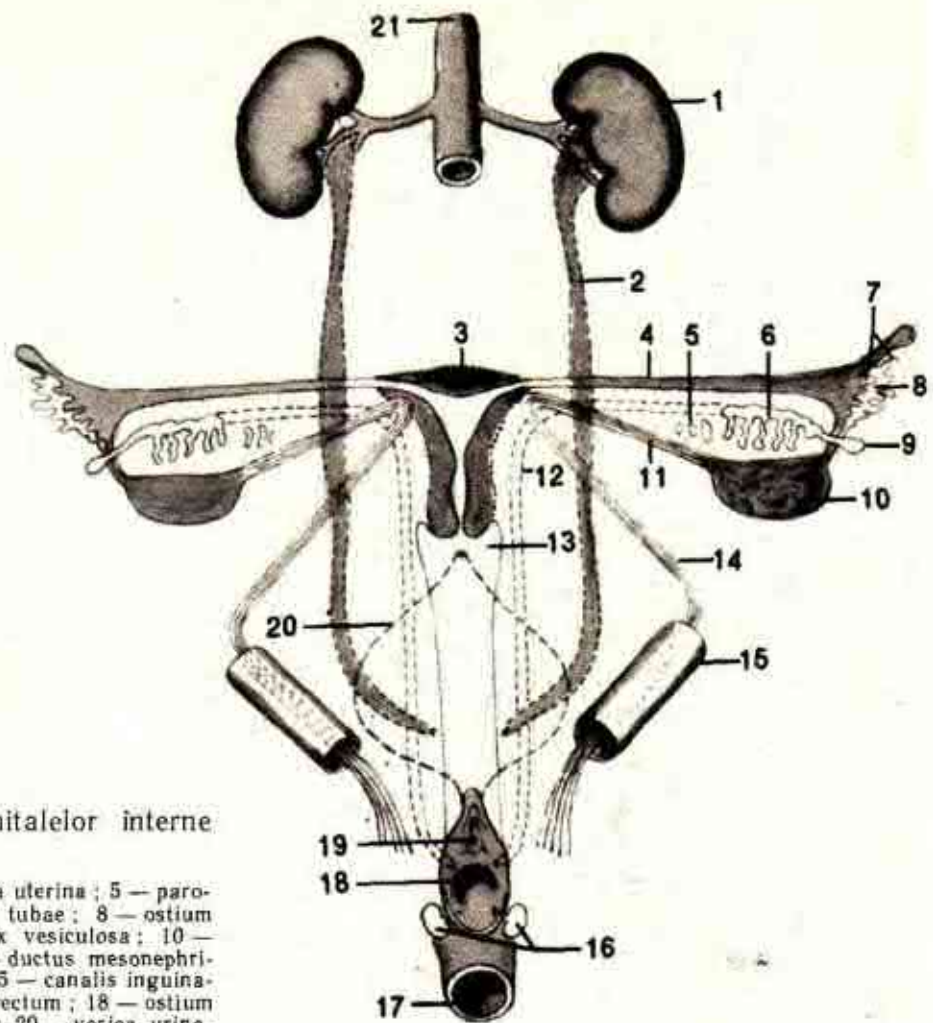


Fig. 90. Schema dezvoltării genitalelor interne feminine.

1 — ren; 2 — ureter; 3 — uterus; 4 — tuba uterina; 5 — paroophoron; 6 — epoophoron; 7 — fimbriae tubae; 8 — ostium abdominale tubae uterinae; 9 — appendix vesiculosa; 10 — ovarium; 11 — lig. ovarii proprium; 12 — ductus mesonephricus; 13 — vagina; 14 — lig. teres uteri; 15 — canalis inguinalis; 16 — gl. vestibulares majores; 17 — rectum; 18 — ostium vaginae; 19 — ostium urethrae externum; 20 — vesica urinaria; 21 — aorta.

rențiat al genitalelor externe, din care în viitor se vor dezvolta organele genitale externe fie masculine, fie feminine (fig. 91).

Dezvoltarea genitalelor externe masculine. La embrionul mascul primordiile indiferente suferă modificări esențiale. Tuberculul genital începe să crească intens în lungime, transformându-se în corpul cavernos al penisului. Pe fața inferioară (caudală) a penisului pliurile cutanate devin mai înalte (fig. 91). Ele delimitează fanta uretrală care se transformă într-un jgheab, apoi, de pe urma concreșterii marginilor acestuia, se formează urétra masculină, *uréthra masculinae*, și corpul spongios al penisului, *corpus spongiósum pénis*. În procesul creșterii penisului și în profunzimea uretrei masculine orificiul urogenital din poziția ei inițială la rădăcina penisului se deplasează spre capătul lui distal.

Locul de concreștere a jgheabului uretral persistă în formă de cicatrice nu-

mită rafeu penian, *râphe pénis*. Odată cu formarea uretrei masculine superior de extremitatea distală a penisului se formează prepuțul, *preputium*. Acesta e rezultatul concreșterii pliului epitelial în jurul glandului penian.

Torusurile genitale devin mai proeminente mai ales în porțiunile caudale, ele se apropie și concreșc pe linie mediană. La nivelul concreșterii torusurilor genitale apare rafeul scrotului, *râphe scroti*, care se întinde de la rădăcina penisului pînă la anus pe toată suprafața perineală.

Dezvoltarea genitalelor feminine externe. La embrionul femel tuberculul genital crește puțin și se transformă în clitoris, *clitoris*. Pliurile genitale concreșc și se transformă în labiile pudende mici, *lâbia minóra pudénda*, care delimitează bilateral *rîma pudénda*, ce se deschide în sinusul urogenital. Partea distală a fantei genitale devine mai largă și se transformă în vestibul vaginal, *vestibulum vaginae*, în care se deschid uretra feminină

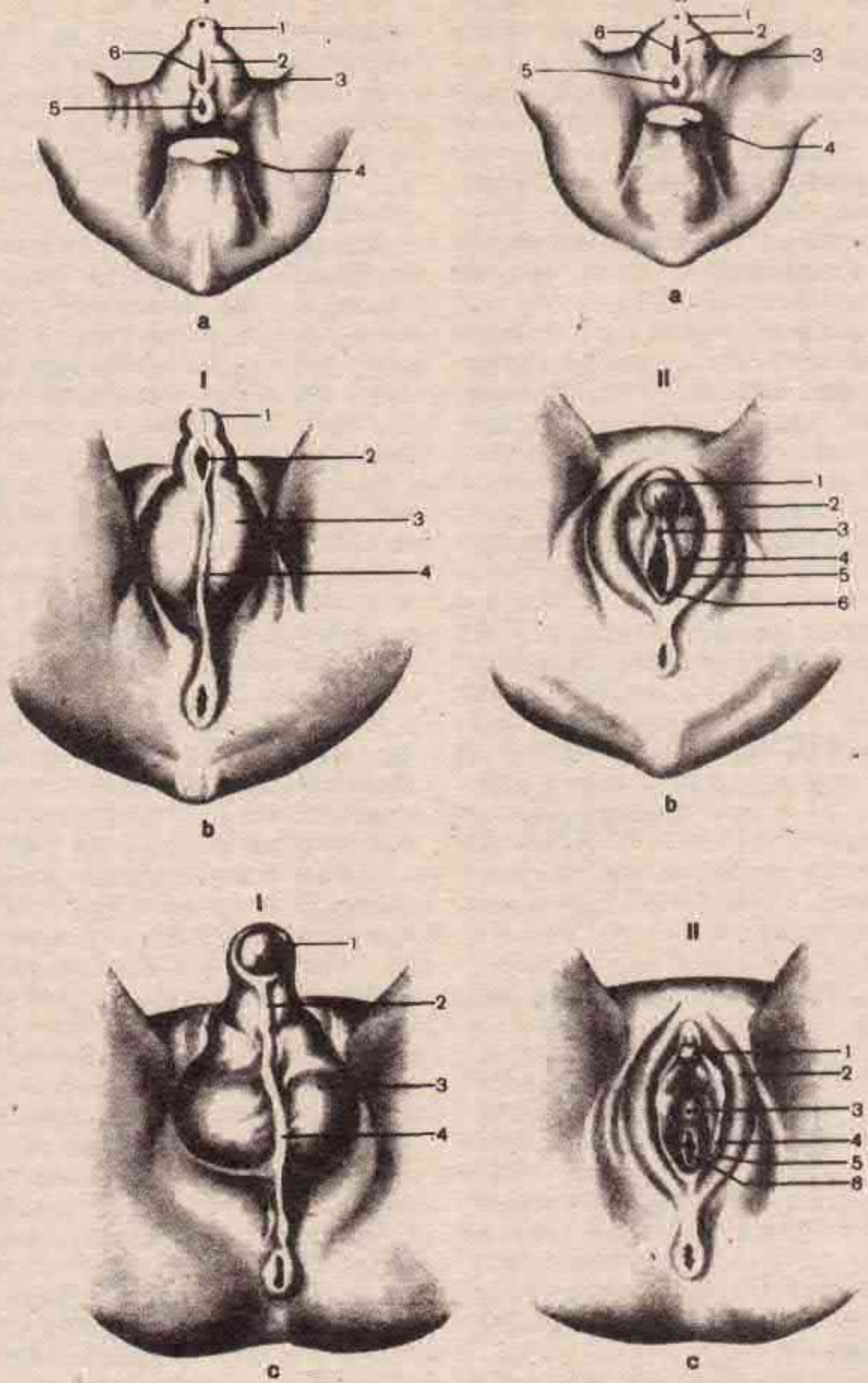


Fig. 91. Schema dezvoltării genitalelor externe masculine (I) și feminine (II).

a — formă indiferentă (embrion de 7 săptămâni); 1 — tuberculum genitale; 2 — plica genitalis; 3 — valla genitalis; 4 — cauda; 5 — anus; 6 — sinus urogenitalis; b — embrion de 12 săptămâni; I: 1 — glans penis; 2 — sul. urethralis; 3 — scrotum; 4 — raphe scroti; II: 1 — glans clitoridis; 2 — labium majus pudendi; 3 — ostium urethrae externum; 4 — labium minus pudendi; 5 — hymen; 6 — ostium vaginae; c — făt de 9 luni; I: 1 — glans penis; 2 — raphe urethralis; 3 — scrotum; 4 — raphe scroti; II: 1 — glans clitoridis; 2 — labium majus pudendi; 3 — ostium urethrae externum; 4 — labium minus pudendi; 5 — hymen; 6 — ostium vaginae.

și vaginul. Orificiul vaginal spre finele dezvoltării intrauterine devine mult mai larg decât orificiul uretrei feminine. Torusurile genitale se transformă în labiile pudente mari, *lăbia majoră pudēndi*, în care se acumulează cantități masive de țesut celuloadipos și treptat acoperă labiile pudende mici.

Dezvoltarea perineului. La embrion în procesul dezvoltării cavitatea cloacală datorită septului urorectal, *sēptum urorectāle*, care proliferază frontal în ea, se împarte în porțiunea ventrală, sinusul urogenital, *sinus urogenitālis*, și compartimentul dorsal, rectul, *rectum*. Septul urorectal concrește în sens caudal ajungând pînă la membrana cloacală, *membrāna cloacālis*, care apoi se împarte în porțiunea anterioară, membrana urogenitală, *membrāna urogenitālis*, și posterioară, *membrāna anālă*, *membrāna anālis*, care se rup fiecare separat. De pe urma acestui fapt se formează orificiul anal, *anus*, și orificiul urogenital, *ostium urogenitale*. În jurul acestor orificii din mezodermul concreșcut cu membranele anală și urogenitală se formează fibre musculare. La început din aceste fibre se constituie sfincterele, apoi *m. levator ani* (în regiunea membranei anale) și restul mușchilor care constituie baza diafragmului urogenital.

Anomaliile de dezvoltare ale aparatului urogenital

Printre anomaliile de dezvoltare a rinichilor o parte sînt condiționate cantitativ: rinichi supranumerar, care apare pe una din părți, fiind plasat inferior de rinichiul normal, rinichi dublat, *ren duplex*, care apare în caz de separare în una din părți a primordiului mezonefrial în două fragmente egale, lipsa unui rinichi, agenezie renală *agenesiā renis*, anomalie întîlnită foarte rar. În alte cazuri anomaliile renichilor țin de topografia lor nefirească. Rinichiul poate să se localizeze în regiunea primordiului lui embrionar, distopia rinichiului, *distopia renis*. Anomaliile rinichilor pot interesa și forma lor. În caz de concreștere a polilor renali superiori sau inferiori se formează rinichi arcuat, *ren arcuata*. În

caz de concreștere a ambilor poli ai rinichilor drept și stîng se formează rinichiul inelar, *ren anulāris*.

În caz de tulburări în dezvoltarea canaliculelor și capsulelor glomerulilor, care persistă în rinichi sub formă de vezicule izolate, se formează rinichiul chistos congenital.

Anomaliile ureterelor se înregistrează în formă de dublare a lor uni — sau bilaterală. Se întîlnește ureter bifid, *urēter fissus*, în porțiunea lui cranială sau, mai rar, în cea caudală. Uneori apar constricții sau dilatări sau chiar prolăbări ale pereților ureterelor, diverticul al ureterului.

În vezica urinară pe parcursul dezvoltării ei pot să apară prolăbări parietale. În cazuri rare asistăm la o subdezvoltare a peretelui ei anterior (fisura acestuia), ceea ce se asociază la neconcreșterea în simfiza pubiană (ectopie a vezicii urinare), *ectopia vésicae urināriae*.

Anomaliile de dezvoltare a genitalelor interne. Anomaliile și variantele de dezvoltare a genitatelor interne masculine și feminine apar de pe urma transformărilor complicate ce au loc în ele pe parcursul embriogenezei.

Printre anomaliile glandelor sexuale vom menționa subdezvoltarea unui testicul sau lipsa lui definitivă, monorchism, *monorchismus*, în caz de reținere a testiculelor în micul bazin sau în canalul inghinal se instalează criptorchismul bilateral. Excrescența vaginală a peritoneului uneori rămîne neconcreșcută și în asemenea cazuri în bursa formată pot pătrunde ansele intestinului subțire. Uneori testiculul în procesul discensiunii se reține într-o poziție nefirească, ectopia testiculului, *ectopia tēstis*. În asemenea cazuri testiculul se poate afla în cavitatea abdominală sau sub pielea perineului, fie sub pielea din regiunea inelului extern al canalului coapsei.

În procesul de dezvoltare a ovarelor se observă de asemenea cazuri de deplasare nefirească a lor (*ectopia ovariorum*). În aceste situații unul sau ambele ovare fie că se plasează lîngă inelul inghinal profund, fie că trec prin canalul inghinal și se plasează sub pielea labi-

INTRODUCERE

Funcția sistemului nervos constă în dirijarea activității diverselor sisteme de organe și aparate, unite într-un organism integral, în coordonarea tuturor proceselor care decurg în el, în stabilirea relațiilor de reciprocitate dintre organism și mediul ambiant. Renumitul fiziolog I. P. Pavlov scria: „Activitatea sistemului nervos este orientată, pe de o parte, spre a unifica și integra activitatea tuturor părților organismului, iar pe de altă parte — spre a realiza legătura organismului cu ambianța, spre a stabili un echilibru dintre organismul ca sistem și condițiile mediului extern”.

Nervii și fibrele nervoase pătrund în toate organele și țesuturile corpului și formează în ele multiple ramificații, dotate cu terminațiuni nervoase receptoare (senzitive) și efectoare (motorii, secretoare) și împreună cu segmentele centrale ale sistemului nervos (encefalul și măduva spinării) asigură unificarea tuturor părților organismului într-un tot unitar. Sistemul nervos realizează reglarea funcțiilor de locomoție, digestie, respirație, excreție, circulație a sângelui, scurgere a limfei, a proceselor metabolice (metabolismului) ș. a.

Activitatea sistemului nervos, după cum spunea I. M. Secenov, are un caracter reflex. Reflexul (lat. *reflexus*) prezintă o reacție de răspuns a organismului la acțiunea unui oarecare factor excitant, a unei influențe de ordin intern sau extern, reacție, care se realizează cu participarea sistemului nervos central. Organismul uman, ducându-și viața în mediul care-l inconjoară, se află cu el în relații de interacțiune reciprocă. Mediul exercită asupra lui o anumită influență și organismul, la rândul său, reacționează în modul respectiv. Reacții de răspuns provoacă deasemenea și toate procesele, care se desfășoară în însuși organismul. În felul acesta sistemul nervos realizează legătura reciprocă dintre organism și mediul ambiant și asigură unitatea lor.

Drept unitate structural — funcțională a sistemului nervos servește **neuronul (celula nervoasă, neurocitul)**. Neuronul constă din corp și prelungiri. Prelungirile, prin care impulsurile nervoase sînt propagate spre corpul celulei nervoase, au fost denumite **dendrite**, iar prelungirea, prin care impulsurile nervoase de la corpul neuronului sînt transmise spre altă celulă nervoasă sau spre țesutul efector este numită **axon** sau **neurit**. Celula nervoasă se află în stare de polarizare dinamică, adică posedă capacitatea de a lăsa să treacă impulsul nervos numai într-un singur sens — de la dendrit prin corpul celular spre axon (neurit).

În cadrul sistemului nervos neuronii contactează reciproc, formînd lanțuri de neuroni, prin care sînt vehiculate (transmise) impulsurile nervoase. Transmiterea impulsului nervos de la un neuron la altul are loc la nivelul lor de contact și e realizată de niște formațiuni speciale, denumite **sinapse interneuronale**. Se disting sinapse axosomatische, în care terminațiunea axonală a unui neuron formează o structură de contact cu corpul neuronului următor, și sinapse axodendritice, în care axonul contactează cu dendriții altui neuron. În dependență de diverse stări fiziologice, relațiile sub formă de contact din sinapsă pot, evident, să apară (să se „creeze”) sau invers, să dispară (să se „distrugă”), asigurînd astfel sistemului nervos posibilitatea de a reacționa selectiv la orice excitație. Ba mai mult ca atît. Organizarea structurală a lanțurilor de neuroni după principiul de contact crează condiții speciale pentru propagarea impulsului nervos numai prin unul din mai multe lanțuri neuronale existente. Acest lucru devine posibil grație menținerii contactelor din unele sinapse și deconectării fiziologice din altele.

În cadrul lanțurilor nervoase diverși neuroni realizează funcții diferite. În le-

gătură cu aceasta și în conformitate cu caracteristica lor morfofuncțională se disting următoarele tipuri de neuroni.

1. **Neuroni senzitivi, receptori sau aferenți.** Corpul acestor celule nervoase sînt situați totdeauna în afara limitelor encefalului sau a măduvei spinării, adică în ganglionii sistemului nervos periferic. Una din prelungirile, care pornesc de la corpul celulei nervoase, ține calea spre periferie, în direcția unui anumit organ, în care se termină cu o anumită terminațiune nervoasă senzitivă **receptor**, dotată cu facultatea de a transforma energia influenței externe (excitației) în impuls nervos. A doua prelungire se îndreaptă spre sistemul nervos central (măduva spinării sau trunchiul cerebral) trecînd în componența rădăcinilor dorsale ale nervilor spinali sau a nervilor cranieni respectivi.

În funcție de localizare se disting următoarele varietăți de receptori:

1) **exteroreceptorii** - culeg excitației din mediul ambiant. Sînt localizați în tegumente (piele, mucoasă) și în organele senzoriale;

2) **interoreceptorii** - se excită în special cu ocazia modificărilor componenței chimice a mediului intern al organismului și a presiunii din organe și țesuturi;

3) **proprioreceptorii** - percep excitațiile din mușchi, tendoane, ligamente, fascii, capsule articulare.

Recepția, adică perceperea excitației și declanșarea propagării impulsului nervos prin conductorii nervoși spre centri, era clasată de I. P. Pavlov ca un început al procesului de analiză.

2. **Neuroni de asociație, neuroni conectanți, intercalari, sau neuroni conductori.** Ei realizează transmiterea excitației de la neuronii aferenți (senzitivi) spre cei eferenți. Esența acestui proces constă în transmiterea semnalelor, culese de către neuronii aferenți, neuronilor eferenți pentru a fi puse în execuție în formă de reacție de răspuns. I. P. Pavlov a determinat acest act ca „fenomen de conectare nervoasă”. Neuronii conectanți (intercalari) sînt situați în limitele sistemului nervos central.

3. **Neuroni efactori, eferenți (motori sau secretori).** Corpul lor se află în cadrul sistemului nervos central (sau la periferie — în ganglionii simpatici sau parasimpatici). Axonii (neuriții) acestor celule nervoase în calitate de fibre nervoase țin calea spre organele efectoare (conștiente — mușchi scheletici și inconștiente — mușchi netezi, glande).

După aceste observații generale vom cerceta mai detaliat arcul reflex și actul reflector ca principii de bază a activității sistemului nervos. **Arcul reflex** reprezintă un lanț de celule nervoase, care include neuronul aferent (senzitiv) și neuronul efactor (motor sau secretor), prin care impulsul nervos este vehiculat din locul lui de declanșare (de la receptor) spre organul executor (spre efactor).

Majoritatea reflexelor se realizează cu participarea arcurilor reflexe, formate de neuronii din segmentele inferioare ale sistemului nervos central — de neuronii măduvei spinării.

Cel mai simplu arc reflex (fig. 184) constă numai din doi neuroni — aferent și eferent. Corpul primului neuron (aferent sau receptor), după cum s-a mai menționat, se află în afara limitelor sistemului nervos central. De obicei acesta este un neuron pseudounipolar (unipolar), corpul căruia este situat în ganglionul spinal (*gânglion spinale*) sau în unul din ganglionii nervilor cranieni (*gânglion sensoriale nn. craniálii*). Prelungirea periferică a acestei celule nervoase ține calea în componența nervilor spinali sau a nervilor cranieni, care dispun de fibre senzitive, precum și în componența ramificațiilor lor și se termină cu un receptor, care percepe excitația externă (din mediul ambiant) sau internă (din organe, țesuturi). Această excitație e transformată de către receptor în impuls nervos, care atinge mai întîi corpul celulei nervoase, iar mai apoi, pe calea prelungirii centrale (totalitatea prelungirilor centrale constituie rădăcinile dorsale sau senzitive ale nervilor spinali) este transmis în măduva spinării sau (prin nervii cranieni respectivi) — în encefal. În substanța cenușie a măduvei spinării

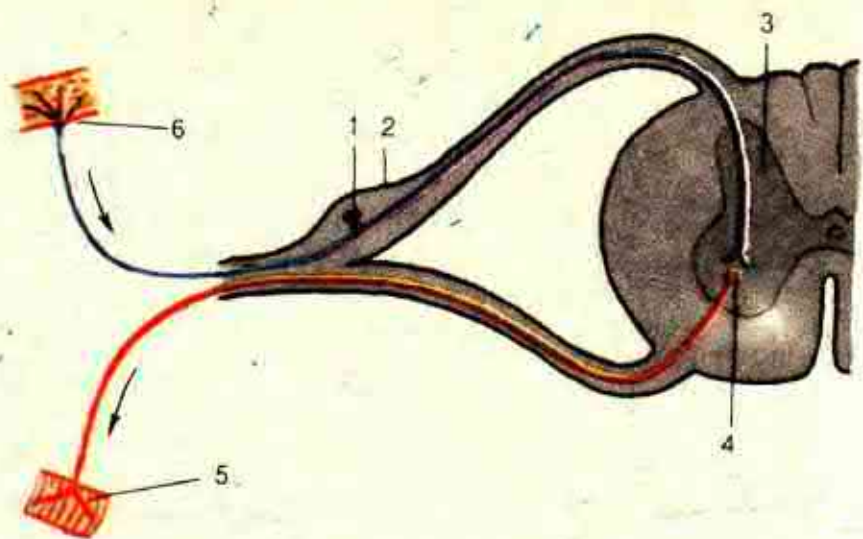


Fig. 184. Schema celui mai simplu arc reflex.

1 — neuronul aferent (senzitiv); 2 — ganglionul spinal; 3 — substanța cenușie a măduvei spinării; 4 — neuronul eferent (motor); 5 — terminațiune nervoasă motorie în mușchi; 6 — terminațiune nervoasă senzitivă din piele.

sau în nucleii motori ai creierului această prelungire a celulei nervoase senzitive formează o sinapsă cu corpul celui de al 2-lea neuron (eferent, efector). Cu ajutorul mediatorilor, în sinapsa interneuronală are loc transmiterea excitației nervoase de la neuronul senzitiv (aferent) neuronului motor (eferent), prelungirea căruia părăsește măduva spinării trecând în componența rădăcinilor anterioare ale nervilor spinali sau a fibrelor motoare (secretoare) ale nervilor cranieni și țin calea spre organul, ce exercită acțiunea, provocând contracția mușchiului, stimularea sau inhibiția secreției de către glandă.

De regulă, arcul reflex constă nu numai din doi neuroni, ci are o construcție mult mai complicată. Între cei doi neuroni — receptor (aferent) și efector (eferent) se mai află încă unul sau mai mulți neuroni de conectare (intercalari). În asemenea caz influxul nervos de la neuronul de recepție este transmis prin prelungirea lui centrală spre celula nervoasă efectorie nu direct, ci prin intermediul unuia sau câtorva neuroni intercalari. La nivelul măduvei spinării rolul de neuroni intercalari le revine celulelor nervoase, aflate în substanța cenușie a stâlpilor posteriori. O parte din acești neuroni dispune de câte un axon (neurit), care pornește spre celulele motoare din coarnele anterioare ale măduvei spinării, situate la nivelul respectiv, conectând astfel arcul reflex în cadrul unui singur segment medular. Axonii altor celule din măduvă în prealabil pot să se ramifice în formă de litera T, formînd o ramură

ascendentă și alta descendentă, care pornesc spre celulele nervoase motoare din coarnele anterioare ale segmentelor vecine, supraiacente sau subiacente. Pe parcurs fiecare din ramificațiile ascendente și descendente pot lansa ramuri colaterale spre celulele nervoase motoare aflate în segmentul medular respectiv, precum și în segmentele vecine. De aici rezultă, că excitarea chiar a unui număr minim de receptori poate fi transmisă nu numai neuronilor unui anumit segment medular, ci poate fi răspîndită și asupra neuronilor din câteva segmente vecine. Prin urmare, reacția de răspuns nu se va limita la contracția numai a unui singur mușchi și nici a unui întreg grup de mușchi, ci va cuprinde concomitent câteva grupuri musculare. În felul acesta drept răspuns la excitație se declanșează o mișcare reflexă complicată. De fapt aceasta și reprezintă una din multiplele reacții de răspuns (reflexe) ale organismului la acțiunea unor excitanți de ordin intern sau extern.

În lucrarea sa „Reflexele creierului” I. M. Secenov a formulat ideea determinismului, remarcînd, că orice fenomen din organism își are motivul său și efectul reflex nu este altceva decît o reacție de răspuns la acest motiv. În mod creator ideile lui I. M. Secenov au fost dezvoltate în continuare prin lucrările lui S. P. Botkin și I. P. Pavlov, fondatorii învățaturii despre nervism. Marele merit al lui I. P. Pavlov constă în aceea, că el a extins învățătura despre caracterul reflex asupra întregului sistem nervos, începînd cu segmentele lui cele mai inferioare și ter-

minind cu cele mai superioare și a demonstrat în mod experimental caracterul reflex al absolut tuturor formelor de activitate vitală a organismului. În conformitate cu opinia lui I. P. Pavlov, forma simplă de activitate a sistemului nervos care e constantă, înăscută, de specie și nu necesită pentru formarea premizelor sale structurale condiții sociale, trebuie apreciată drept reflex condiționat.

Pe lângă aceasta, între organism și mediul ambiant mai există și legături temporare, care pot fi obținute numai în decursul întregii vieți a individului. Posibilitatea de a obține asemenea legături temporare permite organismului să stabilească cu ambianța cele mai variate și mai complexe relații. Această formă de activitate nervoasă a fost numită de către I. P. Pavlov activitate reflexă condiționată (spre deosebire de activitatea reflexă necondiționată). Conectarea reflexelor condiționate are loc la nivelul cortexului cerebral. Creierul și cortexul lui reprezintă formațiunile, pe care e bazată activitatea nervoasă superioară.

În mod experimental P. K. Anohin și școala sa a confirmat existența așa-numitei legături inverse a organului efector cu centrul nervos — „aferenței inverse”. În momentul când impulsurile eferente din centrul sistemului nervos ajung la organele efectoare, în acestea sînt elaborate reacții de răspuns (mișcare sau secreție). Efectul acestor de exercitare a acțiunii excită receptorii proprii ai organului efector. Impulsurile nervoase, care se nasc în rezultatul desfășurării tuturor proceselor, ce însoțesc reacția de răspuns, sînt transmise prin căi aferente înapoi în centrul măduvei spinării sau a encefalului sub formă de informație, care semnalează realizarea de către organ a funcției sale în fiecare moment. În felul acesta se crează posibilitatea de a înregistra cu precizie corectitudinea executării comenzilor primite de organele efectoare de la centrul nervos sub formă de impulsuri nervoase și de a interveni în orice moment cu corecțiile necesare. Existența semnalizării bilaterale a „aferenței inverse” prin lanțuri reflexe conectate circulare sau inelare permite de a efectua în permanență corecții con-

tinue, la moment a diverselor reacții de răspuns ale organismului la orice fel de modificări ale condițiilor mediului intern sau extern. Fără de mecanismele de aferență inversă adaptarea organismelor vii la mediul ambiant e de neconceput. Astfel, concepțiile perimate, conform cărora la baza activității sistemului nervos se află arcul reflex ca sistem deschis (neconectat) au fost substituite prin noțiunea despre lanțul inelar, închis, de reflexe.

În conformitate cu principiul topografic, sistemul nervos la om e divizat în mod convențional în sistem nervos central și sistem nervos periferic.

Sistemul nervos central include măduva spinării și encefalul, compuse din substanța cenușie și substanța albă. Substanța cenușie a măduvei spinării și a encefalului reprezintă o aglomerare de celule nervoase împreună cu cele mai apropiate ramificații ale prelungirilor lor, formînd nucleii sau centri nervoși. Substanța albă reprezintă fibre nervoase, prelungiri ale celulelor nervoase, dotate cu teci mielinice din care cauză ele au o culoare albă). Fibrele nervoase formează căile de conducere ale măduvei spinării și ale encefalului și leagă între ele diverse segmente și nucleii ai sistemului nervos central.

Sistemul nervos periferic include rădăcinile, nervii spinali și nervii cranieni și ramificațiile lor, precum și ganglionii și plexurile nervoase, localizate în diverse regiuni ale corpului uman.

În conformitate cu o altă clasificare anatomofuncțională, sistemul nervos unic se împarte, la fel în mod convențional, în două părți: 1) sistemul nervos somatic și 2) sistemul nervos vegetativ sau autonom. Sistemul nervos somatic realizează în special inervația corpului (sometei) și a mușchilor scheletici (voluntari). Această porțiune a sistemului nervos exercită funcțiile de legătură a organismului cu mediul ambiant prin intermediul sensibilității cutanate și a organelor de simț.

Sistemul nervos vegetativ (autonom) inervează toate viscerele, glandele, inclusiv cele endocrine, musculatura nete-

dă a viscerelor, pielii, vaselor, cordului, și reglează de asemenea procesele metabolice din toate organele și țesuturile.

La rîndul său, sistemul nervos vegetativ se împarte în două compartimente: *parasympatic* (*pârs parasympâthica*) și *simpatic* (*pars sympâthica*). În cadrul fiecărei din aceste părți, precum și în cadrul sistemului nervos somatic, se disting segmentele central și periferic.

O astfel de divizare a sistemului nervos, deși e convențională, s-a stabilit în mod tradițional și pare să fie destul de convenabilă pentru studierea sistemului nervos în întregime, precum și a porțiunilor lui în parte. În legătură cu aceasta, la expunerea materiei date vom face uz de clasificarea menționată.

Sistemul nervos în filogeneză

Orice organism viu, aflîndu-se într-un anumit mediu vital, interacționează în permanență cu acesta. Din mediul ambiant organismul viu obține substanțele nutritive și în același mediu excretă deșeurile. Ambianța exercită asupra organismului influențe pozitive sau negative. La aceste influențe precum și la modificările mediului ambiant organismul viu reacționează prin modificarea stării lui interne. Reacția organismului viu poate să se manifeste prin creștere, intensificarea sau atenuarea proceselor de metabolism, mișcare sau secreție.

Organismele protozoare unicelulare nu dispun de sistem nervos și toate reacțiile, menționate mai sus, la ele prezintă manifestări ale activității unei singure celule.

La organismele multicelulare influența mediului ambiant e percepută de către celulele externe ale ectodermului. Astfel de celule sînt specializate pentru a recepționa acțiunile factorilor excitanți, a le transforma în potențiale bioelectrice și a transmite excitația. Din celulele ectodermice, care se deplasează în profunzimea corpului, ulterior se dezvoltă sistemul nervos primitiv al organismelor multicelulare. La etapa dată sistemul nervos constă din celule, unite una cu alta prin prelungiri, dotate cu facultatea de a recepționa excitațiile de la diverse regiuni

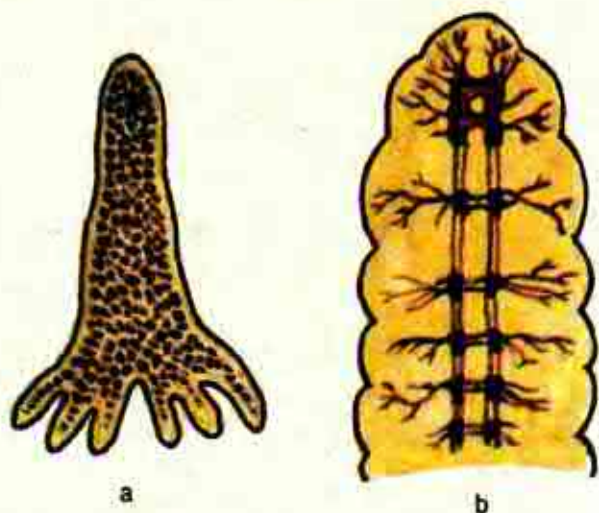


Fig. 185. Sistemul nervos la nevertebrate (etape de evoluție).

a — sistemul nervos difuz la hidră ; b — sistemul nervos nodular la vierme.

ale suprafeței externe a corpului și de a transmite impulsuri spre alte celule, reglînd în modul acesta activitatea lor. Un astfel de sistem nervos cu cea mai simplă structură, sistemul nervos reticulat sau difuz (fig. 185) există la celenterate, de exemplu, la hidră. La asemenea animale se disting două feluri de celule: unele sînt repartizate printre celulele ectodermului și reprezintă celule receptoare, altele însă se află în masa corpului și sînt legate atît una cu alta, cît și cu celulele care realizează reacția de răspuns, adică celulele efectoare. Excitarea oricărui punct de pe suprafața corpului hidrei provoacă excitarea celulelor, aflate în profunzime, în rezultatul cărui fapt organismul multicelular manifestă activitate motorie, captează hrana sau evită un pericol.

Evoluția ulterioară a sistemului nervos este caracterizată prin concentrarea celulelor nervoase, care formează centri nervoși sau noduri, de la care pornesc trunchiuri nervoase. În această etapă apare forma nodulară de sistem nervos. La reprezentanții animalelor segmentate (de exemplu, la viermii inelați) nodurile sînt situate ventral de tubul digestiv și sînt unite prin trunchiuri nervoase longitudinale și transversale. De la noduri pornesc nervi, ramificațiile cărora se sfîrșesc în cadrul unui

și aceluiași segment. La aceste animale ganglionii, dislocați în mod segmentar, joacă rol de centri reflectori ai segmentelor respective de corp. De fiecare parte a corpului ganglionii diverselor segmente sînt uniți între ei prin trunchiuri nervoase longitudinale, formînd astfel din partea ventrală două lanțuri abdominale longitudinale. În regiunea cefalică a corpului, ceva mai dorsal de faringe, se află o pereche de ganglioni mai voluminoși — ganglionii suprafarîngieni, care prin intermediul inelului parafarîngian de nervi sînt uniți cu perechea I-a de ganglioni din cadrul lanțurilor abdominale. Acești ganglioni se dezvoltă mai intens decît ceilalți și reprezintă prototipul encefalului animalelor vertebrale. La excitarea unor anumite regiuni de suprafață a corpului o astfel de structură a sistemului nervos oferă animalului posibilitatea de a nu antrena în reacție de răspuns toate celulele nervoase ale corpului, ci de a le exploata doar pe cele aflate în ganglionii nervoși ai segmentului respectiv.

Următoarea etapă de dezvoltare a sistemului nervos se distinge prin faptul, că celulele nervoase nu mai sînt dislocate sub aspect de ganglioni separați, ci formează un cordon nervos continuu de formă alungită, avînd în interior o cavitate. Sistemul nervos din această fază a dezvoltării a fost numit *sistem nervos tubular*. Structura sistemului nervos în formă de tub neural e specifică pentru toți reprezentanții cordatelor — începînd cu cele mai primitive — acraniatele și terminînd cu mamiferele și omul.

În conformitate cu structura metameră a corpului cordatelor sistemul nervos unitar în formă de tub neural constă dintr-o serie de structuri de același tip care se repetă, sau din segmente. Prelungirile neuronilor, care fac parte dintr-un anumit segment neural, se ramifică, de regulă, numai în cadrul regiunii de corp și a musculaturii, corespunzătoare segmentului dat. Astfel, perfecționarea tipurilor de locomoție a animalelor (începînd cu modul de deplasare prin peristaltică la protozoarele multicelulare și terminînd cu deplasarea cu ajutorul membrelor) a atras după sine necesita-

tea perfecționării sistemului nervos. La cordate porțiunea trunculară a tubului neural nu e altceva decît măduva spinării. La cordate în măduva spinării și în trunchiul cerebral în curs de dezvoltare, în porțiunile ventrale ale tubului neural se situează celule „motoare”, axonii cărora formează rădăcinile ventrale („motoare”) iar în porțiunile dorsale — celule nervoase, cu care conectează axonii celulelor „senzitive”, localizate în ganglionii spinali.

La extremitatea cefalică a tubului neural, în legătură cu faptul că în regiunile anterioare ale corpului se află organele senzoriale în curs de dezvoltare și aparatul branhial, structura segmentară a tubului neural deși mai persistă, ea totuși suferă modificări considerabile. Aceste regiuni ale tubului neural reprezintă primordiul, din care se dezvoltă mai apoi encefalul. Îngroșarea porțiunilor cefalice ale tubului neural și dilatarea cavității lui sînt primele etape de diferențiere a encefalului. Procese similare pot fi observate deja la ciclostomate. La toate craniatele în stadiile precoce de embriogeneză extremitatea cefalică a tubului neural constă din trei vezicule neurale primare: romboidă (*rhombencephalon*), situată în imediata apropiere de măduva spinării, medie (*mesencephalon*) și anterioară (*prosencephalon*).

Dezvoltarea encefalului are loc paralel cu perfecționarea măduvei spinale, totodată apariția în encefal a unor centri noi ar pune ca și cum centrii măduvei spinării deja existenți într-o stare de subordonare. În porțiunile encefalului, care fac parte din vezicula cerebrală posterioară (rombencefal), are loc dezvoltarea nucleilor nervilor branhiali (perechea X — *n. vágus*), apar centri, care reglează procesele de respirație, digestie, circulație sangvină. O influență incontestabilă asupra dezvoltării creierului posterior o exercită receptorii vestibulari și cohleari (perechea VIII), care apar deja la peștii inferiori. Deci, în această etapă a dezvoltării encefalului celelalte segmente ale lui sînt predominante de creierul posterior (cerebel și punte). Apariția și perfecționarea în continuare a receptorului optic condiționează evoluția creierului mijlo-

ciu (mezencefalului), în care are loc fundația centrilor, responsabili de funcțiile optică și acustică. Toate aceste procese au loc grație adaptării organismului animalelor la modul acvatic de viață.

La trecerea animalelor la un mediu vital nou — de la cel acvatic la cel terestru — are loc restructurarea în continuare a organismului în întregime, cât și a sistemului lui nervos.

Dezvoltarea receptorului olfactiv influențează restructurarea în continuare a extremității anterioare a tubului neural (veziculei cerebrale anterioare), în care se pune temelia centrilor, ce reglează funcția olfactivă, apare așa-numitul creier olfactiv (*rhinencéphalon*).

Datorită diferențierii ulterioare a creierului anterior și romboid din cele trei vezicule cerebrale primare are loc separarea următoarelor 5 segmente (vezicule cerebrale secundare): creierul terminal, *telencéphalon*; creierul intermediar, *diencephalon*; creierul mijlociu, *mesencéphalon*; creierul posterior, *metencéphalon*, și măduva prelungită, *medulla oblongată*, s. *myelencéphalon*. La nivelul extremității cefalice a tubului neural canalul central al măduvei spinării se transformă într-un sistem de cavități comunicante ale veziculelor cerebrale, denumite ventriculi cerebrali. Evoluția ulterioară a sistemului nervos e condiționată de dezvoltarea progresivă a creierului anterior și apariția unor noi centri nervoși, care cu fiecare etapă mai avansată ocupă o poziție tot mai aproape de extremitatea cefalică, subordonând influenței lor centrului existenți anterior.

Centrii mai vechi ai sistemului nervos, care s-au format în primele etape de evoluție, nu dispar, ci persistă, subordonându-se centrilor noi. Astfel, odată cu primii centri (nuclei) auditivi, apăruiți în metencefal, în etapele ulterioare apar centri auditivi și în mezencefal, iar mai apoi și în creierul terminal. La amfibii în proencefal apare deja primordiul viitoarelor emisfere, însă ca și la reptile, aproape toate porțiunile lor fac parte din riencefal. La amfibii, reptile și păsări în creierul anterior (terminal) se disting centri subcorticali (nucleii corpului stri-

at) și o scoartă, de structură destul de primitivă. Evoluția ulterioară a encefalului se datorește apariției în cortex a unor noi centri receptori și efectori, care și supun centrul nervos de un grad mai inferior (din trunchiul cerebral și din măduva spinării), coordonează activitatea lor, integrând sistemul nervos într-un tot unitar atât în plan structural, cât și în plan funcțional. Acest proces e denumit corticalizare a funcțiilor. Dezvoltarea mai intensivă a creierului terminal la vertebratele superioare (mamifere) duce la faptul, că segmentul acesta devine predominant față de celelalte porțiuni și le acoperă ca o mantie (*pallium*). În locul scoarței mai vechi (*paleocortex*), iar mai apoi și a celei vechi (*archicortex*), care la reptile ocupă fețele dorsală și superolaterală a emisferelor se dezvoltă scoarța nouă (*neocortex*). Porțiunile de cortex vechi sînt împinse de către cel nou pe fața inferioară (ventrală) a emisferelor și în profunzimea lor, unde încolăcindu-se parcă, se transformă în hipocamp (cornul Ammon) și în porțiunile de encefal adiacente.

Concomitent cu aceste procese are loc diferențierea și complicarea tuturor celorlalte segmente ale encefalului: diencefalului, mezencefalului și metencefalului, precum și restructurarea atât a căilor ascendente (senzitive, receptoare), cât și a celor descendente (motoare, efectoare). În felul acesta la mamiferele superioare, comparativ cu cele inferioare, crește masa fibrelor căilor piramidale, care unesc centrul cortexului cerebral cu celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării și din nucleii motori ai porțiunilor trunchiulare de encefal. Majorarea masei de fibre a căilor de conducere (în decursul filogenezei) e legată nemijlocit de creșterea volumului de substanță a mantiei și de formarea cortexului cerebral.

Cel mai înaintat grad de dezvoltare cortexul îl atinge la om; un fapt explicabil, dacă ținem cont de activitatea de muncă a omului și de apariția vorbirii ca mod de comunicare între oameni. I. P. Pavlov, fondatorul învățăturii despre cel de al doilea sistem de semnalizare

considera drept bază materială a acestuia cortexul complex al emisferelor cerebrale — scoarța nouă (*neocortex*). Evoluția cerebelului și a măduvei spinării se află în strinsă legătură cu modificarea tipului de locomoție a animalului în spațiu. Astfel, la reptilele care nu dispun de membre și se deplasează cu ajutorul întregului corp, măduva spinării nu posedă intumescențe și este formată din segmente relativ egale ca dimensiuni. La animalele, care se deplasează cu ajutorul membrilor, în măduvă apar îngroșări, gradul de dezvoltare al cărora depinde de importanța funcțională a membrilor. Dacă mai dezvoltate sînt membrele anterioare, ca de exemplu la păsări, în măduva spinării mai pronunțată e intumescența cervicală. La păsări în creierăș se află niște proeminențe laterale, numite *flocul* (*flócculus*), care prezintă cea mai veche porțiune a emisferelor cerebelului. Are loc formarea emisferelor cerebeloase, un înalt grad de dezvoltare îl atinge și *vermii* (*vérnis*). Dacă predomină funcțiile membrilor posterioare, de exemplu, la cangur, atunci mai pronunțată va fi intumescența lombară. La om diametrul intumescenței cervicale este mai mare decît cel al intumescenței lombare, ceea ce se explică prin faptul, că mîna, fiind un organ al muncii, e capabilă de a efectua mișcări mult mai complexe și mai variate decît membrul inferior.

Pe parcursul evoluției, în legătură cu dezvoltarea în encefal a centrilor superiori de dirijare cu activitatea întregului organism măduva spinării ajunge într-o situație de subordonare. În măduvă se păstrează un sistem mai vechi, segmentar, de legături medulare proprii și se dezvoltă un altul, suprasedgmentar, de legături bilaterale cu encefalul. Evoluția encefalului s-a manifestat prin dezvoltarea și desăvîrșirea aparatului receptor, perfecționarea mecanismelor de adaptare a organismului la mediul ambiant prin modificarea metabolismului și corticalizarea funcțiilor. La om, în consecința bipediei plantigrade și în legătură cu perfecționarea mișcărilor membrilor superioare în procesul activității de muncă, emisferele cerebelului sînt mult mai bine dezvoltate decît la animale.

Cortexul cerebral constituie un ansamblu de segmente corticale pentru toate tipurile de analizatori și reprezintă substratul material al gîndirii prin imagini concrete (după I. P. Pavlov — primul sistem de semnalizare a realității). Dezvoltarea în continuare a encefalului la om e determinată de folosirea conștientă de către acesta a uneltelor de muncă, ceea ce i-a dat posibilitate nu numai să se adapteze la condițiile în permanentă modificare ale ambianței, cum o fac, în fond, și animalele, ci să influențeze și el însuși mediul ambiant, să transforme natura, supunînd-o necesităților sale. În cadrul procesului de muncă socială a apărut vorbirea ca un instrument indispensabil de comunicare dintre oameni. În lucrarea sa „Dialectica naturii“ F. Engels scria: „La început munca, apoi, împreună cu ea, vorbirea articulată au devenit două din cele mai importante stimulente, sub influența cărora creierul maimuței s-a transformat treptat într-un creier uman, care cu toată asemănarea lui, privind structura fundamentală, cu cel al maimuței, ca volum și perfecțiune îi este mult mai superior“¹.

Astfel, la om a apărut facultatea de a gîndi abstract și s-a format sistemul de percepere a cuvîntului, sau a semnalului, — cel de-al doilea sistem de semnalizare, după I. P. Pavlov, — substratul material al căruia îl constituie cortexul nou (*neocortex*) al creierului.

Dezvoltarea sistemului nervos la om

La om sistemul nervos se dezvoltă din foița embrionară externă — ectoderm. În regiunea dorsală a corpului embrionului celulele ectodermice în curs de diferențiere formează placa medulară (nervoasă) (fig. 186). La început aceasta constă dintr-un singur strat de celule, care ulterior diferențiază în spongioblaști (din care se dezvoltă celulele nervoase). Deoarece intensitatea multiplicării celulelor din diverse regiuni ale plăcii medulare nu e uniformă, ultima se îndoaie și cu încetul capătă un aspect de șanț sau

¹Marx K., Engels F. Opere. Ed. a 2-a, v.20, p. 490.

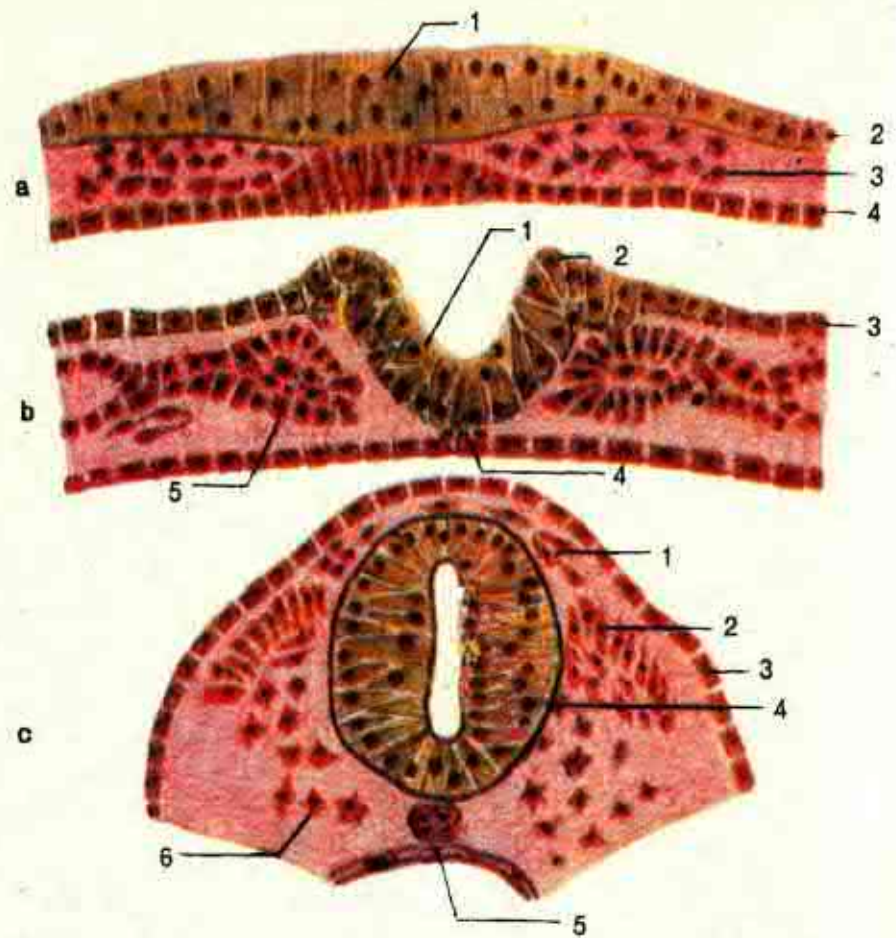


Fig. 186. Stadiile precoce de dezvoltare a sistemului nervos la om. Formarea tubului neural.

1 — placa nervoasă; 1 — placa nervoasă; 2 — ectodermul; 3 — mezodermul; 4 — entodermul; b — șanțul nervos; 1 — șanțul nervos; 2 — bureletul nervos; 3 — ectodermul; 4 — coarda; 5 — mezodermul ganglionar; c — tubul neural; 1 — placa ganglionară; 2 — mezodermul; 3 — ectodermul; 4 — tubul neural; 5 — coarda; 6 — mezenchimul.

igheab. Creșterea abundentă a porțiunii lor laterale ale acestui șanț medular (nervos) duce mai întâi la apropierea reciprocă, iar mai apoi și la fuzionarea lor. În modul acesta șanțul medular, închizându-se din partea sa dorsală se transformă în tub neural. Fuzionarea celor două margini ale șanțului neural are loc mai întâi în porțiunea lui anterioară, ceva mai posterior de capătul anterior al tubului neural.

Mai apoi se unesc marginile șanțului din porțiunile posterioare, sau caudale. În extremitatea anterioară (cefalică) și cea posterioară (caudală) a tubului neural persistă niște sectoare mici-neuropori. După ce a avut loc fuzionarea porțiunilor sale dorsale, tubul neural se separă de ectoderm și se afundă în mezoderm. În perioada de închidere tubul neural (medular) constă din trei straturi. Din stratul intern ulterior ia naștere captușeala ependimală a cavităților ventriculilor cerebrali și a canalului central al măduvei spinării; din stratul mediu („de mantie”) — substanța cenușie a encefalului și a măduvei.

Stratul extern, aproape lipsit de celule, se transformă în substanța albă.

La început toți pereții tubului neural sînt în egală măsură de groși. În continuarea porțiunile laterale ale tubului neural se dezvoltă mai intens și se îngroașă tot mai mult. Pereții ventral și dorsal ai tubului neural rămîn în urmă cu creșterea și încetul cu încetul se ascund între porțiunile laterale cu dezvoltarea mai intensă. În urma acestor modificări ale tubului neural de-a lungul lui apar șanțurile mediane ventral și dorsal ale viitoareii măduve a spinării și a bulbului rahidian.

Din interior, din partea lumenului tubului neural, pe fața internă a fiecărui perete lateral se formează niște șanțulețe nu prea adînci — șanțulețele limitante longitudinale, care împart porțiunile laterale ale tubului în placa ventrală, bazală și în placa dorsală, alară.

Placa bazală servește drept primordiu din care iau naștere stîlpii anteriori de substanță cenușie și substanța albă, adiacentă lor. Prelungirile neuronilor în curs de dezvoltare din stîlpii anteriori, care

și fac apariția din măduva spinală, formează rădăcina anterioară (motorie). Din placa alară iau naștere stâlpii posteriori ai substanței cenușii și substanța albă, învecinată lor. Încă în stadiul de șanț neural în porțiunile laterale ale lui încep să se separe cordoane celulare, denumite criste medulare. În faza de închidere a tubului neural două criste medulare fuzionând formează placa ganglionară, care se situează dorsal de tubul neural, între acesta din urmă și ectoderm. Ulterior placa ganglionară se împarte din nou în doi bureleți ganglionari, fiecare deplasându-se lateral, pe pereții laterali ai tubului neural. Mai apoi bureleții ganglionari se transformă în ganglioni spinali (*ganglia spinalia*), corespunzători fiecărui segment al corpului, și în ganglioni senzitivi ai nervilor cranieni (*ganglia sensorialia nn. craniolum*). Celulele, care au părăsit bureleții ganglionari, servesc drept primordii și pentru dezvoltarea porțiunilor periferice ale sistemului nervos vegetativ.

Imediat după separarea plăcii ganglionare tubul neural la capătul lui rostral se îngroașă considerabil. Această porțiune mai dilatată a tubului neural servește drept primordiu al encefalului. Ulterior celelalte porțiuni ale tubului neural se transformă în măduva spinării. Neuroblaștii, amplasați în ganglionul spinal în curs de formare, au forma celulelor bipolare. În procesul diferențierii de mai departe a neuroblaștilor, porțiunile celor două prelungiri, situate în nemijlocită apropiere de corpul celulelor se apropie și fuzionează formând o singură prelungire, care mai apoi se împarte sub formă de litera „T„ în două prelungiri. În modul acesta celulele ganglionilor spinali devin, după forma lor, pseudounipolare. Prelungirile centrale ale acestor celule pătrund în măduva spinării formând în prealabil rădăcina posterioară (senzitivă). Alte prelungiri ale celulelor pseudounipolare cresc de la ganglioni spre periferie, unde formează diverse tipuri de receptori.

În stadiile timpurii de dezvoltare a embrionului tubul neural se întinde de-a lungul întregului corp. În legătură cu reducerea porțiunilor caudale ale tubului neural capătul inferior al viitoarei mădu-

ve spinale se îngustează treptat, formând firul terminal (*filum terminale*). Aproximativ în decursul celei de a III-a lună de dezvoltare intrauterină lungimea măduvei spinării coincide cu cea a canalului vertebral. Ulterior coloana vertebrală crește mai intens și, deoarece encefalul e fixat în cavitatea craniului, va întârzia în creștere capătul caudal al tubului neural. Discordanța în creștere a coloanei vertebrale și a măduvei spinării ar duce parcă la o „ascensiune“ a capătului inferior al măduvei. De exemplu, la nou-născut extremitatea inferioară a măduvei spinării se află la nivelul vertebrei lombare III, iar la adult — la nivelul vertebrei II sau I lombare. Rădăcinile măduvei spinării și ganglionii spinali se formează destul de timpuriu, deaceia „ascensiunea“ măduvei spinării duce la lungirea rădăcinilor și schimbarea direcției lor din orizontală în cea oblică sau chiar verticală (longitudinală față de măduva spinării). Rădăcinile segmentelor caudale (inferioare) ale măduvei spinării, orientate în sens vertical spre orificiile sacrului formează în jurul firului terminal un mănunchi de rădăcini, așa-numita *coadă de cal (cauda equina)*.

Porțiunea cefalică a tubului neural prezintă primordiul din care se dezvoltă encefalul. La un embrion de 4 săptămâni encefalul constă din trei vezicule cerebrale, separate una de alta prin niște strângeri nu prea mari ale pereților tubului neural. Aceste vezicule sînt următoarele: *prosencephalon* — creierul anterior, *mesencephalon* — creierul mijlociu și *rhombencephalon* — creierul romboid (posterior) (fig. 187). Spre finele săptămînii IV apar semne de diferențiere a veziculei cerebrale anterioare în viitorul creier terminal — *telencephalon* și în creierul intermediar — *diencephalon*. În curînd *rhombencephalon* se împarte în creierul posterior (*metencephalon*) și bulbul rahidian (*medulla oblongata, s. myelencephalon*).

Odată cu formarea celor cinci vezicule cerebrale tubul neural în porțiunea sa encefalică descrie cîteva curburi în plan sagital (fig. 188). Mai întii apare curbura parietală, orientată cu partea sa con-

vexă în sens dorsal și situată în regiunea veziculei cerebrale medii. După aceasta la limita dintre vezicula cerebrală posterioară și primordiul măduvei spinării se evidențiază curbura occipitală, orientată cu partea sa convexă de asemenea în direcție dorsală. A treia curbură — pontină, orientată în sens ventral, apare între cele două precedente în regiunea creierului posterior. Această ultimă curbură împarte creierul romboid (*rhombencéphalon*) în cele două segmente, menționate mai sus — în *myelencéphalon* și *metencéphalon*, care constă din *punte (póns)* și *cerebel (cerebellum)*, situat din partea dorsală. Cavitatea comună a creierului romboid se transformă în ventriculul al IV-lea, care în partea sa posterioară comunică cu canalul central al măduvei spinării și cu spațiul intermeningeal. De asupra tavanului unistratificat subțire al ventriculului IV în curs de formare avansează vasele sangvine. Împreună cu peretele superior al ventriculului IV, alcătuit numai dintr-un singur strat de celule ependimale, ele formează *plexul vascular al ventriculului IV (pléxus choroidéus ventriculi quarti)*. În porțiunile anterioare ale ventriculului IV, în cavitatea lui se deschide *apeductul creierului mijlociu, aqueductus mesencéphali (cérébri)*, reprezentând cavitatea mezencefalului. Pereții tubului neural la nivelul veziculei cerebrale medii se îngroașă mult mai uniform. Aici, din peretele ventral al tubului neural iau naștere *pedunculii cerebrali, pedúnculi cérébri*, iar din porțiunile dorsale — *lama tectului mezencefalic, lámina tecti mesencéphali*. În procesul de dezvoltare cele mai complicate transformări se produc în vezicula cerebrală anterioară, *prosencephalon*.

În porțiunea posterioară a diencefalului cel mai avansat grad de dezvoltare îl ating pereții laterali, care se îngroașă considerabil și formează talamii optice. Din pereții laterali ai diencefalului prin evaginare în sens lateral se formează veziculele optice, care apoi de fiecare parte se transformă în retina ochiului și în nervul optic. Peretele superior, fin, al diencefalului concrește cu membrana

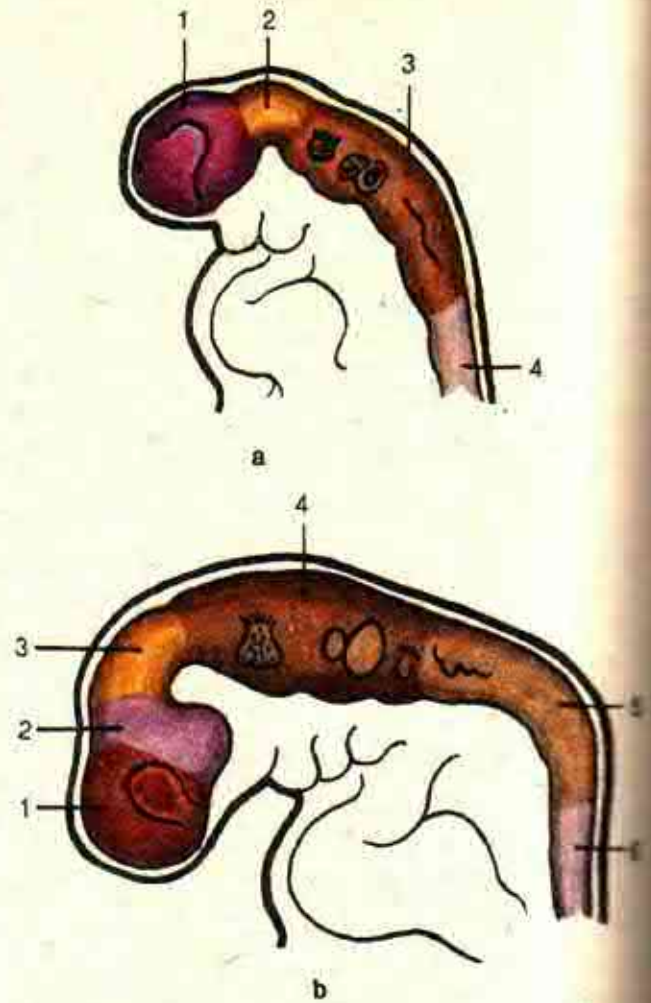


Fig. 187. Encefalul embrionului uman în stadiile de trei (a — 3, 5 săptămâni) și de cinci (b — 4 săptămâni) vezicule cerebrale.

a: 1 — prosencephalon; 2 — mesencephalon; 3 — rhombencephalon; 4 — medulla spinalis; b: 1 — telencephalon; 2 — diencephalon; 3 — mesencephalon; 4 — metencephalon; 5 — myelencephalon; 6 — medulla spinalis.

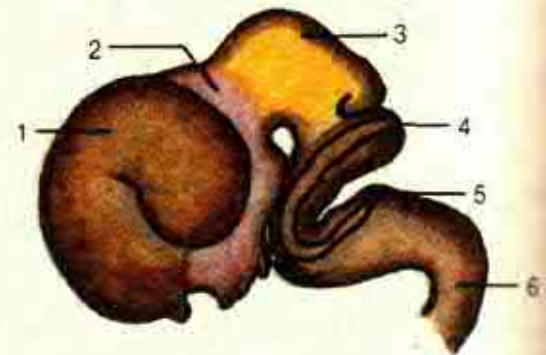


Fig. 188. Encefalul embrionului uman (săptămâna a 8-a de dezvoltare).

1 — telencephalon; 2 — diencephalon; 3 — mesencephalon; 4 — metencephalon; 5 — myelencephalon; 6 — medulla spinalis.

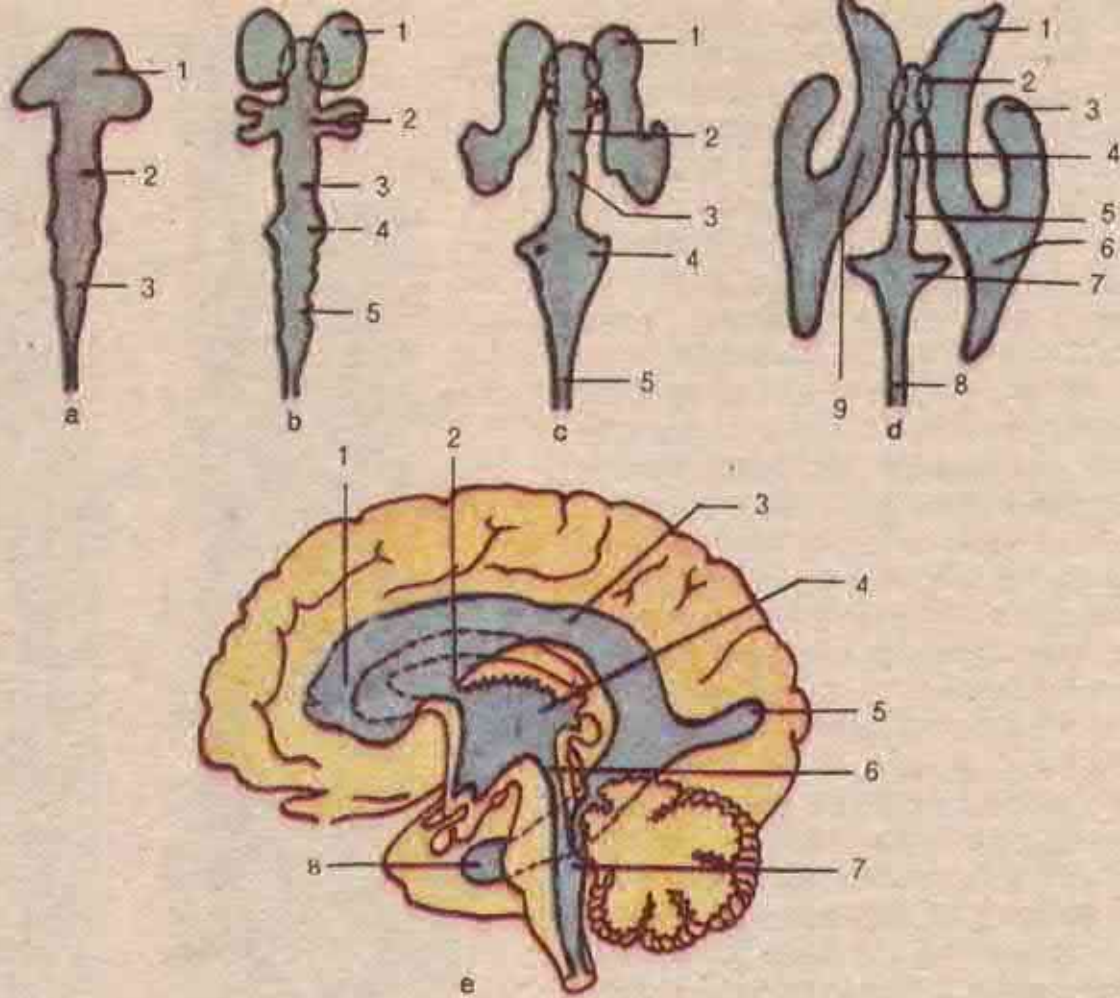


Fig. 189. Dezvoltarea ventriculilor encefalului la om (schemă) :

1 — cavitățile encefalului în stadiul de trei vezicule cerebrale (aspect superior) : 1 — prosencephalon ; 2 — mesencephalon ; 3 — rhombencephalon ; b — cavitățile encefalului în stadiul de cinci vezicule cerebrale (aspect superior) : 1 — telencephalon ; 2 — diencephalon ; 3 — mesencephalon ; 4 — metencephalon ; 5 — myelencephalon ; c — formarea ventriculilor encefalului (aspect superior) : 1 — ventriculus lateralis ; 2 — ventriculus tertius ; 3 — aqueductus mesencephali ; 4 — ventriculus quartus ; 5 — canalis centralis ; d — ventriculii encefalului la omul adult (aspect superior) : 1 — cornu frontale ; 2 — for. interventriculare ; 3 — cornu temporale ; 4 — ventriculus tertius ; 5 — aqueductus mesencephali ; 6 — cornu occipitale ; 7 — ventriculus quartus ; 8 — canalis centralis ; 9 — pars centralis (ventriculi lateralis) ; e — ventriculii encefalului la omul adult (aspect lateral) : 1 — cornu frontale ; 2 — for. interventriculare ; 3 — pars centralis ; 4 — ventriculus tertius ; 5 — cornu occipitale ; 6 — aqueductus mesencephali ; 7 — ventriculus quartus ; 8 — cornu temporale.

vasculară, formînd tavanul ventriculului III și conținînd plexul vascular (*plexus choroideus ventriculi tertii*). În peretele superior mai apare și o evaginație cecă impară, care se transformă ulterior în corpul pineal sau epifiză (*corpus pineale*). În peretele inferior, subțire și acesta, mai apare încă o evaginație impară, din care mai apoi se va forma tuberul cenușiu (*tuber cinereum*), infundibulum (*infundibulum*) și lobul posterior al hipofizei (*neurohypophysis*).

Cavitatea diencefalului formează ventriculul III al creierului, care prin inter-

mediul apeductului mezencefalic comunică cu ventriculul IV.

Telencephalon, compus în etapele timpurii de dezvoltare dintr-o veziculă cerebrală impară se transformă ulterior, datorită dezvoltării intensive a porțiunilor laterale, în două vezicule — viitoarele emisfere ale creierului. Cavitatea creierului terminal, inițial impară, se împarte la fel în două părți, fiecare din ele comunicînd cu cavitatea ventriculului III prin orificiile interventriculare. Cavitățile emisferelor cerebrale în curs de dezvoltare se transformă în ventriculii laterali ai creierului, care se disting prin-

tr-o configurație complicată (fig. 189).

Creșterea intensivă a emisferelor se soldează cu acoperirea treptată de către ele de sus și din părți nu numai a diencefalului și a mezencefalului, ci și a cerebelului. Pe fața internă a ambelor emisfere în curs de dezvoltare, în regiunea lor bazală se formează o proeminență (o îngroșare a peretelui), în masa căreia se dezvoltă nucleii bazali (centrali), *núclei basáles*. Peretele medial, subțire, al veziculei fiecărei emisfere, prolabînd în direcția cavității ventriculului lateral, formează împreună cu membrana vasculară plexul vascular al ventriculului lateral. În regiunea peretelui anterior, și el subțire, și reprezentînd o continuare a lamei terminale (*lámina terminális*), ia naștere o îngroșare, care se transformă ulterior în corpul calos și comisura anterioară a creierului, unind emisferele una cu alta. Creșterea neuniformă și intensivă a pereților veziculelor emisferelor duce la aceea, că la început pe suprafața netedă a feței lor externe, în anumite locuri apar depresiuni, care mai apoi formează șanțurile emisferelor cerebrale. Înaintea tuturor celorlalte apar șanțurile constante și adînci, și în primul rînd șanțul sau scizura laterală (silviană). Cu ajutorul unor asemenea șanțuri profunde fiecare din emisfere se împarte în lobi, iar aceștea, la rîndul lor, prin șanțuri mai puțin adînci, sînt divizați în niște porțiuni bombate — circumvoluții cerebrale.

Straturile externe ale pereților veziculelor emisferiale sînt formate din substanță cenușie în curs de dezvoltare — cortexul cerebral. Șanțurile și circumvoluțiile măresc considerabil suprafața cortexului cerebral. Spre momentul nașterii pe emisferele cerebrale ale copilului există toate șanțurile și circumvoluțiile principale. După naștere în diferiți lobi emisferieni apar șanțulețe inconstante, inominalizate. Localizarea și numărul acestor șanțulețe determină diversitatea de variante și complexitatea reliefului emisferelor cerebrale.

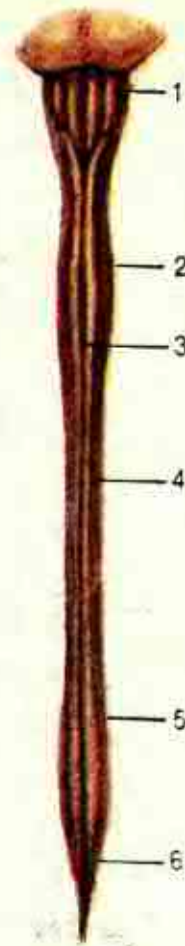


Fig. 190. Măduva spinării (fața anterioară).

1 — medulla oblongata; 2 — intumescenția cervicalis; 3 — fissura mediană ventralis (anterior); 4 — sul. ventrolateralis (anterolateralis); 5 — intumescenția lumbosacralis; 6 — conus medullaris.

SISTEMUL NERVOS CENTRAL

MĂDUVA SPINĂRII

Măduva spinării, *medulla spinális*, prin aspectul său exterior reprezintă un cordon lung de formă cilindrică, puțin aplatizat în sens anteroposterior (fig. 190), din care cauză diametrul lui transversal e net superior celui anteroposterior.

Măduva spinării e situată în canalul rahidian; la nivelul marginii inferioare a orificiului mare occipital ea trece în encefal. Acest nivel constituie linia limitrofă superioară a măduvei spinării. În această regiune, din ambele părți ale măduvei pornesc cite o pereche de rădăcini nervoase care, fuzionînd, formează nervii spinali din dreapta și din stînga. Linia

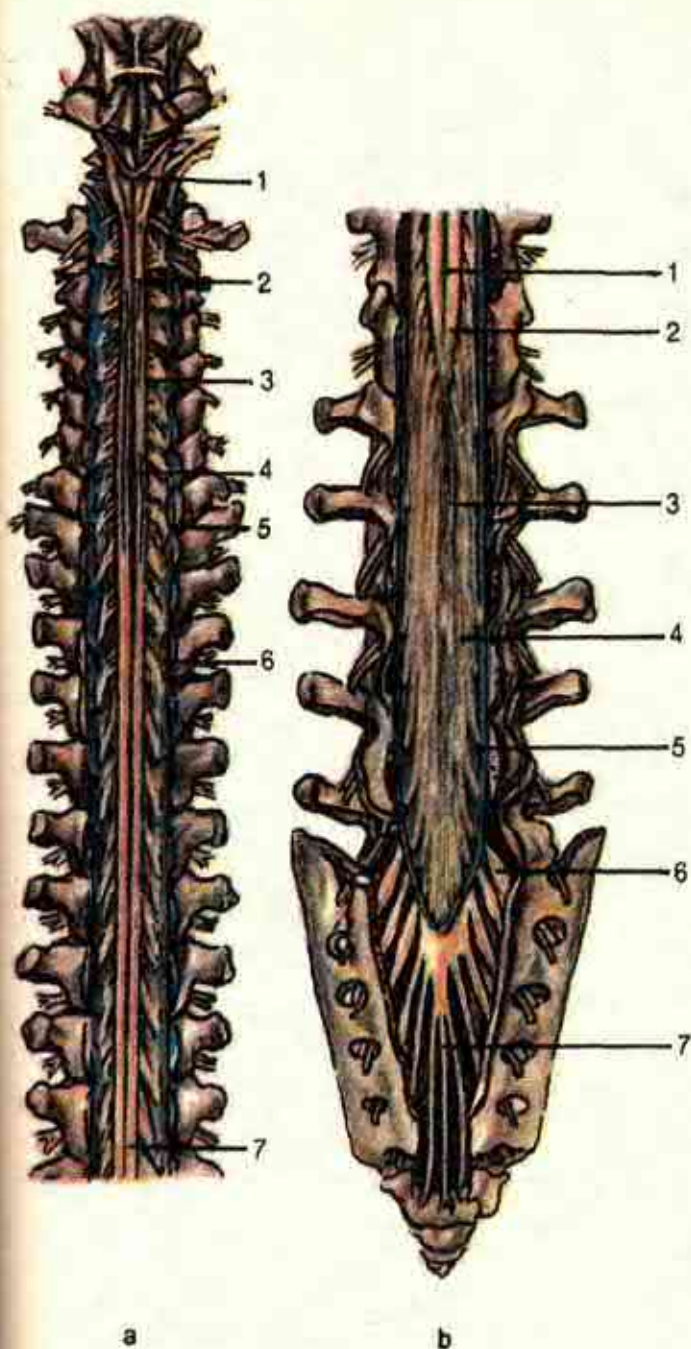


Fig. 191. Măduva spinării în canalul vertebral (deschis); aspect posterior.

a: 1 — medulla oblongata; 2 — sul. medianus posterior; 3 — intumescența cervicalis; 4 — sul. dorsolateralis (posterolateralis); 5 — lig. denticulatum; 6 — dura mater spinalis; 7 — intumescența lumbosacralis; b: 1 — sul. medianus dorsalis (posterior); 2 — conus medullaris; 3 — filum terminale; 4 — cauda equina; 5 — dura mater spinalis; 6 — gangli. spinale; 7 — filum terminale.

limitrofă inferioară a măduvei coincide cu nivelul vertebrelor lombare I—II. Mai jos de acest nivel vârful conului medular al măduvei spinării continuă cu un fil terminal subțire (fig. 191). **Filul terminal, filum terminale**, în porțiunile sale

superioare mai conține încă țesut nervos și reprezintă un rudiment al capătului caudal al măduvei spinării. Această porțiune a filului terminal, denumită internă, e înconjurată de către rădăcinile nervilor lombari și sacrali și este închisă împreună cu acestea într-un sac cec, pe care-l constituie pahimeningele rahidian. La adult această porțiune a filului terminal are în lungime circa 15 cm. Sub nivelul vertebrei II sacrale filul terminal constituie o formațiune de țesut conjunctiv, ce reprezintă continuarea tuturor celor trei membrane ale meningelui rahidian. Porțiunea externă a filului terminal are o lungime de circa 8 cm și se termină la nivelul corpului vertebrei II coccigiene, inserându-se în periostul acesteia.

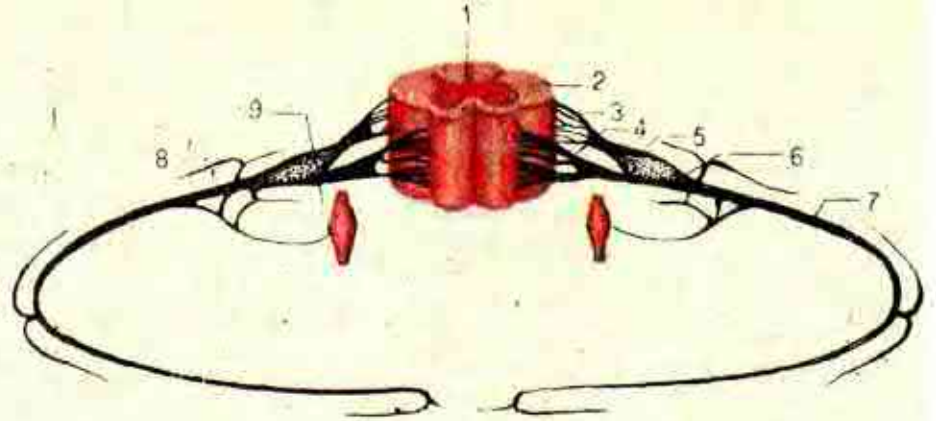
La adult măduva spinării are o lungime medie de 43 cm (la bărbați — 45 cm, la femei — 41—42 cm) și o masă de circa 34—38 g, constituind aproximativ 2% din masa totală a encefalului.

În regiunile cervicală și lumbosacrală la măduva spinării se disting două îngroșări considerabile: **intumescența cervicală, intumescența cervicalis**, și **intumescența lumbosacrală, intumescența lumbosacralis**. Apariția acestor porțiuni mai îngroșate ale măduvei se datorează faptului, că de la regiunile ei cervicală și lumbosacrală se realizează inervația respectivă a membrilor superioare și inferioare, din care cauză în comparație cu alte regiuni ale măduvei spinării ele conțin o cantitate mai mare de celule și fibre nervoase. În porțiunile sale inferioare măduva spinării treptat devine mai subțire și formează **conul medular, conus medullaris**.

Pe fața anterioară a măduvei spinării se distinge **fisura mediană anterioară, fissura mediană ventralis (anterior)**, care pătrunde în măduvă mult mai adânc decât **șanțul median posterior, sulcus medianus dorsalis (posterior)**. Șanțurile menționate reprezintă liniile limitrofe, prin care măduva spinării este împărțită în două jumătăți simetrice. În profunzimea șanțului median posterior se află **septul median posterior, septum medianum dorsale**, de compoziție glială, care străbate aproape toa-

Fig. 192. Schema unui segment medular.

1 — substantia grisea; 2 — substantia alba; 3 — radix dorsalis (posterior); 4 — radix ventralis (anterior); 5 — gangl. spinale; 6 — n. spinalis; 7 — r. ventralis (anterior); 8 — r. dorsalis (posterior); 9 — gangl. sympathicum.



tă masa substanței albe, atingând partea posterioară a substanței cenușii din măduva spinării.

Pe fața anterioară a măduvei spinării bilateral de fisura mediană trece **șanțul lateral anterior, *sulcus ventrolateralis (anterolateralis)***, locul prin care din măduvă își fac apariția rădăcinile anterioare (motoare) și care la suprafața măduvei spinării servește drept linie limitrofă între cordoanele ei anterior și lateral. Din partea posterioară fiecare din cele două jumătăți ale măduvei spinării e străbătută longitudinal de **șanțul lateral posterior, *sulcus dorsolateralis (posterolateralis)***, prin care pătrund în măduvă rădăcinile posterioare (senzitive). Acest șanț servește drept linie limitrofă dintre funiculul posterior și cel lateral.

Rădăcina anterioară, *radix ventralis (anterior)* constă din prelungirile celulelor nervoase motoare, dislocate în cornul anterior al substanței medulare cenușii. Rădăcina posterioară, *radix dorsalis (posterior)* care pătrunde în măduva spinării, reprezintă totalitatea prelungirilor centrale ale celulelor pseudounipolare, corpurile celulare ale cărora formează ganglionul spinal (*ganglion spinale*), situat la nivelul fuzionării rădăcinilor anterioară și posterioară. De fiecare parte a măduvei spinării, pe toată lungimea ei, pornesc 31 perechi de rădăcini. La nivelul marginii mediale a orificiului intervertebral rădăcinile anterioară și posterioară se apropie reciproc, fuzionează și formează **nervul spinal (*nervus spinalis*)**. Într-un asemenea mod din rădăcini se formează 31 perechi de nervi spinali. Porțiunea măduvei spinării, care

corespunde cu două perechi de rădăcini (două anterioare și două posterioare) e denumită **segment al măduvei spinării (segment medular)** (fig. 192). Respectiv celor 31 perechi de nervi spinali pe măduva spinării se disting 31 de segmente medulare, notamente: 8 cervicale, 12 toracice, 5 lombare, 5 sacrale și 1 cocciagian. Fiecărui segment al măduvei spinării îi corespunde o anumită regiune a corpului, care e inervată din segmentul respectiv. Segmentele nervoase sînt notate prin literele inițiale ale denumirii regiunii măduvei spinării și prin cifre latine, care corespund numărului de ordine al segmentului, de exemplu: segmentele cervicale, *segmenta cervicalia*, — $C_1 - C_{VIII}$; segmentele toracice, *segmenta thoracica*, — $Th_1 - Th_{XII}$; segmentele lombare, *segmenta lumbalia*, — $L_1 - L_V$; segmentele sacrale, *segmenta sacralia*, — $S_1 - S_V$; segmentul cocciagian, *segmentum coccygeum*, — Co_1 .

Pentru medic e extrem de importantă cunoașterea interrelațiilor topografice dintre segmentele măduvei spinării și coloana vertebrală (scheletotopia segmentelor). În comparație cu coloana vertebrală măduva spinării are o lungime mult mai mică, din care cauză, numărul de ordine al segmentelor medulare și nivelul localizării lor, începînd cu porțiunea inferioară a regiunii cervicale, nu corespunde numărului de ordine al vertebrelor respective (fig. 193). Poziția segmentelor medulare față de vertebre poate fi depistată în modul următor: segmentele cervicale superioare ale măduvei spinării sînt situate la nivelul cor-

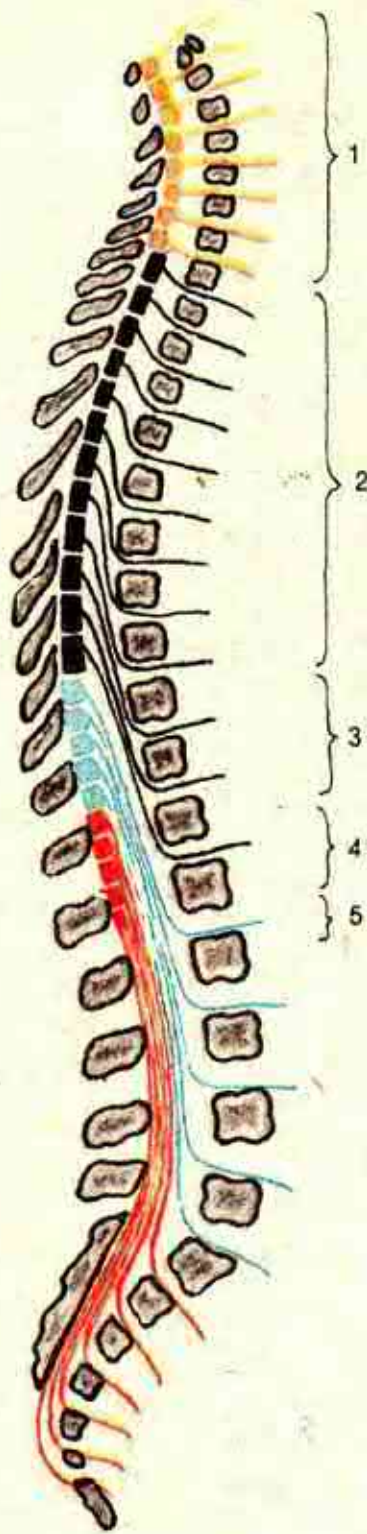


Fig. 193. Topografia segmentelor măduvei spinării.

1—pars cervicalis ($C_1 - C_{VIII}$); 2—pars thoracica ($Th_1 - Th_{XII}$);
3—pars lumbalis ($L_1 - L_V$); 4—pars sacralis ($S_1 - S_V$); 5—
pars coccygea ($Co_1 - Co_{III}$).

purilor vertebrelor cervicale respective. Segmentele cervicale inferioare și cele toracice superioare se află cu o ver-

tebră mai sus de corpurile vertebrelor respective. În porțiunea medie a regiunii toracice diferența dintre segmentul medular și vertebra respectivă crește deja cu 2 vertebre, iar în porțiunea toracică inferioară — cu 3. Segmentele lombare ale măduvei spinării se situează în canalul vertebral la nivelul corpurilor vertebrelor X—XI toracice, segmentele sacrale și coccigian — la nivelul vertebrelor XII toracică și I lombară.

Măduva spinării constă din celule nervoase și fibre ale substanței cenușii, care în secțiune transversală îmbracă aspectul literei H sau al unui fluture cu aripile desfăcute, și din substanță albă, dispusă la periferie și formată numai din fibre nervoase (fig. 194).

În masa substanței cenușii se distinge **canalul central** al măduvei spinării, *canalis centralis*. Acest canal este o reminență a cavității tubului neural și conține lichid cefalorahidian. Extremitatea superioară a canalului central comunică cu ventriculul al IV-lea, pe cînd cel inferior, dilatîndu-se puțin, formează **ventriculul terminal**, *ventriculus terminalis*, care se sfîrșește cec. Pereții canalului central al măduvei spinării sînt tapetați cu ependim, în jurul căruia se află **substanța gelatinoasă centrală** (de culoare cenușie), *substantia gelatinosa centralis*.

La adult canalul central din diverse regiuni ale măduvei spinării sau pe întregul său traiect se obliterează.

Substanța cenușie, *substantia grisea*, formează pe întreg parcursul măduvei spinării două **columnne cenușii**, *columnae griseae*, simetrice, plasate din ambele părți, dreaptă și stîngă, a canalului central. Anterior și posterior de canalul central al măduvei spinării aceste columne cenușii sînt unite reciproc prin lamele fine de substanță cenușie, denumite **comisura anterioară** și **comisura posterioară**.

La fiecare din cele două columne de substanță cenușie se disting: porțiunea anterioară — **columna anterioară**, *columna ventralis (anterior)*, și porțiunea posterioară — **columna posterioară**, *columna dorsalis (posterior)*. La nivelul segmentului cer-

mită astfel din cauza, că în această regiune se află o rețea glială cu anse mari conținând celulele nervoase. În sens posterior zona spongioasă e urmată de substanța gelatinoasă, *substantia gelatinosa* formată din micro-neuroni. Prelungirile celulelor nervoase din substanțele gelatinoasă și spongioasă, precum și cele ale celulelor diseminate, situate în mod difuz în întreaga masă a substanței cenușii, realizează legătura cu câteva segmente învecinate. De regulă, aceste prelungiri se termină prin sinapse cu neuronii din coarnele anterioare ale segmentului propriu, precum și ale segmentelor vecine, superior și inferior. Pornind din coarnele posterioare ale substanței cenușii spre coarnele anterioare, prelungirile menționate se plasează la periferia substanței cenușii, formând în imediata ei apropiere un chenar îngust de substanță albă. Aceste fascicule de fibre nervoase au fost denumite fascicule proprii anterioare, laterale și posterioare, *fasciculi proprii dorsales, ventrales et laterales*. Celulele tuturor nucleelor din coarnele posterioare ale substanței cenușii reprezintă, de regulă, neuroni intercalari (intermediari). Neurii, porniți de la celulele nervoase, totalitatea căroră constituie nucleul central și nucleul toracic din coarnele posterioare, trec spre encefal prin substanța albă a măduvei spinării.

Zona intermediară de substanță cenușie a măduvei spinării e situată între coarnele anterior și posterior. În limitele ei pe traiectul măduvei spinării de la nivelul segmentului III cervical pînă la nivelul segmentului II lombar se mai află o proeminență laterală de substanță cenușie — cornul lateral. În coarnele laterale sînt situați centrii porțiunii simpatice a sistemului nervos vegetativ. Ei îmbracă aspectul citorva grupuri mici de celule nervoase, care formează în ansamblu substanța (cenușie) intermediară laterală, *substantia (grisea) intermedia lateralis*. Axonii acestor celule trec prin cornul anterior și părăsesc măduva spinării în componența rădăcinilor anterioare.

În zona intermediară este situată și

substanța (cenușie) intermediară centrală (medială), *substantia (grisea) intermedia centralis*. Prelungirile celulelor ei participă la formarea tractului spinocerebelar. La nivelul segmentelor cervicale ale măduvei spinării între coarnele anterior și posterior, iar la nivelul segmentelor cervicale superioare — între coarnele lateral și posterior, în substanța albă, situată în imediata apropiere de substanța cenușie, e localizată formația reticulară, *formatio reticularis*. Formația reticulară are aspectul unor trabecule fine, care se intersectează în direcții diverse și constă din celule nervoase cu numeroase prelungiri.

Substanța cenușie a măduvei spinării împreună cu rădăcinile anterioare și posterioare și fasciculele proprii de substanță albă, care ca o bordură înconjoară substanța cenușie, constituie aparatul propriu sau segmentar al măduvei spinării. Destinația esențială a aparatului segmentar, care din punct de vedere al filogenezei reprezintă cea mai veche formațiune a măduvei spinării, constă în realizarea reacțiilor (reflexelor) înnăscute de răspuns la acțiunea excitanților externi sau interni. Asemenea tip de activitate a aparatului segmentar al măduvei spinării a fost calificat de către I. P. Pavlov prin termenul „reflexe necondiționate“.

Substanța albă, *substantia alba*, după cum s-a mai menționat, este localizată la exterior de substanța cenușie. Șanțurile măduvei spinării despart substanța albă în trei cordoane dispuse simetric de ambele părți. **Cordonul anterior, *funiculus ventralis (anterior)***, e cuprins între șanțul median anterior și șanțul lateral anterior. În componența substanței albe posterior de șanțul median anterior se distinge comisura albă anterioară, *comissura alba*, care unește cordoanele anterioare drept și stîng. **Cordonul posterior, *funiculus dorsalis (posterior)***, se află între șanțul median și șanțul lateral posterior. **Cordonul lateral, *funiculus lateralis***, reprezintă porțiunea de substanță albă dintre șanțurile laterale anterior și posterior.

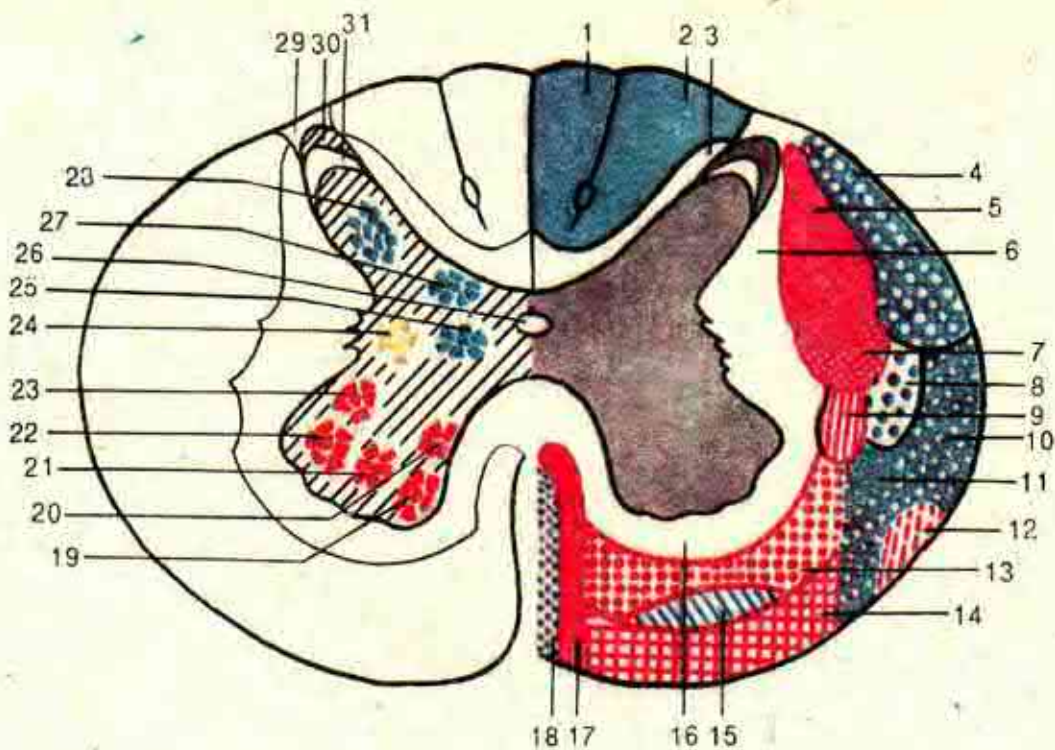


Fig. 195. Schema nucleilor de substanță cenușie (19—28) și a căilor de conducere a substanței albe (1—18) pe o secțiune transversală a măduvei spinării.

1 — fasc. gracilis ; 2 — fasc. cuneatus ; 3 — fasc. proprius dorsalis (posterior) ; 4 — tr. spinocerebellaris dorsalis (posterior) ; 5 — tr. corticospinalis (pyramidalis) lateralis ; 6 — fasc. proprius lateralis ; 7 — tr. rubrospinalis ; 8 — tr. spinothalamicus lateralis ; 9 — tr. vestibulospinalis dorsalis (posterior) (BNA) ; 10 — tr. spinocerebellaris ventralis (anterior) ; 11 — tr. spinotectalis ; 12 — tr. olivospinalis ; 13 — tr. reticulospinalis ventralis (anterior) ; 14 — tr. vestibulospinalis ; 15 — tr. spinothalamicus ventralis (anterior) ; 16 — fasc. proprius ventralis (anterior) ; 17 — tr. corticospinalis (pyramidalis) ventralis (anterior) ; 18 — tr. tectospinalis ; 19 — nucl. ventromedialis ; 20 — nucl. dorsomedialis ; 21 — nucl. centralis ; 22 — nucl. ventrolateralis ; 23 — nucl. dorsolateralis ; 24 — columna intermediolateralis (autonomica) ; 25 — nucl. intermediomedialis (BNA) ; 26 — canalis centralis ; 27 — columna thoracica ; 28 — nucl. proprius cornu posterior (BNA) ; 29 — zona terminalis (BNA) ; 30 — zona spongiosa (BNA) ; 31 — substantia gelatinosa.

Substanța albă a măduvei spinării este formată din prelungirile celulelor nervoase. Totalitatea acestor prelungiri din cordoanele măduvei spinării formează trei sisteme de fascicule (căi conductoare sau tracturi) ale măduvei (fig. 195) :

1) fascicule scurte de fibre asociative, care leagă segmentele medulare cu un divers nivel de localizare ;

2) fascicule ascendente (afereente, senzitive), care pornesc spre centrii encefalului sau cerebelului ;

3) fascicule descendente (eferente, motoare), pornite de la encefal spre neuronii coarnelor anterioare ale măduvei. Ultimele două sisteme constituie un aparat conductor nou, extrasegmentar (spre deosebire de aparatul segmentar, mai vechi din punct de vedere al filogenezei) pentru legăturile bilaterale ale

creierului și măduvei spinării. Substanța albă a cordoanelor ventrale conține în special căi conductoare descendente, cea a cordoanelor laterale — atât descendente cât și ascendente, iar cordoanele dorsale — căi ascendente.

Cordonul anterior, funiculus ventralis (anterior), include următoarele căi conductoare :

1. Tractul corticospinal (piramidal) ventral, *tractus corticospinalis (pyramidalis) ventralis (anterior)*, este o cale conductoare motora, care se compune din axonii celulelor gigantopiramidale. Fasciculu de fibre nervoase, care constituie acest tract, se situează în imediata apropiere de șanțul median ventral (medioventral), unde ocupă porțiunea anteromedială a cordoanelor ventrale. Tractul corticospinal ven-

tral propagă impulsurile nervoase ale reacțiilor motoare de la cortexul cerebral spre coarnele medulare ventrale.

2. Tractul reticulospinal ventral, *tractus reticulospinalis ventralis (anterior)* este situat în porțiunea centrală a cordonului ventral, lateral de tractul corticospinal. Această cale realizează propagarea influxului nervos de la formațiunea reticulară a creierului spre nucleeele motoare din cornul medular anterior.

3. Tractul spinotalamic ventral, *tractus spinothalamicus ventralis (anterior)* se plasează ceva mai anterior față de tractul reticulospinal ventral și propagă impulsurile senzației tactile (senzațiile tactile ușoare și de presiune).

4. Tractul tectospinal, *tractus tectospinalis*, realizează legătura dintre centrii subcorticali atât optici (din coliculii cvadrigemeni superiori) cât și acustici (din coliculii cvadrigemeni inferiori) și nucleeele motoare din coarnele medulare anterioare. Acest fascicul este situat medial față de tractul corticospinal (piramidal) ventral, în imediata apropiere de șanțul median anterior. Prezența tractului tectospinal asigură realizarea mișcărilor reflexe de protecție ca răspuns la acțiunea excitanților optici și acustici.

5. Fasciculul longitudinal dorsal, *fasciculus longitudinalis dorsalis*, ocupă spațiul dintre comisura cenușie anterioară și tractul corticospinal (piramidal) ventral și e mai bine dezvoltat în regiunile medulare superioare. Prin fibrele nervoase ale acestui fascicul sînt propagate impulsurile, care coordonează, în special, activitatea mușchilor striați ai globului ocular și a mușchilor gîtului.

6. Tractul vestibulospinal, *tractus vestibulospinalis*, e localizat în straturile superficiale de substanță albă din cordonul medular anterior, în imediată apropiere de șanțul ventrolateral (lateral anterior) al măduvei spinării. Fibrele nervoase ale căii conductoare vestibulospinale, pornesc din nucleii vestibulari ai perechii a VIII-a de nervi cranieni, aflați în bulbul rahi-

dian. Ele se îndreaptă spre celulele motoare ale coarnelor medulare ventrale.

Cordonul lateral, *funiculus lateralis*, al măduvei spinării conține următoarele căi conductoare :

1. Tractul spinocerebelar dorsal, *tractus spinocerebellaris dorsalis (posterior)* (sau fasciculul Flechsig), propagă spre cerebel impulsurile proprioceptive. Este localizat lângă șanțul lateral posterior și ocupă porțiunile dorsolaterale ale cordonului medular lateral. În direcție medială fasciculul de fibre al acestei căi conductoare vine în contact cu calea corticospinală (piramidală) laterală, calea rubrospinală și calea spinotalamică; din direcție ventrală tractul spinocerebelar dorsal aderă la calea spinocerebelară ventrală.

2. Tractul spinocerebelar ventral, *tractus spinocerebellaris ventralis (anterior)* (fasciculul Gowers), la fel ca și tractul precedent, transmite impulsurile proprioceptive spre cerebel. Este situat în regiunile anterolaterale ale cordonului medular lateral și ocupă tot spațiul pînă la șanțul ventrolateral al măduvei, limitrofînd cu tractul olivospinal. Din partea medială tractul spinocerebelar ventral contactează cu tractul spinotectal și tractul spinotalamic lateral.

3. Tractul spinotalamic lateral, *tractus spinothalamicus lateralis*, este localizat în porțiunile anterioare ale cordonului ventral, avînd din partea laterală tracturile spinocerebelare ventral și dorsal, din partea medială — tracturile rubrospinal și vestibulospinal. Tractul spinotalamic lateral realizează propagarea impulsurilor nervoase, legate de senzația termică și dureroasă.

Sistemele de fibre descendente ale cordonului lateral includ tractul cerebrospinal (piramidal) lateral și calea extrapiramidală — tractul rubrospinal.

4. Tractul corticospinal (piramidal) lateral, *tractus corticospinalis (pyramidalis) lateralis*, transmite impulsurile nervoase motoare de la cortexul cerebral spre coarnele ventrale ale măduvei spinării. El constă din fibre nervoase, care reprezintă axonii neuronilor piramidali gigantici din cor-

texul cerebral. Tractul corticospinal lateral este situat medial de tractul spinocerebelar dorsal, și posterior de tractul rubrospinal. În limitele cordonului lateral fasciculul de fibre al acestei căi conductoare ocupă un spațiu considerabil, mai ales la nivelul segmentelor cervicale superioare. La nivelul segmentelor inferioare ale măduvei spinării, pe măsura creșterii numărului lor de ordine, aria acestei căi pe o secțiune transversală devine tot mai limitată.

5. **Tractul rubrospinal, *tractus rubrospinalis***, este dispus înaintea tractului corticospinal (piramidal) lateral. Din partea laterală, cu o porțiune îngustă, el se învecinează cu compartimentele ventrale ale tractului spinocerebelar posterior și cu tractul spinotalamic lateral. Tractul rubrospinal realizează propagarea impulsurilor nervoase spre coarnele anterioare ale măduvei spinării. Aceste impulsuri au un rol anumit în controlul mișcărilor automate (inconștiente) și a tonusului mușchilor scheletali.

Prin cordoanele laterale ale măduvei spinării trec fascicule de fibre nervoase, care constituie, pe lângă cele menționate, și alte căi conductoare (de exemplu, tracturile spinotectal, olivospinal, vestibulospinal etc.).

Cordonul posterior, *fasciculus dorsalis (posterior)*, la nivelul segmentelor sale cervicale și toracice superioare se împarte de către șanțul intermediar posterior, *sulcus intermedius dorsalis* (posterior) în două fascicule. Cel medial e adiacent șanțului longitudinal posterior și poartă denumirea de **fascicul fin** (fasciculul Goll sau grațios), *fasciculus gracilis*. Ceva mai lateral de acest tract, la cornul dorsal din partea lui medială, se alătură **fasciculul cuneat** (fasciculul Burdach), *fasciculus cuneatus*. Fasciculul fin constă din formațiuni conductoare mai lungi, care vin de la membrele inferioare și de la regiunile inferioare ale trunchiului spre partea respectivă a bulbului rahidian.

În componența acestui fascicul se află fibre nervoase, care pătrund în măduva spinării prin intermediul rădăcinilor posterioare la nivelul celor 19 segmente medulare inferioare și se plasează în

porțiunea medulară a cordonului posterior. Fasciculul cuneat se formează datorită pătrunderii în cele 12 segmente medulare superioare a fibrelor nervoase, emergente din neuronii care inversează membrele superioare și porțiunile superioare ale trunchiului. În cordonul dorsal fasciculul menționat ocupă o poziție laterală. Ambele fascicule reprezintă conductori ai sensibilității proprioceptive, care transportă în direcția cortexului cerebral informații despre poziția în spațiu a corpului și a compartimentelor sale.

Raportul dintre ariile, ocupate de către cele două feluri de substanță nervoasă (albă și cenușie) din cadrul secțiunilor transversale, trasate prin diverse regiuni ale măduvei spinării variază. De exemplu, la nivelul segmentelor inferioare, în special în regiunea intumescenței lombare, substanței cenușii din cadrul unei secțiuni transversale îi revine un spațiu mai mare. Modificările cantitative ale raportului dintre substanța albă și cea cenușie sînt explicate prin faptul, că la nivelul regiunilor inferioare ale măduvei spinării are loc o diminuare considerabilă a numărului total de căi nervoase descendente, pornite din encefal; totodată la nivelul segmentelor inferioare abea începe formarea căilor ascendente. Numărul fibrelor nervoase, care constituie tracturile ascendente, crește treptat în direcția de la segmentele medulare inferioare spre cele superioare. Pe secțiunile transversale ale măduvei, trasate prin segmentele ei toracice medii și superioare, suprafața ocupată de substanța albă e mai mare decît cea cuprinsă de substanța cenușie.

La nivelul intumescențelor cervicală și lombară aria de răspîndire a substanței cenușii comparativ cu alte regiuni ale măduvei e cea mai pronunțată.

Particularitățile de vîrstă ale măduvei spinării

Măduva spinării la nou-născut are o lungime medie de 14 cm (13,6—14,8); limita ei caudală se află la nivelul marginii inferioare a vertebrei II lombare. La copilul în vîrstă de 2 ani măduva spinării atinge lungimea de 20 cm, iar

la vârsta de 10 ani ea e de două ori mai lungă decât la nou-născut. Creșterea în lungime a segmentelor medulare e mai accentuată în regiunea toracică. La nou-născut măduva spinării are o greutate de circa 5,5 g, la copiii în vârsta de 1 an — circa 10 g, la vârsta de 3 ani ea cîntărește ceva mai mult de 13 g, iar la vârsta de 7 ani masa măduvei atinge aproximativ 19 g.

În secțiune transversală aspectul măduvei spinării la copii e același ca și la adult. La nou-născut sînt bine pronunțate intumescențele cervicală și lombară, iar canalul central e ceva mai larg ca la adult. Lumenul acestui canal se îngustează mai ales pe parcursul celor 1—2 ani de viață extrauterină, precum și în decursul perioadelor de vîrstă mai înaintate, cînd are loc majorarea masei de substanță albă și cenușie. Volumul substanței albe crește mai repede, mai ales din contul fasciculelor proprii ale aparatului segmentar, care se formează mai devreme decât căile conductoare, ce leagă măduva spinării cu encefalul.

MENINGELE RAHIDIAN

Măduva spinării este învelită în trei membrane de proveniență mezenchimală (fig. 196). La exterior se situează **dura mater** rahidiană (spinală) sau pahimeningele, *pachyméninx*, urmată de o membrană medie — arahnoida rahidiană (spinală) care se desparte de membrana precedentă printr-un spațiu, denumit subdural. Membrana internă aderă intim la substanța medulară și e denumită *pia mater*. Ea se desparte de arahnoidă prin spațiul subarahnoidian. În cadrul neurologiei ultimele două membrane sînt cunoscute sub denumirea de meninge moale sau leptomeninge, *leptoméninx*.

Dura mater spinală, *dúra máter spinális*, reprezintă o formațiune sacciformă alungită cu pereții groși și destul de duri, dispusă în canalul vertebral, conținînd măduva spinării cu rădăcinile ei ventrale și dorsale și celelalte două membrane. Fața externă a durei mater se desparte de periostul, care tapetează din interior canalul vertebral prin spațiul epidural, *cávitás epidurális*. Acest

spațiu conține din abundență țesut adipos, precum și o rețea de vene — plexul venos vertebral intern. În regiunea superioară dură mater spinală aderă strîns la marginea marelui orificiu occipital și continuă în dura mater a encefalului. În interiorul canalului vertebral dura mater e fortificată de către prelungirile sale, care trec mai apoi în tecile perineurale ale nervilor spinali și fuzionează cu periostul în fiecare orificiu intervertebral. La fixarea *dura mater* mai contribuie și numeroase fascicule fibroase, care pornesc de la această membrană și se implică în ligamentul longitudinal posterior, *lig. longitudinalé postérius*, al coloanei vertebrale.

Fața internă a dura mater spinale e separată de arahnoidă printr-un spațiu fisural îngust, care e străbătut de numeroase fascicule fine de fibre conjunctivale. În porțiunile sale superioare spațiul subdural rahidian comunică liber cu spațiul similar din cavitatea craniului. În sens caudal spațiul menționat se termină cec la nivelul vertebrei II sacrale. Mai jos de acest nivel fasciculele de fibre de apartenență durală își continuă traiectul sub aspect de fir terminal (extern).

Arahnoida spinală, *arahnoidea (máter) spinális*, se prezintă ca o membrană fină dispusă spre interior de fața internă a dura mater spinale. În regiunea orificiilor intervertebrale arahnoida fuzionează cu dura mater.

Pia mater spinală (membrana moale sau vasculară), *pia máter spinális*, aderă intim la măduva spinării, unindu-se cu substanța ei. Fibrele conjunctivale, emergente din pia mater, însoțesc vasele sangvine și pătrund împreună cu ele în masa substanței medulare. Pia mater e separată de arahnoidă de către spațiul subarahnoidian, *cávitás subarachnoidális*, în care se conține lichid cerebrospinal, *liquor cerebrospínális*. Devenind în sens caudal mai larg, spațiul subarahnoidian (fig. 197) conține doar rădăcinile nervilor spinali scaldate de lichidul cerebrospinal. În această regiune (sub nivelul vertebrei II lombare) prin puncție cu ajutorul unui ac special (evitîndu-se riscul de a leza măduva spinării) poate fi co-

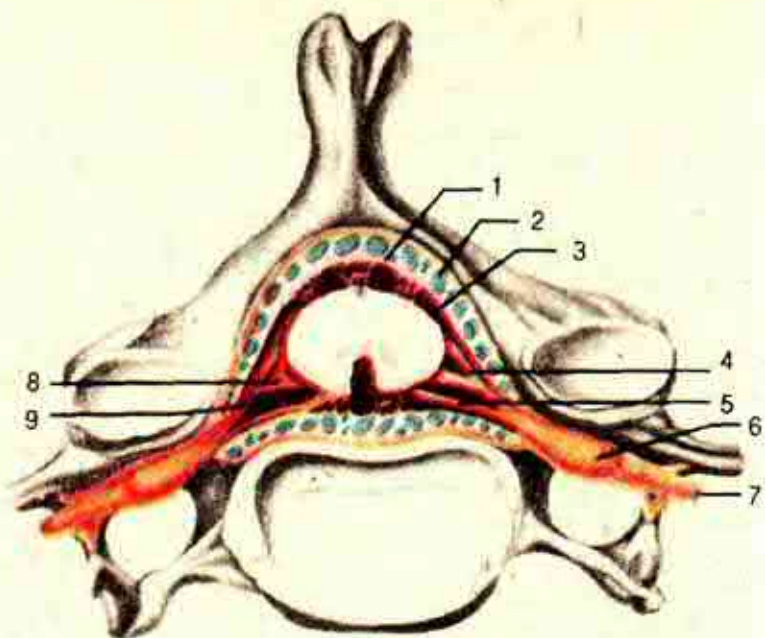


Fig. 196. Măduva spinării și meningele ei în canalul vertebral (secțiune transversală prin coloana vertebrală).

1 — dura mater spinalis; 2 — cavitas epiduralis; 3 — arachnoidea (mater) spinalis; 4 — radix dorsalis (posterior); 5 — radix ventralis (anterior); 6 — gangli. spinale; 7 — n. spinalis; 8 — lig. denticulatum; 9 — cavitas subarachnoidalis.

lectat lichidul cerebrospinal pentru cercetările de laborator. Cantitatea totală a lichidului cerebrospinal constituie circa 120—140 ml.

Spațiul subarahnoidian al măduvei spinării trece în porțiunea sa superioară în spațiul subarahnoidian al encefalului. El conține fascicule și numeroase lamele conjunctivale, care leagă arahnoida cu pia mater spinală și măduva spinării. Dinspre fețele laterale ale măduvei (mai precis de la pia mater, care le acoperă), din dreapta și din stînga ei, printră rădăcinile ventrale și dorsale spre arahnoidă pornește o lamelă fină dar tenace, denumită *ligament dîntat*, *ligamentum denticulatum*. Ligamentul menționat începe compact de la pia mater, ca mai apoi, în sens lateral să se dividă în 20—30 de dinți, care cresc nu numai cu arahnoida, ci și cu dura mater spinală. Zimțul superior al ligamentului se află la nivelul orificiului mare occipital, iar cel inferior — la nivelul spațiului dintre rădăcinile nervului spinal toracic XII și cele ale nervului I lombar. În felul acesta măduva spinării e situată în spațiul subarahnoidian fiind parcă suspendată în lichidul cerebrospinal cu ajutorul ligamentelor dîntate, dispuse în plan frontal. De la pia mater, care învelește fața posterioară a măduvei, pe parcursul șanțului median posterior, *sûlcus mediânus postêrior*,

spre arahnoidă pornește un sept aranjat în plan sagital. Pe lîngă ligamentul dîntat și septul posterior în spațiul subarahnoidian se mai află fascicule fine inconstante de fibre conjunctivale (trabeculare, filamente), care leagă pia mater cu arahnoida măduvei spinării.

În regiunile lombară și sacrală ale canalului vertebral, în care este situată coada de cal, *câuda equina*, ligamentele dîntate și septul subarahnoidian posterior lipsesc. Formațiunile din jurul măduvei spinării (țesutul adipos și plexurile venoase din spațiul epidural, meningele rahidian, lichidul cerebrospinal, aparatul ligamentar) nicidecum nu o strîng în cadrul diverselor mișcări ale coloanei vertebrale, ci din contra, ele protejează măduva de izbiturile și zdruncinăturile, care apar în timpul activității motorii a corpului uman.

Vasele sângvine ale măduvei spinării

Spre măduva spinării pornesc ramuri de la artera vertebrală (din sistemul arterei subclaviculare), de la artera cervicală profundă (ramură a trunchiului costocervical), precum și de la arterele intercostale posterioare, arterele lombare și de la arterele sacrale laterale.

La măduva spinării aderă trei artere longitudinale: o arteră spinală anterioară și două artere spinale posterioare.

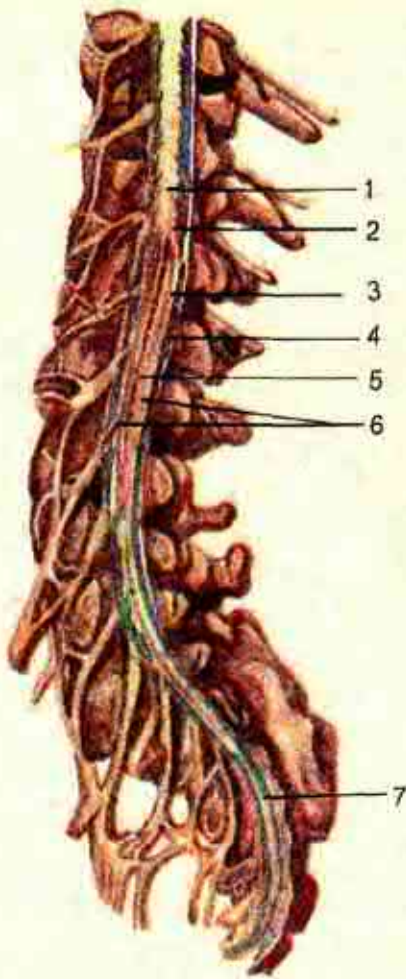


Fig. 197. Regiunile caudale ale măduvei spinării și ale meningelui rahidian în canalul vertebral (o secțiune parasagitală prin coloana vertebrală).

1 — conus medullaris ; 2 — arachnoidea (mater) spinalis ; 3 — cavitas subarachnoidalis ; 4 — dura mater spinalis ; 5 — filum terminale ; 6 — cauda equina ; 7 — filum spinale.

A. spinális anterior se plasează în șanțul longitudinal anterior al măduvei și ia naștere prin confluența a două artere omonime (ramuri ale arterelor vertebrale dreaptă și stângă) la nivelul porțiunii medulare superioare. *A. spinális posterior* e o arteră pară. Fiecare din cele două artere spinale posterioare e atașată la fața posterioară a măduvei spinării alături de ariile de pătrundere a rădăcinilor posterioare. Aceste trei artere însoțesc măduva pînă la capătul ei inferior, anastomozînd pe parcurs cu ramurile spinale ale arterelor intercostale posterioare, ale arterelor lombare și ale arterelor sacrale laterale, care pătrund în canalul vertebral prin orificiile intervertebrale. Prin ramuri anastomotice nu-

meroase, dispuse la exteriorul măduvei, cele trei artere spinale (anterioară și posterioară) se unesc reciproc și lansează în masa substanței medulare ramusculi fini (fig. 198).

Venele măduvei spinării se scurg în plexul venos vertebral intern.

ENCEFALUL

CENERALITĂȚI

Encefalul, *encéphalon*, împreună cu membranele, care-l învelesc, își are sediul în cavitatea craniului cerebral. În dependența de acest fapt, fața lui dorsolaterală convexă sau convexitatea creierului corespunde feței interne, concave a bolții craniene. Fața inferioară, sau bazală a creierului prezintă un relief complicat, care corespunde configurației etajelor de pe endobaza craniană.

La adult greutatea encefalului variază între 1100 și 2000 g ; la bărbați masa medie constituie 1394 g, la femei — 1245 g. La adultul în limitele de vîrstă de la 20 pînă la 60 de ani masa și volumul encefalului pentru fiecare individ aparțin rămîn constante, iar după împlinirea vîrstei de 60 de ani ele scad intrucîtva.

La o trecere în revistă a encefalului la el pot fi observate lesne trei părți componente mai voluminoase, acestea sînt emisferile creierului, cerebelul și trunchiul cerebral.

Emisferile cerebrale, *hemisphæriæ cerebrales*, ale adultului reprezintă cel mai voluminos, cel mai puternic dezvoltat și cel mai important ca aspect funcțional compartiment al sistemului nervos central. Porțiunile emisferelor cerebrale se suprapun peste toate celelalte porțiuni ale creierului mare și constituie *mantia* (*pallium*), care din punct de vedere al filogenezei e o formațiune mai nouă (neencéphalon). Emisferile dreaptă și stîngă sînt separate între ele printr-un șanț adînc — *fisura longitudinală a creierului*, *fissura longitudinalis cerebri*, care se întinde în profunzime pînă la comisura mare a creierului, sau corpul calos, *corpus callosum*.

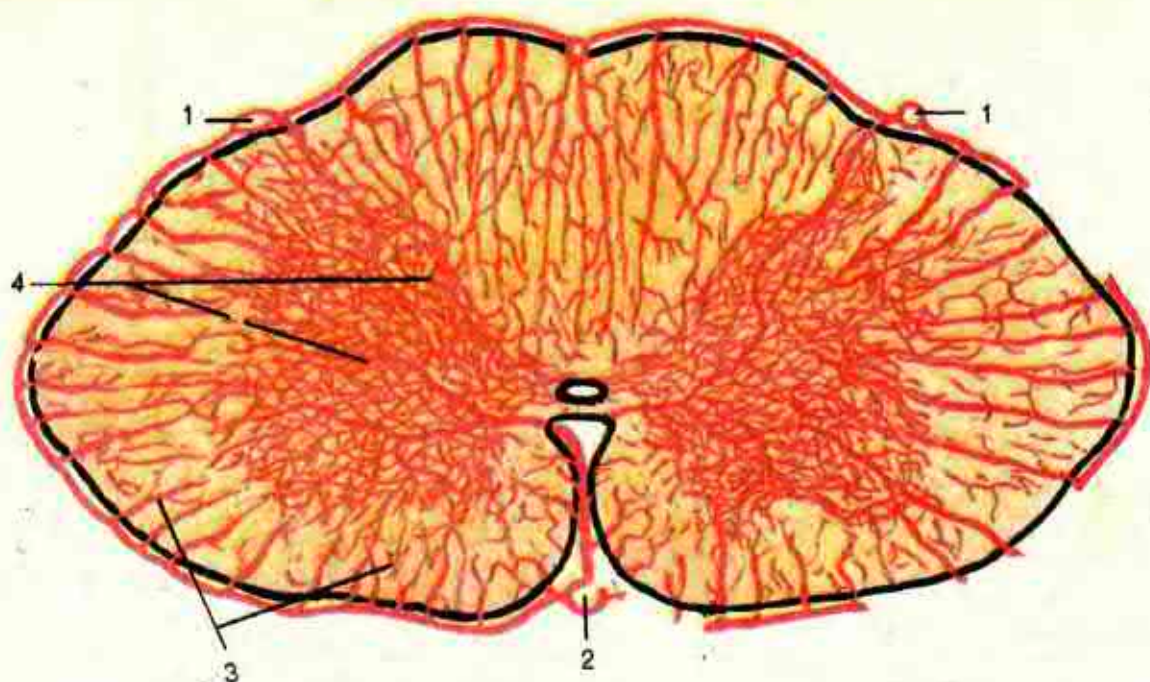


Fig. 198. Arterele măduvei spinării.

1 — aa. spinales posteriores ; 2 — a. spinalis anterior ; 3 — arterele substanței albe ; 4 — arterele substanței cenușii.

În partea sa posterioară fisura longitudinală se unește cu fisura transversală a creierului, *fissura transversa cerebri*, menită să despartă emisferele creierului mare de cerebel.

Pe suprafețele exterioară (dorsolaterală), medială și cea inferioară (bazală) a emisferelor cerebrale se află o serie de șanțuri mai mult sau mai puțin adânci — *sulci cerebri*. Șanțurile mai adânci împart fiecare emisferă în lobi ai creierului mare, *lobi cerebri*, iar șanțurile mai mici separă una de alta circumvoluțiile creierului mare, *gyri cerebri*.

Suprafața inferioară, *facies inferior*, sau baza encefalului, e constituită de către fețele ventrale ale emisferelor creierului mare, fața ventrală a cerebelului, precum și de către porțiunile vizibile ale trunchiului cerebral (fig. 199).

Cercetînd baza encefalului, în partea ei anterioară, formată de fețele inferioare ale lobilor frontali, pot fi lesne observați bulbii olfactori, *bulbi olfactorii*. Ei au aspectul unor umflături, dispuse bilateral de fisura longitudinală a creierului. Spre fața ventrală a fiecărui bulb olfactor vin 15—20 de nervi olfactori fini, *nn. olfactorii*, care constituie

perechea I de nervi cranieni. Aceste filete pornesc din mucoasa cavității nazale și pătrund în cavitatea craniului prin orificiile lamei ciuruite a osului etmoid. În disecție, cînd encefalul este extras din cavitatea craniului, filetele nervului olfactor se rup, din care cauză la un preparat anatomic izolat al encefalului ele lipsesc. De la bulbul olfactor, în sens posterior, pornește un cordon neted — *tractul olfactor, tractus olfactorius*.

Porțiunea posterioară a tractului olfactor devine mai groasă și, dilatîndu-se, constituie *trigonul olfactor (trigonum olfactorium)*. Marginea posterioară a trigonului olfactor continuă cu o arie nu prea mare, străpunsă de numeroase orificii minuscule, care devin vizibile după înlăturarea piei mater. Această arie poartă denumirea de spațiu perforat anterior, sau de substanță perforată anterioară, *substantia perforata rostralis (anterior)*. Prin orificiile spațiului perforat anterior pătrund în profunzimea creierului numeroase artere. Medial de substanța perforată se găsește o lamelă fină și fragilă de culoare cenușie — *lamela terminală, lamina terminalis*; pe fața bazală a encefalului ea

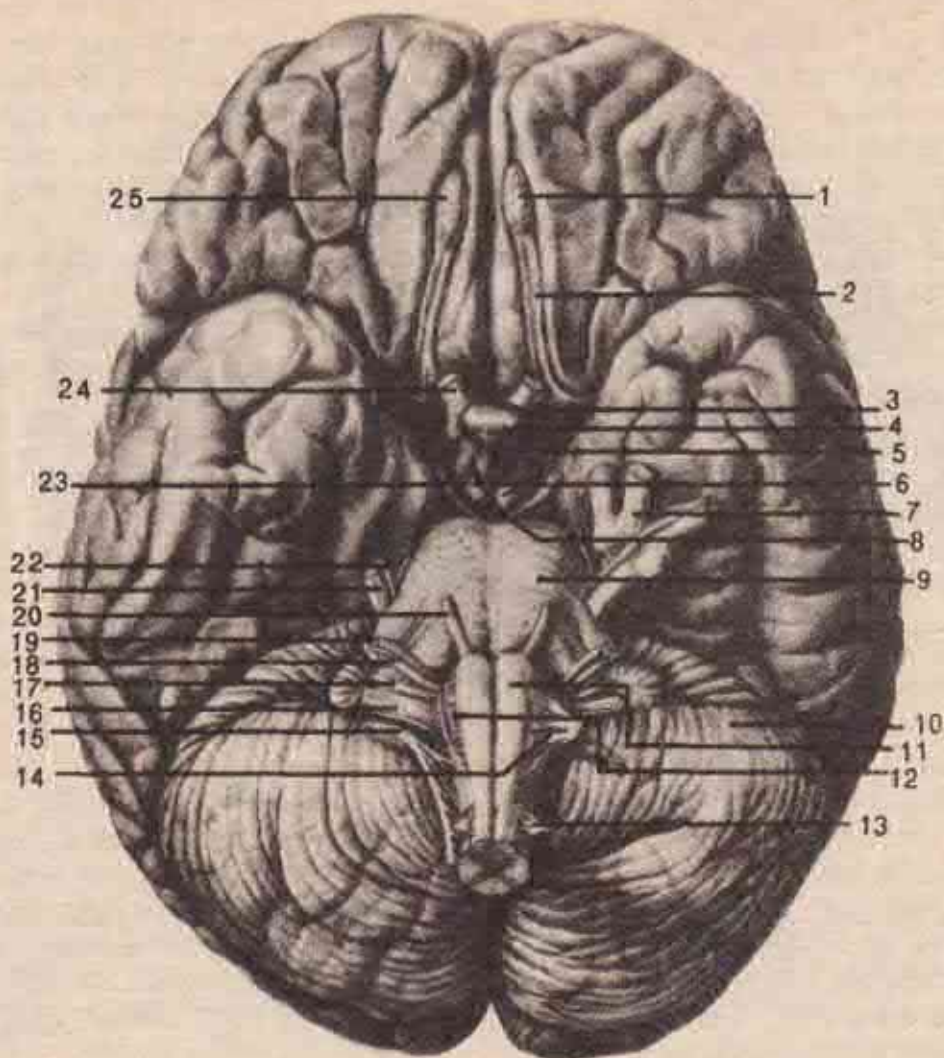


Fig. 199. Baza encefalului și pornirea rădăcinilor nervilor cranieni.

1 — bulbus olfactorius ; 2 — tractus olfactorius ; 3 — substantia perforata rostralis (anterior) ; 4 — tuber cinereum ; 5 — tractus opticus ; 6 — corpora mamillaris ; 7 — gangl. trigeminale ; 8 — substantia perforata interpeduncularis (posterior) ; 9 — pons ; 10 — cerebellum ; 11 — pyramis ; 12 — oliva ; 13 — nn. spinales ; 14 — n. hypoglossus ; 15 — n. accessorius ; 16 — n. vagus ; 17 — n. glossopharyngeus ; 18 — n. vestibulocochlearis ; 19 — n. facialis ; 20 — n. abducens ; 21 — n. trigeminus ; 22 — n. trochlearis ; 23 — oculomotorius ; 24 — n. opticus ; 25 — n. olfactorii.

delimitează din spate partea posterioară a fisurii longitudinale a creierului. Din spate la lamela terminală aderă chiasma nervilor optici, *chiasma opticum*. Chiasma optică e formată de fibrele nervoase emergente în componența nervilor optici (*n. opticus* — perechea II de nervi cranieni), care pătrund din orbite în cavitatea craniului. Din unghiurile posterioare ale chiasmei pornesc în direcție lateroposterioară două tracturi optice, *tractus opticus*.

Prin marginea sa posterioară chiasma limitrofează cu tuberul cenușiu, *tuber cinereum*. Porțiunea inferioară a tuberului cenușiu e alungită sub aspect

de pîlnie și poartă denumirea de infundibul, *infundibulum*. La capătul de jos al infundibulului atîrnă o formațiune rotunjită — hipofiza, *hypophysis*. În cavitatea craniului această glandă cu secreție internă este situată în fosa omonimă din șaua turcească, de aceea, cînd se extrage encefalul din craniu, ea se desprinde de infundibul, rămînînd în sediul său.

Din spate la tuberul cenușiu aderă două proeminente rotunjite de culoare albă — tuberculii mamilari, *corpus mamillare*.

Posterior de tracturile optice se situează două formațiuni longitudinale de culoare albă, avînd aspect de sul — pe-

dunculii cerebrali, *pedunculus cerebri*. Între pedunculi se formează o depresiune — fosa interpedunculară, *fossa interpeduncularis*, delimitată din față de către tuberculii mamilari. Fundul acestei depresiuni îl constituie spațiul sau substanța perforată posterioară, *substantia perforata interpeduncularis (posterior)*. Prin orificiile spațiului menționat în masa creierului pătrund arterele, care-l irigă. Pe fețele mediale, contrapuse ale pedunculilor cerebrali se disting rădăcinile nervilor oculomotori, drept și stîng, *n. oculomotorius* — perechea III de nervi cranieni. Fețele laterale ale pedunculilor cerebrali sînt străbătute de către nervii trochleari, *n. trochlearis* — perechea IV de nervi cranieni, rădăcinile cărora apar la suprafața din creier nu pe fața bazală a acestuia, ca toate celelalte II perechi de nervi craniali, ci pe fața lui dorsală, posterior de coliculi cvadrigemeni inferiori ai mezencefalului, din părțile laterale ale friulețului vîlului medular superior.

Posterior pedunculii cerebrali pornesc din partea superioară a unei proeminențe în formă de castană, denumită *punte, pons*. Porțiunile laterale ale punții continuă în cerebel, constituind *pedunculii cerebeloși medii (pedunculus cerebellaris medius)*.

Pe linia limitrofă dintre punte și pedunculii cerebeloși medii, de fiecare parte poate fi distinsă rădăcina nervului trigemen, *n. trigeminus* — perechea V de nervi cranieni.

În direcție caudală, ceva mai jos de punte se află părțile ventrale (anterioare) ale bulbului rahidian, care sînt reprezentate prin *piramide, pyramides medullae oblongatae*, dispuse medial și separate una de alta prin șanțul median ventral, și prin *olivă, oliva*, o proeminență rotunjită, dispusă lateral. Pe linia limitrofă dintre punte și bulb, din ambele părți ale șanțului median ventral își fac apariția rădăcinile nervului abductor (*n. abducens*, — perechea VI de nervi cranieni). Și mai lateral, între pedunculul cerebelos mediu și *olivă*, de fiecare parte, în mod

consecutiv sînt plasate rădăcinile nervilor facial (*n. facialis*, — perechea VII de nervi cranieni), și vestibulocohlear (*n. vestibulocochlearis* — perechea VIII de nervi cranieni). În șanțul abea reliefat, aflat dorsal de *olivă*, în sens anteroposterior trec rădăcinile nervului glosofaringian, *n. glossopharyngeus* (perechea IX), nervului vag, *n. vagus* (perechea X) și ale nervului accesoriu, *n. accessorius* (perechea XI) de nervi cranieni. O parte din rădăcinile nervului accesoriu mai pornesc și din porțiunea superioară a măduvei spinării; ea constituie *rădăcinile spinale (pars spinalis) n. accessorii*. Prin șanțul, care separă *piramida de olivă* își fac apariția rădăcinile nervului hipoglos, *n. hypoglossus*, — perechii XII de nervi cranieni.

În cadrul unei secțiuni sagitale, trăsate în plan median prin fisura longitudinală a encefalului se disting suprafața medială a emisferei creierului, precum și unele detalii de structură ale trunchiului cerebral, *truncus encephalicus*, și ale cerebelului (fig. 200).

Suprafața medială imensă a emisferei creierului atîrnă de asupra cerebelului și trunchiului cerebral cu dimensiuni mult mai reduse. Pe fața medială a emisferelor creierului, de fapt ca și pe celelalte fețe ale lor, se află șanțuri, care separă circumvoluțiunile creierului una de alta.

Porțiunile lobilor frontal, parietal și occipital din fiecare emisferă sînt separate de marea comisură a creierului — *corpul calos, corpus callosum*, vizibil lesne pe o secțiune mediană, prin șanțul omonim, *sulcus corporis callosi*.

Partea medie a corpului calos poartă denumirea de *trunchi, truncus corporis callosi*; extremitatea lui anterioară e incurbată în jos, formînd *genunchiul corpului calos, genu corporis callosi*. În sens inferior genunchiul se subțiază formînd o porțiune mai îngustă, denumită *ciocul corpului calos, rostrum corporis callosi*, care continuă inferior cu lamela terminală, *lamina terminalis*. După cum s-a menționat mai sus, lamela terminală fuzi-

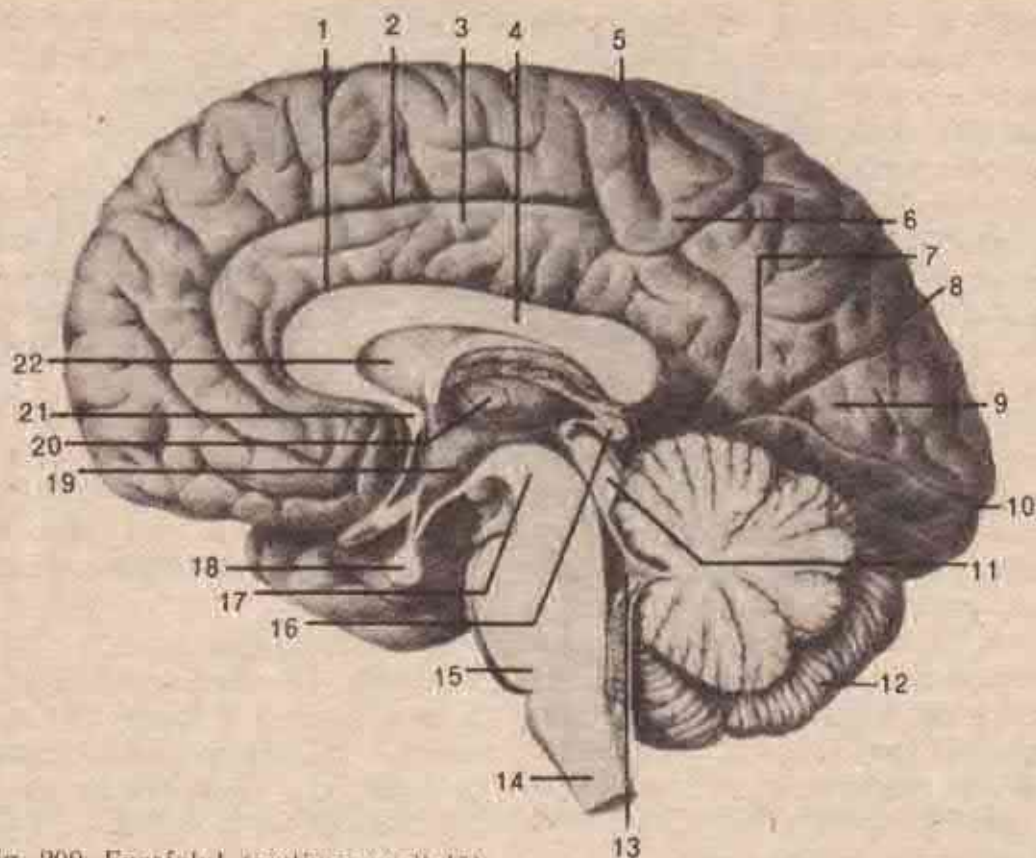


Fig. 200. Encefalul (secțiune sagitală).

1 — sul. corporis callosi; 2 — sul. cinguli; 3 — gyrus cinguli; 4 — corpus callosum; 5 — sul. centralis; 6 — lobulus paracentralis; 7 — preconeus; 8 — sul. parietooccipitalis; 9 — cuneus; 10 — sul. calcarinus; 11 — tectum (mesencephali); 12 — cerebellum; 13 — ventriculus quartus; 14 — medulla oblongata; 15 — pons; 16 — corpus pineale; 17 — pedunculus cerebri; 18 — hypophysis; 19 — ventriculus tertius; 20 — adhesio interthalamica; 21 — commissura rostralis (anterior); 22 — septum pellucidum.

onează cu fața anterioară a chiazmei optice. Extremitatea posterioară a corpului calos e îngroșată considerabil, formînd un cordon transversal sub aspect de sul — *splénium corporis callosi*.

Sub corpul calos e așezată o lamă de substanța albă — fornixul, *fórnix*. Depărtîndu-se treptat de corpul calos și formînd un cot arcuit, orientat înainte și în jos, corpul fornixului continuă cu stîlpul fornixului, *colúmnae fórniceis*. Extremitatea inferioară a fiecărui stîlp al fornixului se apropie mai întîi de lamela terminală, apoi se depărtează una de alta în sens lateral și, orientîndu-se posterior, ajung în corpii mamilari. Între stîlpul fornixului din spate și lamela terminală anterior se află un fascicul de fibre nervoase dispus transversal, care în secțiune sagitală are aspectul unui oval de culoare albă. Acest fascicul prezintă *commissura anterioră* (albă), *commissura rostralis*,

care la fel ca și fibrele transversale ale corpului calos unesc emisferile creierului.

Spațiul, delimitat din față și de sus de către corpul calos, de jos — de ciocul corpului calos, lamela terminală și de comisura anterioară, iar posterior de către stîlpul fornixului e ocupat de o lamă fină de substanță medulară, denumită *septum pellucidum*, *lámína sépti pellúcidí*.

Toate formațiunile enumerate anterior fac parte din **creierul terminal**, *telencéphalon*. Structurile, situate caudal, cu excepția cerebelului, aparțin la trunchiul cerebral. Compartimentele anterioare mai avansate ale trunchiului cerebral sînt reprezentate prin două îngroșări considerabile — *talamusul optic drept și stîng* (*talamusul dorsal*, *thálamus dorsális*), situate sub corpul fornixului și corpul calos și posterior de stîlpul fornixului.

Pe planul unei secțiuni mediosagitale e vizibilă doar fața medială a talamu-

sului dorsal, pe care se evidențiază o comisură cenușie — masa intermediară sau a deziunea intertalamică, *adhésio interthalamica*. Fața medială a fiecărui talamus dorsal delimitează din partea laterală cavitatea ventriculului III sub aspect de fisură, dispusă vertical. Anterior de extremitatea anterioară a talamusului și posterior de stilpul fornixului se află orificiul interventricular, *forámen interventriculáre*, prin care ventriculul III comunică cu ventriculii laterali din masa emisferelor cerebrale. De la orificiul interventricular în direcție posterioară pornește un șanțuleț, care ocolește talamusul din partea inferioară — șanțul hipotalamic, *súlcus hypothalámicus*. Toate formațiunile aranjate mai jos de șanțul hipotalamic fac parte din hipotalamus, *hypothálamus*. Ele includ chiazma optică, tuberul cenușiu, infundibulul, hipofiza și corpii mamilari, care împreună formează planșeul ventriculului III.

Deasupra și din partea posterioară a talamusului optic, sub *splénium corpóris callósi*, se află corpul pineal, *corpú pineále*.

Porțiunile anteroinferioare ale corpului pineal fuzionează cu un cordon dispus transversal, care în secțiune sagitală are o formă rotunjită — comisura epitalamică (posterioară), *comissúra epithalámica (postérior)*. Talamusul, precum și formațiunile adiacente, despre care s-a vorbit anterior, fac parte din **diencefal** (*diencéphalon*), iar formațiunile situate caudal față de talamus aparțin la **mezencefal**, *mesencéphalon*. Mai jos de corpul pineal se află tectul mezencefalului (lama cvadrigemenă), *téctum mesencéphali*, formată din coliculii superiori și inferiori. Din partea ventrală a tectului mezencefalic se află pedunculul cerebral, *pedúnculus cérebri*, separat de tect prin apeductul mezencefalic în secțiune. Apeductul mezencefalic, *aquedúctus mesencéphali (cérebri)* leagă cavitatea ventriculului III cu ventriculul IV. Formațiunile mezencefalului sînt urmate de secțiunile mediane prin punte și cerebel, care fac parte din **metencefal**, *metencéphalon*, precum și

de secțiunea mediană a **bulbului rahidian**, *myelencéphalon*. Cavitatea acestor porțiuni ale encefalului o constituie ventriculul IV, *ventriculus quár-tus*. Planșeul ventriculului IV e format din fețele dorsale ale punții și bulbului rahidian, care la encefalul integru reprezintă fosa romboidă, *fóssa rhomboídea*. Lama fină de substanță albă, racordată între cerebel și tectul mezencefalului poartă denumirea de **vál medular superior**, *vélum medulláre craniále (supérius)*. De la fața inferioară a cerebelului înapoi, spre bulbul rahidian se întinde **válul medular inferior**, *vélum medulláre caudále (inférius)*.

În conformitate cu cele cinci vezicule cerebrale, din care se dezvoltă encefalul, în componența acestuia se disting 5 segmente: 1—telencefalul sau creierul terminal; 2—diencefalul; 3—mezencefalul sau creierul mijlociu; 4—metencefalul; 5—mielencefalul sau bulbul rahidian, care la nivelul orificiului mare occipital trece în măduva spinării.

TELENCEFALUL

Telencefalul, *telencéphalon*, constă din două emisfere cerebrale, separate prin fisura longitudinală și unite în profunzimea ei prin corpul calos, comisura anterioară, comisura posterioară și comisura fornixului. Cavitatea telencefalului formează în fiecare din cele două emisfere ventriculii laterali drept și stîng. Fiecare emisferă a creierului mare constă dintr-un strat de substanță cenușie periferică — scoarța cerebrală (mantia), substanță albă, situată în profunzimea ei și conținînd aglomerări de substanță cenușie, care constituie nucleii bazali. Linia limitrofă dintre telencefal și diencefal, care-l succedă, trece prin regiunea, în care capsula internă aderă la partea laterală a talamusului.

Emisfera cerebrală

Fiecare emisferă a creierului mare, *hemisphérium cerebrális*, e acoperită din exterior cu o lamelă de substanță cenușie, denumită cortex sau scoarța cere-

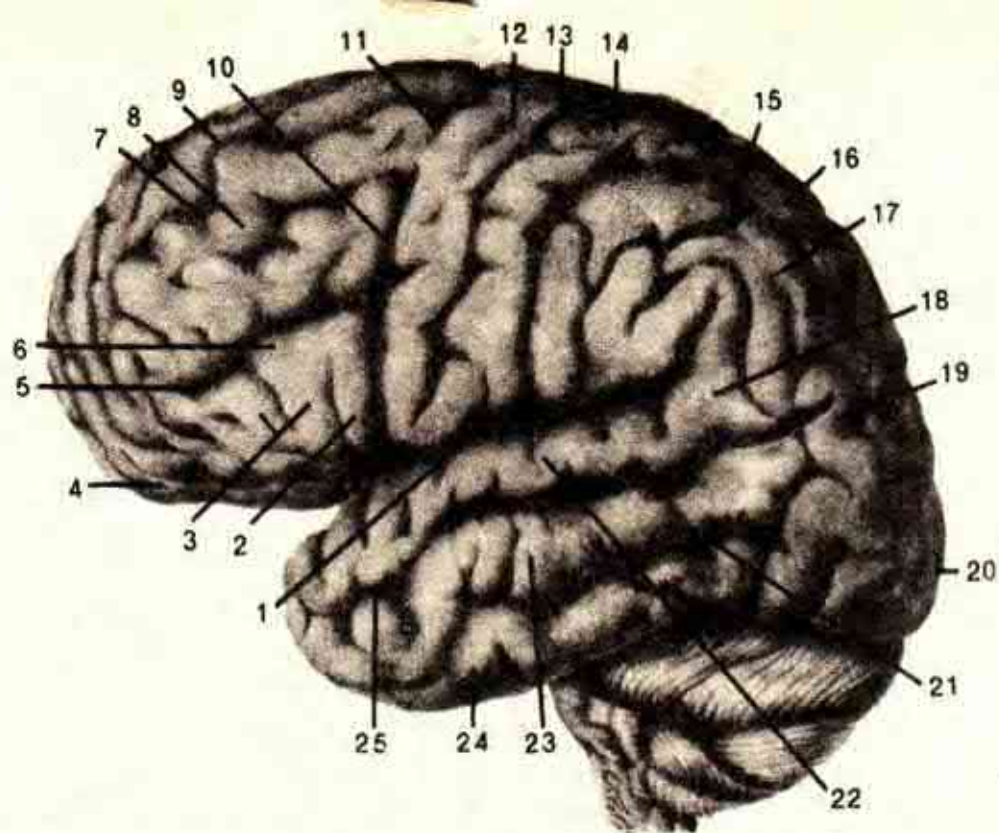


Fig. 201. Șanțurile și circumvoluțiile feței superolaterale ale emisferei creierului mare.

1 — sulcus lateralis; 2 — pars opercularis; 3 — pars triangularis; 4 — pars orbitalis; 5 — sulcus frontalis inferior; 6 — gyrus frontalis inferior; 7 — sulcus frontalis superior; 8 — gyrus frontalis medius; 9 — gyrus frontalis superior; 10 — sul. precentralis inferior (BNA); 11 — sul. precentralis superior (BNA); 12 — gyrus precentralis; 13 — sul. centralis; 14 — gyrus postcentralis; 15 — sul. intraparietalis; 16 — lobulus parietalis superior; 17 — lobulus parietalis inferior; 18 — gyrus supramarginalis; 19 — gyrus angularis; 20 — polus occipitalis; 21 — sulcus temporalis inferior; 22 — gyrus temporalis superior; 23 — gyrus temporalis medius; 24 — gyrus temporalis inferior; 25 — sul. temporalis superior.

brală. Emisferele au trei fețe: superolaterală, *facies superolateralis*, convexă; medială, *facies mediális*, plană, contrapusă feței similare de pe cealaltă emisferă, și inferioară, *facies inferior*. Fața inferioară are un relief neregulat, ce corespunde configurației endobazei craniului. Fețele emisferelor cerebrale se despart una de alta prin trei margini: marginea superioară, *margo superior (superomedialis)*, marginea inferolaterală, *margo inferior (inferolateralis)* și marginea inferomedială, *margo mediális (inferomedialis)*. Partile proeminente ale emisferei sînt denumite poli — polul frontal, *pólus frontális*, polul occipital, *pólus occipitalis*, și polul temporal, *pólus temporalis*. Suprafețele celor două emisfere cerebrale au un relief extrem de complicat, deoarece sînt străbătute de numeroase șanțuri mai mult sau mai

puțin adînci, care separă porțiuni proeminente în formă de sul — circumvoluțiunile cerebrale. Întinderea, orientarea și profunzimea șanțurilor, precum și dimensiunile și forma circumvoluțiunilor variază considerabil.

Fața superolaterală a emisferei. Din partea anterioară a fiecărui emisferă cerebrale se află lobul frontal, *lobus frontális*. Lobul frontal e delimitat inferior de șanțul lateral, *súlcus laterális (scizura Sylvius)*, posterior de șanțul central destul de adînc, iar în față sîrșește prin polul anterior (fig. 201, 202). Șanțul central, *súlcus centralis (scizura Roland o)*, e dispusă în plan frontal. Începînd de pe fața medială a emisferei, din partea ei superioară, șanțul despică marginea superomedială a acesteia, descinde fără ca să se întreprică spre marginea emisferică inferolaterală și dispăre puțin înainte de contopire cu scizura silviană.

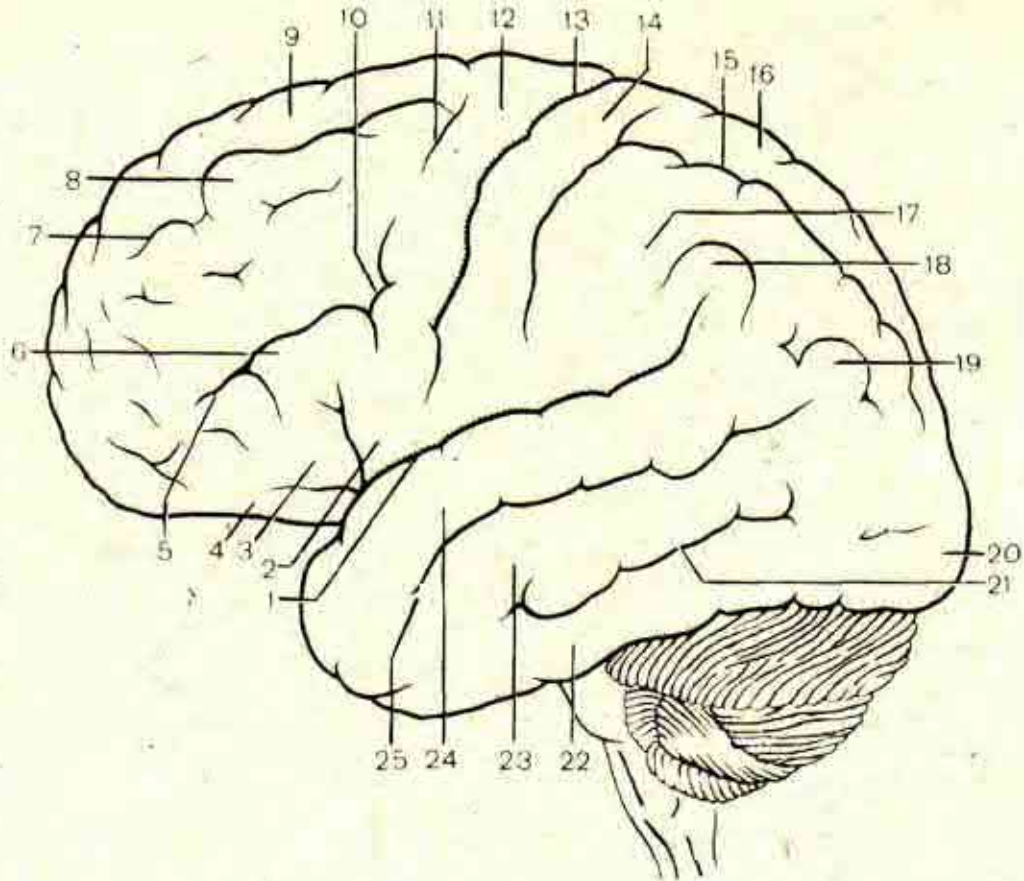


Fig. 202. Schema șanțurilor și circumvoluțiilor feței superioare ale emisferei cerebrale stîngi.

1 — sul. lateralis ; 2 — pars opercularis ; 3 — pars triangularis ; 4 — pars orbitalis ; 5 — sul. frontalis inferior ; 6 — gyrus frontalis inferior ; 7 — sul. frontalis superior ; 8 — gyrus frontalis medius ; 9 — gyrus frontalis superior ; 10 — sul. precentralis inferior (BNA) ; 11 — sul. precentralis superior (BNA) ; 12 — gyrus precentralis ; 13 — sul. centralis ; 14 — gyrus postcentralis ; 15 — sul. intraparietalis ; 16 — lobulus parietalis superior ; 17 — lobulus parietalis inferior ; 18 — gyrus supramarginalis ; 19 — gyrus angularis ; 20 — polus occipitalis ; 21 — sul. temporalis inferior ; 22 — gyrus temporalis inferior ; 23 — gyrus temporalis medius ; 24 — gyrus temporalis superior ; 25 — sul. temporalis superior.

Prin fața șanțului central, aproape paralel cu acesta, trece șanțul precentral, *sûlcus precentralis*, care inferior sfîrșește înainte de a ajunge la șanțul lateral. Șanțul precentral destul de des se întrerupe în porțiunea sa medie, formînd astfel două șanțuri separate. În direcție posteroanterioară de la șanțul precentral pornesc două șanțuri — șanțul frontal superior, *sûlcus frontalis superior*, și șanțul frontal inferior, *sûlcus frontalis inferior*, dispuse în cadrul feței superolaterale a lobului frontal aproape paralel unul față de altul. Șanțurile impart această față a lobului frontal în circumvoluții separate. Între șanțul central din spate și șanțul precentral din față se află circumvoluția precentrală, *gyrus precentralis* (*gyrus centralis anterior* — BNA). Partea su-

perioară a lobului frontal, mai sus de șanțul frontal superior este ocupată de către circumvoluția frontală superioară, *gyrus frontalis superior*, iar spațiul dintre șanțul frontal superior și șanțul frontal inferior — de către circumvoluția frontală medie, *gyrus frontalis medius*. Mai jos și lateral de șanțul frontal inferior se află circumvoluția frontală inferioară, *gyrus frontalis inferior*. În această circumvoluție pătrund două prelungiri ale scizurii laterale — rama ascendentă, *ramus ascendens*, și rama anterioară, *ramus anterior*, separînd porțiunea inferioară a lobului frontal, care atîrnă de asupra scizurii laterale, în circumvoluții mai mici. În componența lobului frontal inferior se disting trei porțiuni, dintre care prima — porțiunea oper-

culară (pliul frontal), *pârs opercularis* (*operculum frontale*), se află între ramura ascendentă și segmentul inferior al șanțului precentral. Ea a căpătat denumirea de porțiune operculară, deoarece acoperă lobul insular (insula), situat în profunzimea scizurii silviene. A doua porțiune — porțiunea triunghiulară, *pârs triangulâris*, își are sediul între ramura ascendentă, *râmus ascéndens*, și ramura anterioară, *râmus antèrior*, a șanțului lateral, iar cea de-a treia — porțiunea orbitală, *pârs orbitâlis*, e situată inferior față de ramura anterioară, continuându-se pe fața inferioară a lobului frontal. Aici scizura laterală devine mai largă, deaceia acest sector lărgit al ei poartă denumirea de fosă laterală a creierului, *fôssa laterâlis cèrebri*.

Posterior de șanțul central se află lobul parietal, *lôbus parietâlis*, limitrofă din spate de către șanțul parietooccipital, *sûcus parietooccipitâles*. Șanțul parietooccipital se află pe fața medială a emisferei. Străbătând adânc marginea superioară a emisferei, el continuă pe fața ei superolaterală. Drept linie limitrofă între lobul parietal și lobul occipital servește o linie imaginară, care reprezintă continuarea în jos pe fața superolaterală a emisferei a șanțului occipitoparietal. Din partea inferioară lobul parietal e delimitat prin șanțul lateral (ramura lui posterioară), care-l desparte (în special porțiunile lui anterioare) de lobul temporal.

În limitele lobului temporal se evidențiază șanțul postcentral, *sulcus postcentrâlis*, care este dispus posterior și aproape paralel față de șanțul central. Inferior acest șanț își are originea pe marginea șanțului lateral, iar superior dispare înainte de a ajunge la marginea superioară a emisferei. Între șanțurile central și postcentral se află circumvoluția postcentrală, *gyrus postcentrâlis* (*gyrus centrâlis postèrior* — BNA). În partea de sus a emisferei circumvoluția postcentrală continuă pe fața medială a acesteia. Aici ea se contopește cu circumvoluția precentrală din lobul frontal,

formind împreună lobulul paracentral, *lobulus paracentrâlis*. În partea de jos a emisferei, pe fața ei superolaterală circumvoluția postcentrală, înconjurând extremitatea inferioară a șanțului central, se unește cu circumvoluția precentrală. De la șanțul postcentral spre extremitatea occipitală a emisferei pornește șanțul intraparietal, *sûlcus intraparietâlis*, avînd un traiect paralel cu marginea emisferiană superioară. Pe partea superioară a lobului parietal, mai sus de șanțul intraparietal se află o serie de circumvoluții mici, denumite lobulul parietal superior, *lobulus parietâlis supèrior*; mai jos de șanțul intraparietal este aranjat lobulul parietal inferior, *lobulus parietâlis infèrior*. În cadrul acestui lobul se disting două circumvoluții: supramarginală, *gyrus supramarginâlis*, și unghiulară, *gyrus angulâris*. Circumvoluția supramarginală înconjoară extremitatea distală a șanțului lateral, iar circumvoluția unghiulară — capătul de sus al șanțului temporal superior. Porțiunea inferioară a lobului parietal inferior și regiunile inferioare, vecine cu ea ale circumvoluției postcentrale împreună cu partea inferioară a circumvoluției precentrale atîrnă peste lobul insular, constituie operculul frontoparietal al insulei, *operculum frontoparietâlis*.

Lobul occipital, *lôbus occipitâlis*, e dislocat posterior de șanțul parietooccipital și linia imaginară, care-l prelungește pe fața superolaterală a emisferei. Comparativ cu alți lobi emisferieni el are dimensiuni mai reduse și sfîrșește posterior prin polul occipital, *pôlus occipitâlis*. Circumvoluțiile și șanțurile, care străbat lobul acesta sînt extrem de variate. Dintre acestea numai șanțul occipital transversal, *sûlcus occipitâlis transversus*, este mai bine pronunțat și mai frecvent și reprezintă în aparență o prelungire în sens posterior a șanțului intraparietal, *sûlcus intraparietâlis*, al lobului parietal.

Lobul temporal, *lôbus temporâlis*, cuprinde regiunile inferolaterale

ale emisferei și e separat de lobul frontal și de lobul parietal printr-un șanț lateral, *sulcus laterális*, adînc. Marginea lobului temporal, supraiacentă lobului insular, a fost denumită operculul temporal al insulei, *operculum temporále*. Regiunea anterioară a lobului temporal constituie polul temporal, *pólus temporális*. Pe fața externă a lobului temporal se disting două șanțuri — șanțul temporal superior, *sulcus temporális supérior*, și șanțul temporal inferior, *sulcus temporális inférior*, ambele avînd un traiect aproape paralel cu cel al șanțului lateral. Circumvoluțiile lobului temporal sînt orientate de-a lungul șanțurilor. Circumvoluția temporală superioară, *gyrus temporális supérior*, este situată între șanțul lateral și șanțul temporal superior. Pe fața superioară a ei, ascunsă în profunzimea șanțului lateral, se disting 2—3 circumvoluții temporale transversale scurte, *gyri temporáles transvérsi* (circumvoluțiile Heschl), separate una de alta prin șanțurile temporale transversale (*sulci temporáles transversi*). Între șanțul temporal superior și șanțul temporal inferior este cuprinsă circumvoluția temporală medie, *gyrus temporalis médius*. Marginea inferolaterală a lobului temporal este ocupată de circumvoluția temporală inferioară, *gyrus temporalis inférior*, delimitată sus de către șanțul omonim. Extremitatea posterioară a circumvoluției temporale inferioare se prelungește în lobul occipital.

Lobul insular (insula), *lobus insuláris, insula*, se află ascuns în fundul șanțului lateral. Insula poate fi văzută cu condiția ca porțiunile lobilor frontal, parietal și temporal, care o acoperă, numite opercul, vor fi deplasate sau înlăturate. Ea este separată de regiunile adiacente ale creierului printr-un șanț adînc — șanțul circular al insulei, *sulcus circuláris insulae*. Fața externă a insulei prezintă circumvoluțiile lungă și scurte, *gyri lóngus et bréves insulae*. Între

circumvoluția lungă, aflată în partea posterioară a insulei și orientată în direcție de sus în jos și anterior, și circumvoluțiile scurte, plasate pe partea superoanterioară a insulei se află șanțul central al insulei, *sulcus centrális insulae*. Porțiunea infero — anterioară a insulei nu posedă șanțuri, ci are o îngroșare nu prea mare, denumită prag al insulei, *limen insulae*.

Fața medială a emisferei. La formarea acestei fețe participă, cu excepția insulei, toți lobii emisferieni (fig. 203, 204). Deasupra corpului calos trece șanțul corpului calos, *sulcus corporis callósi*, separîndu-l de regiunile emisferiale adiacente. Acest șanț ocolește din partea posterioară spleniul corpului calos (splénium corporis callósi), pornește apoi în jos și anterior și continuă cu șanțul hipocampului sau șanțul hipocampal, *sulcus hippocámpi s. hippocampális*. Mai sus de șanțul corpului calos trece șanțul calosomarginal, *sulcus cinguli*. El pornește ceva mai jos și anterior de ciocul corpului calos, urcă în sus, apoi își ia direcția spre extremitatea posterioară, trecînd paralel cu șanțul corpului calos. Ajuns mai sus și posterior de spleniul corpului calos șanțul calosomarginal continuă cu șanțul subparietal, *sulcus subparietalis*. La nivelul spleniului corpului calos șanțul calosomarginal emite porțiunea marginală (*pars marginális* — BNA), care se duce în sus și posterior spre marginea superioară a emisferei cerebrale. Între șanțul corpului calos și șanțul calosomarginal se află o circumvoluție cu aspect de centură — circumvoluția corpului calos, *gyrus cinguli*, ce înconjoară corpul calos din fața, de sus și din spate. La spate și mai jos de spleniul corpului calos circumvoluția corpului calos se îngustează și formează pliul circumvoluției corpului calos, *isthmus gyri cinguli*. În direcție anteroinferioară pliul trece într-o circumvoluție mai lată, circumvoluția parahipocampală, *gyrus parahippocampális*, separată din partea superioară de către șanțul hipocampului. Circumvoluția cor-

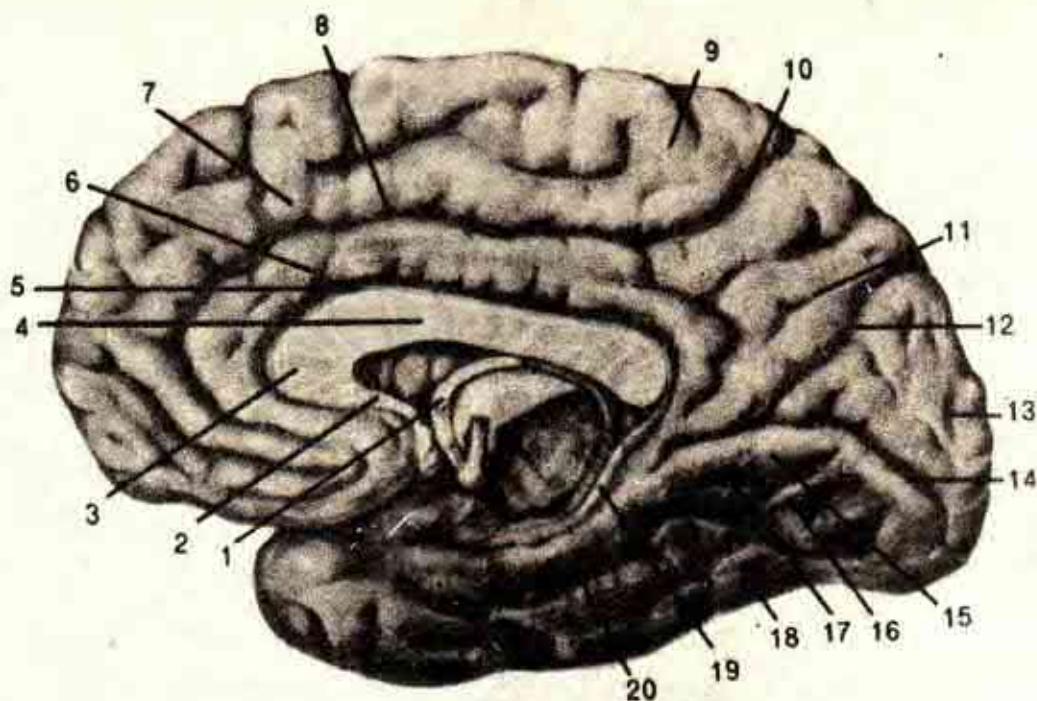


Fig. 203. Șanțurile și circumvoluțiile fețelor medială și inferioară ale emisferei drepte.

1 — fornix; 2 — rostrum corporis callosi; 3 — genu corporis callosi; 4 — truncus corporis callosi; 5 — sul. corporis callosi; 6 — gyrus cinguli; 7 — gyrus frontalis superior; 8, 10 — sul. cinguli; 9 — lobus paracentralis; 11 — precuneus; 12 — sul. parietooccipitalis; 13 — cuneus; 14 — sul. calcarinus; 15 — gyrus lingualis; 16 — gyrus occipitotemporalis medialis; 17 — sul. occipitotemporalis; 18 — gyrus occipitotemporalis lateralis; 19 — sul. hippocampi; 20 — gyrus parahippocampalis.

pului calos, pliul și circumvoluția parahippocampală au devenit cunoscute sub denumirea de *circumvoluție fornicată*, *gyrus fornicatus* — BNA. În adâncul șanțului hipocampal se găsește o lamă fină de substanță cenușie, segmentată prin șanțulețe transversale mici, denumită *circumvoluția denticulată*, *gyrus dentatus*. Sectorul de suprafață medială a emisferei, situat între șanțul calosomarginal și marginea superioară a emisferei, aparține lobilor frontal și parietal.

Anterior de extremitatea superioară a șanțului central se află fața medială a lobului frontal superior, *gyrus frontalis superior*, iar nemijlocit la această extremitate a șanțului central se alătură lobul paracentral, *lobulus paracentralis*, separat din urmă de către porțiunea marginală a circumvoluției corpului calos. Între porțiunea marginală, situată anterior și șanțul parietooccipital, *sulcus parietooccipitalis*, situat posterior, se află precuneul, *precuneus*, care

se prezintă ca porțiune a lobului parietal.

Pe fața medială a lobului occipital sînt situate două șanțuri adînci, care se unesc reciproc sub un unghi ascuțit, deschis posterior. Primul e șanțul parietooccipital, ce separă lobul parietal de lobul occipital, al doilea — șanțul calcarin, *sulcus calcarinus*, cu origine pe fața medială a polului occipital și direcție în sens anterior pînă la pliul circumvoluției corpului calos. Sectorul lobului occipital, cuprins între șanțul parietooccipital și șanțul calcarin, are aspectul unui triunghi cu apexul orientat spre punctul de confluență a șanțurilor delimitante și e numit lobul cuneus (*cuneus*). Șanțul calcarin, destul de vădit pe fața medială a emisferei, delimitează din partea de sus circumvoluția lingvală, *gyrus lingualis*, ce se întinde de la polul occipital pînă la partea inferioară a pliului circumvoluției corpului calos. Ceva mai jos de circumvoluția lingvală trece șanțul colateral, *sulcus collateralis*,

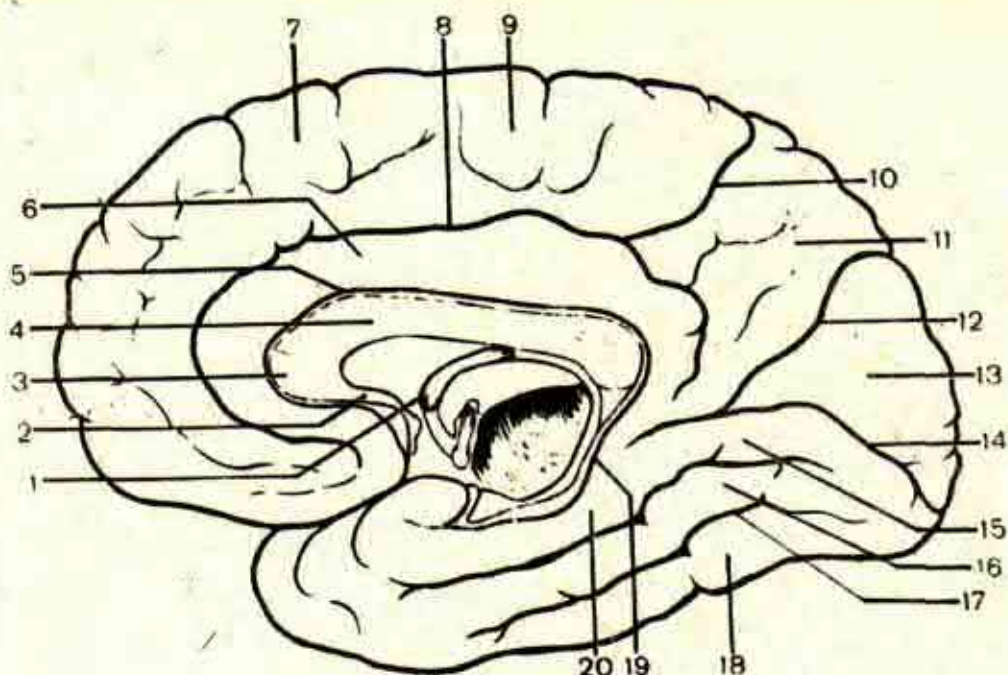


Fig. 204. Schema șanturilor și circumvoluțiilor fețelor medială și inferioară ale emisferei cerebrale drepte.

1 — fornix ; 2 — rostrum corporis callosi ; 3 — genu corporis callosi ; 4 — truncus corporis callosi ; 5 — sul. corporis callosi ; 6 — gyrus cinguli ; 7 — gyrus frontalis superior ; 8, 10 — sul. cinguli ; 9 — lobulus paracentralis ; 11 — precuneus ; 12 — sul. parietooccipitalis ; 13 — cuneus ; 14 — sul. calcarinus ; 15 — gyrus lingualis ; 16 — gyrus occipitotemporalis medialis ; 17 — sul. occipitotemporalis ; 18 — gyrus occipitotemporalis lateralis ; 19 — sul. hippocampi ; 20 — gyrus parahippocampalis.

care face parte din șanțurile feței inferioare a emisferei.

Fața inferioară a emisferei. Fața inferioară a emisferei posedă un relief destul de complicat. Regiunea anterioară a feței inferioare o constituie lobul frontal al emisferei, din spatele căruia proeminează polul temporal ; în partea posterioară a feței inferioare se află fețele inferioare ale lobilor temporal și occipital, care trec unul în altul fără vre-o demarcare distinctă și se prezintă ca un tot unitar (fig. 205, 206).

Pe fața laterală a lobului frontal ceva mai lateral și paralel cu scizura interemisferică a creierului mare trece șanțul olfactor, *sûlcus olfactorius*. De jos în șanțul acesta se aștern bulbul olfactor și tractul olfactor ; ultimul posterior se lățește formînd trigonul olfactor. În regiunea acestui trigon se fac evidente bandelele olfactoare, *striae olfactoriae mediâlis et laterâlis*. Sectorul bulbului frontal, cuprins între scizura interemisferică, *fissûra longitudinalis cerebri*, și șanțul olfac-

tor, *sûlcus olfactorius*, a fost denumit circumvoluție rectă, *gyrus réctus*. Fața lobului inferior, situată lateral de șanțul olfactor e străbătută de șanțulețe mai puțin adînci — șanțurile orbitale, *sûlci orbitâles*, care separă o serie de circumvoluții orbitale, *gyri orbitâles*, variate ca formă și dimensiuni.

Pe fața inferioară a emisferei, în regiunea ei posterioară se evidențiază net șanțul colateral, situat mai jos și lateral de circumvoluția lingvală de pe fața bazală a lobilor occipital și temporal și lateral de circumvoluția parahippocampală. Ceva mai înainte de extremitatea anterioară a șanțului colateral se află șanțul rinal, *sûlcus rinâlis*, care delimitează din partea laterală capătul anterior încovoiat sub aspect de cîrlig al circumvoluției parahippocampale, denumit *uncus* (cîrligul hipocampului). Lateral de șanțul colateral se află circumvoluția occipitotemporală medială, *gyrus occipitotemporalis mediâlis*.

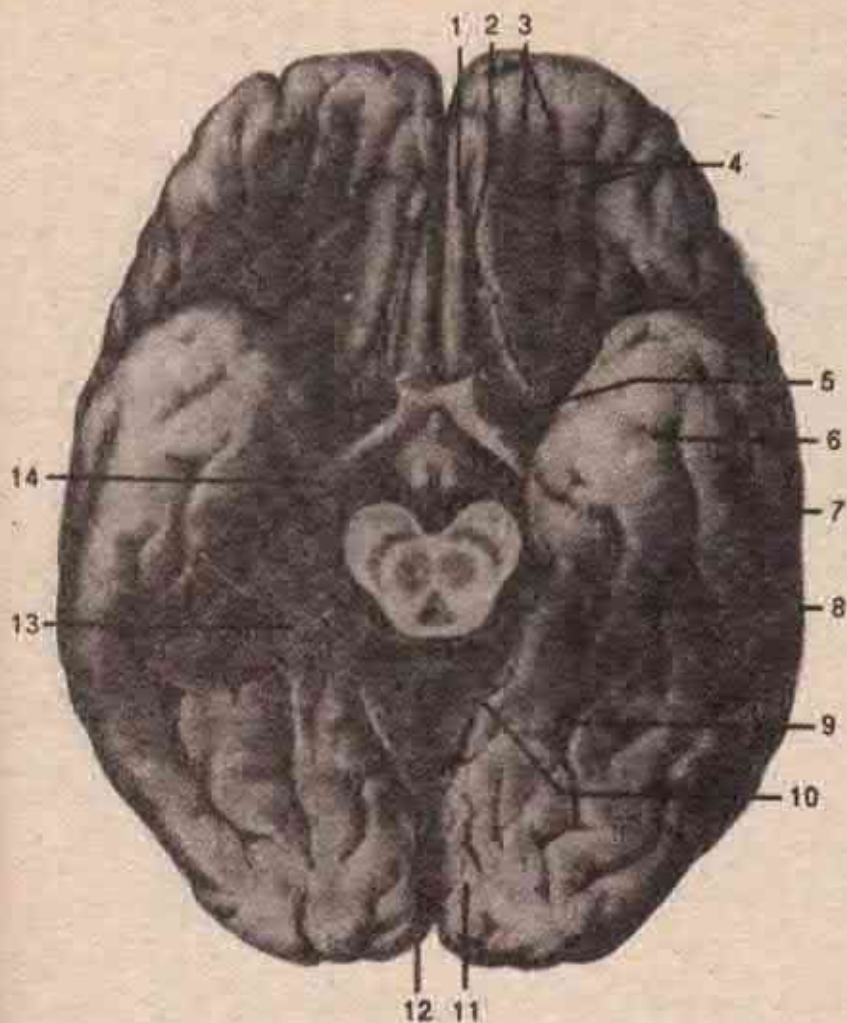


Fig. 205. Șanțurile și circumvoluțiile fețelor inferioare ale emisierelor cerebrale.

1 — gyrus rectus; 2 — sul. olfactorius; 3 — sul. orbitales; 4 — gyri orbitales; 5 — substantia perforata rostralis (anterior); 6 — sul. occipitotemporalis; 7 — gyrus occipitotemporalis lateralis; 8 — gyrus occipitotemporalis medialis; 9 — sul. collateralis; 10 — sul. hippocampi; 11 — gyrus lingualis; 12 — sul. calcarinus; 13 — gyrus parahippocampalis; 14 — uncus.

Între această circumvoluție și circumvoluția occipitotemporală laterală, *gyrus occipitotemporalis lateralis*, dispusă lateral, trece șanțul occipitotemporal, *sulcus occipitotemporalis*. Circumvoluția occipitotemporală laterală se desparte de circumvoluția temporală inferioară nu prin șanțuri, ci prin marginea inferolaterală a emisferei cerebrale, care în acest caz servește drept linie limitrofă.

O serie de formațiuni ale encefalului, localizate în special pe fața medială a emisferei, reprezintă substratul în care are loc formarea unor stări funcționale generale, ca emoțiile, starea de somn-veghe, motivația comportamentului etc. Aceste formațiuni sînt evidențiate sub denumirea de „sistem limbic”. Deoarece în decursul filogenezei reacțiile menționate au apărut și s-au perfecționat în strînsă legătură cu funcțiile olfactive primare, drept bază morfologică pentru ele servesc segmentele creierului, care

derivă din porțiunile inferioare ale veziculei cerebrale și fac parte din așa-numitul creier olfactor, rinencefal, *rhinencephalon*. Sistemul limbic (fig. 207) se compune din bulbul olfactor, trigonul olfactor, substanța perforată anterioară, toate fiind situate pe fața inferioară a lobului frontal și reprezentînd compartimentul periferic al creierului olfactor, precum și circumvoluția corpului calos și circumvoluția parahipocampală (împreună cu uncus), ambele formînd *gyrus fornicatus* (BNA), circumvoluția denticulată, hipocampul (toate componente ale compartimentului central al creierului olfactor) și alte formațiuni. Includerea tuturor acestor formațiuni ale creierului în componența sistemului limbic s-a dovedit a fi posibilă datorită faptului că toate dispun de caractere structurale comune, au o proveniență comună, sînt legate reciproc și manifestă reacții funcționale asemănătoare.

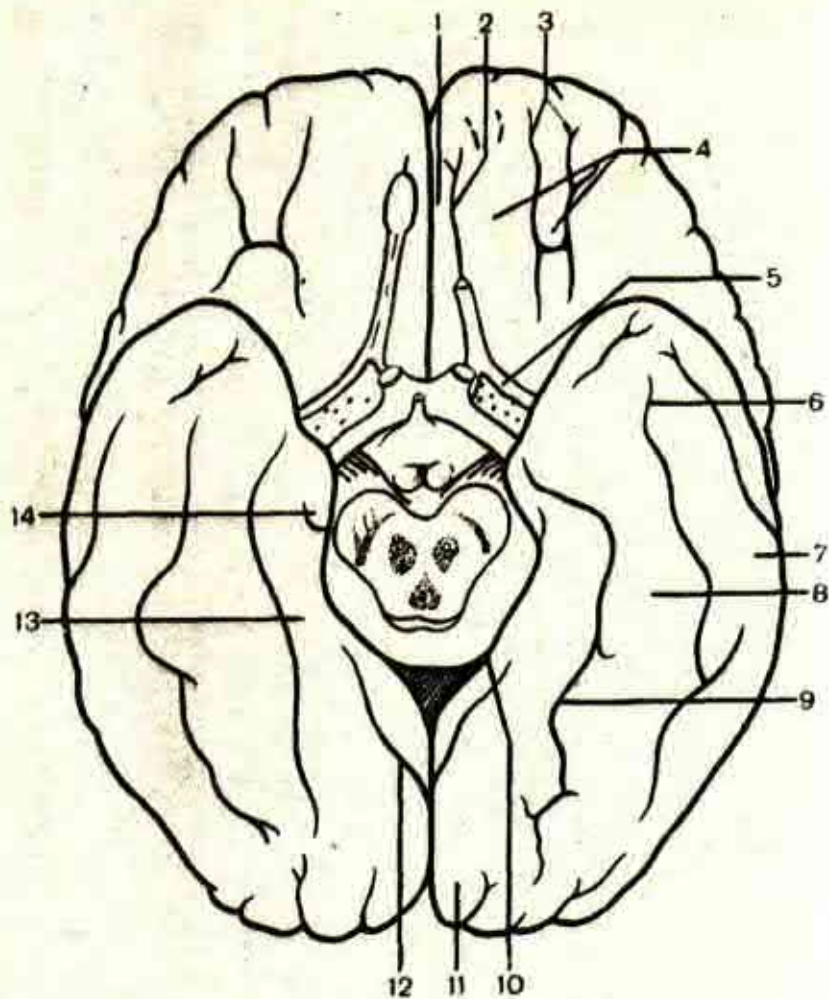


Fig. 206. Schema șanțurilor și circumvoluțiilor feței inferioare a emisferelor cerebrale.

1 — girus rectus; 2 — sul. olfactorius; 3 — sull. orbitales; 4 — gyri orbitales; 5 — substantia perforata rostralis (anterior); 6 — sul. occipitotemporalis; 7 — girus occipitotemporalis lateralis; 8 — girus occipitotemporalis medialis; 9 — sul. collateralis; 10 — sul. hippocampi; 11 — girus lingualis; 12 — sul. calcarinus; 13 — girus parahippocampalis; 14 — uncus.

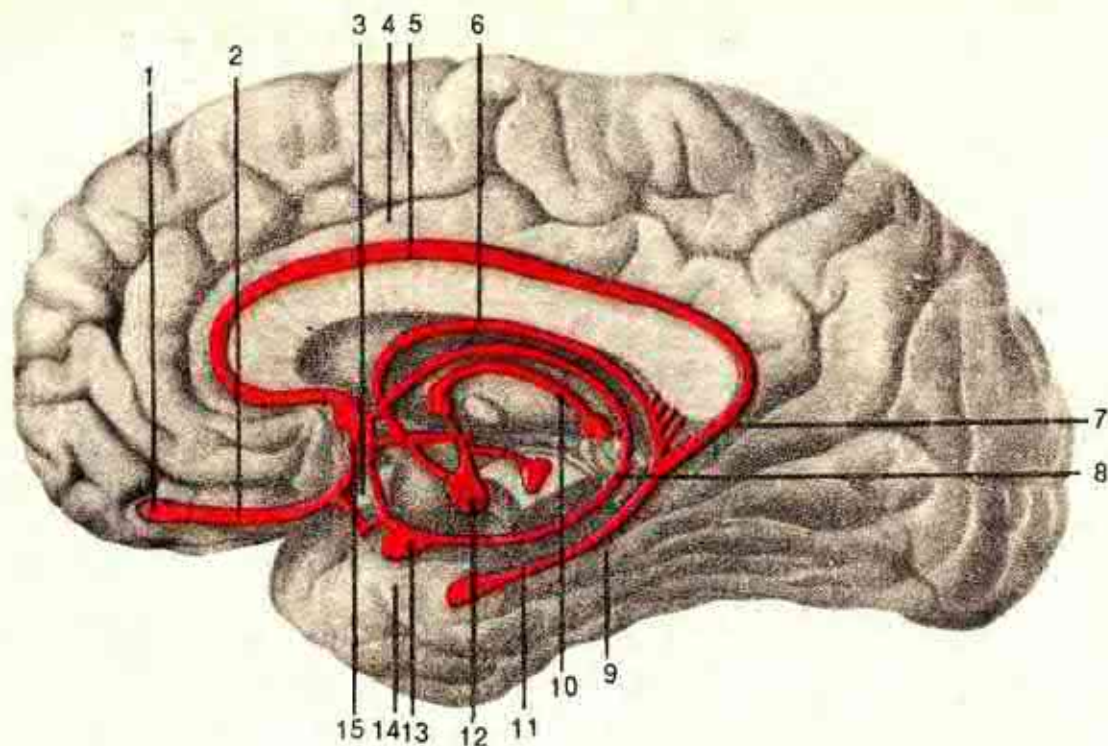
Structura cortexului cerebral

Scoarța cerebrală (mantia), cortex cerebri (pallium), e reprezentată prin substanța cenușie, dispusă la exteriorul emisferelor creierului. Suprafața medie a scoarței unei emisfere la omul adult e de 220 000mm², din care părților vizibile ale circumvoluțiilor le revine 1/3, iar pereților și fundului șanțurilor — 2/3. Grosimea scoarței diferă de la o regiune la alta, variind de la 1,5 pînă la 5 mm. Cea mai groasă e scoarța din regiunea superioară a circumvoluțiilor, precentrală și postcentrală, precum și a lobulului paracentral. De obicei cortexul cerebral de pe porțiunile convexe ale circumvoluțiilor e mai gros decît cel de pe pereții și fundul șanțurilor.

După cum a constatat pentru prima dată V. A. Beț, diverse regiuni ale cortexului diferă nu numai prin aspectul celulelor nervoase, ci și prin amplasarea lor reciprocă. Distribuția celulelor

nervoase în limitele cortexului e marcată prin termenul „citoarhitectonică“. După cum s-a dovedit, celulele nervoase (neuronii) cu caractere morfologice mai mult sau mai puțin similare sînt localizate sub aspect de straturi aparte.

Aspectul stratificat al structurii cortexului cerebral, în cadrul căruia dungi de culoare cenușie (celule) alternează cu dungi de culoare albă (fibre) poate fi lesne observat chiar și cu ochiul liber pe secțiuni ale emisferelor, trasate prin lobul occipital. În fiecare strat celular, alături de celulele nervoase și gliale se află fibre nervoase, care reprezintă prelungiri ale neuronilor proprii, a neuronilor din alte straturi corticale sau din alte compartimente ale creierului (căi conductoare). Structura și densitatea localizării fibrelor nervoase diferă de la o regiune a cortexului la alta. Particularitățile distribuirii fibrelor din scoarța creierului sînt definite prin termenul „mieloarhitectonică“. Structura fibri-



Ftg. 207. Formațiunile creierului, care fac parte din sistemul limbic.

1 — bulbus olfactorius; 2 — tractus olfactorius; 3 — trigonum olfactorium; 4 — gyrus cinguli; 5 — indusium griseum; 6 — fornix; 7 — isthmus gyri cinguli; 8 — stria terminalis; 9 — gyrus parahippocampalis; 10 — stria medullaris; 11 — hippocampus; 12 — corpus mamillare; 13 — corpus amygdaloideum; 14 — uncus; 15 — gyrus paraterminalis.

lară a cortexului (mieloarhitectonica) corespunde în linii generale componenței lui celulare (citoarhitectonicii). Pentru scoarța cerebrală de apariție recentă (*neocortex*) a omului adult (fig. 208) e caracteristică distribuția celulelor nervoase în formă de șase straturi (lamelle sau pături). Pe suprafața medială și cea inferioară a emisferelor creierului mare s-au menținut anumite sectoare de scoarță arhaică (*archicortex*) și supraarhaică (*paleocortex*), având o structură mai simplă, din două sau respectiv trei straturi. Structura cortexului din diverse regiuni ale emisferelor creierului mare e expusă detaliat în cursul de histologie. Aici însă ne vom limita doar la enumerarea denumirilor celor șase straturi (pături sau lamelle): 1) pătura moleculară, *lamina molecularis (plexiformis)*; 2) pătura granulară externă, *lamina granulăris extérna*; 3) pătura piramidală externă (stratul de piramide mici și medii), *lamina pyramidalis extérna*; 4) pătura granulară internă, *lamina gra-*

nularis intérna; 5) pătura piramidală internă (stratul de piramide mari sau de celule Bet), *lamina pyramidalis intérna*; 6) pătura polimorfă (multiformă), *lamina multifórmis*.

Investigațiile întreprinse spre finele sec. XIX și începutul sec. XX de către savanți din mai multe țări ale lumii au făcut posibilă întocmirea unor hărți citoarhitectonice ale scoarței creierului uman și animal, bazate pe particularitățile structurale ale cortexului din fiecare arie a emisferei în parte. În componența scoarței K. Brodmann a evidențiat 52 de arii citoarhitectonice. Ținând cont de structura fibrilooasă a cortexului, C. Vogt și O. Vogt au descris în scoarța creierului mare 150 de arii mieloarhitectonice. Bazându-se pe investigațiile asupra structurii encefalului, în cadrul căroră s-a ținut cont de principiul evoluționist, colaboratorii institutului creierului din U. R. S. S. au elaborat hărți detaliate ale ariilor citoarhitectonice din creierul uman (Filimonov I. N., Sarkisov S. A., 1954).

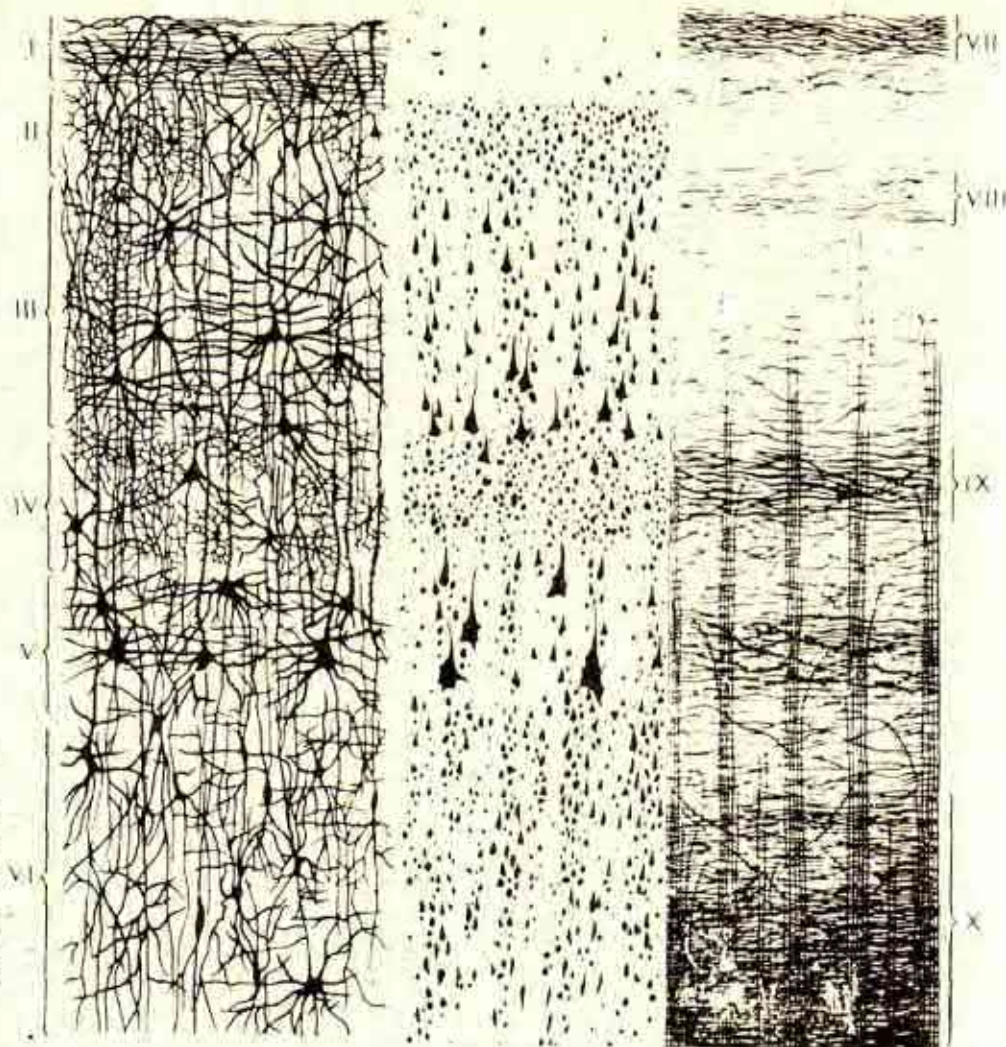


Fig. 208. Cortexul cerebral.

I — lam. molecularis; II — lam. granularis externa; III — lam. pyramidalis externa; IV — lam. granularis interna; V — lam. pyramidalis interna; VI — lam. multiformis; VII — stria laminae molecularis (plexiformis); VIII — stria laminae granularis externae; IX — stria laminae granularis internae; X — stria laminae pyramidalis internae.

În urma cercetărilor întreprinse în scop de studiere a variabilității structurale a creierului s-a stabilit, că greutatea lui nu denotă gradul de intelectualitate al omului. De exemplu, la I. S. Turghenev greutatea encefalului era de 2012 g, pe cînd la un alt scriitor ilustru — A. France — de numai 1017 g. La fel, investigațiile cito- și mieloarhitectonicii cortexului cerebral resping tentativele pseudosavantilor de a denatura datele științei.

Localizarea funcțiilor în scoarța emisferelor creierului mare

După cum mărturisesc datele cercetărilor experimentale, distrugerea sau extirparea anumitor arii ale scoarței emisferelor cerebrale la animale provoacă dereglarea anumitor funcții. Acest fapt e confirmat și de observațiile clinice asupra bolnavilor, care au de suferit în urma lezării de către tumori sau traume

a unor arii corticale din emisferele cerebrale. Toate cele menționate permit de a conchide, că în scoarța creierului mare sînt localizați centri, responsabili de reglarea realizării unor sau altor funcții. Drept confirmare moriologică a datelor din domeniul fiziologiei și clinicii a servit învățătura despre diversitatea calitativă a structurii cortexului din diferite regiuni ale sale — cito- și mieloarhitectonica scoarței cerebrale. Prima piatră de temelie a investigațiilor în acest domeniu a fost pusă în anul 1874 de către anatomistul kievean V. A. Bet.

După cum s-a mai menționat, în rezultatul unor asemenea investigații au fost alcătuite hărți speciale ale cortexului cerebral. I. P. Pavlov considera scoarța emisferelor creierului mare drept suprafață totală de recepție, ca o complexitate de segmente corticale ale analizatorilor. Prin noțiunea de „analizator” se subînțelege un mecanism nervos complicat, compus din aparatul receptor, conduc-

tori ai influxurilor nervoase și din centrul cerebral, în care are loc o analiză detaliată a informației, obținute atât din mediul ambiant, cât și din însuși organismul omului.

Deoarece analizatorii, indiferent de apartenența lor funcțională, se află în strinse relații de interconexiune, în cortexul cerebral are loc realizarea analizei și sintezei și elaborarea unor reacții de răspuns, capabile de a regla orice formă de activitate a organismului.

I. P. Pavlov a demonstrat, că segmentul cortical al oricărui analizator nu reprezintă vre-o zonă cu limite precise de demarcație. Conform concepției sale în cortexul cerebral se disting nuclee și elemente dispersate. Nucleul constituie o zonă de concentrare a neuronilor corticali, care compun proiecția precisă a tuturor elementelor unui anumit complex periferic de recepție (receptor periferic). În cadrul nucleului au loc analiza, sinteza și integrarea funcțiilor la nivelul cel mai înalt. Elementele dispersate pot fi localizate atât la periferia nucleului, cât și la o distanță considerabilă de sediul lui. În aceste elemente se efectuează o analiză și o sinteză mult mai simplă.

În caz de distrugere a nucleului, existența elementelor dispersate asigură posibilitatea compensării parțiale a funcției lezate. Ariile de răspîndire în cortex a elementelor dispersate, aparținînd mai multor analizatori, se pot suprapune reciproc. Astfel, în mod schematic, scoarța creierului mare poate fi imaginată drept un ansamblu de nuclee și elemente dispersate ale analizatorilor de tot felul. Elementele dispersate sînt împrăștiate printre acești nuclee și aparțin segmentelor corticale adiacente ale analizatorilor. Cele menționate mai sus vin să confirme concepția despre localizarea dinamică a funcțiilor în cortexul emisferelor cerebrale (I. P. Pavlov).

Vom examina în continuare poziția segmentelor corticale (în special a nucleilor) a mai multor analizatori față de circumvoluțiile și lobii emisferelor cerebrale la om (în conformitate cu hărțile citoarhitectonice) (fig. 209).

1. În scoarța circumvoluției postcent-

rale (ariile 1, 2, 3) și a lobului parietal superior (ariile 5 și 7) sînt localizați neuronii, care constituie nucleul analizatorului cortical al sensibilității generale (sensibilitatea termică, dureroasă, tactilă) și proprioceptive. Căile conductoare, care vin spre cortexul cerebral, se intersectează fie la nivelul diverselor segmente ale măduvei spinării (căile conductoare ale sensibilității dureroase, termice, tactile și de presiune), fie la nivelul bulbului rahidian (căile conductoare ale simțului proprioceptiv de orientare corticală). În consecință circumvoluțiile postcentrale ale fiecărei emisfere sînt legate de jumătățile contralaterale ale corpului. Ariile de recepție de la diferite regiuni ale corpului sînt proiectate în circumvoluția postcentrală în așa mod, încît în partea ei superioară se află segmentele corticale ale analizatorului sensibilității generale de la regiunile inferioare ale trunchiului și de la membrele inferioare, iar în partea inferioară a circumvoluției (în apropiere de șanțul lateral) sînt proiectate ariile de recepție de la regiunile superioare ale trunchiului, de la cap și de la membrele superioare (fig. 210).

2. Nucleul analizatorului motor se află în așa-numita zonă motoare a cortexului, care cuprinde circumvoluția precentrală (ariile 4 și 6) și lobulul paracentral de pe fața medială a emisferei. În stratul V al cortexului din regiunea circumvoluției precentrale își au sediul neuronii piramidali (celulele Bet), pe care I. P. Pavlov îi considera drept neuroni intercalari. El a remarcat, că prin prelungirile lor acești neuroni formează conexiuni cu nucleii subcorticali și neuronii motori din nucleii nervilor cranieni și spinali. De concretizat, că în sectoarele superioare ale circumvoluției precentrale și în lobulul paracentral sînt localizați neuronii, care transmit impulsuri nervoase spre mușchii din cele mai inferioare regiuni ale trunchiului și mușchii membrelor inferioare; în porțiunea inferioară a circumvoluției precentrale se află centrii motori, care reglează activitatea mușchilor din regiunea feței (fig. 211). Prin urmare, toate segmentele corpului uman sînt proiectate pe cir-

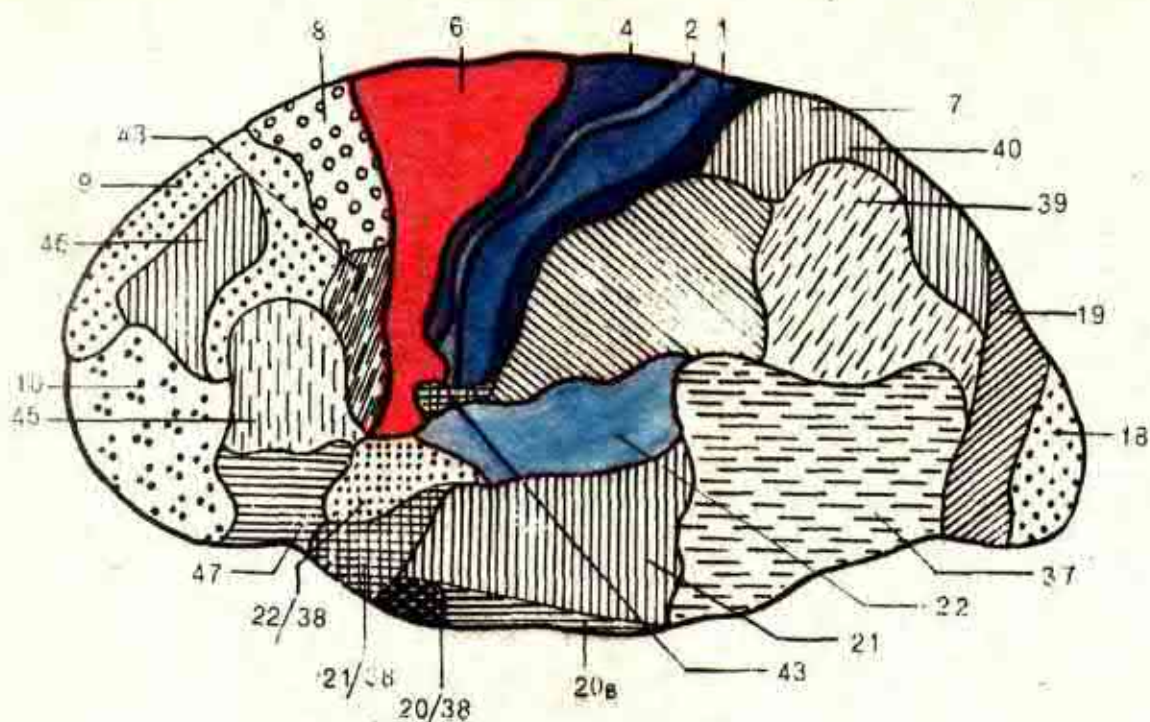


Fig. 209. Ariile citoarhitectonice ale emisferei cerebrale stîngi, fața superolaterală, explicații în text.

cumvoluția precentrală, în aparență, cu picioarele în sus. În dependență de faptul, că căile piramidale care se încep de la celulele gigantopiramidale se încrucișează sau în trunchiul cerebral (fibrelle corticonucleare), sau la nivelul segmentelor medulare (tractul corticospinal), zona motoare din fiecare emisferă e legată cu mușchii scheletici din partea opusă a corpului. Pe cînd mușchii membrelor sînt legați numai cu o singură emisferă, mușchii trunchiului, laringelui și cei ai faringelui, au legături cu zonele motoare din ambele emisfere.

Zona motoare a cortexului emisferelor cerebrale era considerată de către I. P. Pavlov și ca zonă receptoare, deoarece în cadrul ei are loc de asemenea și analiza excitațiilor proprioceptive (chinestezice), recepționate de către terminațiile nervoase senzitive din mușchii scheletici, tendoane, fascii și capsulele articulare.

3. Nucleul analizatorului, care asigură funcția de deviere conjugată a capului și ochilor în sens opus, se află în porțiunea posterioară a circumvoluției frontale medii, așa-numita zonă premo-

toare (aria 8). Întoarcerea conjugată a ochilor și a capului în sens opus e reglată nu numai în urma recepționării de către cortexul circumvoluției frontale medii a impulsurilor proprioceptive de la mușchii striați ai globului ocular, ci și datorită propagării impulsurilor nervoase de la retină spre aria 17, situată în lobul frontal, în imediată apropiere de nucleul analizatorului optic.

4. În limitele lobului parietal inferior, și anume — în circumvoluția lui supramarginală (straturile profunde ale ariei citoarhitectonice 40) este situat nucleul analizatorului motor, rolul funcțional al căruia constă în realizarea sintezei tuturor mișcărilor compuse și combinate, concentrate pentru un anumit scop. Acest nucleu e unilateral, la oamenii dreptaci el se află numai în emisfera stîngă, la cei stîngaci — numai în emisfera dreaptă. Capacitatea de a coordona mișcărilor compuse, orientate spre un scop definit se dezvoltă la fiecare individ aparte în decursul întregii sale vieți în rezultatul activității practice și a acumulării unor anumite deprinderi. Efectuarea mișcărilor, orientate spre un scop definit, are loc datorită formării conexiuni-

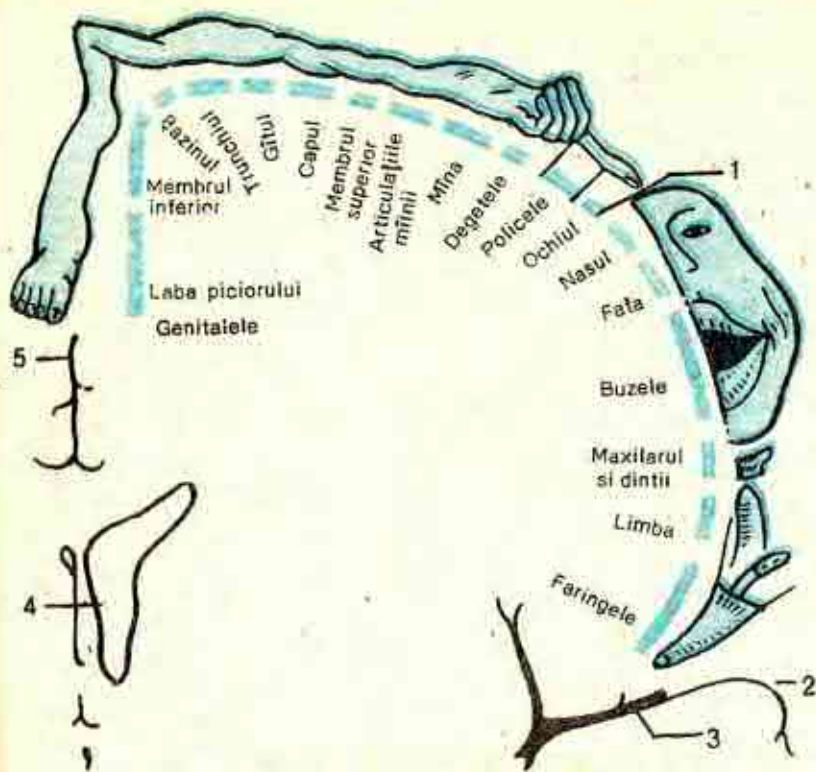


Fig. 210. Homunculus senzorial. Sînt arătate proiecțiile părților de corp ale omului pe regiunea segmentului cortical al analizatorului sensibilității generale, localizat în cortexul circumvoluției cerebrale postcentrale; secțiune frontală prin emisferă (schemă).

1 — facies superolateralis hemispherii (gyrus postcentralis); 2 — lobus temporalis; 3 — sul. lateralis; 4 — ventriculus lateralis; 5 — fissura longitudinalis cerebri.

lor temporare dintre neuronii, localizați în circumvoluțiile precentrală și supra-marginală. Lezarea ariei 40 nu provoacă paralizie, ci numai apraxie (*praxis* — practică) adică pierderea capacității de a efectua mișcări compuse și complicate, orientate spre atingerea unui scop definit.

5. În cortexul lobului parietal superior (aria 7) se află nucleul analizatorului unui tip particular de sensibilitate cutanată pentru care e specifică funcția de a recunoaște obiectele prin pipăit — stereognozia. Segmentul cortical al analizatorului menționat, care reprezintă proiecția cîmpurilor receptive de la mîna stîngă se află în emisfera dreaptă, iar de la mîna dreaptă — în cea stîngă.

Lezarea straturilor corticale superficiale din regiunea localizării nucleului analizatorului dat se va însoți cu pierderea funcției de a recunoaște obiectele prin pipăit, cu toate că alte tipuri de sensibilitate generală se vor menține.

6. În porțiunea medie a circumvoluției temporale superioare, din profunzimea șanțului lateral, pe fața ei, contrapusă insulei (dotată cu circumvoluțiile

temporale transversale, sau circumvoluțiile Heschl), se află nucleul analizatorului auditiv (ariile 41, 42, 52). Spre neuronii, care constituie nucleul analizatorului auditiv din fiecare emisferă, vin căi conductoare de la receptorii din ambele părți — dreaptă și stîngă. În legătură cu acest fapt lezarea unilaterală a nucleului nu se soldează cu pierderea totală a capacității de a percepe sunetele. Numai lezarea bilaterală a nucleului provoacă surditate corticală.

7. Nucleul analizatorului optic e situat pe fața medială a lobului occipital al emisferei cerebrale pe de ambele margini ale șanțului calcarin (ariile 17, 18, 19). Nucleul analizatorului optic din emisfera dreaptă e legat prin căi conductoare cu jumătatea laterală a retinei ochiului drept și cu jumătatea medială a retinei ochiului stîng. În cortexul lobului occipital de la emisfera stîngă sînt proiectați respectiv receptorii jumătății laterale a ochiului stîng și ai jumătății mediale a ochiului drept. Ca și în cazul analizatorului auditiv, numai la o lezare bilaterală a nucleului analizatorului optic survine cecitatea corticală totală. Lezarea ariei 18, situată ceva mai sus de aria 17, se va însoți cu suspendarea me-

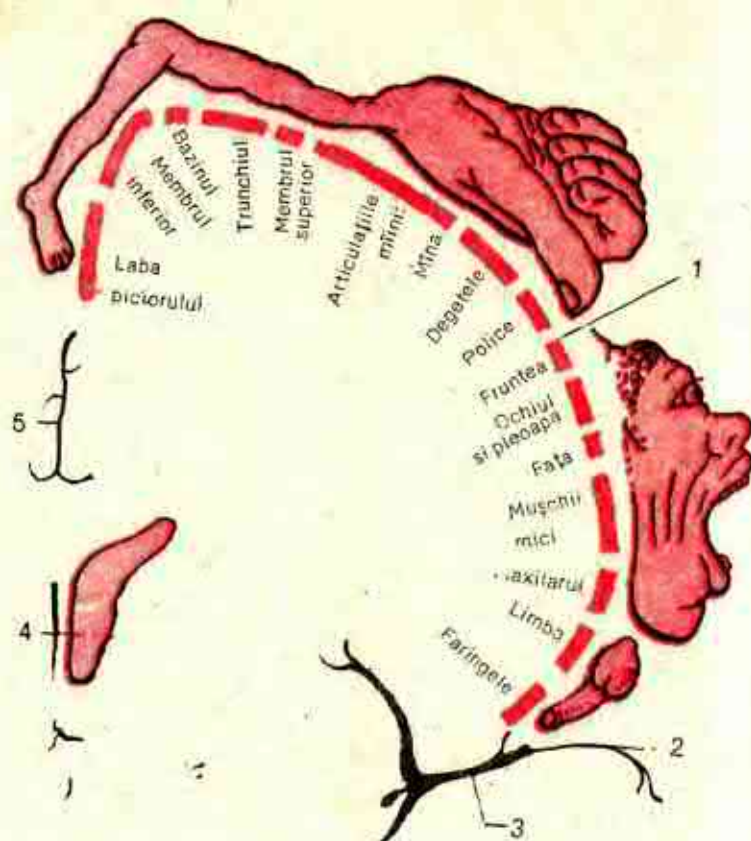


Fig. 211. Homunculus motor. Sînt arătate proiecțiile părților de corp ale omului pe regiunea segmentului cortical al analizatorului, localizat în cortexul circumvoluției cerebrale precentrale; secțiune frontală prin emisferă (schemă).

1 — facies superolateralis hemispherii (gyrus precentralis); 2 — lobus temporalis; 3 — sulcus lateralis; 4 — ventriculus lateralis; 5 — fissura longitudinalis cerebri.

moriei vizuale, fără a fi dereglată vederea. O poziție mai avansată în comparație cu ariile 17 și 18 o are aria 19, lezarea căreia provoacă pierderea capacității de orientare în condițiile unei ambiante necunoscute.

8. Pe fața inferioară a lobului temporal al emisferei cerebrale, în regiunea unculusului (ariile A și E) și parțial în regiunea hipocampusului (aria 11) se află nucleul analizatorului olfactiv. Din punct de vedere al filogenezei ambele regiuni fac parte din cele mai vechi porțiuni ale cortexului cerebral. Simțul olfactiv și cel gustativ se află în strînse relații de reciprocitate, fapt ce se explică prin vecinătatea intimă a zonelor de localizare în cortex a nucleilor celor doi analizatori — olfactiv și gustativ. E stabilit, de asemenea, (V. M. Behterev), că perceperea gustativă se dereglează în caz de lezare a cortexului din cele mai inferioare sectoare ale circumvoluției postcentrale (aria 43). Nucleii analizatorilor gustativ și olfactiv din ambele emisfere sînt legate cu receptorii atît din dreapta, cît și din stînga corpului.

Segmentele corticale ale unora dint-

re analizatori există în cortexul emisferelor cerebrale atît la om, cît și la animale. Ele sînt specializate pentru a percepe, a analiza și a sintetiza semnalele, parvenite din mediul extern și intern al organismului, care după definirea lui I. P. Pavlov constituie primul sistem de semnalizare al realității. Aceste semnale (cu excepția vorbirii — cuvîntului rostit și scris), venite din lumea ce ne înconjoară, inclusiv și din mediul social, în care se află omul, sînt recepționate sub aspect de senzații, impresii și imagini.

Cel de-al doilea sistem de semnalizare e specific numai omului și e determinat de dezvoltarea vorbirii. Primul și al doilea sistem de semnalizare au fost definite de către I. P. Pavlov după cum urmează: „Dacă senzațiile și impresiile noastre referitoare la lumea ce ne înconjoară prezintă pentru noi primele semnale ale realității, adică semnale concrete, apoi vorbirea, mai întîi de toate, și în special excitațiile chinestezice, care vin spre cortex de la organele vorbirii, sînt cel de-al doilea fel de semnale, semnale ale semnalelor. Ele reprezintă

o abstragere de la realitate și presupun o sintetizare, ceea ce și constituie gândirea superioară, special umană, proprie numai nouă personal, care mai întâi crează un empirism general uman, și în sfârșit știința — cel mai dezăvîrșit instrument de orientare a omului în lumea înconjurătoare și în sine însuși*.

„Munca, — după cum spunea. F. Engels, — l-a creat pe om.“*

De totdeauna munca a fost o activitate socială. În procesul activității de muncă la oameni apare necesitatea de a comunica între ei. Sub influența acestei necesități imperioase laringele s-a transformat într-un organ, capabil de a pronunța sunete. Astfel a apărut vorbirea articulată, graiul.

Graiul e legat cu realitatea nu nemijlocit, ci prin intermediul gândirii. K. Marx a numit graiul activitate directă a gândului, deoarece gândul există numai în veșmîntul material al cuvîntului. Indiferent de felul în care omul își exprimă gândurile — cugetă în gînd, le exprimă cu voce tare sau le așterne pe hîrtie — ele totdeauna sînt întruchipate în cuvinte. Vorbirea, iar împreună cu ea și conștiința sînt cele mai noi funcții ale creierului, de aceea amplasamentul segmentelor corticale ale analizatorilor în cortex e cel mai puțin localizat. Deși la realizarea funcțiilor de gîndire și vorbire participă întreg cortexul, totuși în acesta pot fi evidențiate anumite sectoare pentru care sînt caracteristice funcții verbale strict determinate. De exemplu, analizatorii motori ai vorbirii (orale și scrise) se află în imediata apropiere de zona motoare din cortex, mai precis în sectoarele de scoarță a lobului frontal, care se învecinează cu circumvoluția precentrală.

Analizatorul optic și analizatorul acustic pentru recepționarea semnalelor vorbirii sînt situați alături de analizatorul optic și cel acustic. De menționat, că analizatorii vorbirii sînt localizați numai într-o singură emisferă — la drep-

taci — în cea stîngă, iar la stîngaci — în cea dreaptă.

Vom examina așezarea în cortexul cerebral a unora din analizatorii vorbirii.

9. Analizatorul motor al limbajului scris (analizatorul mișcărilor voluntare, legate de scrierea literelor și a altor semne) se află în partea posterioară a circumvoluției frontale medii (aria 40). Marginile sectorului de cortex, ocupat de către acest nucleu, aderă strins la acele porțiuni ale circumvoluției precentrale, pentru care e caracteristică funcția analizatorului motor al mîinii și al analizatorului întoarcerii combinate a capului și ochilor în sens opus. Nemicirea ariei 40 nu provoacă lezarea tuturor felurilor de mișcări, ci e însoțită doar de pierderea capacității de a efectua cu mîna mișcări fine și precise, necesare pentru a scrie litere, diverse semne și cuvinte (agrafie).

10. Nucleul analizatorului motor al articulației vorbirii (analizatorul verbomotor) este situat în porțiunile posterioare ale circumvoluției frontale inferioare (aria 44 sau centrul Broca). Acest nucleu limitrofează cu acele porțiuni ale circumvoluției precentrale, în care își au sediul nucleii analizatorilor mișcărilor efectuate prin contracția mușchilor capului și gîtului. E și firesc, deoarece în segmentul cortical al analizatorului verbomotor se efectuează o analiză a mișcărilor, provocate de toți mușchii (de cei ai buzelor, obrazilor, limbii, laringelui), antrenați în actul de modelare a vorbirii orale (pronunțarea cuvintelor și propozițiilor). Lezarea sectorului de cortex, care corespunde ariei 44, duce la afazie motoare, adică la pierderea facultății de a pronunța cuvinte (afazie). Acest fel de afazie nu are nici o legătură cu capacitatea de a se contracta a mușchilor, antrenați în modelarea vorbirii. Mai mult ca atît, în caz de lezare a ariei 44 capacitatea de a pronunța sunete sau de a cînta nu va fi pierdută.

În porțiunile centrale ale circumvoluției frontale inferioare (aria 45) se află nucleul analizatorului vorbirii care este în legătură cu cîntul. Lezarea ariei 45 va fi însoțită de amuzie vocală, incapacitatea de a compune și de a reproduce

* Marx K., Engels F. Opere Ed. a 2-a, V. 20. P. 486. Ed. rusă

fraze muzicale și de agramatism — incapacitate de a încheia din cuvinte separate propoziții chibzuite, pline de sens. Vorbirea unor asemenea bolnavi constă din grupuri de cuvinte, lipsite de orice sens și legătură, din vorbe goale (E. K. Sepp).

11. Nucleul analizatorului acustic al vorbirii orale se află în legătură strinsă cu centrul cortical al analizatorului auditiv și se localizează, ca și ultimul, în regiunea circumvoluției temporale superioare. Nucleul menționat se află în sectoarele posterioare ale circumvoluției temporale superioare, pe fața acesteia, orientată spre șanțul lateral al emisferei cerebrale (aria 42).

Lezarea nucleului auditiv al vorbirii orale nu se soldează cu incapacitatea de a recepționa sunetele în genere, ci duce la pierderea numai a facultății de a înțelege cuvintele (surditate verbală sau afazie senzorială). Funcția acestui nucleu constă în faptul, că omul nu numai că aude și înțelege vorba altuia, dar și o controlează totodată și pe a sa proprie.

În treimea medie a circumvoluției temporale superioare se află nucleul analizatorului cortical, la lezarea căruia survine surditatea muzicală. În asemenea caz frazele muzicale sînt percepute ca o adunătură haotică de zgomote. Acest segment cortical al analizatorului auditiv face parte din centrul celui de al doilea sistem de semnalizare, care recepționează marcarea prin cuvinte a obiectelor, acțiunilor, fenomenelor, adică care recepționează semnalele semnalelor.

12. Într-o legătură nemijlocită cu nucleul analizatorului optic se găsește nucleul analizatorului optic al limbajului scris (aria 39), situat în circumvoluția angulară a lobului parietal inferior. Lezarea acestui nucleu duce la pierderea capacității de a percepe un text scris, de a citi (alexie).

Nucleii bazali (subcorticali) și substanța albă a telencefalului

Substanța cenușie din fiecare emisferă cerebrală în afară de scoarță, care constituie straturile superioare ale creierului terminal mai formează îngrămădiri sub

aspect de nucleu sau de noduli, situați în profunzimea substanței albe, în apropiere de fața bazală a encefalului (fig. 212). În dependență de poziția lor, aceste aglomerări de substanță cenușie au fost denumite *nuclei bazali* (nucleu sau noduli subcorticali, sau centrale), *nuclei basales*. Nucleii bazali cuprind: 1) corpul striat, compus din nucleul caudat și din nucleul lentiform, 2) claustrum (antezidul) și 3) nucleul amigdalian.

Corpul striat, *corpus striatum*, și-a căpătat această denumire deoarece în cadrul unor secțiuni ale creierului, trasate în plan orizontal, precum și în plan frontal el are aspect de dungi alternante de substanță cenușie și albă. În componența lui *nucleul caudat*, *nucleus caudatus*, are cea mai medială și anterioară poziție, lateral de talamus. De talamus nucleul caudat e separat printr-un strat de substanță albă (porțiunea intermediară sau genunchiul capsulei interne), destul de pronunțat pe o secțiune orizontală a emisferei. Porțiunea anterioară a nucleului caudat e îngroșată și constituie *capul* lui, *caput nucleus caudati*, care este totodată și perete lateral al cornului anterior de la ventriculul cerebral lateral. Situat în lobul frontal al emisferei, capul nucleului caudat se învecinează inferior cu substanța perforată anterioară, *substanția perforată anterior*. În acest loc capul nucleului caudat se unește cu nucleul lentiform. Partea posterioară a lui se îngustează treptat și continuă cu o porțiune mai subțire, denumită *corpul nucleului caudat*, *corpus nucleus caudati*, și situată pe planșeul porțiunii centrale a ventriculului lateral. Corpul e separat de talamus printr-o bandă de substanță albă — *stria terminalis*. Extremitatea posterioară a nucleului caudat — *coada*, *cauda nucleus caudati*, se subțiază treptat și, incurbîndu-se în jos, participă la formarea peretelui superior (tavanului) cornului inferior al ventriculului lateral. Aici coada atinge corpul amigdaloidian, situat în porțiunile anteromediale ale lobului temporal (posterior de spațiul perforat anterior). Lateral de capul nucleului caudat se află o fișie de substanță albă — brațul anterior

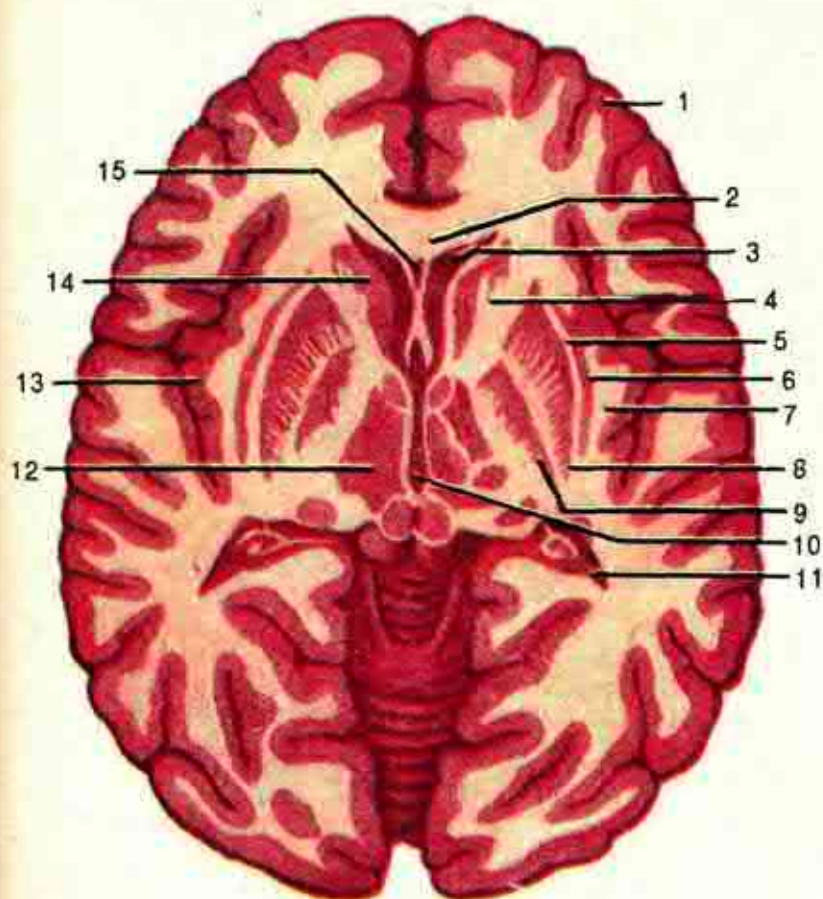


Fig. 212. Secțiune orizontală prin encefal. Nucleii bazali.

1 — cortex cerebri; 2 — genu corporis callosi; 3 — cornu frontale ventriculi lateralis; 4 — capsula interna; 5 — capsula externa; 6 — claustrum; 7 — capsula externa; 8 — putamen; 9 — globus pallidus; 10 — ventriculus tertius; 11 — cornu occipitale ventriculi lateralis; 12 — thalamus; 13 — cortex insulae; 14 — caput nuclei candati; 15 — cavum septi pellucidi.

al capsulei interne, care-l separă de nucleul lentiform.

Nucleul lentiform, *nucleus lentiformis*, denumit astfel din cauza asemănării cu un bob de linte, e situat ceva mai lateral de thalamus și nucleul caudat. El e separat de thalamus prin brațul posterior al capsulei interne. Fața inferioară a nucleului lentiform aderă la spațiul perforat anterior și se leagă cu nucleul caudat. Pe o secțiune orizontală prin emisferă se observă, că partea medială a nucleului lentiform se îngustează sub aspectul unui unghi orientat spre genunchiul capsulei interne, aflat la limita dintre thalamus și capul nucleului caudat.

Fața laterală a nucleului lentiform e convexă și e orientată spre partea bazală a insulei din emisfera cerebrală.

În cadrul unei secțiuni frontale a encefalului (fig. 213) nucleul lentiform are la fel forma unui triunghi cu vârful orientat medial și baza — lateral. Două dungi paralele de substanță albă, situate aproape în plan sagital, împart nucleul lentiform în trei sectoare. Cel dispus mai lateral din toate și colorat mai intens e *putamen*. Me-

dial de el se află două lamele medulare (medială și laterală) de o culoare mai deschisă, care poartă denumirea generală de „glob palid”, *glóbus pállidus*.

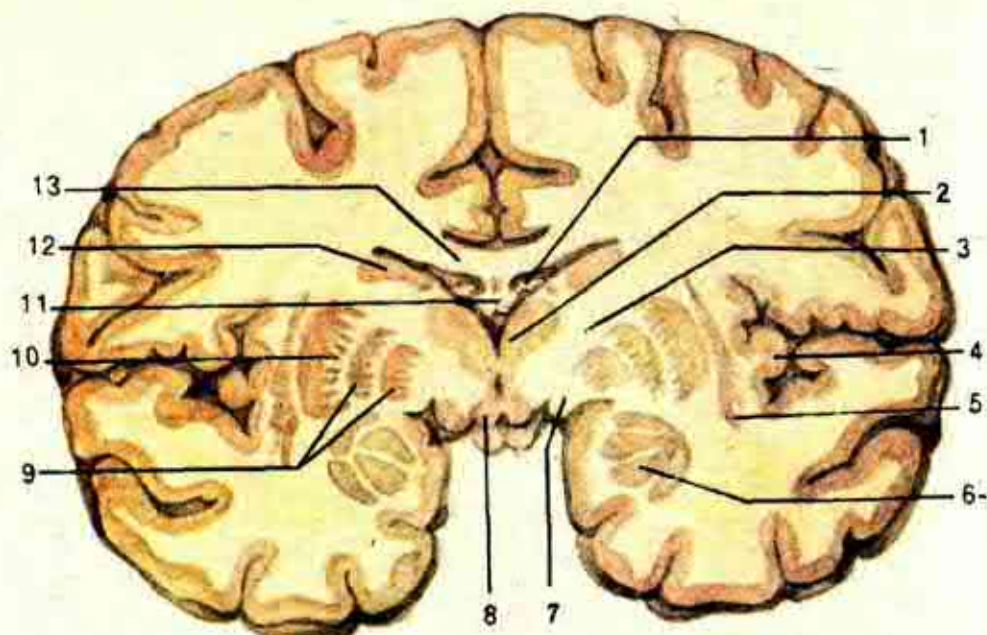
Lamela medială e denumită *glob palid medial, glóbus pállidus medialis*, iar cea laterală — *glob palid lateral, glóbus pállidus lateralis*. Nucleul caudat împreună cu *putamen* fac parte din formațiunile filogenetic mai noi — *neostriatum (striatum)*, pe cînd *glóbus pállidus* e o formațiune mai veche — *paleostriatum (pállidum)*.

Antezidul, *claustrum*, e situat în masa substanței albe a emisferei laterale de *putamen*, între acesta și scoarța din regiunea insulei. Antezidul are aspectul unei lamele subțiri de substanță cenușie, dispuse vertical. Antezidul e separat de *putamen* printr-un strat de substanță albă, denumit *capsulă externă, capsula extérna*, iar de cortexul insular — de un strat similar de substanță albă — „*capsula extremă, capsula extrémă*”.

Corpul amigdaloidian, *corpus amygdaloideum*, se găsește în substanța albă din lobul temporal al emisferei, aproxi-

Fig. 213. Secțiune frontală prin encefal la nivelul corpurilor mamilare.

1 — plexus choroideus ventriculii lateralis (pars centralis); 2 — thalamus; 3 — capsula internă; 4 — cortex insulae; 5 — claustrum; 6 — corpus amygdaloideum; 7 — tractus opticus; 8 — corpus mamilare; 9 — globus pallidus; 10 — putamen; 11 — fornix; 12 — nucleus caudatus; 13 — corpus collosum.



mativ cu 1,5—2,0 cm posterior de lobul temporal.

Substanța albă a emisferelor cerebrale constă din mai multe sisteme de fibre nervoase grupate în: 1) fibre de asociație; 2) fibre comisurale și 3) fibre de proiecție, unite în fascicule. Fibrele menționate sînt considerate căi conductoare ale encefalului (și măduvei spinării) (vezi mai jos). Fibrele de asociație, pornite din cortexul cerebral (fibre extracorticale) sînt amplasate în cadrul unei singure emisfere și fac legătura dintre dife-riți centri funcționali ai săi. Fibrele comisurale intră în componența comisurilor cerebrale (corpului calos, comisurii anterioare). Fibrele de proiecție, pornite din emisferile cerebrale spre segmentele subiacente ale creierului (diencefal, mezencefal etc.) și în direcția măduvei spinării, precum și cele cu sens opus, emergente de la formațiunile menționate, spre diverse porțiuni ale emisferei constituie capsula internă și coroana radiată, *corôna radiată*.

Capsula internă

Capsula internă, *câpsula intêrna*, se prezintă sub aspectul unei lame groase incurbate, de substanță albă. Din partea laterală ea este delimitată de nucleul lentiform, iar din partea medială — de capul nucleului caudat (din partea anterioară) și thalamus (din partea posterioară). Cap-

sula internă e divizată în trei segmente. Între nucleul caudat și nucleul lentiform se află brațul anterior al capsulei interne, *crús antêrius câpsulae intêrnæ*, iar între thalamus și nucleul lentiform — brațul posterior, *crús postêrius câpsulae intêrnæ*. Porțiunea intermediară a capsulei în care sub un unghi deschis lateral fuzionează ambele brațe constituie genunchiul capsulei interne, *gênu câpsulae intêrnæ* (fig. 214).

Prin capsula internă trec toate fibrele de proiecție, care leagă cortexul cerebral cu alte segmente ale sistemului nervos central (vezi „Căile de conducere...”). În genunchiul capsulei interne sînt amplasate fibrele căii corticonucleare care pornesc din cortexul circumvoluției precentrale în direcția nucleilor motori ai nervilor cranieni. În partea anterioară a brațului posterior, care aderă nemijlocit la genunchi, se află fibrele tractului corticospinal (fig. 215). Calea conductoare dată, ca și cea precedentă, pornește din cortexul circumvoluției precentrale spre coarnele anterioare ale măduvei spinării.

Posterior de căile conductoare din brațul posterior menționate mai sus trec fibrele talamocorticale (talamoparietale). Ele constituie prelungirile neurocitiilor talamusului și țin calea spre cortexul circumvoluției postcentrale. Din componența acestei căi conductoare fac parte fibrele, care reprezintă conductorii tuturor fe-

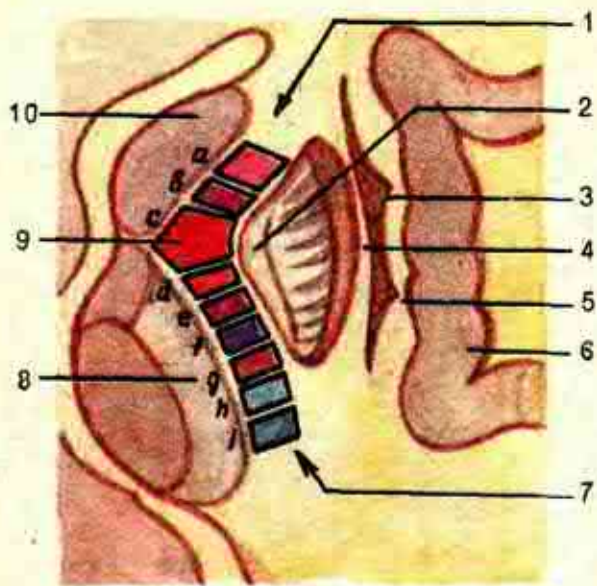


Fig. 214. Schema dislocării căilor de conducere în capsula internă.

1 — crura anterior capsulae internae; 2 — nucl. lentiformis; 3 — claustrum; 4 — capsula externa; 5 — capsula interna; 6 — cortex insulae; 7 — crura posterior capsulae internae; 8 — thalamus; 9 — genu capsulae internae; 10 — caput nucleus caudati; a — radiationes thalamicae anteriores (tr. frontothalamicus, BNA); b — tr. frontopontinus; c — tr. corticonuclearis; d — fibrae corticospinales (tr. corticospinalis, BNA); e — fibrae thalamoparietales (tr. spinothalamicus, BNA); f — fibrae corticothalamicae (tr. corticothalamicus, BNA); g — fasciculus tractus parietooccipitopontinus; h — radiatio acustica; i — radiatio optica.

lurilor de sensibilitate generală (doloră, termică, tactilă și de presiune, proprioceptivă).

Fibrele talamocorticale sunt urmate de către fasciculus temporoparietooccipitopontin, care trece prin segmentul central al brațului posterior. Fibrele, care compun fasciculus menționat, pornesc de la neurocitiile diferitor regiuni corticale ale lobilor occipital, parietal și temporal, orientându-se spre nucleii pontini, localizați în porțiunea anterioară (bazilară) a punții. Extremitatea posterioară a brațului posterior este ocupată de către calea conductoare acustică și cea optică. Ambele căi își iau originea de la centrii subcorticali auditivi și optici și se sfârșesc în centrii corticali respectivi. Brațul anterior al capsulei interne conține tractul frontopontin. Am enumerat aici numai cele mai importante din căile conductoare, ce trec prin capsula internă. Fibrele căilor conductoare ascendente diverg în diferite direcții orientate spre scoarța emisferei și formează așa-numita *coroană ra-*

diată, coróna radiáta. În sens caudal fibrele căilor conductoare descendente din capsula internă, sub aspect de fascicule compacte, trec spre pedunculul cerebral.

Corpul calos

Corpul calos (*comisura mare a creierului*), *corpus callósum*, conține fibre (căi conductoare comisurale), care trec dintr-o emisferă în alta și leagă sectoare de cortex aparținând emisferelor dreaptă și stângă în scop de reunire (coordonare) a funcțiilor ambelor jumătăți de creier într-un tot unitar. Corpul calos se prezintă ca o lamă groasă, incurbată într-un mod special, ce constă din fibre cu traiect transversal (fig. 216). Fibrele, care formează corpul calos, unesc o emisferă cu alta. Suprafața superioară, liberă, a corpului calos, orientată spre scizura interemisferică a creierului, este tapetată cu o lamă fină de substanță cenușie — *indusium griseum*. Corpul calos, împreună cu porțiunile lui incurbate, devine destul de evident pe o secțiune mediosagitală a encefalului. Corpului calos i se disting segmentele, după cum urmează: *genunchiul, genu corporis callósi*, continuat în sens inferior cu o porțiune mai subțiată — *ciocul, rostrum corporis callósi*, care trece în lamă terminală, *lamina terminalis*. Segmentul mediu este denumit *trunchiul corpului calos, truncus corporis callósi*. În sens posterior trunchiul continuă cu un cordon transversal gros — *bureletul corpului calos, splenium corporis callósi*. Fibrele transversale ale corpului calos formează în fiecare din cele două emisfere cerebrale *radiatia corpului calos, radiatio corporis callósi* (fig. 217). Fibrele segmentului anterior (genunchiului) al corpului calos ocolesc partea anterioară a șanțului longitudinal al creierului, efectuând legătura dintre lobi frontal ai ambelor emisfere, dreaptă și stângă. Segmentul central al corpului calos (trunchiul) conține fibre, care leagă substanța cenușie din lobii temporal și parietal ai emisferelor. În burelet se află fibrele, care înconjoară partea posterioară a șanțului longitudinal al creierului și unesc cortexul din lobul oc-

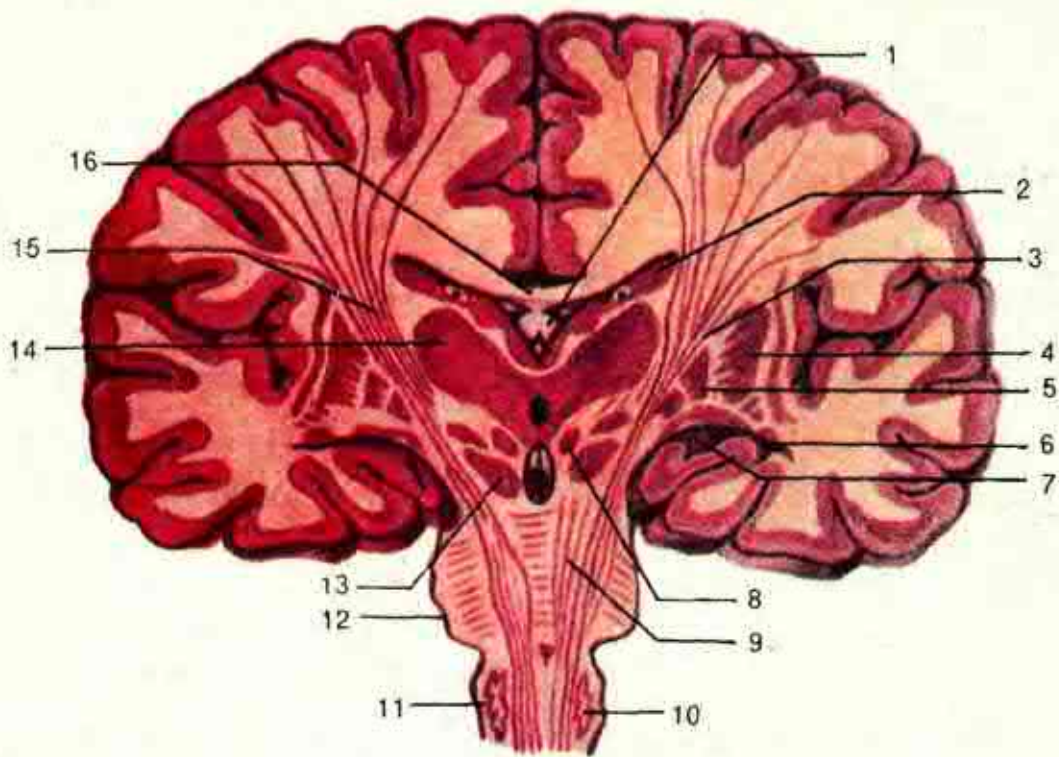


Fig. 215. Fibrele corticospinale ale encefalului; secțiune frontală (schemă).

1 — fornix; 2 — cauda nucleii caudati; 3 — capsula interna; 4 — putamen; 5 — globus pallidus; 6 — cornu inferius ventriculi lateralis; 7 — plexus choroideus ventriculi lateralis; 8 — nucl. ruber; 9 — tr. corticospinalis; 10 — nucl. olivaris; 11 — medulla oblongata; 12 — pons; 13 — substantia nigra; 14 — thalamus; 15 — librae corticospinales; 16 — corpus callosum.

cipital al unei emisfere cu cortexul similar din emisfera contrapusă.

Fornixul

Fornixul, *fórnix* (fig. 218), este așezat sub corpul calos și constă din două cordoane boltite, unite reciproc în porțiunea lor medie prin fibre transversale — *comisura fornixului*, *comissura fórnixis*. Segmentul mediu al fornixului poartă denumirea de corp, *corpus fórnixis*; în sens anteroinferior el continuă de fiecare parte cu un cordon rotunjit — *stîlpul anterior* sau *columna fornixului* (*colúmna fórnixis*). *Columna* sau *stîlpul anterior* al fornixului se duce în jos și puțin lateral pînă la baza creierului, unde ajunge la corpul mamilar. Posterior corpul fornixului continuă cu un cordon aplatizat — *stîlpul posterior*, *crús fórnixis*, concrescut cu fața inferioară a corpului calos. *Stîlpul posterior* se depărtează în sens inferolateral, se desprinde de la corpul calos și devenind și mai plat, fuzionează printr-o margine a sa cu hipocampul for-

mînd corpul bordant, *fimbria hippocâmpi*.

O altă parte a corpului bordant e liberă și e orientată spre cavitatea cornului inferior al ventriculului lateral. Corpul bordant se termină în cîrligul hipocampului (*úncus*), unind astfel lobul temporal al telencefalului cu dien-cefalul.

Din partea anterioară a fornixului într-un plan sagital este situat septul pelucid (*transparent*), *séptum pellucidum*, format din două lamele, dispuse paralel. Lamela septului pelucid (*transparent*), *lámina sépti pellúci*, dreaptă și stîngă, e racordată între corpul și stîlpul anterior al fornixului, din spate, trunchiul corpului calos, de sus, genunchiul și ciocul corpului calos, din față și din jos. Între ambele lamele ale septului transparent se află o cavitate fisurală omonimă, *cávum sépti pellúci*, în care se conține un lichid transparent. Fiecare lamelă a septului pelucid sepește totodată drept perete medial pentru cornul anterior al ventriculului lateral. Înaintea stîlpilor anteriori

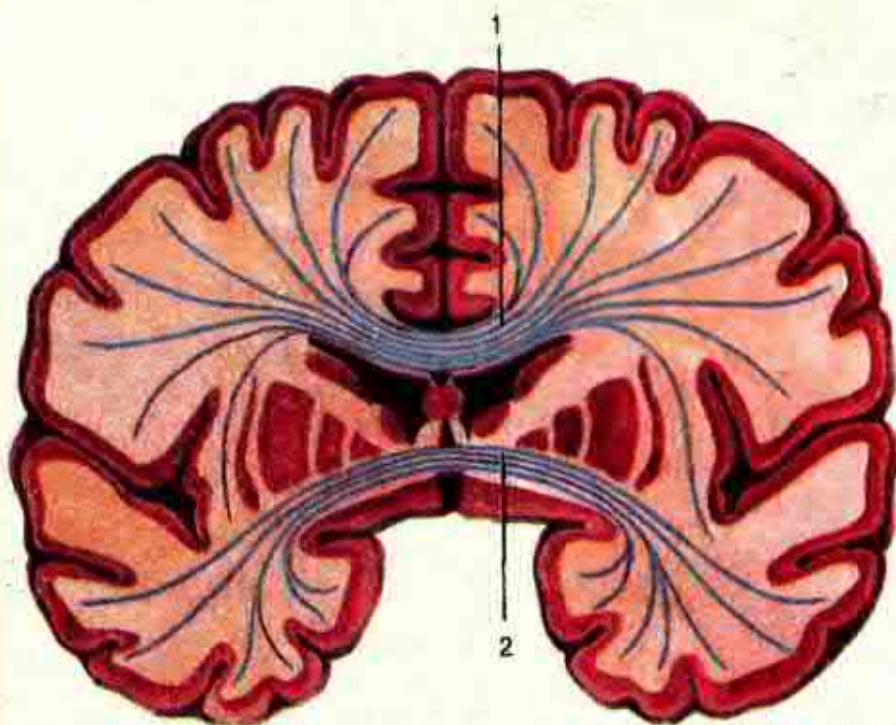


Fig. 216. Fibrele comisurale ale corpului calos (1) și ale comisurii anterioare (2) a creierului; secțiune frontală (schemă).

ai fornixului se află *comisura anterioară*, *comissura rostralis (anterior)*, fibrele căreia sînt orientate în sens transversal. Pe o secțiune mediosagitală a creierului comisura anterioară are aspectul unui oval nu prea mare. Comisura anterioară constă din două porțiuni. Porțiunea sa anterioară e fină și leagă substanța cenușie din trigonurile olfactice ale ambelor emisfere. Porțiunea posterioară a comisurii e mult mai mare, ea conține fibre nervoase, care unesc cortexul de pe regiunile anteromediale ale ambilor lobi temporali.

Din substanța albă a emisferelor mai fac parte fibrele, care unesc unul cu altul diverse sectoare de cortex de pe una și aceeași emisferă (fibre de asociație) sau cortexul cu centrul subcortical din emisfera dată.

Pe lângă fibrele de asociație scurte, care leagă sectoarele vecine de cortex în substanța albă a emisferelor se mai disting fascicule mai mari și mai lungi, orientate în sens longitudinal, ele unesc sectoare de cortex cerebral situate la o distanță mai mare unul de altul (fig. 219, 220).

Ventriculul lateral

Se disting doi ventriculi: stîng (primul) situat în emisfera stîngă și drept (al doilea) aflat în emisfera dreaptă a creierului

(fig. 221). **Ventriculul lateral**, *ventriculus lateralis*, se află în masa emisferei cerebrale și prezintă o cavitate cu o configurație complicată. Aceasta se datorește faptului că compartimentele ventriculului sînt situate în toți lobi emisferei (cu excepția lobului insular). Lobului parietal al emisferei îi corespunde porțiunea centrală a ventriculului lateral, lobului frontal — cornul anterior, lobului occipital — cornul posterior (sau occipital), lobului temporal — cornul inferior (cornul temporal).

Porțiunea centrală a ventriculului lateral, *pars centralis*, reprezintă un spațiu fisural dispus orizontal și delimitat de sus de către fibrele transversale ale corpului calos. Planșeul porțiunii centrale e reprezentat de către corpul nucleului caudat, o parte din fața dorsală a talamusului și stria terminală, *stria terminalis*, care separă talamusul de nucleul caudat. În calitate de perete medial al porțiunii centrale a ventriculului lateral servește corpul fornixului.

Corpul fornixului și talamusul delimitează respectiv de sus și de jos fanta *coroidă*, *fissura choroidea*, la care din partea porțiunii centrale aderă plexul vascular al ventriculului lateral. În sens lateral planșeul și tavanul porțiunii centrale a ventriculului lateral fuzionează sub un unghi ascuțit, din care cauză

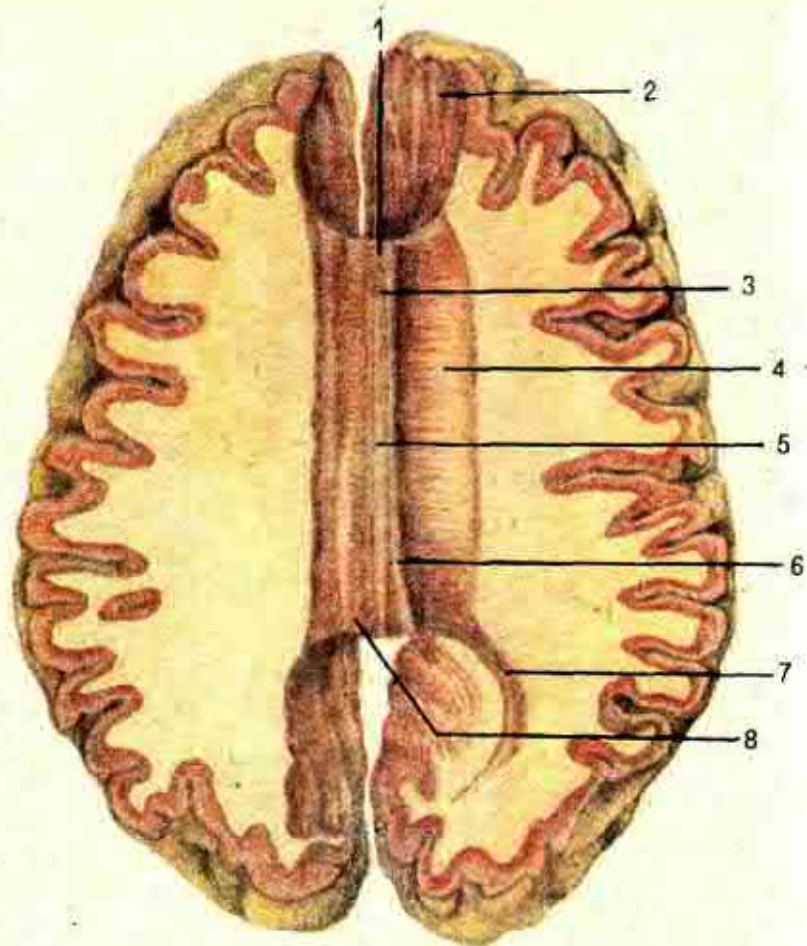


Fig. 217. Corpul calos ; secțiune orizontală la nivelul feței superioare a corpului calos.

1 — genu corporis callosi ; 2 — forceps frontalis ; 3 — truncus corporis callosi ; 4 — radiatio corporis callosi ; 5 — stria longitudinalis medialis ; 6 — stria longitudinalis lateralis ; 7 — forceps occipitalis ; 8 — splenium corporis callosi.

această porțiune, în aparență, nu dispune de perete lateral.

Cornul anterior (frontal) al ventriculului lateral, *cornu frontale (anterius)*, are aspect de fantă largă, incurbată în jos și lateral. Peretele lui medial e format de către septul pelucid (transparent), iar peretele lateral și parțial cel inferior — de capul nucleului caudat.

Pereții anterior, superior și inferior ai cornului frontal sînt formați de către fibrele corpului calos.

Cornul inferior (temporal) al ventriculului lateral, *cornu temporale (inferius)*, reprezintă o cavitate a lobului temporal, pătrunsă destul de adînc în masa lui. Peretele lateral și tavanul cornului inferior sînt formați de către substanța albă a emisferei cerebrale. Din componența tavanului mai face parte și coada nucleului caudat, care se prelungește în acest compartiment al ventriculului lateral. Pe planșeul cornului inferior se observă lesne o ridicătură triunghiulară — *eminența cola-*

terală, eminencia collateralis, care vine aici din cornul posterior și reprezintă o consecință a pătrunderii adînci în cavitatea cornului inferior a masei de emisferă cerebrală, situate în profunzimea șanțului colateral. Peretele medial al cornului inferior este format de hipocamp, *hippocampus*, care se întinde pînă la cea mai anterioară extremitate a cornului, unde sfîrșește cu o îngroșare. Această îngroșare a hipocampusului e divizată prin șanțulețe mici în niște tuberculi separați (degetele hipocampusului, *digitationes hippocampi* — BNA). Din partea lui medială cu hipocampusul fuzionează corpul brodant, ce reprezintă o continuare a stîlpului posterior al fornixului. La corpul brodant (fimbria hippocampi) aderă plexul vascular al ventriculului lateral, care descinde aici din porțiunea centrală a ventriculului.

Cornul posterior (occipital) al ventriculului lateral, *cornu occipitale (posterius)*, înaintează adînc în masa lobului occipital al emisferei. Peretele lateral și plafonul acestui corn sînt

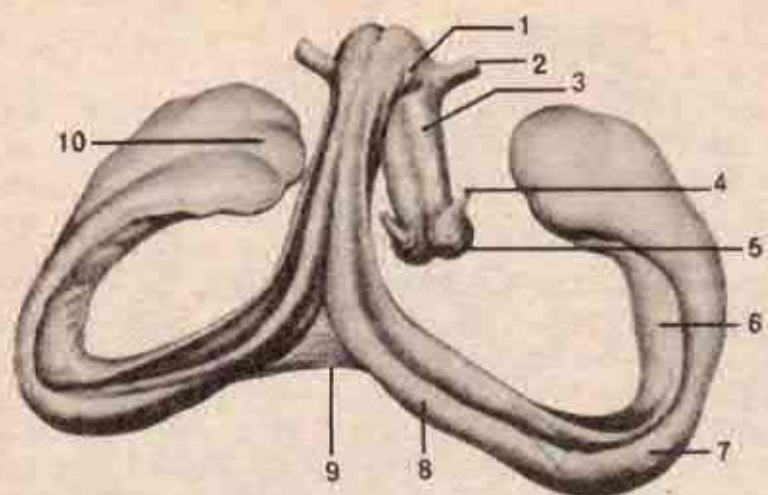


Fig. 218. Fornixul.

1 — corpus fornix; 2 — commissura anterior; 3 — columna fornix; 4 fasc. mamillothalamicus; 5 — corpus mamilare; 6 — fimbria hippocampi; 7 — hippocampus; 8 — crus fornix; 9 — commissura fornix; 10 — pes hippocampi.

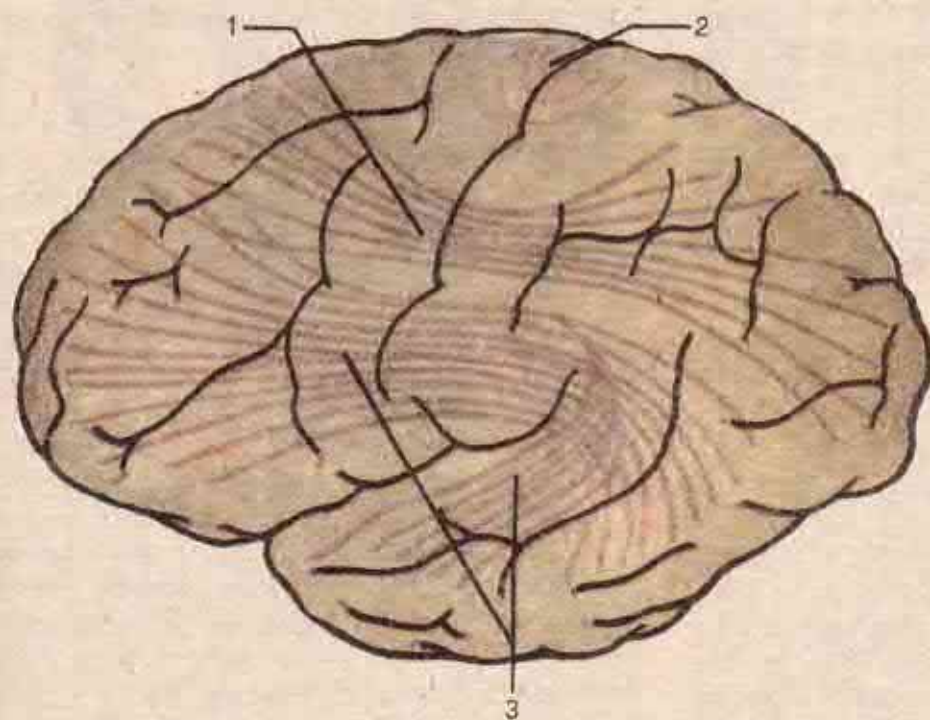


Fig. 219. Schema localizării fasciculelor de fibre nervoase de asociație ale substanței albe din emisfera cerebrală stângă; fața superolaterală.

1 — fasc. longitudinalis superior; 2 — fibrae arcuatae cerebri; 3 — fasc. uncinatus.

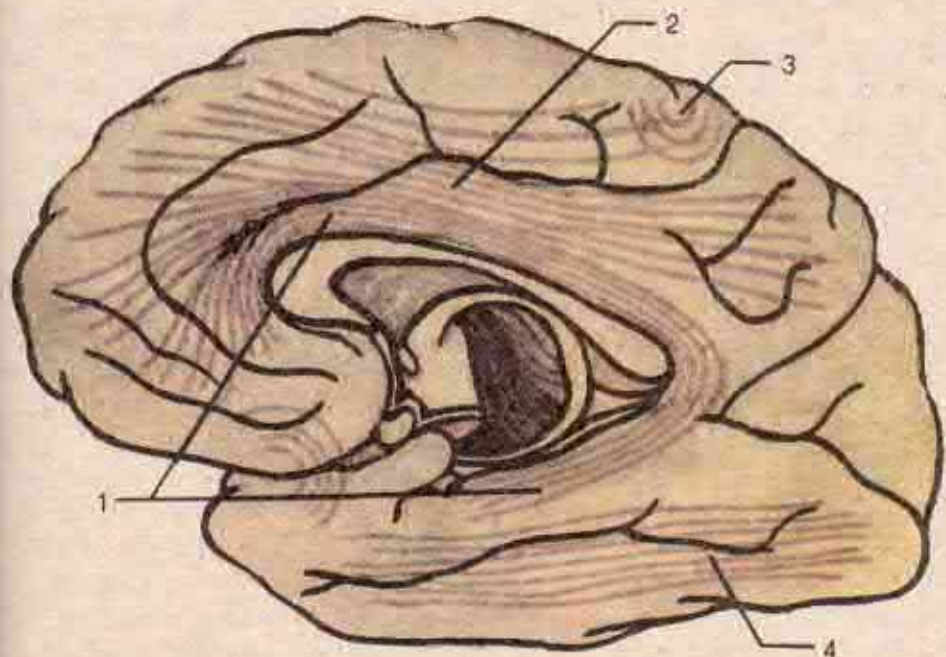


Fig. 220. Schema localizării fasciculelor de fibre de asociație ale substanței albe din emisfera cerebrală dreaptă; fața medială.

1 — cingulum; 2 — fasc. longitudinalis superior; 3 — fibrae arcuatae cerebri; 4 — fasc. longitudinalis inferior.

formați de către fibrele corpului calos ; peretele medial și planșeul — de către o reliefare a substanței albe din lobul occipital în cavitatea ventriculară. Pe peretele medial al cornului posterior pot fi observate două proeminențe de substanță albă. Cea superioară — *bulbul cornului posterior*, *bulbus cornu posterioris (occipitalis)*, e reprezentată prin fibrele corpului calos. La nivelul acesta fibrele corpului calos, ținând calea spre lobul occipital, ocolesc șanțul parietooccipital, *sulcus parietooccipitalis*, pătrund adânc în masa emisferei.

Cea inferioară — *pintenul de cocoș*, *calcar avis*, este determinată de proeminarea în cavitatea cornului a substanței medulare de pe fundul șanțului calcarin, *sulcus calcarinus*. Pe peretele inferior al cornului occipital se află *trigonul colateral*, *trigonum collaterale*, puțin bombat, care reprezintă o depresiune în cavitatea ventriculului a masei cerebrale a emisferei din profunzimea șanțului colateral, *sulcus collaterális*.

În porțiunea centrală, precum și în cornul inferior al ventriculului lateral se află *plexul vascular*, *plexus choroideus ventriculi laterális*, care se inseră jos pe *bandeleta vasculară*, *taenia choroidea*, sus — pe *bandeleta fornixului*, *taenia fornicis*. Plexul coroid continuă și în cornul inferior, unde se fixează pe corpul bordant, *fimbria hippocampi*.

Plexul vascular al ventriculului lateral ia naștere în urma prolăbării în cavitatea ventriculară prin *fanta vasculară (fissura choroidea)* a pia mater cerebrale împreună cu vasele sanguine, pe care le conține (fig. 222). Pia mater tapetată din interiorul ventriculului cu lamela (epitelială) internă (o reminiscență a peretelui medial al veziculei cerebrale anterioare), formează plexul vascular al ventriculului lateral. În partea anterioară a ventriculului lateral plexul vascular prin *orificiul interventricular*, *foramen interventriculare*, face legătură cu plexul vascular al ventriculului III.

DIENCEFALUL

Diencefalul sau creierul intermediar, *diencephalon*, pe un preparat integru al encefalului se află ascuns cu desăvârșire sub emisferele creierului (fig. 223) și este inaccesibil pentru cercetare. Numai pe fața bazală a encefalului se observă porțiunea lui ventrală — hipotalamusul.

Substanța cenușie a diencefalului e constituită de nucleii, care se raportează la centrii subcorticali ai tuturor varietăților de sensibilitate. În diencefal se află formația reticulară, centrii sistemului extrapiramidal, centrii vegetativi (reglează toate tipurile de metabolism) și nucleii neurosecretori.

Substanța albă a diencefalului e reprezentată prin căi conductoare ascendente și descendente, care asigură legătura bilaterală dintre formațiunile subcorticale, nucleii măduvei spinării și cortexul cerebral. Plus la acestea, din diencefal mai fac parte și două dintre glandele endocrine — hipofiza, care împreună cu nucleii respectivi ai hipotalamusului participă la formarea sistemului hipotalamohipofizar, și epifiza, sau glanda pineală.

Liniile limitrofe ale diencefalului pe fața bazală a encefalului trec : din partea posterioară prin marginea anterioară a spațiului perforat posterior și tracturile optice, din partea anterioară — prin fața anterioară a chiazmei optice. Pe fața dorsală drept linie limitrofă posterioară servește șanțul ce desparte colicului superior de marginea posterioară a talamusului. Limita anterolaterală separă din partea dorsală creierul intermediar de creierul terminal și constă din *stria terminală*, *stria terminalis*, care corespunde graniței dintre talamus și capsula internă.

Diencefalul include următoarele porțiuni : regiunea talamică (regiunea talamusurilor, creierul optic), situată în partea dorsală a diencefalului ; hipotalamus, care întrunește regiunile ventrale ale diencefalului ; ventriculul III.

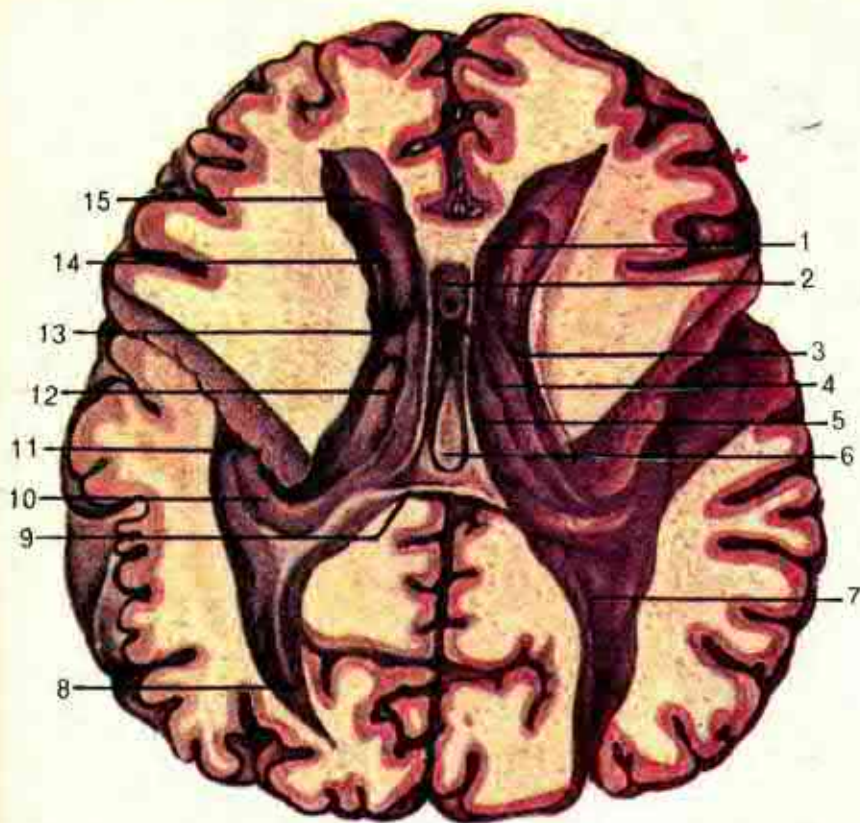


Fig. 221. Ventriculii laterali ai creierului (secționati); secțiune orizontală.

1 — septum pellucidum; 2 — cavum septi pellucidi; 3 — stria terminalis; 4 — pars centralis ventriculi lateralis; 5 — crus fornicis; 6 — comissura fornicis; 7 — calcar avis; 8 — cornu occipitale (posterius); 9 — splenium (corporis callosi); 10 — hippocampus; 11 — cornu temporale (inferius) ventriculi lateralis; 12 — thalamus; 13 — for. interventriculare; 14 — caput nuclei caudati; 15 — cornu frontale (anterior) ventriculi lateralis.

Regiunea talamică

Din regiunea talamică (sau talamencefal) fac parte talamusul, metatalamusul și epitalamusul.

Talamusul, talamusul posterior, stratul optic, *thalamus dorsalis*, reprezintă o formațiune pară de formă aproximativ ovoidă, situată de ambele părți laterale ale ventriculului III (fig. 224) în partea sa anterioară talamusul e acuminat și se termină prin tuberculul anterior (*tuberculum anterius thalami*). Extremitatea posterioară a talamusului este îngroșată și poartă denumirea de *pulvinar*, *pulvinar*. Numai două fețe ale talamusului sînt libere; cea medială, orientată spre ventriculul III și formînd peretele lui lateral, și cea superioară, participantă la formarea planșeului porțiunii centrale a ventriculului lateral.

Fața dorsală a talamusului e separată de cea medială de către o bandeletă fină de culoare albă — *stria medulară a talamusului*, *stria medullaris thalami*. Fețele mediale ale talamusului drept și stîng sînt unite între ele prin comisura cenușie (intertalamică), *adhésio interthalamica*.

Fața laterală a talamusului aderă la

capsula internă. În sens posteroinferior talamusul se învecinează cu pedunculul mezencefalului.

Talamusul constă din substanță cenușie, în care se disting aglomerări aparte de celule nervoase (nucleii talamusului), separate prin straturi de substanță albă (fig. 225). În prezent se disting pînă la 40 de nucleii, care exercită diferite funcții. Cei mai principali dintre nucleii talamusului sînt nucleii anteriori, *nuclei anteriores*, nucleii ventrolaterali, *nuclei ventrolaterales*, nucleii mediali, *nuclei mediales*, și nucleii posteriori, *nuclei posteriores*. Cu neurociții talamusului contactează prelungirile neuronilor II (conducători ale tuturor căilor conductoare senzitive (cu excepția celor olfactive, gustative și acustice). În legătură cu aceasta talamusul se prezintă de fapt drept centru subcortical al sensibilității. Prelungirile neuronilor talamusului se îndreaptă parțial spre nucleii corpului striat din telencefal (din care cauză talamusul este considerat drept centru senzitiv al sistemului extrapiramidal), parțial — spre cortexul cerebral, formînd fasciculele talamocorticale, *fasciculi thalamocorticales*. Sub talamus este si-

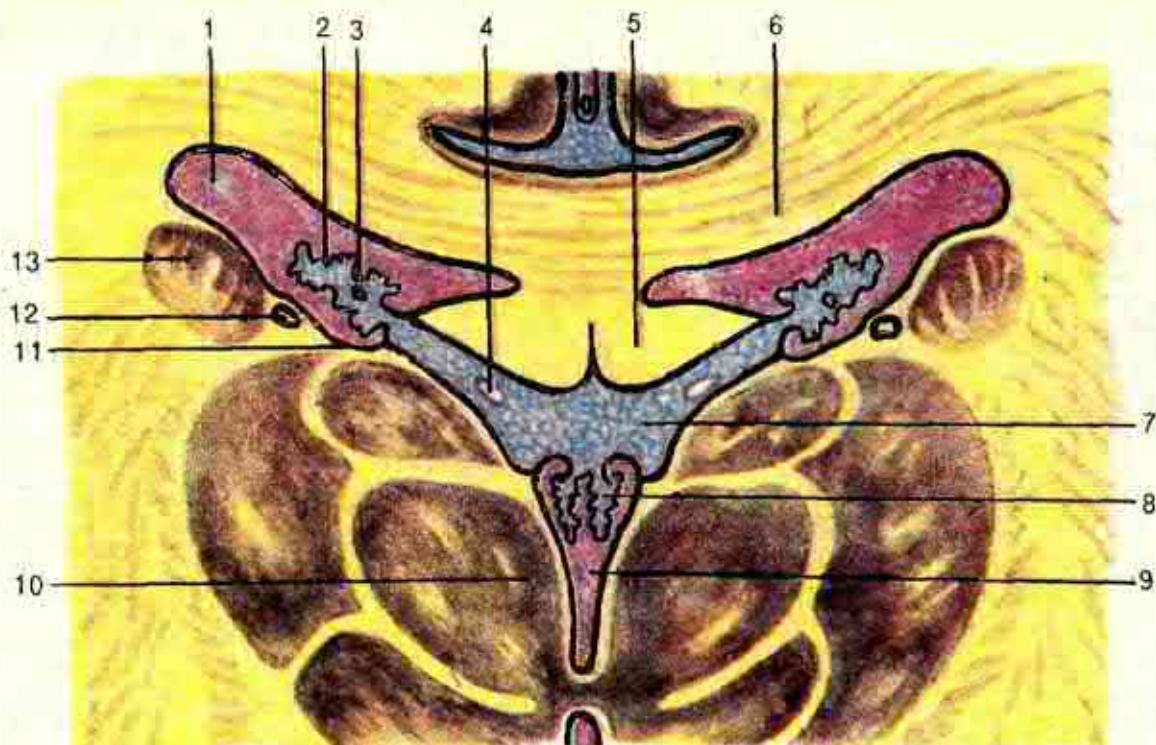


Fig. 222. Secțiune frontală a encefalului la nivelul porțiunii centrale a ventriculilor (fragment).

1 — ventriculus lateralis (pars centralis); 2 — plexus choroideus ventriculi lateralis; 3 — arteria choroidea anterior; 4 — v. cerebri interna; 5 — fornix; 6 — corpus callosum; 7 — tela choroidea ventriculi tertii; 8 — plexus choroideus ventriculi tertii; 9 — ventriculus tertius; 10 — thalamus; 11 — lam. affixa; 12 — v. terminalis; 13 — nucl. caudatus.

tuată așa-numita regiune subtalamică (*regio subthalamica* — BNA), care continuă inferior cu tegumentul pedunculului cerebral. Regiunea subtalamică reprezintă un sector nu prea mare de substanță cerebrală, situat mai jos de talamus și separat de acesta (din partea ventriculului III) prin șanțul hipotalamic, *sulcus hypothalamicus*. Din mezencefal în regiunea subtalamică continuă și se termină în ea nucleul roșu și substanța neagră a mezencefalului. Lateral de substanța neagră se află nucleul subtalamic, *nucleus subthalamicus* (corpul Luys).

Metotalamusul (regiunea metatalamică), *metathalamus*, e reprezentat prin formațiuni pare — corpii geniculați laterali și mediali. Corpii geniculați sînt niște formațiuni ovale alungite, unite cu tuberculii tectului mezencefalic prin intermediul brațelor tuberculilor superiori și inferiori. (Vezi: „Mezencefalul”). Corpul geniculat lateral, *corpus geniculatum laterale*, se află alături de fața inferolaterală a talamusului, lateral de pulvinar. Poate fi observat lesne, ur-

mînd traiectul tractului optic, fibrele cărora se îndreaptă spre corpul geniculat lateral.

Ceva mai medial și posterior de corpul geniculat lateral, sub pulvinar, se află corpul geniculat medial, *corpus geniculatum mediale*. La celulele nucleului din corpul geniculat medial se termină fibrele lemniscului lateral (acustic), *lemniscus lateralis*. Corpii geniculați laterali împreună cu tuberculii cvadrigemeni superiori reprezintă centrul opticii subcorticali. Corpii geniculați mediali și tuberculii inferiori ai mezencefalului constituie centrul subcorticali acustici.

Epitalamusul (regiunea epitalamică), *epithalamus*, include corpul pineal (vezi „Glandele endocrine”), care cu ajutorul friurilor epifizei (*habenulae*) se leagă cu fața medială a talamusului drept și stîng. În locurile unde friulețele se unesc cu stria medulară a talamusului, din dreapta și din stînga se află niște dilatări triunghiulare — *trigonurile habenulare*, *trigona habenulae*. Înainte de a intra în corpul pineal, capetele posteri-

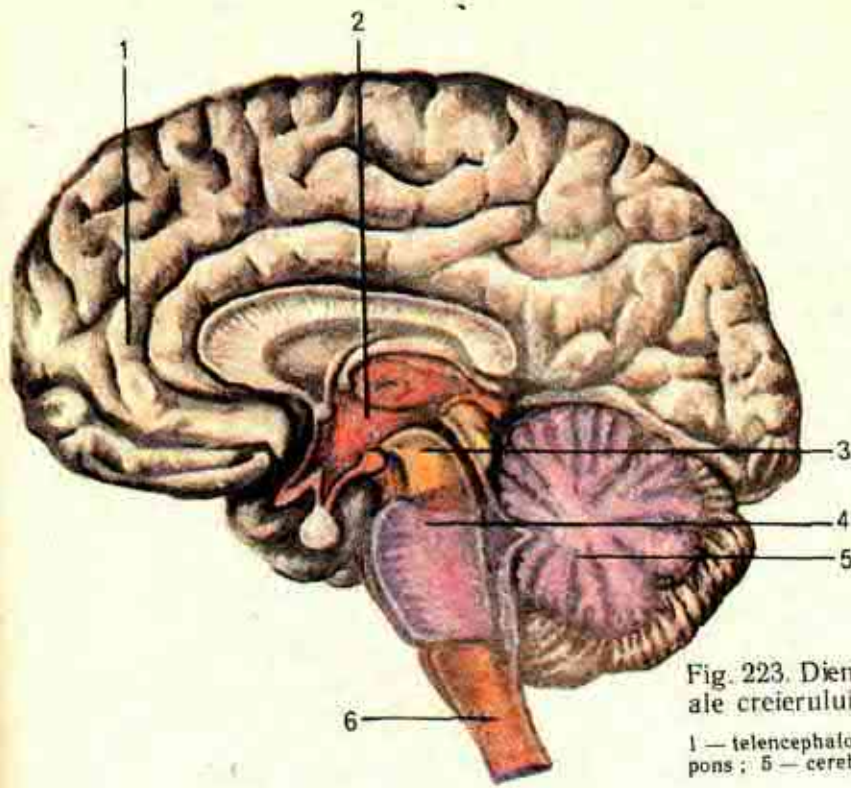


Fig. 223. Diencefalul și relațiile lui cu alte segmente ale creierului; secțiune sagitală (semischematic).

1 — telencephalon; 2 — diencephalon; 3 — mesencephalon; 4 — pons; 5 — cerebellum (metencephalon); 6 — myelencephalon.

oare ale friulețelor formează comisarura habenulară, *comissura habenularum*. În partea inferolaterală a corpului pineal se află un fascicul de fibre transversale — comisarura epitalamică (posterioară), *commissura epithalamica (posterior)*. Prin intermediul comisurii habenulară și epitalamică spre porțiunea anterosuperioară a epifizii, în baza ei, pătrunde un mic fund de buzunar, care se termină cec — recesul pineal.

Hipotalamusul

Hipotalamusul, *hypothalamus*, constituie porțiunile ventrale ale diencefalului și participă la formarea planșeului ventriculului III. Din hipotalamus fac parte chiazma optică, tractul optic, *tuber cinereum*, cu infundibulul și hipofiza, precum și tuberculii mamilari.

Chiazma optică, *chiasma opticum*, are aspectul unui burelet dispus transversal. Se formează din fibrele nervilor optici (perechea II), care trec parțial pe partea opusă (se încrucișează). De fiecare parte în sens lateral și posterior chiazma continuă cu tractul optic, *tractus opticus*. Tractul optic se așterne

medial și posterior de spațiul perforat anterior, ocolește apoi pedunculul cerebral din partea lui laterală și se termină cu două rădăcini în centrul subcortical al văzului. Rădăcina laterală, *radix lateralis*, mai voluminoasă, vine spre corpul geniculat lateral, iar rădăcina medială, *radix medialis*, mai subțire, pornește spre tuberculul cvadrigemen superior.

La fața anterioară a chiazmei optice aderă strâns și concrește cu ea lama terminală, *lamina terminalis*, care face parte din telencefal. Ea închide sectorul anterior al șanțului longitudinal al creierului și constă dintr-un strat subțire de substanță cenușie, care în părțile laterale ale lamei continuă cu substanța lobilor frontali ai emisferelor.

Posterior de chiazma optică se află tuberculul cenușiu, *tuber cinereum*; în spatele lui sînt situați tuberculii mamilari, iar de o parte și de alta — tracturile optice (fig. 226). În partea sa inferioară tuberculul cenușiu trece în infundibul, *infundibulum*, care se unește cu hipofiza (vezi „Glandele endocrine”). Pereții tuberculului cenușiu sînt formați dintr-o lamelă subțire de substanță cenușie, care conține nucleii

tuberali, *núclei tuberátes*. Din interiorul ventriculului III în direcția tuberculului cenușiu și în infundibul continuă recesul infundibulului, care se termină cec.

Tuberculii mamilari, *córpóra mamillária*, sînt amplasați avînd din partea anterioară tuberculul cenușiu, iar din cea posterioară — spațiul perforat. Ei au aspectul a două proeminente sferice de culoare albă cu diametrul de circa 0,5 cm fiecare. Tuberculii sau corpii mamilari sînt formați din substanță albă, situată periferic, și substanță cenușie, aflată în interior, care conține nucleii mediali și laterali ai corpului mamilar, *núclei córporis mamilláris mediáles et lateráles*. În tuberculii mamilari se termină stîlpii anteriori ai fornixului.

În componența hipotalamusului se disting trei regiuni fundamentale de aglomerare a unor grupuri de celule nervoase, diverse ca formă și dimensiuni: regiunea anterioară, *régio hypothalámica antérior*, regiunea intermediară, *régio hypothalámica intermédia*, și regiunea hipotalamică dorsală, *régio (área) hypothalámica dorsális*. Aglomerările de celule nervoase formează în aceste regiuni ale hipotalamusului mai mult de 30 de nucleii.

Celulele nervoase din nucleii hipotalamusului sînt capabile de a produce substanțe speciale (neurosecrete), care prin prelungirile acestor neurociti pot fi transportate spre regiunea pituitarei (hipofizei). Nucleii, care conțin asemenea neurociti; au fost denumiți nucleii neurosecretori ai hipotalamusului (fig. 227). În regiunea anterioară a hipotalamusului se află nucleul supraoptic, *núcleus supraópticus*, și nucleii paraventriculari, *núclei paraventriculáres*. Neuriții celulelor nervoase din nucleii menționați formează fasciculul hipotalamohipofizar, care se termină în lobul posterior al hipofizei. Dintre grupurile de nucleii din regiunea hipotalamică posterioară mai voluminoși sînt nucleii mediali și nucleii laterali ai corpului mamilar, *núclei córporis mamilláris mediáles et lateráles*, precum și nucleul hipotalamic posterior, *núcleus hypothalámicus postérior*.

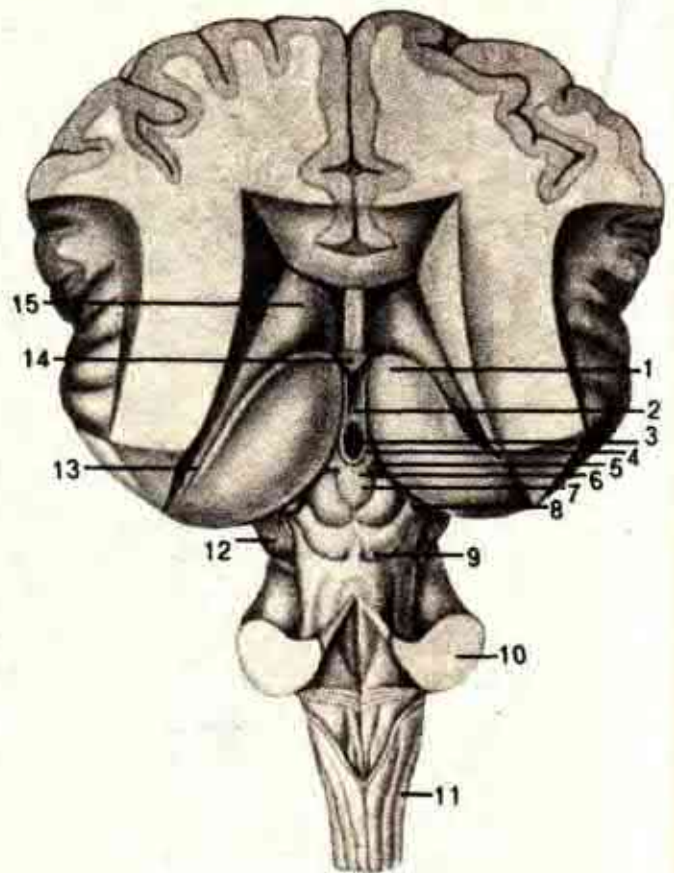


Fig. 224. Trunchiul cerebral; aspect superior și posterior.

1 — thalamus; 2 — adhesio interthalamica; 3 — ventriculus tertius; 4 — stria medullaris thalami; 5 — trigonum habenulae; 6 — habenula; 7 — corpus pineale; 8 — corpus geniculatum mediale; 9 — lam. tecti; 10 — pedunculus cerebellaris medius (pontinus); 11 — medulla oblongata; 12 — pedunculus cerebri; 13 — stria terminalis; 14 — columna fornix; 15 — nucl. caudatus.

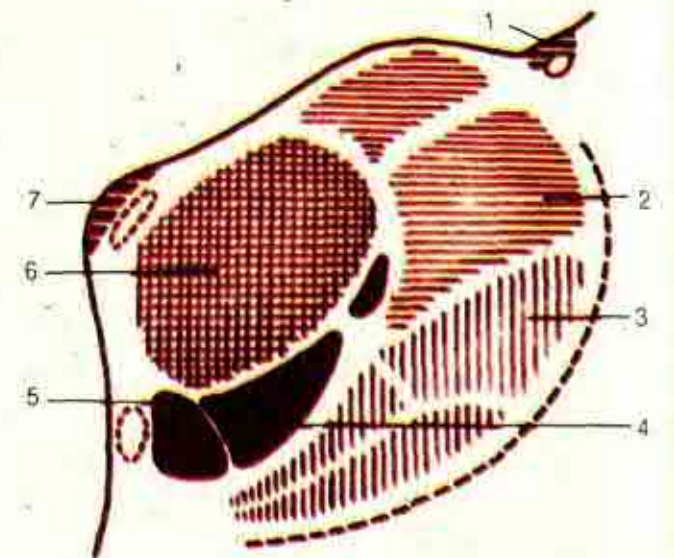


Fig. 225. Nucleul talamusului (posterior); secțiune frontală (schemă)

1 — stria terminalis; 2 — nucl. posteriores; 3 — nucl. ventrolaterales; 4 — nucl. centromedianus; 5 — nucl. parafascicularis; 6 — nucl. mediales (thalami); 7 — stria medullaris.

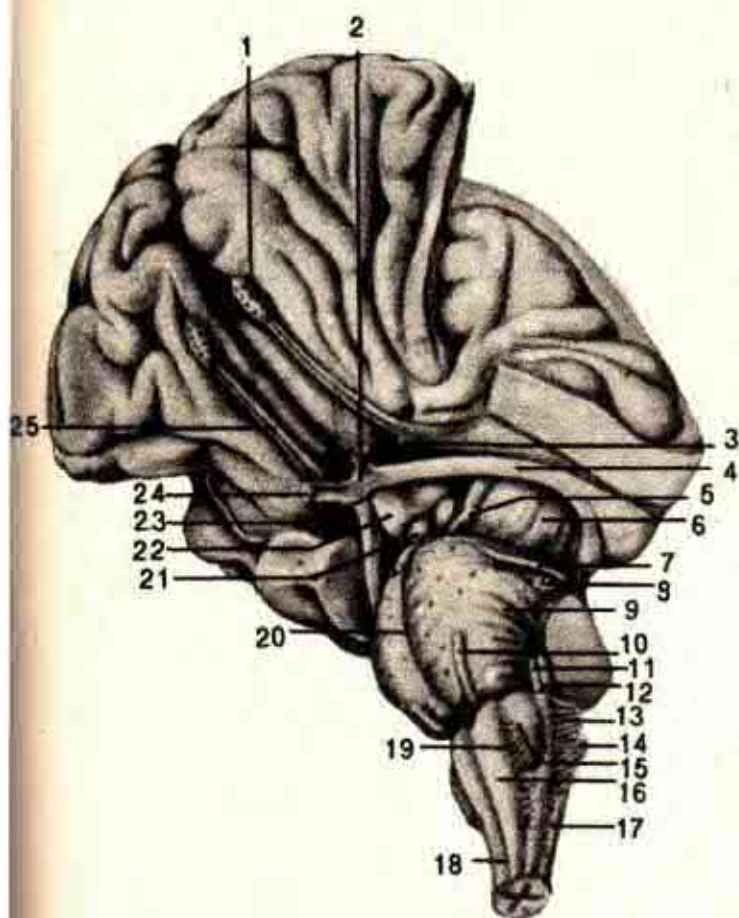


Fig. 226. Suprafața ventrală a lobilor frontali ai emisferelor cerebrale, diencefalului, mezencefalului, punții și ai bulbului rahidian.

1 — bulbus olfactorius; 2 — chiasma opticum; 3 — substantia perforata rostralis (anterior); 4 — tr. opticus; 5 — n. oculomotorius; 6 — pedunculus cerebri; 7 — n. trochlearis; 8 — n. trigeminus; 9 — pons; 10 — n. abducens; 11 — n. facialis; 12 — n. vestibulocochlearis; 13 — n. glossopharyngeus; 14 — n. vagus; 15 — oliva; 16 — pyramis; 17 — n. accessorius; 18 — fissura mediana anterior; 19 — n. hypoglossus; 20 — sulc. basilaris; 21 — corpus mammillare; 22 — tuber cinereum; 23 — infundibulum; 24 — n. opticus; 25 — tr. olfactorius.

Grupul de nuclei din regiunea hipotalamică intermediară include: nucleul arcuat, *nucleus arcuatus*; nucleul hipotalamic ventromedial și nucleul hipotalamic dorso-medial, *nuclei hypothalamici ventromedialis et dorsomedialis*; nucleul hipotalamic dorsal, *nucleus hypothalamicus dorsalis*; nucleul infundibularului, *nucleus infundibularis*; nucleii tuberali, *nuclei tuberales*, etc.

Nucleii hipotalamusului sînt legați printr-un sistem complicat de căi conductoare aferente și eferente, prin intermediul cărora această porțiune a diencefalului

exercită o influență reglatoare asupra numeroaselor funcții vegetative ale organismului. Neurosecretul neurocitiilor din nucleii hipotalamici au facultatea de a influența funcțiile celulelor glandulare ale pituitarei, stimulînd sau, dimpotrivă, frînînd secreția unei serii de hormoni, care, la rîndul lor, reglează activitatea altor glande endocrine.

Prezența conexiunilor nervoase și humorale dintre nucleii hipotalamusului și hipofiză, a făcut necesară întrunirea acestor formațiuni într-un sistem comun — sistemul hipotalamohipofizar.

Ventriculul III

Ventriculul III, *ventriculus tertius*, ocupă în cadrul diencefalului o poziție centrală. Cavitataea lui are aspectul unei fante înguste dispuse sagital și e delimitată de șase pereți: superior, inferior, anterior, posterior și lateral (dublu). Ca pereți laterali pentru ventricul servesc fețele mediale contrapuse ale celor două straturi optice (*thalami optici*), precum și porțiunile mediale ale regiunii subtalamice, dispuse mai jos de șanțul hipotalamic.

Peretele inferior sau planșeul ventriculului III îl constituie însuși hipotalamusul, mai bine zis fața lui dorsală, orientată spre interiorul ventriculului. La planșeu se disting două eversiuni (buzunare), ale cavității ventriculare și anume — recesul infundibular, *recessus infundibuli*, și recesul optic, *recessus opticus*, situat înaintea chiazmei optice, între fața anterioară a acesteia și lama terminală.

Peretele anterior al ventriculului III e format din lama terminală, stîlpii anteriori ai fornixului și din comisura anterioară a creierului. De fiecare parte stîlpul anterior al fornixului și extremitatea anterioară acuminată a talamusului, aderentă la el din spate, delimitează orificiul interventricular, *foramen interventricularis*, prin care cavitatea ventriculului III comunică cu ventriculul lateral din partea respectivă.

Peretele posterior al ventriculului III e format din comisura epitalamică, *commissura epithalamica (posterior)*, dedesubtul căreia se află orificiul de des-

chidere al apeductului creierului. În porțiunea posterosuperioară a ventriculului III, mai sus de comisura epitalamică sau posterioară se distinge încă o eversiune a cavității ventriculare — *recesul suprapineal* (sau pineal), *recessus suprapinealis*. Din interior toți pereții ventriculului III sînt tapetați cu un strat endotelial.

Peretele superior sau tavanul ventriculului III e format de către *pînza coroidă*, *tela choroidea ventriculi tertii*, reprezentată prin două foițe de pia mater, care fiind dispuse între lobii occipitali ai emisferelor (de sus) și cerebel (de jos), pătrund apoi sub bureletul corpului calos și fornix în cavitatea diencefalului — ventriculul III. Foița superioară a membranei vasculare fuzionează cu fața inferioară a fornixului. La nivelul orificiilor interventriculare foița acestora se îndoaie, trece în foița inferioară, care, orientîndu-se în sens posterior, acoperă de sus corpul pineal și se așterne pe fața superoposterioară (tectul) a mezencefalului.

În sens lateral foițele (superioară și inferioară) ale pia mater, împreună cu vasele sanguine pe care le conțin, prin fisura vasculară pătrund din partea medială în cavitatea ventriculului lateral, trecînd printre fața dorsală a talamusului și fața inferioară a fornixului (fig. 228).

În masa de țesut conjunctiv, aflat între foițele superioară și inferioară ale pînzei vasculare a ventriculului III, se află două vene cerebrale interne (*vv. cerebri internae*), care confluează formînd o venă impară — vena cerebrală mare, *v. cerebri magna*, sau vena Galenus. Din interiorul ventriculului pînza vasculară e tapetată cu o lamelă epitelială — o reminență din peretele posterior al veziculei cerebrale II. Excrescențele (vilozitățile) foiței inferioare a pînzei vasculare, împreună cu lamela epitelială care le învelește și atîrnă în cavitatea ventriculului III, formează *plexul vascular al ventriculului III*, *plexus choroideus ventriculi tertii*. La nivelul orificiului interventricular plexul vascular al ventriculului III se unește cu plexul vascular al ventriculului lateral.

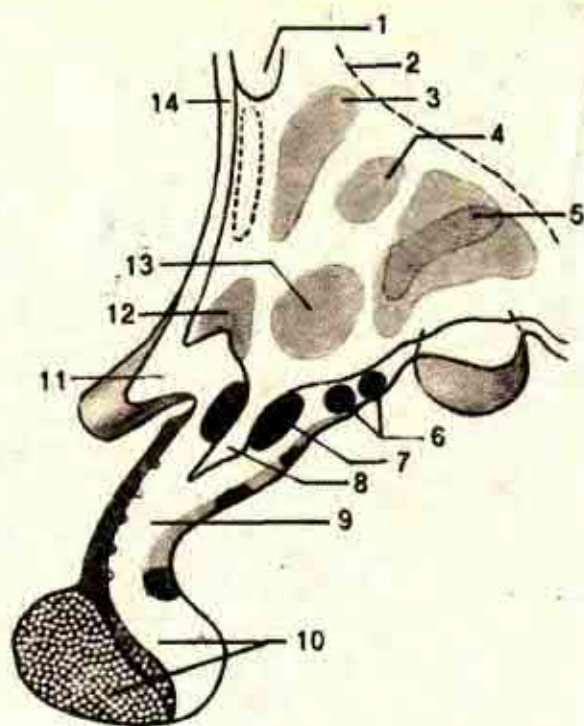


Fig. 227. Schema hipotalamusului și proiecția nucleilor lui; secțiune sagitală.

1 — commissura anterior; 2 — sul. hypothalamicus; 3 — nucleus paraventricularis; 4 — nucl. hypothalamicus dorsomedialis; 5 — regio (area) hypothalamica dorsalis; 6 — nucl. tuberales; 7 — nucl. infundibularis; 8 — recessus infundibuli; 9 — infundibulum; 10 — hypophysis; 11 — chiasma opticum; 12 — nucl. supraopticus; 13 — nucl. hypothalamicus ventromedialis; 14 — lam. terminalis.

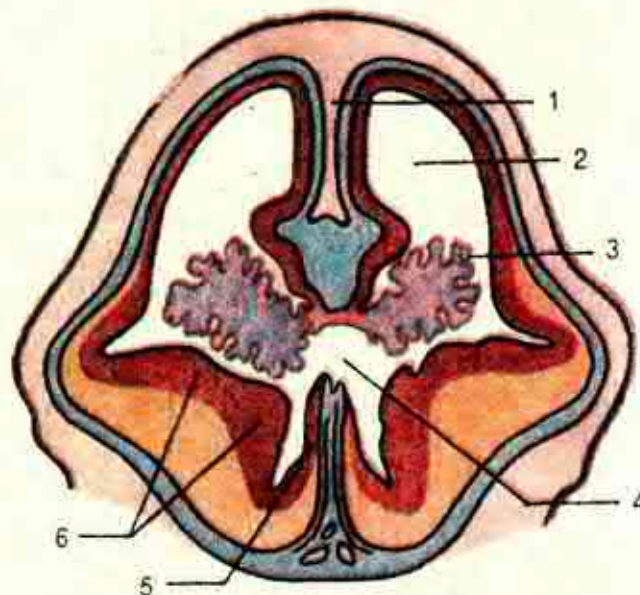


Fig. 228. Schema dezvoltării ventriculului III și ai ventriculilor laterali ai creierului embrionului uman (de 8 săptămâni); secțiune frontală.

1 — falx cerebri; 2 — ventriculus lateralis; 3 — plexus choroideus; 4 — ventriculus tertius; 5 — thalamus; 6 — corpus striatum.

Spre deosebire de alte segmente ale encefalului, mezencefalul, *mesencéphalon*, are o structură mai simplă. În el distingem tectul și pedunculii. Cavitatea mezencefalului e reprezentată prin apeductul creierului. Pe fața lui ventrală drept limită superioară (anterioară) a mezencefalului servesc tracturile optice și corpii mamilari, iar inferioară (posterioră) — marginea anterioară a punții. Pe fața dorsală limita superioară (anterioară) a mezencefalului e trasată prin extremitățile (suprafețele) posterioare ale straturilor optice, iar limita inferioară (posterioră) coincide cu nivelul de pornire a rădăcinilor nervului trohlear, *n. trochleâris*, perechea IV.

Tectul mezencefalului, *téctum mesencéphali*, reprezentat prin *l a m a c v a d r i g e m e n ă*, e situat din partea superioară a apeductului cerebral. La un preparat al creierului tectul poate fi descoperit numai în cazul când vor fi înlăturate emisferile cerebrale. Tectul mezencefalic constă din patru eminente — coliculi cvadrigemeni, care au aspectul unor emisfere separate una de alta prin două șanțuri ce se intersectează sub un unghi drept. Șanțul longitudinal este situat în plan median și cu extremitatea sa superioară formează o depresiune sub aspect de lojă pentru corpul pineal, *córpus pineále*, iar din extremitatea lui inferioară pornește frîul vâului medular superior. Șanțul transversal separă coliculi superiori, *colliculi superiores*, de coliculi inferiori, *colliculi inferiores*. De la fiecare colicul în sens lateral pornesc niște îngroșări în formă de val — brațul coliculului. Brațul coliculului superior, *bráchium colliculi craniális (superiôris)*, se află posterior de talamus și pornește spre corpul geniculat lateral; o parte din acest braț se prelungește în tractul optic. Brațul coliculului inferior, *bráchium colliculi caudális (inferiôris)*, pornește spre corpul geniculat medial.

La om coliculi superiori ai tectului mezencefalic (lamei cvadrigemene) și corpii geniculați laterali realizează funcții de centri subcorticali optici. Coliculi

inferiori și corpii geniculați mediali sînt centri subcorticali auditivi.

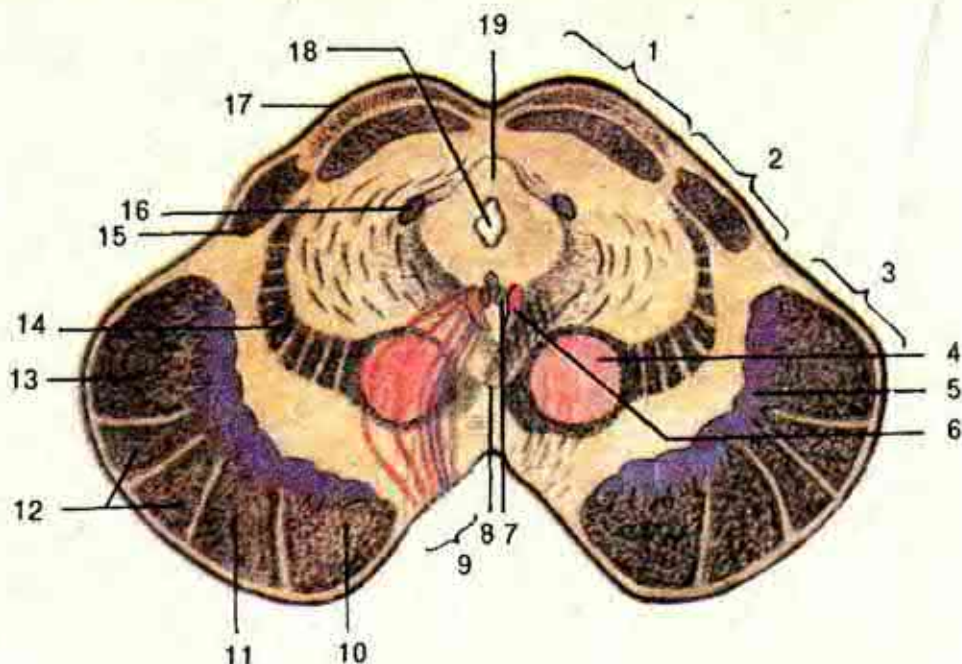
Pedunculii cerebrali

Pedunculii cerebrali, *pedúnculi cerebri*, se văd foarte bine din partea ventrală a encefalului. Ei prezintă două coloane longitudinale albe groase cu striatie longitudinală, care apar din punte și pornesc anterior și lateral (diverg sub un unghi drept) spre emisferile dreaptă și stîngă. Depresiunea formată între pedunculii cerebrali drept și stîng e denumită *f o s ă i n t e r p e d u n c u l a r ă, fôssa interpedunculâris*. Ca fund al depresiunii servește locul, prin care în masa creierului pătrund vasele sanguine. După înlăturarea învelișului vascular la preparatul encefalului în lamela medială, care constituie fundul fosei interpedunculare, vor rămîne numeroase orificii mici — de aici și denumirea acestei lamele ciuruite de substanță cenușie — substanța perforată posterioară, *substántia perforáta interpedunculâris (posterior)*. Pe fața medială a fiecărui peduncul cerebral se află un șanț longitudinal — ș a n țul o c u l o m o t o r, *súlcus oculomotorius* (șanțul medial al pedunculului cerebral), din care își fac apariția rădăcinile nervului oculomotor (*n. oculomotorius*, perechea III).

Pedunculii cerebrali sînt situați din partea ventrală a apeductului. La o secțiune transversală prin mezencefal, în pedunculul cerebral se evidențiază net prin culoarea sa întunecată (din cauza pigmentului melanină, ce se conține în celulele nervoase) **substanța neagră**, *substántia nígra* (fig. 229). Ea se extinde prin peduncul de la punte pînă la diencefal. Substanța neagră împarte pedunculul cerebral în două porțiuni: una posterioară (dorsală) — *tegmentum mezencefalului*, *tegmentum mesencéphali*, și alta anterioară (ventrală) — *baza pedunculului cerebral*, *bâsis pedúnculi cerebrális*. În tegmentul mezencefalic își au sediul nucleii mezencefalului și tot prin el trec căile conductoare ascendente. Baza pedunculului cerebral constă în exclusivitate din sub-

Fig. 229. Secțiune transversală a mezencefalului la nivelul colicuilor superiori (schemă).

1 — tectum mesencephali; 2 — tegmentum mesencephali; 3 — basis pedunculi cerebri; 4 — nucl. ruber; 5 — substantia nigra; 6 — nucl. nervi oculomotorii; 7 — nucl. oculomotorius accessorius; 8 — decussationes tegmenti; 9 — n. oculomotorius; 10 — tr. frontopontinus; 11 — tr. corticonuclearis; 12 — tr. corticospinalis (pyramidalis); 13 — tr. occipitotemporo-parietopontinus; 14 — lemniscus medialis; 15 — brachium colliculi inferioris; 16 — nucl. tractus mesencephali nervi trigemini; 17 — colliculus cranialis (superior); 18 — aqueductus mesencephali (cerebri); 19 — substantia grisea centralis.



stanță albă — pe aici trec căile conductoare descendente.

Apeductul creierului

Apeductul mezencefalic, *aqueductus mesencephali (cérebri)*, sau apeductul Sylvius, e un canal îngust cu o lungime de circa 1,5 cm, care leagă cavitatea ventriculului III cu cea a ventriculului IV și conține lichid cerebrospinal. Din punct de vedere al genezei sale apeductul reprezintă un derivat al veziculei cerebrale medii. Pe suprafața unei secțiuni transversale, efectuate în plan frontal prin mezencefal, se poate observa, ca tectul mezencefalic (coliculi) constă din substanță cenușie (straturile cenușii și alb ale colicuilor superiori și nucleul colicuilor inferior), acoperită din afară cu un strat fin de substanță albă.

În jurul apeductului mezencefalic este grupată substanța cenușie centrală, *substantia grisea centralis*. În masa ei, în regiunea subapeductală se află nucleii a două perechi de nervi cranieni. La nivelul colicuilor superiori, sub peretele inferior al apeductului mezencefalic, mai aproape de linia mediană se găsește un nucleu par, nucleul nervului oculomotor, *nucleus nervi oculomotorii*, din care sînt inervați mușchii striati ai globului ocular. În direcție ventrală de la acest nucleu

e localizat un nucleu parasimpatic al sistemului nervos autonom, nucleul accesoriu al nervului oculomotor, *nucleus oculomotorius accessorius* (nucleul Iacobovici). Fibrele emergente din nucleul accesoriu inervează mușchii netezi ai globului ocular (mușchiul sfincter pupilar și mușchiul ciliar). Anterior și ceva mai sus de nucleul perechii III de nervi cranieni se află unul dintre nucleii formației reticulare — nucleul intermediar, *nucleus interstitialis*. Prelungirile neurocitiilor din acest nucleu participă la formarea tractului reticulospinal și a fascicului longitudinal posterior.

La nivelul colicuilor inferiori în porțiunile ventrale ale substanței cenușii centrale se află nucleul par al perechii IV de nervi cranieni — nucleul nervului trochlear, *nucleus n. trochlearis*. Nervul trochlear apare din creier posterior de coliculi inferiori, pe de ambele părți ale friului vâlului medular superior. În porțiunile laterale ale substanței centrale cenușii, pe întreg parcursul mezencefalului, se află nucleul tractului mezencefalic a nervului trigemen (perechea V).

Cel mai voluminos din tegment și cel mai evident pe o secțiune transversală a mezencefalului este nucleul roșu, *nucleus ruber*. El se situează ceva mai sus (dorsal) de substanța neagră și,

avînd o formă alungită, se întinde de la nivelul colicului inferior pînă la talamus. Mai sus și lateral de nucleul roșu, în tegumentul pedunculului cerebral, cercetat pe o secțiune frontală, poate fi observat un fascicul de fibre, care intră în componența lemniscului medial. Spațiul dintre lemniscul medial și substanța cenușie centrală e ocupat de formația reticulară.

Baza pedunculului cerebral e formată de către căile conductoare descendente. Porțiunile interne și externe ale bazei pedunculilor cerebrali sînt constituite din fibrele tractului corticopontin (vezi „Căile de conducere”) și anume: 1/5 parte medială din bază e ocupată de tractul frontopontin, 1/5 parte laterală — de tractul parietotemporooccipitopontin. Celelalte 3/5 (porțiunea medie) din baza pedunculului cerebral revin cailor piramidale. În componența lor medial trec fibrele corticonucleare, lateral — căile corticospinale.

În mezencefal sînt dislocați centrul subcorticali auditivi și optici, nucleii nervilor cranieni (perechile III și IV), care asigură inervația mușchilor voluntari și involuntari ai globului ocular, precum și nucleul mezencefalic al perechii V de nervi cranieni. *Substantia nigra*, *nucleus ruber*, *nucleus interstitialis* fac parte din sistemul extrapiramidal, ei asigură tonusul muscular și conduc mișcările automate, inconștiente ale corpului. Prin mezencefal trec căile conductoare aferente (senzitive) și eferente (motoare).

Fibrele nervoase, incluse în componența lemniscului medial, sînt prelungiri ale neuronilor II din căile sensibilității proprioceptive. Lemniscul medial, *lemniscus mediális*, se formează din fibrele arcuate interne, *fibrae arcuatae internae*. Acestea reprezintă prelungiri ale neurociliilor din nucleii fasciculului fin și cuneat și din bulbul rahidian și țin calea spre nucleii talamusului împreună cu fibrele de sensibilitate generală (doloroasă și termică), care, alăturîndu-se, formează lemniscul spinal, *lemniscus spinális*. Prin tegmentul mezencefalic trec de asemenea și fibrele de la nucleii senzitivi ai nervului trigemen, denumite lemniscul trigemen

minal, *lemniscus trigeminális*, pornit și el spre nucleii talamusului.

Prelungirile neuronale ale unor nucleii din mezencefal formează aici în crucișările tegmentului, *decussaționes tegmenti*. Dintre ele una — decusația dorsală a tegmentului (BNA) — aparține fibrelor tractului tectospinal, *tractus tectospinális*; alta — decusația ventrală a tegmentului (BNA) — fibrelor tractului rubrospinal, *tractus rubrospinális*.

Istmul rombencefalului

Istmul rombencefalului, *isthmus rhombencephali* (BNA), reprezintă formațiunile, care s-au format la hotarul dintre mezencefal și rombencefal.

Din istm fac parte pedunculii cerebeloși superiori, *pedunculi cerebellares craniales (superiores)*, vâlul medular superior, *velum medullare superius*, și trigonul lemniscului, *trigonum lemnisci* (BNA).

Vâlul medular superior se prezintă ca o lamelă fină de substanță albă, racordată din părțile laterale între pedunculii cerebeloși superiori și cerebel din partea de sus. Sus, din partea anterioară, vâlul medular superior se fixează la tectul mezencefalic, la nivelul căruia, în șanțul dintre coliculi cvadrigemeni inferiori se termină prin friul vâlului medular superior, *frénulum veli medullaris cranialis (superioris)*. De o parte și de alta a friului din masa creierului își fac apariția rădăcinile nervului trochlear, *n. trochlearis*. Vâlul medular împreună cu pedunculii cerebeloși superiori formează porțiunea anterosuperioară a plafonului ventriculului IV cerebral. În părțile laterale ale istmului rombencefalian se află trigonul lemniscului, *trigonum lemnisci*. Acest spațiu triunghiular de culoare cenușie e delimitat din partea anterioară — de brațul colicului inferior; din partea de sus și din spate — de pedunculul cerebelos superior; din partea laterală — de pedunculul cerebral, separat de istm prin șanțul lateral, vizibil pe fața laterală a pedunculului ce-

rebral. În regiunea trigonului, în profunzimea lui, se află fibrele lemniscului lateral (acustic) — *lemniscus laterális*.

METENCEFALUL

Metencefalul și bulbul rahidian s-au format în rezultatul divizării rombencefalului.

Metencefalul, *metencéphalon*, include puntea, dispusă anterior (ventral), și cerebelul, dispus posterior de punte. Cavitățile metencefalului, precum și a mieleencefalului (bulbului rahidian) e prezentată prin ventriculul IV.

Puntea

Puntea, *póns* (puntea lui Varolio), se află la baza trunchiului cerebral și are aspectul unei castane; sus (anterior) ea limitrofează cu mezencefalul (cu pedunculii cerebrali), jos (posterior) — cu bulbul rahidian.

Fața dorsală a punții e orientată spre ventriculul IV și participă la formarea planșeului acestuia (vezi „Fosa romboidă”). În sens lateral, de fiecare parte, puntea se îngustează și trece în pedunculul cerebelos mediu, *pedunculus cerebelláris médius*, care dispare în emisfera cerebelului. Drept linie limitrofă dintre punte și pedunculul cerebelos mediu servește aria de apariție din trunchiul cerebral a nervului trigemen, *n. trigéminus* (perechea V de nervi cranieni). În șanțul transversal adânc, care desparte puntea de piramidele bulbului rahidian, pornesc rădăcinile abductorului drept și stîng, *n. abducens* (perechea VI de nervi cranieni). Ceva mai spre extremitățile laterale ale acestui șanț pot fi observate rădăcinile nervului facial (perechea VII) și ale nervului vestibulocohlear (perechea VIII).

Pe fața ventrală a punții, care în cavitatea craniană e culcată pe pantă (*clivus*), se observă un șanț nu prea adânc dar larg — șanțul bazilar, *súlcus basiláris*, prin care trece artera omonimă.

Privind secțiunile transversale, efectuate prin punte (fig. 230), se poate conchide, că substanța care o formează nu dispune de o structură omogenă. În por-

țiunile centrale ale unei secțiuni prin punte se face observat un fascicul gros de fibre, avînd un traiect transversal. Această formațiune face parte din calea de conducere a analizatorului auditiv și e denumită corp trapezoid, *córpus trapezoideum*. El împarte puntea în partea posterioară, sau tegmentul punții, *pars dorsális póntis* (*tegmentum póntis*) și în partea anterioară (bazilară), *pars ventralis (basiláris) póntis*. Printre fibrele corpului trapezoid sînt situați nucleii lui anterior și posterior (*núcleus ventralis córporis trapezoidei et núcleus dorsális córporis trapezoidei*). Pe partea ventrală (bazilară) a punții (la baza ei) se disting fibrele longitudinale și transversale.

Fibrele longitudinale ale punții, *fibrae póntis longitudináles*, aparțin tractului piramidal și constituie componentele lui — fibrele corticonucleare, *fibrae corticonucleáres*, și fibrele corticospinale, *fibrae corticospináles*, unite în fascicule separate. Din fibrele longitudinale mai fac parte și fibrele corticopontine, *fibrae corticopontínae*, care se înterup în nucleii proprii ai punții, *núclei póntis*, localizați printre grupurile de fibre din masa punții. Prelungirile neurocitiilor din nucleii punții formează fascicule de fibre transversale ale punții, *fibrae póntis transvérsae*, care pornesc spre cerebel și formează pedunculii cerebeloși medii.

În partea posterioară (dorsală) a punții pe lingă fibrele ascendente, care sînt de fapt o prelungire a căilor conductoare senzitive ale bulbului rahidian, se mai află aglomerări în focar de substanță cenușie — nucleii perechilor V, VI, VII și VIII de nervi cranieni (vezi „Fosa romboidă”). Imediat mai sus de corpul trapezoid sînt situate fibrele lemniscului medial, *lemniscus mediális*, și ale lemniscului spinal, *lemniscus spinális*. Tot în această regiune a punții, mai aproape de planul median, se află formația reticulară, *formátio reticuláris*, iar ceva mai sus — fasciculul longitudinal

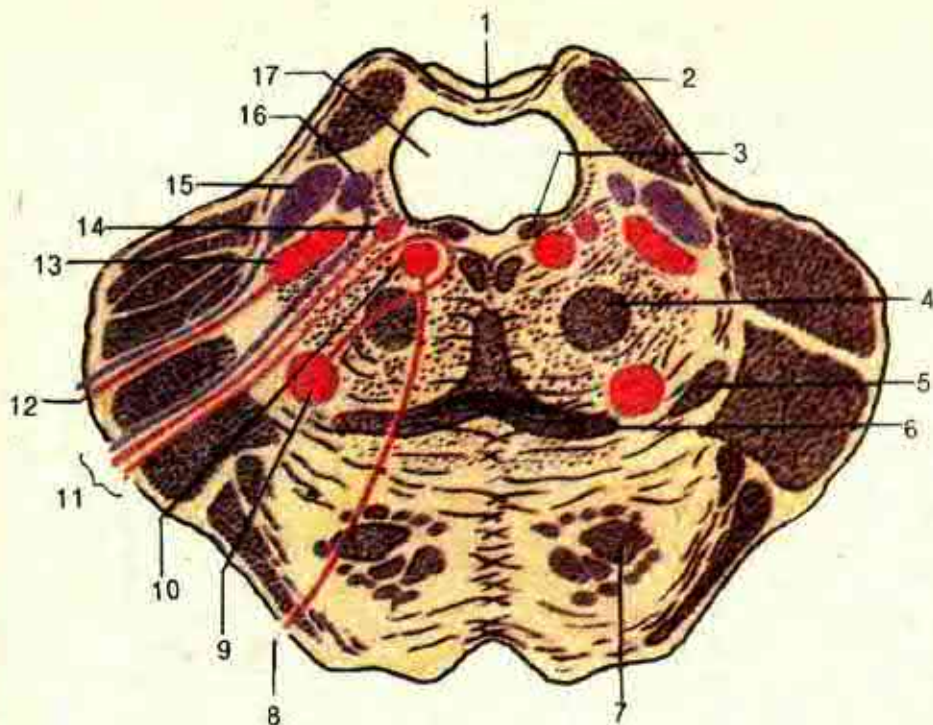


Fig. 230. Secțiune transversală prin punte la nivelul vâului medular superior.

1 — velum medullare superior; 2 — pedunculus cerebellaris superior; 3 — fasc. longitudinalis dorsalis; 4 — tractus centralis tegmenti (BNA); 5 — lemniscus lateralis; 6 — lemniscus medialis; 7 — fibrele pontis longitudinales; 8 — n. abducens; 9 — nucl. nervi facialis; 10 — nucl. nervi abducentis; 11 — n. facialis; 12 — n. trigeminus; 13 — nucl. motorius nervi trigemini; 14 — nucl. salivatorius cranialis; 15 — nucl. pontinus nervi trigemini; 16 — nucl. solitarius; 17 — ventriculus quartus.

posterior, *fasciculus longitudinalis dorsalis*. Lateral și mai sus de lemniscul medial se află fibrele lemniscului lateral.

Cerebelul

Cerebelul (creierașul, creierul mic), *cerebellum*, este situat posterior (dorsal) de punte și de partea superioară (dorsală) a bulbului rahidian și își are sediul în fosa posterioară a craniului. De asupra lui atîrnă lobi occipitali ai emisferelor cerebrale, separate de cerebel prin fisura transversală a encefalului, *fissura transversa cerebri*.

La cerebel distingem fețele superioară și inferioară, separate prin marginea posterioară a cerebelului, pe care trece *fissura orizontală adîncă, fissura horizontalis*. Această fisură își are originea în locul, unde pedunculii medii ai cerebelului pătrund în masa lui. Atît fața superioară a cerebelului, cît și cea inferioară sînt convexe. Pe fața inferioară se observă o depresiune largă — *vîlcea cerebelului, vallécula cerebelli*, la care aderă fața dorsală a bulbului rahidian. Cerebelul are două emisfere — *hemisphaeria cerebelli* (*neocerebellum*, exceptînd floculul) și o porțiune mediană impară — *vermis cerebelli* (o parte mai veche din punct

de vedere filogenetic — *paleocerebellum*).

Suprafețele superioară și inferioară ale creierașului, precum și vermisul sînt străbătute de numeroase fisuri, *fissurae cerebelli*, paralele, orientate transversal, care delimitează *circumvoluțiile* lungi și înguste ale cerebelului, *folia cerebelli*. Unele grupări de circumvoluții, separate prin șanțuri mai adînci, constituie *lobulii cerebelului, lobuli cerebelli*. Deoarece șanțurile creierașului continuă fără a se întrerupe pe emisfere și pe vermis, fiecărui lobul al vermisului îi corespund doi lobuli (drept și stîng) ai emisferelor. Cel mai izolat și mai vechi din punct de vedere filogenetic este lobulul, denumit *flocul, flocculus*. El aderă la fața ventrală a pedunculului cerebelos mediu. Prin intermediul pedunculului *floccular, pedunculus flocculi*, destul de lung, flocculul se leagă cu vermisul cerebelului, mai precis cu *nodulul, nodulus*, acestuia. Cu ajutorul a trei perechi de pedunculi cerebeloși (fig. 231) creierașul face legătură cu segmentele adiacente ale creierului. Pedunculii cerebeloși inferiori (corpîi restiformi), *pedunculi cerebellares caudales (inferiores)*, pornesc în jos și unesc cerebelul cu bulbul rahidian. Pedun-

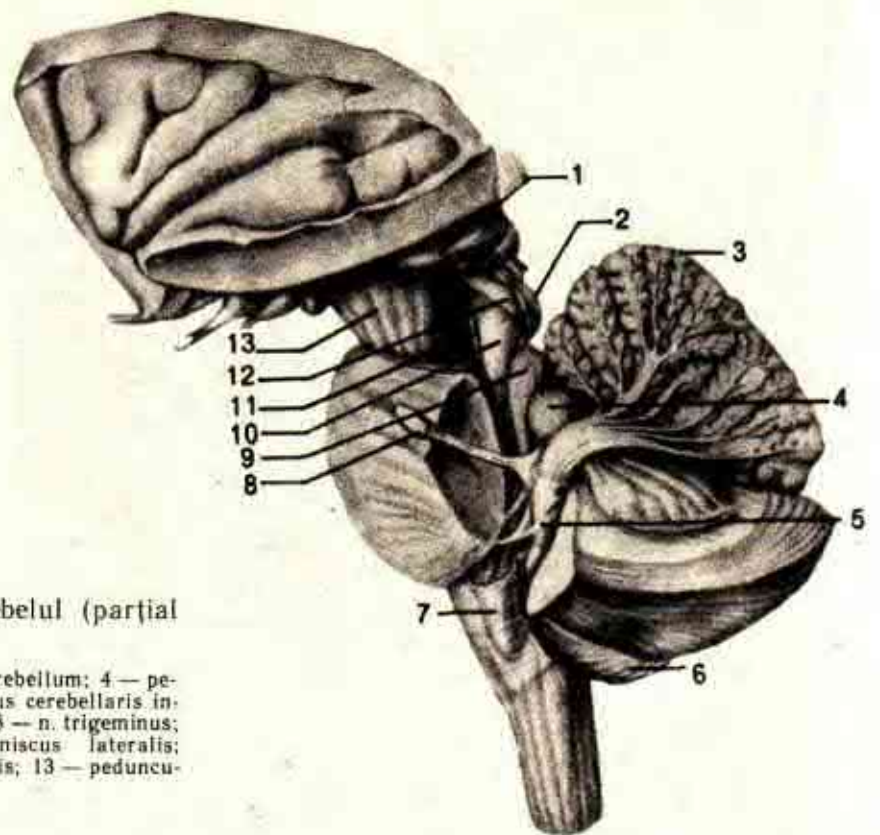


Fig. 231. Trunchiul cerebral și cerebelul (parțial rezezat); aspect lateral.

1 — thalamus; 2 — colliculus inferior; 3 — cerebellum; 4 — pedunculus cerebellaris superior; 5 — pedunculus cerebellaris inferior; 6 — hemisferium cerebelli; 7 — oliva; 8 — n. trigeminus; 9 — tr. spinocerebellaris ventralis; 10 — lemniscus lateralis; 11 — lemniscus medialis; 12 — tr. tectospinalis; 13 — pedunculus cerebri.

culii cerebeloși medii, *pedunculi cerebellares medii (pontini)*, cele mai groase, sînt orientate în sens anterior și continuă cu puntea. Pedunculi cerebeloși superiori, *pedunculi cerebellares craniales (superiores)* unesc creierașul cu mezencefalul. Prin pedunculi cerebeloși trec fibrele căilor de conducere, ce leagă cerebelul cu alte segmente ale creierului mare, precum și cu măduva spinării (vezi „Căile de conducere...”).

Emisferele cerebelului și vermisul sînt formate din substanță albă, dispusă din interior sub aspect de corp medular, *corpus medullare*, și dintr-o lamelă subțire de substanță cenușie, care învește substanța albă din exterior — cortexul cerebelos, *cortex cerebelli*. În masa circumvoluțiilor cerebeloase substanța albă are aspectul unor lamele (dungi) albe, *laminae albae*.

În mijlocul substanței albe a cerebelului se află concentrări locale pare de substanță cenușie — nucleii cerebelului, *nuclei cerebelli* (fig. 232). Cel mai voluminos din ele e nucleul dințat, *nucleus dentatus*. Pe o secțiune orizontală a cerebelului acest nucleu se

prezintă ca o fișie cenușie fină, flectată în zigzag, partea convexă a căreia e orientată posterior și lateral. În sens medial dunga aceasta cenușie nu confluează, lăsînd o deschizătură denumită hilul nucleului dințat, *hilus nucleii dentati*. Hilul e umplut cu fibre de substanță albă, care formează pedunculul cerebelos superior. Medial de nucleul dințat, în masa substanței emisferiale albe sînt situați nucleul emboliform, *nucleus emboliformis*, și nucleul globos, *nucleus globosus*. Tot aici, în substanța albă a vermisului, se mai află cel mai medial dintre nucleii cerebelului — nucleul acoperișului, *nucleus fastigii*.

Substanța albă a vermisului, luată în chenar de cortex și străbătută din exterior de numeroase șanțuri adînci sau nu prea adînci, se prezintă pe o secțiune mediosagitală ca un desen ciudat, care amintește aspectul unei ramuri de copac. Această imagine a secțiunii sagitale prin vermisul cerebelului a fost numită „arbor vitae cerebelli”.

Substanța cenușie a punții e reprezentată prin nucleii perechilor V, VI, VII și VIII de nervi cranieni, care asigu-

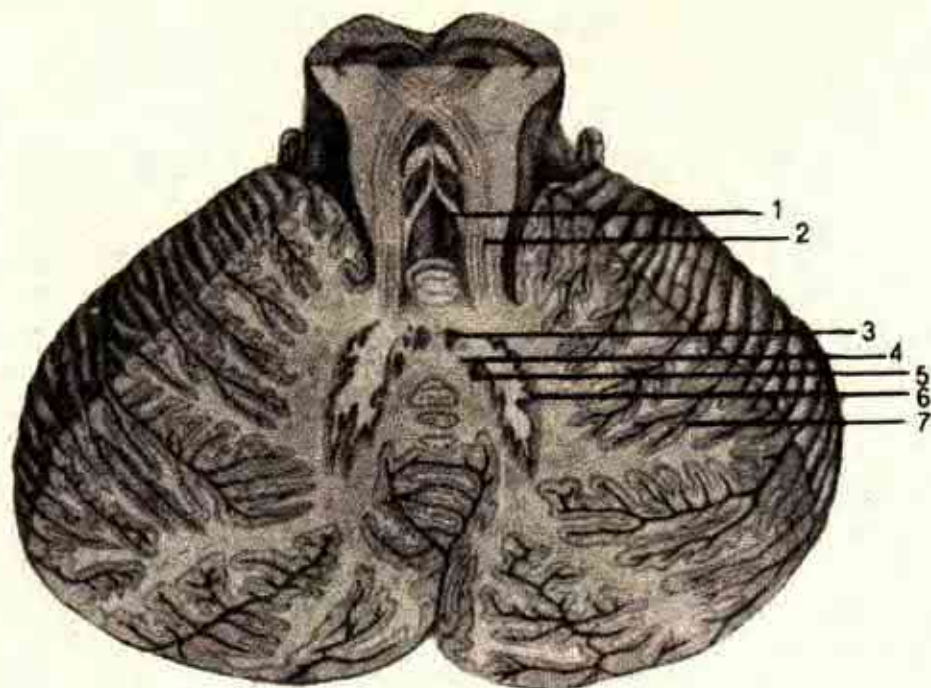


Fig. 232. Nucleii cerebelului; secțiune orizontală.

1 — ventriculus quartus; 2 — pedunculus cerebellaris superior; 3 — nucl. fastigii; 4 — nucl. globosus; 5 — nucl. emboliformis; 6 — nucl. dentatus; 7 — cortex cerebelli.

ră mobilitatea ochilor, mimica, activitatea aparatelor auditiv și vestibular, precum și prin nucleii formației reticulare și nucleii proprii ai punții, care participă la formarea conexiunilor dintre cortexul cerebral și cerebel și transmit prin punte impulsurile nervoase de la unele segmente ale creierului spre altele. Prin regiunile dorsale ale punții trec căile de conducere aferente (senzitive), iar prin cele ventrale — căile descendente piramidale și extrapiramidale (vezi „Căile de conducere...”). Tot aici se mai află sisteme de fibre, care asigură legătura bilaterală a cortexului cerebral cu cerebelul. Cerebelul conține de asemenea nucleii antrenați în coordonarea mișcărilor și menținerea echilibrului corpului.

BULBUL RAHIDIAN

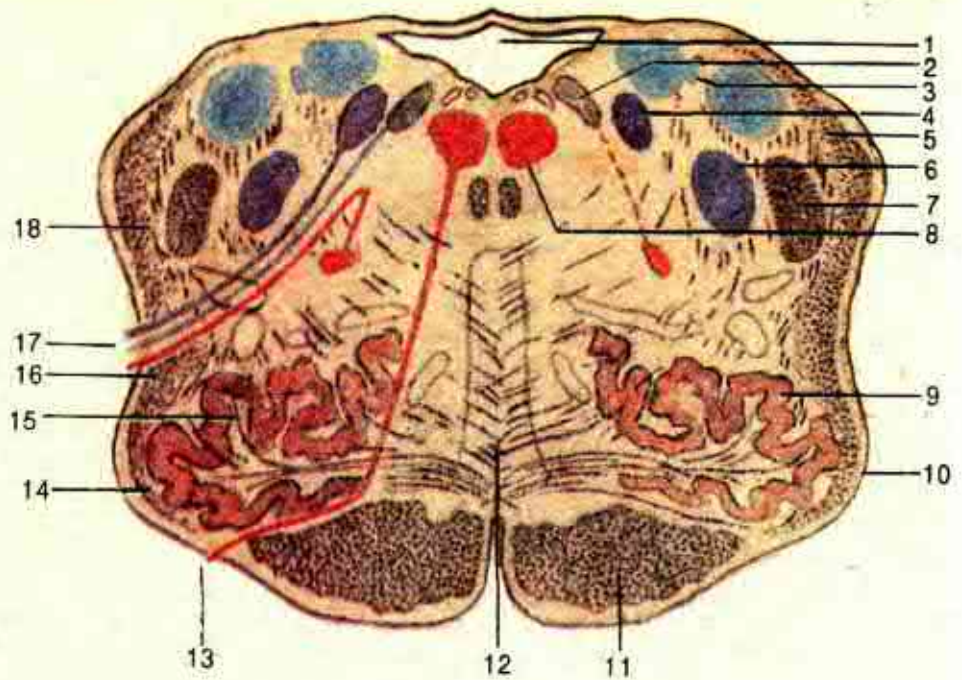
Bulbul rahidian (măduva prelungită), *medulla oblongata* (*myelencephalon*), este segmentul encefalului situat între metencefal și măduva spinării. Limita superioară a bulbului pe fața ventrală a encefalului trece prin marginea inferioară a punții, iar pe fața dorsală corespunde cu stria medulară a ventriculului IV, care împarte planșeul acestuia în porțiunile superioară și inferioară. Limita dintre bulb și măduva spinării corespunde

nivelului orificiului mare occipital sau locului prin care apare din măduvă porțiunea superioară a rădăcinilor primei perechi de nervi spinali.

Porțiunile superioare ale bulbului în comparație cu cele inferioare sînt mai îngroșate, de aceea bulbul îmbracă conformația unui trunchi de con sau al unui bulb de plantă, din care cauză mai este numit și bulb al creierului, *bulbus cerebri* (BNA). La omul adult bulbul are în lungime în medie 25 mm. Bulbul rahidian are o față ventrală, una dorsală și două laterale, separate una de alta prin șanțuri. Șanțurile bulbului se prezintă ca prelungiri ale șanțurilor de pe măduva spinării și poartă denumiri similare: *fișura mediană anterioară*, *fissura mediāna ventralis (anterior)*; șanțul median posterior, *sulcus mediānus dorsalis (posterior)*; șanțul lateral anterior (ventrolateral); *sulcus ventrolateralis (anterolateralis)*; șanțul lateral posterior (dorsolateral), *sulcus dorsolateralis (posterolateralis)*. Pe fața ventrală a bulbului, de fiecare parte a fisurii mediane anterioare se află două cordoane reliefate, care se îngustează treptat în sens inferior — *piramidele bulbare*, *pyramides*. În partea inferioară a bulbului fasciculele de fibre care formează

Fig. 233. Secțiune transversală prin bulb la nivelul olivelor.

1 — ventriculus quartus; 2 — nucl. dorsalis n. vagi; 3 — nucl. nervi vestibularis; 4 — nucl. solitarius; 5 — tr. spinocerebellaris dorsalis; 6 — nucl. spinalis (inferior) nervi trigemini; 7 — tr. spinalis nervi trigemini; 8 — nucl. nervi hypoglossi; 9 — nucl. olivaris; 10 — oliva; 11 — tr. corticospinalis (pyramidalis); 12 — lemniscus medialis; 13 — n. hypoglossus; 14 — fibrae arcuatae externae ventrales; 15 — nucl. ambiguus; 16 — tr. spinothalamicus et spinotectalis; 17 — n. vagus; 18 — tr. spinocerebellaris ventralis.



cele două piramide trec de partea opusă a fisurii mediane și pătrund în cordoanele laterale ale măduvei spinării. Această trecere de fibre dintr-o parte în alta a fost numită în crucișarea piramidelor, *decussatio pyramidum* (*decussatio motoria*). Nivelul acesta al încrucișării mai servește drept linie limitrofă dintre bulb și măduva spinării. Lateral de piramida bulbară se găsește proeminența ovalară, *oliva* bulbară, *oliva*, separată de piramidă prin șanțul colateral ventral (ventrolateral). Prin șanțul lateral anterior din bulb ies rădăcinile nervului hipoglos (perechea XII de nervi cranieni). Pe fața dorsală a bulbului, bilateral de șanțul median posterior se termină cu niște proeminențe fasciculul Goll și fasciculul cuneat (Burdach), separate unul de altul prin șanțul intermediar posterior. Fasciculul fin (fasciculul Goll), *fasciculus gracilis*, plasat medial, dilatându-se, formează tuberculul nucleului Goll, *tuberculum gracile*. Lateral de fasciculul Goll se află fasciculul cuneat, *fasciculus cuneatus*, care formează alături de tuberculul Goll tuberculul nucleului cuneat, *tuberculum cuneatum*. Din șanțul lateral posterior al bulbului, îndărăt de olivă (șanțul retroolivă, *sulcus retroolivaris*) pornesc aparent rădăcinile ner-

vilor glosofaringian, vag și accesori (perechile IX, X și XI de nervi cranieni).

Fața dorsală a cordonului lateral în sens superior se dilată. La acest nivel la fibrele lui se adaugă fibrele, pornite de la nucleii fin și cuneat. Toate împreună formează pedunculul cerebelos inferior, *pedunculus cerebellaris caudalis (inferior)*, care deviază lateral și delimitează din părți unghiul inferior al fosei romboide. Suprafața de bulb, delimitată de jos și lateral de către pedunculii cerebeloși inferiori, ia parte la formarea fosei romboide, care este de fapt și planșeul ventriculului IV.

Pe o secțiune frontală prin punte, trasată la nivelul olivelor (fig. 233) se observă concentrări de substanță cenușie și albă. În porțiunile inferolaterale se află nucleii olivari inferiori, *nuclei olivares caudales (inferiores)*, drept și stâng. Ele au o formă dințată și sînt indoite în așa mod, că hilul lor, *hilus nucleii olivaris caudalis*, e orientat în sus și medial. Puțin mai sus de nucleii olivari inferiori este situată formația reticulară, *formația reticularis*, formată prin împletirea de fibre nervoase și celule nervoase sau mici concentrări ale lor sub aspect de nucleii mărunți. Între nucleii olivari inferiori se află așa-numitul strat interolivă, reprezentat prin fibrele ar-

cuate interne, *fibrae arcuatae internae*, — prelungiri ale celulelor nervoase situate în nucleii Goll și Burdach. Fibrele arcuate interne constituie lemniscul medial, *lemniscus mediâlis*, și fac parte din calea proprioceptivă de orientare corticală. În bulb aceste fibre se încrucișează formînd decusația lemniscului medial, *decussatio lemniscorum mediâlium (sensoria)*. În regiunile superolaterale ale bulbului pe o secțiune se observă pedunculii cerebeloși, drept și stîng. Ceva mai ventral trec fibrele tractului spinocerebelar anterior și ale tractului rubrospinal. Lateral de șanțul median anterior în partea ventrală a bulbului se află piramidele. Mai sus de încrucișarea lemniscurilor mediale se găsește fasciculul longitudinal posterior, *fasciculus longitudinalis dorsâlis*. În bulb sînt localizați nucleii perechilor IX, X, XI și XII de nervi cranieni (vezi „Fosa romboidă”), participanți la inervația organelor interne și a derivatelor aparatului branhial. Tot prin această parte a bulbului trec căile de conducere ascendente, care țin calea spre alte segmente ale encefalului. Porțiunile ventrale ale bulbului sînt ocupate de fibrele descendente (motorii) piramidale. În sens dorsolateral prin bulb trec căile conductoare ascendente, care leagă măduva spinării cu emisferile cerebrale, cu trunchiul cerebral și cu cerebelul. Bulbul, ca și alte segmente ale creierului e porțiunea în care este localizată formația reticulară; tot aici își au sediul centrul de mare importanță vitală, cum sînt centrul circulației sanguine și centrul respirației.

Ventriculul IV

Ventriculul IV, *ventriculus quârtus*, este un derivat al cavității rombencefalului (vezi „Dezvoltarea sistemului nervos la om”). În formarea pereților ventriculului IV sînt antrenați bulbul, puntea, cerebelul și istmul rombencefalului. După configurație cavitatea ventriculului IV amintește un cort, planșeul cărui are aspect de romb (fosă romboidă) și este format de fețele posterioare (dorsale) ale bulbu-

lui și a punții. Ca limită dintre bulb și punte pe suprafața fosei romboide servesc striile medulare ale ventriculului IV, *striae medullâres ventriculi quârti*. Ele au un traiect transversal, avînd originea aparentă în regiunea unghiurilor laterale ale fosei romboide și se afundă în șanțul median.

Tavanul ventriculului IV, *tégmen ventriculi quârti*, sub aspect de cort, atîrnă peste fosa romboidă. La formarea părții anterosuperioare a tavanului (cortului) participă pedunculii cerebeloși superiori și vâlul medular anterior, *vélum medullâre craniâle (supérius, antérius)*, racordat între ele. Partea posteroinferioară a tavanului (cortului) are o structură mult mai complicată. Ea se compune din vâlul medular inferior, *vélum medullâre caudâle (inférius, postérius)*, și din pînza vasculară a ventriculului IV, *téla choroidea ventriculi quârti*. Vâlul medular inferior cu marginea lui laterală se inseră pe pedunculul floccular. Din interior la vâlul medular posterior, reprezentat printr-o lamelă epitelială fină (o reminiscență din peretele dorsal al veziculei cerebrale III — rombencefalului) aderă pînza vasculară a ventriculului IV, formată dintr-o eversiune a pahimeningelui, care pătrunde în fanta dintre fața inferioară a cerebelului (de sus, și vâlul medular inferior (de jos).

Pînza vasculară, fiind tapetată din partea cavității ventriculului IV cu o foiță epitelială, formează plexul vascular al ventriculului IV, *plexus choroideus ventriculi quârti*. În porțiunea posteroinferioară a tavanului ventriculului IV la nivelul unghiului inferior al fosei romboide, se află un orificiu impar — *apertura mediană, apertura mediâna ventriculi quârti (forâmen Magendi)*. În sectoarele laterale ale acestei porțiuni, aflate la nivelul recesurilor laterale ale ventriculului IV se află cîte un orificiu — *apertura laterală, apertura lateralis ventriculi quârti*. Aceste trei aperturi unesc cavitatea ventriculului IV cu spațiul subarahnoidian al encefalului, iar apeductul Sylvius — cu ventriculul III.

Fosa romboidă

Fosa romboidă, *fossa rhomboidea*, se prezintă ca o depresiune cu configurația unui romb, axul lung al căruia e orientat de-a lungul trunchiului cerebral. Fosa romboidă e delimitată din părțile laterale de pedunculii cerebeloși: sus — de cei superiori, iar jos — de cei inferiori (fig. 234). Unghiul posteroinferior al fosei romboide sub marginea inferioară a tavanului ventriculului IV (sub *óbex*) prelungeste cu canalul central al măduvei spinării. În unghiul anterosuperior al fosei se află un orificiu, ce duce în apeductul mezencefalic, prin care cavitatea ventriculului III (vezi mai sus) comunică cu ventriculul IV. Unghiurile laterale ale fosei romboide formează recesurile laterale ale ventriculului IV (*recessus laterales ventriculi quarti*). În plan mediosagital, de-a lungul întregii suprafețe a fosei romboide, de la unghiul ei superior spre cel inferior, se întinde un șanț nu prea adânc — șanțul median, *sulcus medianus*. Pe malurile acestui șanț de o parte și de alta sînt amplasate cîte o proeminență — *eminentia medialis*, separată lateral prin șanțul limitant, *sulcus limitans*. În partea superioară a eminenței mediale, care aparține punții, se află *colliculus facialis*. Coliculusul facial corespunde proiecției nucleului nervului abductor (perechea VI) situat la acest nivel în masa punții, fiind ocolit de genunchiul nervului facial, nucleul căruia este situat ceva mai lateral. Porțiunea anterioară (cranială) a șanțului limitant, adîncindu-se intrucîtva și lățindu-se în sens superior (anterior) formează fosa cranială, *fovea cranialis (superior)*. Extremitatea posterioară (caudală) a acestui șanț continuă cu fosa caudală, *fovea caudalis (inferior)*, care la preparatele encefalului poate fi distinsă cu greu.

În porțiunea anterioară (superioară) a fosei romboide, ceva mai lateral de eminenta medială, la un preparat al trunchiului cerebral, proaspăt confecționat uneori poate fi observat un sector mic, distins prin culoarea sa albastră des-

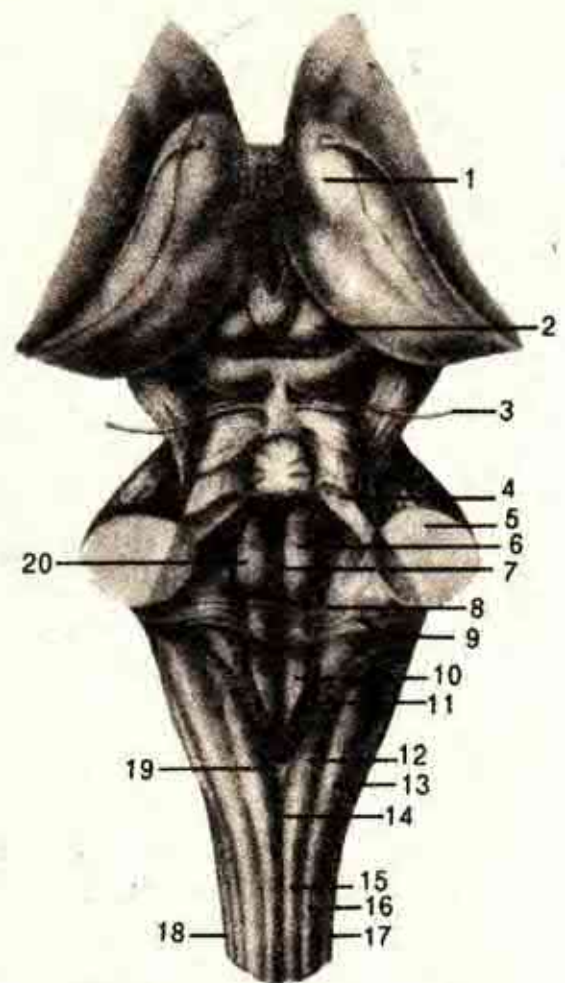


Fig. 234. Trunchiul cerebral; aspect superior (cerebelul e rezezat).

1 — thalamus; 2 — lam. tecti; 3 — n. trochlearis; 4 — pedunculus cerebellaris cranialis (superior); 5 — pedunculus cerebellaris medius (pontinus); 6 — eminentia medialis; 7 — sul. medianus; 8 — stria medullares; 9 — area vestibularis; 10 — trigonum nervi hypoglossi; 11 — trigonum nervi vagi; 12 — tuberculum gracilis; 13 — tuberculum cuneatus; 14 — sul. medianus dorsalis; 15 — fasc. gracilis; 16 — fasc. cuneatus; 17 — sul. dorsolateralis; 18 — fasc. lateralis; 19 — obex; 20 — sul. limitans.

chisă, de unde provine și denumirea lui — locul azuriu, *locus coeruleus*. În porțiunea inferioară a fosei romboide, care aparține bulbului rahidian, eminenta medială se îngustează treptat și trece în trigonul nervului hipoglos, *trigonum nervi hypoglossi*. Lateral de acesta se află un sector triunghiular mai mic — trigonul nervului vag, *trigonum nervi vagi*, în profunzimea căruia este situat nucleul vegetativ al nervului vag. Unghiurile laterale ale fosei romboide adăpostesc nucleii nervului vestibulocohlear și poartă denumirea de *arie vestibulară, area vestibularis*. Din aceste regiuni își iau originea striile medulare ale ventriculului IV.

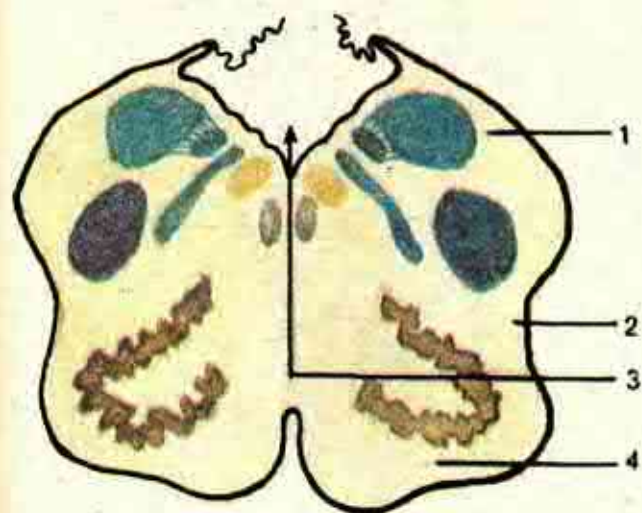
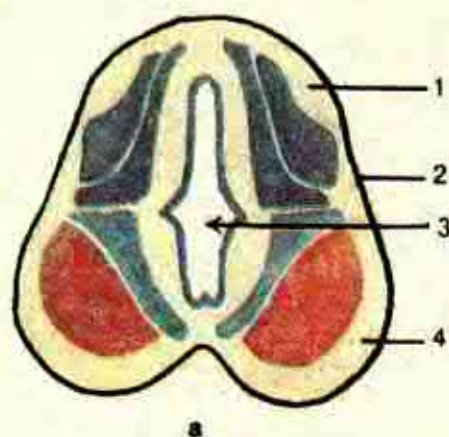


Fig. 235. Schema dezvoltării rombencefalului. Desfășurarea tubului neural.

a — secțiune transversală a tubului neural; b — secțiune transversală a rombencefalului (desfășurarea tubului neural); 1 — placa alară; 2 — șanțul limitant; 3 — cavitatea tubului neural; 4 — placa bazală.

Proiecția nucleilor nervilor cranieni în fosa romboidă. Substanța cenușie din fosa romboidă este repartizată sub aspect de concentrări izolate sau nucleii, separate una de alta de substanța albă. Pentru a concepe topografia substanței cenușii din fosa romboidă se cuvine să ne reamintim, că tubul neural la nivelul bulbului și al punții s-a desfășurat (fig. 235) prin partea sa posterioară (dorsală) și s-a întors în așa mod, încât părțile lui posterioare s-au transformat în porțiunile laterale ale fosei romboide. În consecință nucleilor senzitivi ai rombencefalului, care corespund coarnelor posterioare ale măduvei spinării, le revine

în fosa romboidă poziția laterală. Nucleii motori, care corespund coarnelor anterioare ale măduvei, ocupă în fosa romboidă o poziție medială. În masa substanței albe, situate între nucleii motori și senzitivi ai fosei romboide se află nucleii sistemului nervos autonom (vegetativ).

Substanța cenușie a bulbului și a punții (fosa romboidă) conține nucleii perechilor V—XII de nervi cranieni (fig. 236, 237). În regiunea trigonului superior al fosei romboide sînt amplasați nucleii nervilor cranieni V, VI, VII, VIII.

Perechea V, nervul trigemen, *n. trigeminus*, dispune de patru nucleii.

1. Nucleul motor al nervului trigemen, *nucleus motorius n. trigemini* este situat în porțiunea superioară a fosei romboide, în regiunea fosei craniiale, *fovea craniialis (superior)*. Axonii neurocitiilor din acest nucleu formează rădăcina motoare a nervului trigemen.

2. Nucleul senzitiv, spre care vin fibrele rădăcinii senzitive ale trigemenului e alcătuit din două porțiuni:

a) nucleul pontin al trigemenului, *nucleus pontinus nervi trigemini*, dispus lateral și întrucitva posterior de nucleul motor; proiecția nucleului pontin corespunde locului azuriu;

b) nucleul tractului spinal (inferior) al nervului trigemen, *nucleus spinalis (inferior) nervi trigemini*, se prezintă în aparență ca o prelungire a nucleului precedent, are o formă alungită și se întinde pe întreg parcursul bulbului, intrînd și în segmentele superioare (I—V) ale măduvei spinării.

3. Nucleul tractului mezencefalic al nervului trigemen, *nucleus mesencephalicus nervi trigemini (nucleus mesencephalicus trigeminialis)*, se află ceva mai sus (cranial) de nucleul motor al trigemenului, alături de apeductul mezencefalului.

Perechea VI, nervul abductor, *n. abducens*, posedă un singur nucleu motor — nucleul nervului abductor, *nucleus nervi abducantis (nucleus abducens)*, situat în ansa genunchiului nervului facial, în profun-

zimea coliculusului facial, *colliculus faciális*.

Perechea VII, nervul facial, *n. faciális*, are trei nucleu:

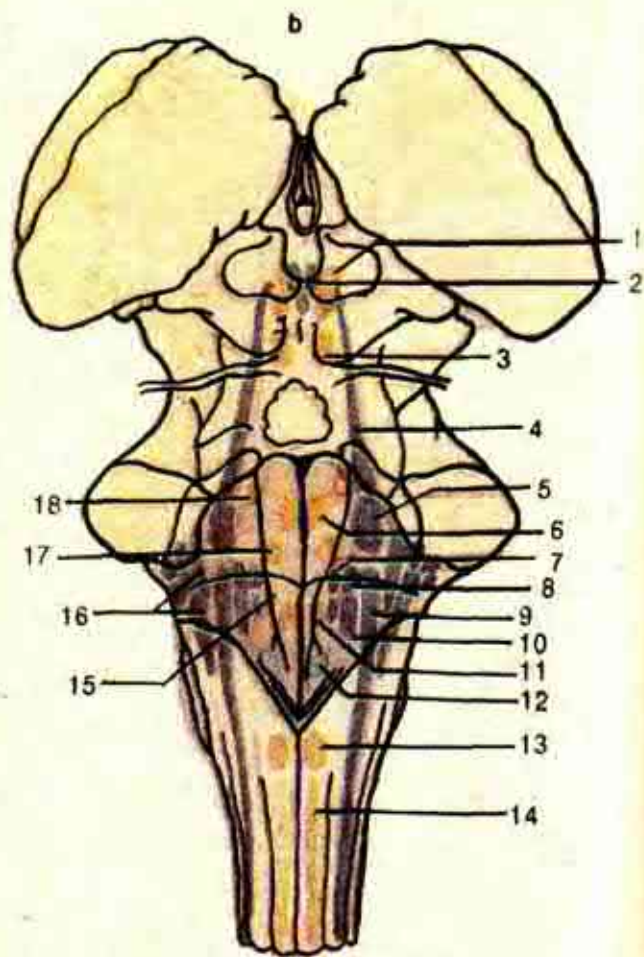
1. Nucleul nervului facial, *núcleus nérvi faciális* (*núcleus faciális*), este un nucleu motor, voluminos, situat în formația reticulară la o adâncime considerabilă, lateral de coliculusul omonim, *colliculus faciális*. Axonii porțiți de la neurociti acestui nucleu constituie rădăcina motoare. În masa trunchiului cerebral ultima se îndreaptă mai dorsomedial, ocolește din partea dorsală nucleul perechii VI de nervi cranieni și formează genunchiul nervului facial, *genu nérvi faciális*, orientându-se apoi în direcție ventrolaterală.

2. Nucleul tractului solitar, *núcleus solitárius*, este un nucleu senzitiv și comun pentru perechile VII, IX și X de nervi cranieni. E situat în profunzimea fosei romboide și se proiectează lateral și mai jos de trigonul nervului hipoglos. Celulele nervoase, care compun acest nucleu, pot fi observate începând cu tegmentul pontin, ceva mai proximal de nivelul amplasării striilor medulare ale ventriculului IV, *striae medulláres ventriculi quárți*, și se întind pe tot parcursul feței dorsale a bulbului, inclusiv pînă la segmentul I cervical al măduvei spinării.

La celulele acestui nucleu se termină fibrele, care propagă afluxurile nervoase gustative.

3. Nucleul salivator superior, *núcleus salivatórius craniális* (*superior*), este un nucleu vegetativ (parasimpatic), situat în formația reticulară a punții, ceva mai superficial (dorsal) și mai lateral de nucleul motor al nervului facial.

Perechea VIII, nervul vestibulocohlear, *n. vestibulocohleáris*, posedă două grupuri de nucleu cohleari (acustici) și patru nucleu vestibulari, situați în porțiunile ventrolaterale ale punții cu proiecția în regiunea ariei vestibulare a fosei romboide. 1. Nucleul cohlear ventral, *núcleus cohleáris ventrális* (*antérior*). 2. Nucleul cohlear dorsal, *núcleus cohleáris dorsális* (*postérior*). Pe neu-



Fug. 236. Proiecția nucleilor nervilor cranieni pe fosa romboidă; aspect superior (schemă).

1 — nucl. nérvi oculomotorii; 2 — nucl. accessorius n. oculomotorii; 3 — nucl. n. trochlearis; 4 — nucl. mesencephalicus n. trigemini; 5 — nucl. pontinus n. trigemini; 6 — nucl. n. abducens; 7 — nucl. salivatorius craniális (superior); 8 — nucl. solitarius; 9 — nucl. spinalis n. trigemini; 10 — nucl. salivatorius caudalis (inferior); 11 — nucl. n. hypoglossi; 12 — nucl. dorsalis nérvi vagi; 13 — nucl. n. accessorii (pars cerebralis); 14 — nucl. n. accessorii (pars spinalis); 15 — nucl. ambiguus; 16 — nucl. n. vestibulocohleáris; 17 — nucl. n. faciális; 18 — nucl. motorius n. trigemini.

ronii acestor nucleu se termină prin sinapse axonii neuronilor ganglionului cohlear (ganglionului spiralat al melcului), formînd componentul cohlear al nervului vestibulocohlear.

Nucleii vestibulari, care recepționează impulsurile nervoase din regiunile de recepție (macule și cripte) ale labirintului membranos din urechea internă sînt: 1. Nucleul vestibular medial, *núcleus vestibuláris mediális* (nucleul Schwalbe). 2. Nucleul vestibular lateral, *núcleus vestibuláris laterális* (nucleul Deiters). 3. Nucleul vestibular superior, *núcleus vestibuláris craniális* (su-

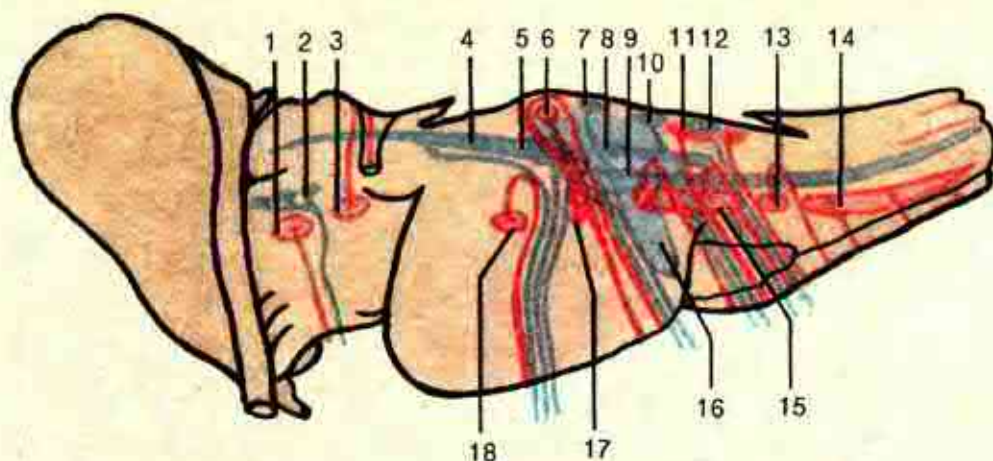


Fig. 237. Proiecția nucleilor nervilor cranieni pe fața laterală a bulbului rahidian, a punții și a mezencefalului.

1 — nucl. n. oculomotorii; 2 — nucl. accessorius n. oculomotorii; 3 — nucl. n. trochlearis; 4 — nucl. mesencephalicus n. trigemini; 5 — nucl. pontinus n. trigemini; 6 — nucl. n. abducentis; 7 — nucl. salivatorius cranialis (superior); 8 — nucl. solitarius; 9 — nucl. spinalis n. trigemini; 10 — nucl. salivatorius caudalis (inferior); 11 — nucl. n. hypoglossi; 12 — nucl. dorsalis n. vagi; 13 — nucl. n. accessorii (pars cerebri), 14 — nucl. n. accessorii (pars spinalis); 15 — nucl. ambiguus; 16 — nucl. n. vestibulocochlearis; 17 — nucl. n. facialis; 18 — nucl. motorius n. trigemini.

pêrior) (nucleul Behterev). 4. Nucleul vestibular inferior, *nucleus vestibularis caudalis (inferior)* (nucleul Roller).

Nucleii ultimilor patru perechi de nervi cranieni (IX, X, XI și XII) sînt situați în limitele trigonului inferior al fosei romboide, format de partea dorsală a bulbului.

Perechea IX, nervul glossofaringian, *n. glossopharyngeus*, dispune de trei nucleii, dintre care unul (cel motor) e comun și pentru perechile X și XI de nervi cranieni. 1. Nucleul ambiguu, *nucleus ambiguus* (motor), se află în formația reticulară din părțile laterale ale trigonului inferior al fosei romboide și este proiectat în regiunea fosei caudale, *fovea caudalis (inferior)*. 2. Nucleul tractului solitar, *nucleus solitarius* (senzitiv), comun pentru perechile VII, IX și X de nervi cranieni. 3. Nucleul salivator inferior, *nucleus salivatorius caudalis (inferior)* e vegetativ (parasimpatic) și e situat în formația reticulară a bulbului, între nucleii olivar și ambiguu.

Perechea X, nervul vag, *n. vagus*, are trei nucleii: motor, senzitiv și vegetativ (parasimpatic). 1. Nucleul ambiguu, *nucleus ambiguus* (motor), comun pentru perechile IX și

X de nervi cranieni. 2. Nucleul tractului solitar, *nucleus solitarius* (senzitiv), comun pentru perechile VII, IX și X de nervi. 3. Nucleul dorsal al nervului vag, *nucleus dorsalis nervi vagi (nucleus vagalis dorsalis)*, e un nucleu parasimpatic, situat la suprafața trigonului nervului vag.

Perechea XI, nervul accessor, *n. accessorius*, dispune de nucleul motor al nervului accessor, *nucleus nervi accessorii (nucleus accessorius)*, situat în masa fosei romboide, inferior și lateral de nucleul ambiguu. Nucleul nervului accesori continuă și în substanța cenușie a măduvei spinării pe parcursul a 5—6 segmente medulare superioare (în spațiul dintre cornul anterior și cel posterior, mai aproape de primul).

Perechea XII, nervul hipoglos, *n. hypoglossus*, posedă un singur nucleu, situat în unghiul inferior al fosei romboide, în profunzimea trigonului nervului hipoglos — nucleul nervului hipoglos, *nucleus nervi hypoglossi (nucleus hypoglossalis)*. E un nucleu motor și axonii neurociliilor săi participă la inervația mușchilor limbii, iar împreună cu nervii care pornesc de la plexul cervical — și a mușchilor din regiunea anterioară a gâtului (infrahioidieni).

Particularități de vîrstă ale encefalului

La nou-născut encefalul e relativ mare, avînd o masă medie de 390 g (340—430 g) la băieți și 355 g (330—370 g) la fetițe și constituind 12—13% din masa totală a corpului (la omul adult aproximativ 2,5%). Raportul dintre masa encefalului și masa corpului la nou-născut (1:8) e de 5 ori mai mare decît la adult (1:40). Spre finele primului an de viață extrauterină masa creierului dublează, la vîrsta de 3—4 ani triplează. Ulterior (după vîrsta de 7 ani) masa encefalului crește mai încet și la vîrsta de 20—29 de ani atinge greutatea maximă (1355 g la bărbați și 1220 g la femei). În perioadele următoare de vîrstă, inclusiv pînă la 60 de ani la bărbați și 55 de ani la femei, masa encefalului nu se schimbă esențial. În vîrstă de 55—60 de ani se observă un grad neînsemnat de diminuare a masei encefalului.

La nou-născut sînt mai bine dezvoltate porțiunile encefalului, mai vechi din punct de vedere al filogenezei. Masa trunchiului cerebral este egală cu 10—10,5 g, ceea ce constituie aproximativ 27% din masa corpului (la adult circa 2%), iar a cerebelului 20 g (5,4% din masa corpului). La vîrsta de aproximativ 5 luni masa cerebelului crește de 3 ori, iar la vîrsta de 9 luni — de patru ori (copilul se ține pe picioare, încearcă să meargă). Mult mai intens se dezvoltă emisferele cerebelului. Diencefalul la nou-născut e relativ bine dezvoltat. Lobul frontal al creierului este foarte bombat, avînd dimensiuni relativ mici. Lobul temporal e mult mai înalt, lobul insular (insula) se află ascuns în profunzime. Pînă la vîrsta de 4 ani de viață encefalul la copii crește uniform atît în sens vertical cît și în sens longitudinal și transversal, iar în viitor creșterea lui în sens vertical devine predominantă. Lobul frontal și lobul parietal, în comparație cu alți lobi ai creierului, cresc mult mai repede.

Suprafața externă a emisferelor cerebrale la nou-născut e deja brăzdată de șanțuri, există circumvoluțiile. Șanțurile fundamentale (central, lateral

și a.) sînt pronunțate destul de bine, iar ramificațiile lor, precum și circumvoluțiile mai mici sînt încă slab dezvoltate. Ulterior, pe măsura majorării vîrstei copilului șanțurile devin mai adînci, iar circumvoluțiile, delimitate de ele — mai reliefate. Mielinizarea fibrelor nervoase începe și ia sfîrșit mai timpuriu în porțiunile encefalului filogenetic mai vechi, pe cînd în porțiunile mai noi acest proces se declanșează mai tîrziu și decurge mai încet. În cortexul cerebral mai întîi are loc mielinizarea fibrelor nervoase, care transmit diversele feluri de sensibilitate generală, precum și fibrele, care realizează legătura cortexului cu nucleii subcorticali. Mielinizarea fibrelor aferente începe la vîrsta de aproximativ 2 luni de viață extrauterină și se termină la vîrsta de 4—5 ani, iar a fibrelor eferente — ceva mai tîrziu, în perioada dintre 4—5 luni și 7—8 ani. Relațiile topografice dintre șanțuri și circumvoluții pe de o parte și oasele craniului cu suturile dintre ele pe de altă parte la copii și la adulți diferă. La copii șanțul central este situat la nivelul osului parietal. Extremitatea inferolaterală a acestui șanț se află cu 1—1,5 cm mai sus de sutura solzoasă; șanțul parieto-occipital se proiectează cu 12 mm mai anterior de sutura lambdoidă. Raporturile dintre șanțuri, circumvoluții și suturi, tipice pentru adult, se stabilesc la copiii de 6—8 ani.

Corpul calos la nou-născut e subțire, scurt, deoarece odată cu dezvoltarea și majorarea emisferelor el crește mai mult în sens cranial și caudal, fiind situat de asupra cavității diencefalului (ventriculului III). Odată cu dezvoltarea emisferelor are loc și îngroșarea trunchiului corpului calos (pînă la 1 cm la adult) și a bureletului — *splenium corporis callosi* (pînă la 2 cm), determinată de multiplicarea fibrelor nervoase comisurale (la adult ele numără circa 200—300 mln).

Vasele sanguine ale encefalului. Encefalul este alimentat cu sînge din ramificațiile arterelor carotide interne și celor vertebrale. Fiecare arteră carotidă trimite arterele cerebrale anterioară, cerebrale medie, coroidă anterioară și co-

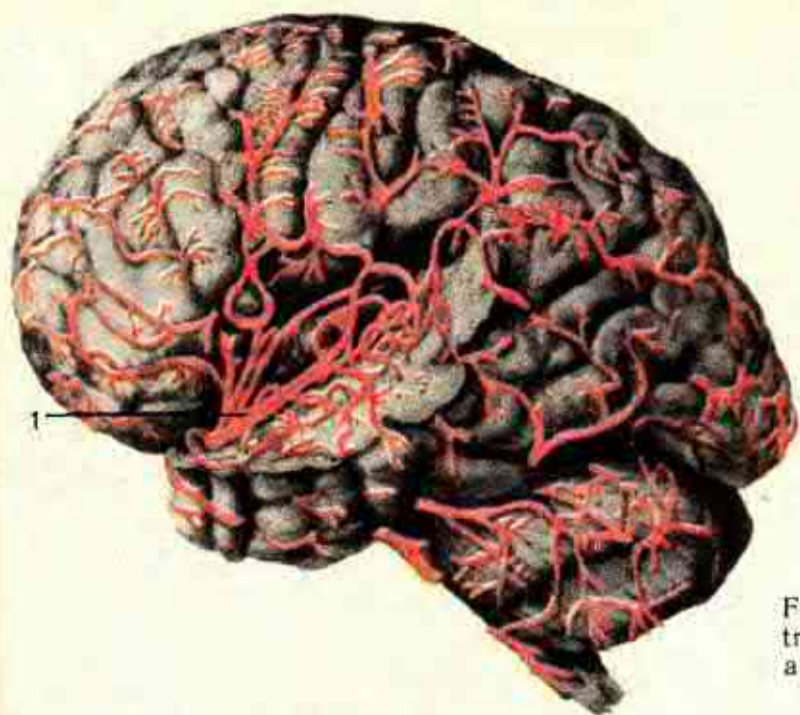


Fig. 238. Artera cerebrală medie (1) și distribuția ramurilor ei pe fața superolaterală a emisferei cerebrale stângi.

municantă posterioară. *A. cerebri anterior* se află pe fața medială a fiecărei emisfere a creierului, în șanțul corpului calos, înconjurând corpul calos din față și de sus (dinainte înapoi). Ramurile acestei artere irigă fața medială a emisferei cerebrale pînă la șanțul parietooccipital. În segmentul său inițial artera cerebrală anterioară, prin intermediul arterei comunicante anterioare, *a. comunicans anterior*, face legătura cu artera similară din partea opusă.

A. cerebri media (fig. 238) e amplasată în scizura laterală și vascularizează prin ramurile sale circumvoluțiile frontale superioară și medie, circumvoluțiile pre- și postcentrale, o bună parte din lobul parietal, circumvoluțiile temporale superioară și medie, precum și lobul insular.

A. choroidea anterior pătrunde în cornul inferior al ventriculului lateral, în care formează plexul coroid al ventriculului lateral și al ventriculului III. *A. comunicans posterior* formează o anastomoză dintre artera cerebrală posterioară și artera carotidă internă. Uneori această anastomoză unește artera cerebrală posterioară nu cu artera carotidă internă, ci cu artera cerebrală medie.

Arterele vertebrale dreaptă și stîngă confluează la nivelul marginii inferi-

oare a punții și formează o arteră impară — artera bazilară, *a. basilaris*, care cedează arterele cerebrale posterioare, *aa. cerebri posteriores dextra et sinistra*, arterele cerebelare superioare, *aa. cerebelli superiores*, arterele cerebelare anterioare inferioare, *aa. cerebelli inferiores anteriores*, arterele labirintului (ramura meatului acustic intern), *a. labyrinthi*, *r. meati acustici interni*, arterele punții, *aa. pontis*. Spre creieraș mai pornesc și arterele cerebelare inferioare posterioare, *aa. cerebelli inferiores posteriores dextra et sinistra*, de la arterele vertebrale. Din fiecare parte *a. cerebri posterior* înconjoară pedunculul cerebral și se ramifică în regiunile lobilor occipital și temporal (cu excepția circumvoluțiilor temporale superioară și medie) a emisferelor cerebrale.

Pe fața bazală a encefalului se află cercul arterial al creierului, *circulus arteriosus cerebri*, la formarea căruia participă arterele cerebrale anterioare, posterioare, mediale, comunicante anterioară și posterioară.

Ramurile arterelor cerebrale irigă cortexul cerebral (ramurile corticale, *rr. corticales*) și segmentele profunde ale creierului (ramurile centrale, *rr. centrales*). În masa creierului între ramificațiile arteriale există anastomoză numeroase (B. V. Ognev,

V. P. Kurcovski, M. G. Prives, B. N. Klosovski).

Venele creierului se scurg în sinusurile pahimeningelui. Se disting vene superficiale și profunde. Din venele superficiale fac parte venele cerebrale superioare și inferioare, *vv. cérébri superiôres et inferiôres*, vena cerebrală superficială medie, *v. cérébri média superficiális* ș. a. Ele adună sângele de la cea mai mare parte a cortexului emisferelor cerebrale.

Din grupul venelor cerebrale superficiale (ascendente) fac parte venele situate în circumvoluțiile pre- și postcentrale, precum și venele prefrontale, *vv. prefrontâles*, venele frontale, *vv. frontâles*, venele parietale, *vv. parietâles*, venele occipitale, *vv. occipitâles*. Ascendând pe fața superolaterală a emisferei cerebrale pînă la marginea sa superioară, aceste vene se varsă în sinusul sagital superior al pahimeningelui. Afluenți ai venei cerebrale superficiale medii, situate în șanțul lateral, sînt venele porțiunilor adiacente ale lobilor frontal, parietal, temporal și insular ai emisferelor cerebrale. Vena cerebrală superficială medie se varsă în sinusul pietros superior sau în sinusul cavernos ale pahimeningelui encefalului. Grupul de vene cerebrale superficiale medii (descendente) se compune din venele temporale anterioară și posterioară și vena occipitală inferioară. Toate aceste vene se scurg în sinusul transversal sau în sinusul pietros superior.

Venele feței mediale a emisferei cerebrale se scurg în sinusul sagital superior și în vena bazală, *v. basâlis*, care face parte din venele cerebrale profunde, *vv. cérébri profundae*. În vena bazală, care-i un afluent al venei mari a creierului, *v. cérébri magna* (sau vena Galenus), se varsă venele mici din regiunile anterioare și posterioare ale circumvoluției corpului calos și venele din cuneus. O particularitate caracteristică pentru venele cerebrale superficiale e prezența numeroaselor anastomoze dintre ele. Un grad mai avansat de dezvoltare au atîns vena anastomotică su-

perioară și vena anastomotică inferioară, *vv. anastomotîcae superîor et inferîor*. Prima leagă venele din regiunea șanțului central și afluenții venei cerebrale superficiale medii cu sinusul sagital superior, ultima — vena cerebrală superficială medie cu sinusul transversal.

Prin venele profunde sîngele din plexurile vasculare ale ventriculilor laterali și din ventriculul III, din formațiunile subcorticale (nuclei și substanță albă), precum și din hipocamp și septul pelucid se scurge în venele cerebrale interne, *vv. cérébri intêrnae*. Venele interne dreaptă și stîngă confluează în spatele epifizei și formează o venă impară — vena cerebrală mare, *v. cérébri mágna*, care se varsă în extremitatea anterioară a sinusului rect. În vena cerebrală mare se scurg de asemenea venele corpului calos, venele bazale, venele occipitale interne și vena mediană superioară a cerebelului.

Venele creierașului sînt extrem de variabile, la număr ele pot fi de la 6 la 22. Venele fețelor superioară și inferioară a cerebelului, venele fețelor laterale ale pedunculilor cerebrali, tectului mezencefalic și ale punții se adună în venele floculare, care se varsă în sinusul pietros superior.

MENINGELE CEREBRAL

Encefalul, ca și măduva spinării, este acoperit de trei învelișuri, numite meninge. Aceste membrane de țesut conjunctiv învelesc encefalul și în regiunea marelui orificiu occipital trec în meningele rahidian. La exterior se află dura mater encefalică sau pahimeningele. Cel mai adînc înveliș este pia mater sau membrana vasculară, care aderă nemijlocit la fața externă a encefalului. Între aceste două membrane este interpus învelișul mediu, denumit arahnoida.

Dura mater a encefalului, *dúra mâter encéphali*. Această membrană se deosebește de celelalte două prin densitatea și trîinicia sa, precum și prin faptul că conține o cantitate considerabilă de fibre colagene și elastice. Acope-

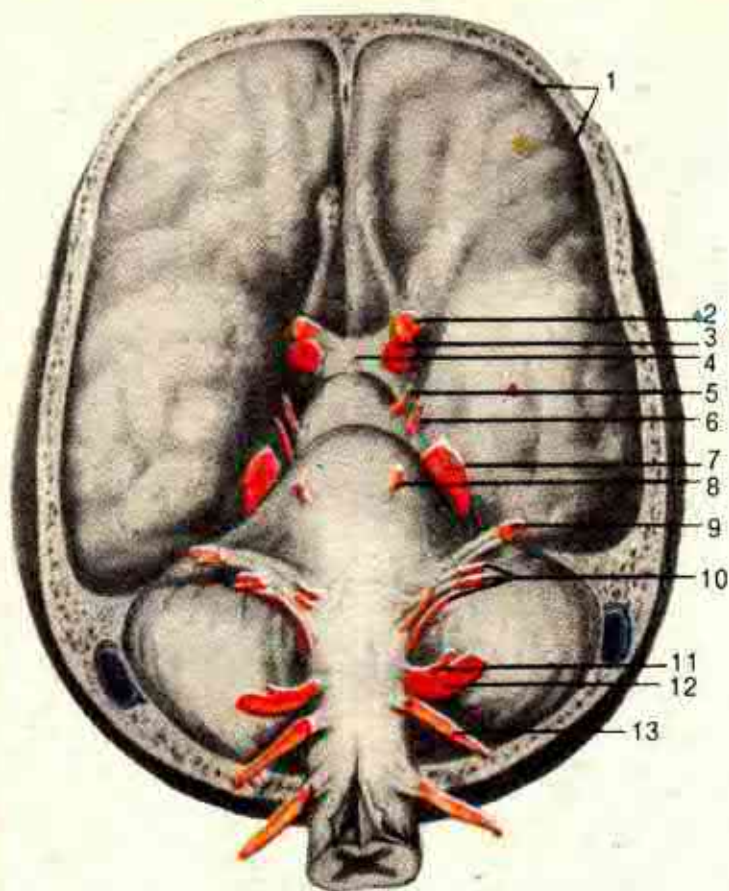


Fig. 239. Relieful pahimeningelui cerebral și regiunile de pornire a nervilor cranieni; aspect inferior (baza craniului e rezecată).

1 — dura mater encephali; 2 — n. opticus; 3 — a. carotis interna; 4 — infundibulum; 5 — n. oculomotorius; 6 — n. trochlearis; 7 — n. trigeminus; 8 — n. abducens; 9 — n. facialis et n. vestibulocochlearis; 10 — nn. glossopharyngeus, vagus et accessorius; 11 — n. hypoglossus; 12 — a. vertebralis; 13 — n. spinalis.

rind din interior cavitatea craniului, dura mater encefalică servește concomitent și ca periost pentru fața internă a oaselor craniului cerebral. În regiunea bolții craniene dura mater aderă slab la oasele subiacente și relativ ușor poate fi separată de ele. În regiunea endobazei pahimeningele aderă intim la oase, mai ales în locurile de unire reciprocă a oaselor și regiunea orificiilor prin care din cavitatea craniului apar nervii cranieni (fig. 239). Un anumit segment al acestor nervi este înconjurat pe parcurs de membrana dură, care formează teaca lor și aderă strâns la marginile orificiilor, prin care nervii părăsesc cavitatea craniului.

În regiunea endobazei craniene, corespunzătoare bulbului rahidian, pahimeningele concrește cu marginile marelui orificiu occipital și continuă cu pahimeningele spinal. Suprafața internă a membranei dure, orientată spre encefal (mai precis spre arahnoida encefalică) e absolut netedă. În anumite locuri pahimeningele se despică și foița ei internă proeminează realizând prelungiri, care

sub aspect de septuri pătrund în scizuri și separă unul de altul diverse segmente ale encefalului (fig. 240). În regiunile pahimeningelui, de la care pornesc septurile (la baza lor), precum și în locurile, în care pahimeningele se fixează la oasele endobazei, între foițele pahimeningelui se formează canale cu o configurație triunghiulară, tapetate pe dinăuntru cu endoteliu — **sinusurile pahimeningelui encefalic, sinus durae matriis (sinus venosi durales)**. Sinusurile conțin sînge venos, transportat prin vene de la encefal. Cea mai mare din prelungirile membranei dure a encefalului este coasa creierului, amplasată în plan mediosagital și care pătrunde adînc în fisura interemisferică, între fețele mediale ale ambelor emisfere cerebrale.

Coasa creierului, falx cerebri, se prezintă ca o lamă subțire a pahimeningelui, încovoiată sub aspect de seceră, care pătrunde în fisura longitudinală a creierului, fără a atinge corpul calos și separă una de alta emisferele cerebrale dreaptă și stîngă. La baza coasei creieru-

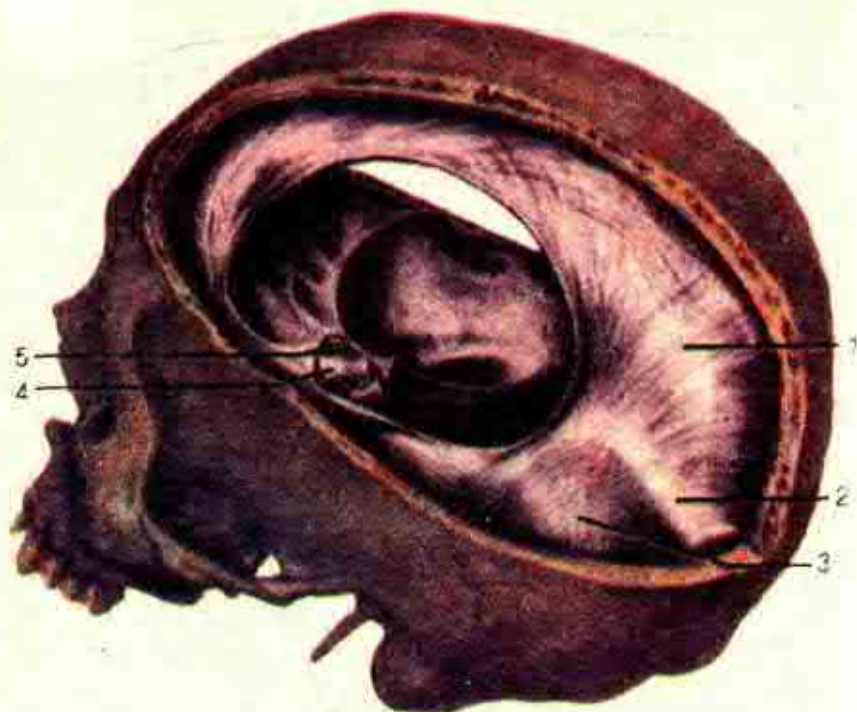


Fig. 240. Pahimeningele encefalului.

1 — falx cerebri; 2 — sinus rectus; 3 — tentorium cerebelli; 4 — diaphragma sellae; 5 — n. opticus et a. carotis interna.

lui, care în ceea ce privește traiectul, coincide cu șanțul sinusului sagital superior de pe bolta craniană, se află sinusul sagital superior. Prin masa marginii opuse, libere a coasei creierului trece sinusul sagital inferior. Din partea anterioară coasa creierului e concreșcută cu creasta de cocoș a etmoidului. Extremitatea posterioară a coasei la nivelul protuberanței occipitale interne concrește cu cortul cerebelului. Pe linia fuzionării marginii posteroinferoare a coasei creierului cu cortul cerebelului se află sinusul drept, care unește sinusul sagital inferior cu cel superior, precum și cu sinusurile transvers și occipital.

Cortul cerebelului, tentorium cerebelli, atârână de asupra fosei craniene posterioare (în care este situat cerebelul) sub aspectul unui cort în două pante. Întrînd adînc în fisura orizontală a encefalului, cortul separă lobi occipitali ai emisferelor cerebrale de emisferele creierului. Marginea anterioară a cortului cerebelului nu e rectilie, ci prezintă o scobitură — *incizura cortului, incisura tentorii*, adiacentă din partea posterioară la trunchiul cerebral.

Marginile laterale ale cortului cerebelos sînt concreșcute cu muchiile superioare ale piramidelor temporale. Poste-

rior cortul trece în membrana dură a encefalului, care tapetează din interior osul occipital. La nivelul acestei treceri pahimeningele formează sinusul transvers, aderent la șanțul omonim al osului occipital.

Coasa cerebelului (apofiza falciformă mică), *falx cerebelli*, ca și coasa creierului, este dispusă în plan mediosagital. Marginea ei anterioară e liberă și pătrunde între emisierile cerebeloase. Marginea posterioară a coasei cerebelului aderă la creasta occipitală internă pe întreaga distanță de la protuberanța occipitală internă din sus pînă la marginea posterioară a marelui orificiu occipital în jos. În grosimea marginii aderente a coasei cerebelului se formează sinusul occipital.

Diafragmul șeii (turcești), *diaphragma sellae*, reprezintă o lamă dispusă orizontal, avînd în centru un orificiu. Diafragmul e racordat peste fosa hipofizară și constituie acoperișul ei. Sub diafragmul selar în fosa omonimă se află hipofiza; infundibulul, trecînd prin orificiul diafragmului, leagă hipofiza cu hipotalamusul.

Sinusurile pahimeningelui. Sinusurile pahimeningelui, formate în rezultatul despicării membranei dure în două lamele, prezintă niște canale, prin care

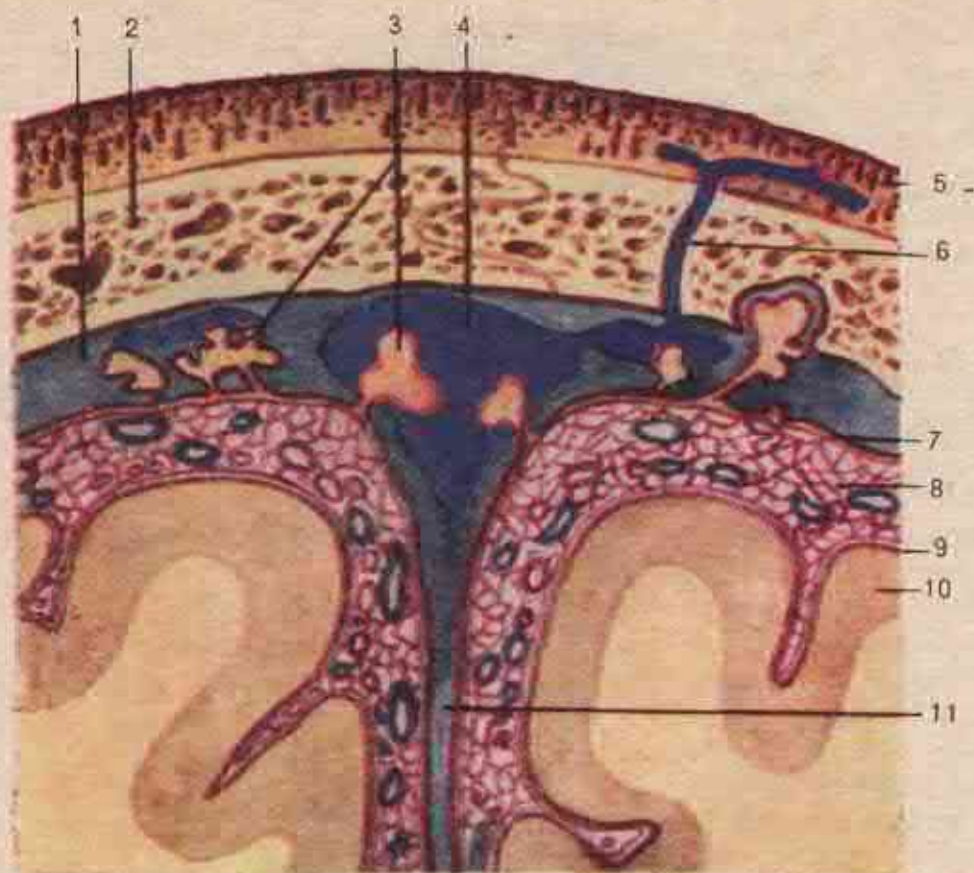


Fig. 241. Schema relațiilor învelișurilor creierului și a sinusului sagittal superior cu bolta craniului și suprafața creierului pe o secțiune frontală.

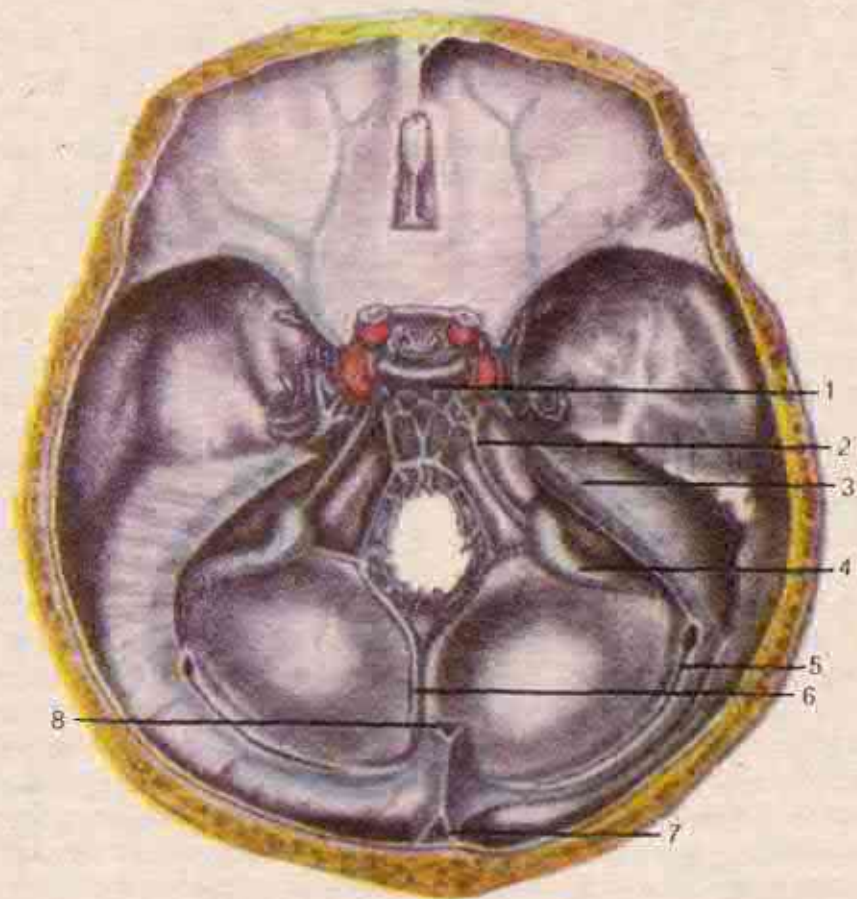
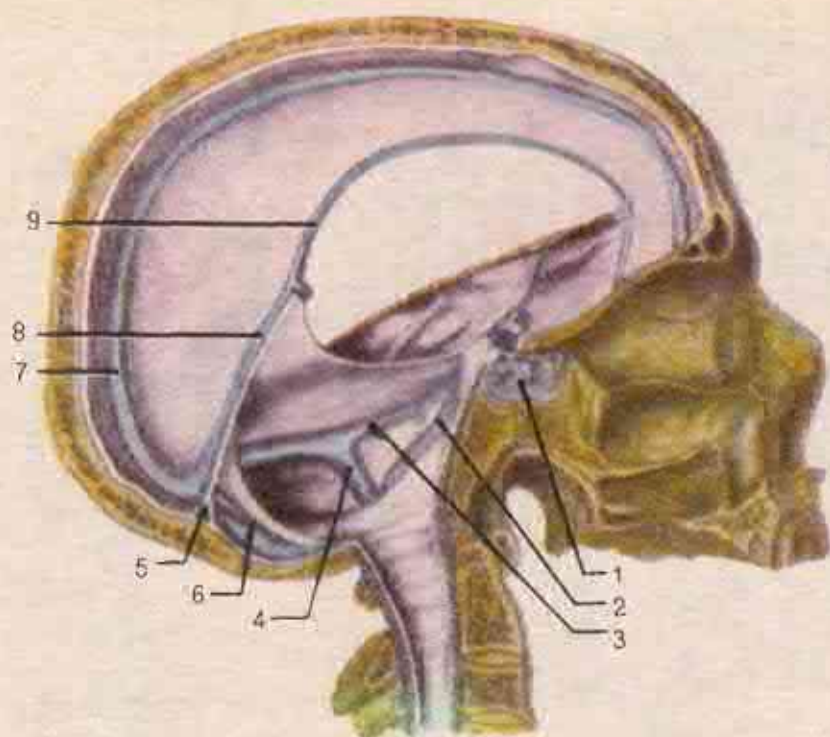
1 — dura mater; 2 — calvaria; 3 — granulationes arachnoideae; 4 — sinus sagittalis superior; 5 — cutis; 6 — v. emissaria; 7 — arachnoidea; 8 — cavum subarachnoideale; 9 — pia mater; 10 — encephalon; 11 — falx cerebri.

singele venos se scurge în direcția de la encefal spre vena jugulară internă (fig. 241). Foițele pahimeningelui, care formează sinusul, sînt tensionate puternic și nu colabează. Din această cauza sinusurile secționare rămîn întredeschise. Spre deosebire de vene, sinusurile nu dispun de valve. O astfel de structură a sinusurilor pahimeningelui permite scurgerea nestingherită a singelui de la encefal independent de ondulațiile de presiune intracraniană. Pe fața internă a oaselor craniului în locurile dislocării sinusurilor pahimeningelui se află șanțuri respective. Se disting următoarele sinusuri ale pahimeningelui (fig. 242).

1. Sinusul sagittal superior *sinus sagittalis superior*, este situat de-a lungul marginii externe (superioare) a coasei creierului, pe întreg parcursul ei, de la creasta de cocș a osului etmoid pînă la protuberanța occipitală internă. În porțiunile sale anterioare sinusul dis-

pune de o serie de anastomoze cu venele cavității nazale. Extremitatea posterioară a sinusului se varsă în sinusul transversal. Pe ambele părți (dreaptă și stîngă) ale sinusului sagittal superior se află lacunele laterale, *lacunae laterales*, comunicante cu el. Lacunele laterale se prezintă ca niște cavități nu prea mari, cuprinse între foițele internă și externă a pahimeningelui encefalic, care din punct de vedere numeric și ca dimensiuni sînt extrem de variabile. Cavitățile lacunelor comunică cu sinusul sagittal superior, în ele se scurg venele pahimeningelui, venele encefalului și venele diploice.

2. Sinusul sagittal inferior, *sinus sagittalis inferior*, se află în masa marginii libere a coasei creierului și e cu mult mai mic decît cel superior. Prin extremitatea sa posterioară sinusul sagittal inferior confluează cu sinusul drept, cu partea anterioară a acestuia, în locul,



b

Fig. 242. Sinusurile pahimeningelui cerebral.

a — aspect lateral; b — aspect superior; 1 — sinus cavernosus; 2 — sinus petrosus inferior; 3 — sinus petrosus superior; 4 — sinus sigmoideus; 5 — sinus transversus; 6 — sinus occipitalis; 7 — sinus sagittalis superior; 8 — sinus rectus; 9 — sinus sagittalis inferior.

în care marginea inferioară a coasei creierului fuzionează cu marginea anterioară a cortului cerebelului.

3. Sinusul drept, *sinus rēctus*, este situat în plan sagital în despicătura cortului pe linia de fuzionare a lui cu coasa creierului. Afară de sinusul sagital inferior, în extremitatea anterioară a sinusului drept se varsă vena cerebrală mare, *v. cérébri măgna*. Posterior sinusul drept se varsă în sinusul transversal, în porțiunea medie a acestuia, denumită confluentul sinusurilor. În această regiune a sinusului transversal se mai varsă partea posterioară a sinusului sagital superior și sinusul occipital. Ca rezultat sinusul drept leagă extremitățile posterioare ale sinusurilor sagital superior și sagital inferior.

4. Sinusul transversal, *sinus transversus*, se află în regiunea, în care de la pahimeninge pornește cortul cerebelului. Pe fața internă a solzului occipital acestui sinus îi corespunde șanțul larg al sinusului transversal. Porțiunea lui, în care se varsă sinusurile sagital superior, occipital și drept, poartă denumirea de confluentul sinusurilor, *conflūens sinuum*. Spre dreapta și spre stînga sinusul transversal continuă cu sinusul sigmoid din partea respectivă.

5. Sinusul occipital, *sinus occipitalis*, se află la baza coasei creierului. Descinde de-a lungul crestei occipitale interne și, atingînd marginea posterioară a marelui orificiu occipital, se bifurcă în două ramuri, care cuprind acest orificiu din spate și din părțile laterale. Fiecare din ramificațiile sinusului occipital se varsă în sinusul sigmoid din partea sa. Extremitatea superioară a sinusului occipital confluează cu sinusul transversal.

6. Sinusul sigmoid, *sinus sigmoideus*, e un sinus par, situat în șanțul omonim de pe fața internă a craniului și are o configurație incurbată în formă de S. În regiunea orificiului jugular sinusul sigmoid trece în vena jugulară internă, *v. jugularis internă*.

7. Sinusul cavernos, *sinus cavernosus*, e par și se află pe endobaza craniului, de ambele părți ale șei turcești.

Prin masa sinusului cavernos trece artera carotidă internă, *a. carótis internă*, și unii din nervii cranieni. Are o construcție destul de complicată cu aspect de cavități mici (caverne) comunicante, de la care i-a și provenit denumirea. Între ambele sinusuri cavernoase există comunicări (anastomoze) — sinusurile intercavernoase, anterior și posterior (*sinus intercavernosi*), situate în masa diafragmului selar, anterior și posterior de infundibulul pituitarei. În porțiunea anterioară a sinusului cavernos se scurg sinusul sfenoparietal și vena oftalmică superioară.

8. Sinusul sfenoparietal, *sinus sphenoparietalis*, e par și aderă la marginea liberă a aripii mici a sfenoidului, situîndu-se în despicătura membranei dure a encefalului, fixată aici.

9. Sinusul pietros superior și sinusul pietros inferior, *sinus petrosus superior et sinus petrosus inferior*, ambele pare, sînt situate de-a lungul muchiei superioare și celei inferioare a piramidei osului temporal. Ambele sinusuri participă la formarea căilor de scurgere a sîngelui venos din sinusul cavernos în cel sigmoid. Sinusurile pietroase inferioare drept și stîng se unesc prin cîteva vene, situate între foitele pahimeningelui de pe regiunea porțiunii bazilare a osului occipital, denumite plex bazilar, *plexus basilaris*. Prin marele orificiu occipital acest plex se leagă cu plexurile venoase vertebrale interne. Pe alocuri sinusurile pahimeningelui formează anastomoze cu venele țesuturilor externe moi ale capului prin intermediul venelor emisare, *vv. emissaria*. Pe lîngă aceasta sinusurile pahimeningelui mai dispun de legături și cu venele diploice, *venae diploicae*, situate în substanța spongioasă a oaselor bolții craniene, care se varsă în venele superficiale ale capului. Astfel sîngele venos de la encefal, prin sistemele lui de vene superficiale și profunde, se scurge în sinusurile membranei dure, iar mai departe în vena jugulară internă. În afară de această cale, datorită anastomozelor dintre sinusuri cu venele diploice, venele emisariene și cu plexurile venoase (ver-

tebrale, bazilar, suboccipital, pterigoide etc.) sîngele venos din encefal are posibilitatea de a se scurge în patul venelor superficiale ale capului și gîtului.

Vasele și nervii pahimeningelui. Spre învelișul dur al encefalului, prin orificiile spinoase drept și sting, pornește *a. meningeae media* (ramură a *a. maxillaris*), care se ramifică în regiunea parietotemporală a pahimeningelui. Pahimeningele, care tapetează fosa craniană anterioară, este irigată prin ramurile arterei meningeale anterioare, *a. meningeae anterior* (ramură a arterei etmoide anterioare din artera oftalmică). În pahimeninge, care se așterne pe fosa craniană posterioară se ramifică artera meningeală posterioară, *a. meningeae posterior* (ramură a arterei faringiene ascendente, *a. pharyngeae ascendens*) din artera carotidă externă, *a. carotis externa*, care pătrunde în cavitatea craniului prin orificiul jugular, precum și ramura meningeală, *ramus meningius* de la artera vertebrală, *a. vertebralis*, și ramura mastoidiană, *ramus mastoideus*, de la artera occipitală, *a. occipitalis*, care pătrunde în cavitatea craniului prin orificiul mastoidian, *foramen mastoideum*.

Venele pahimeningelui (venele meningeale) se varsă în sinusurile mai apropiate (fig. 243), precum și în plexul venos pterigoidian.

Pahimeningele este inervat de către ramuri ale nervilor trigemen și vag, precum și de fibrele nervoase aferente, care vin spre el în componența microfasciculilor de fibre simpatice ale plexurilor nervoase din adventiția vaselor sanguine. Pahimeningele din regiunea fosei craniene anterioare recepționează ramuscule de la nervul oftalmic, *n. ophthalmicus* (ramura I a nervului trigemen). O ramură a acestui nerv — ramura tentorială sau meningeală, *ramus tentorii*, asigură inervația cortului cerebelului și a coasei creierului. Spre pahimeninge din fosa craniană medie pornesc ramura meningeala medie, *ramus meningeus medius* de la nervul maxilar, *n. maxillaris*, și *ramus meningeus* de la nervul mandibular, *n. mandibularis*. În pahimeningele din fosa craniană posterioară se distribuie *ramus*

meningeus a nervului vag, *n. vagus*.

Arahnoida encefalului, arachnoidea (mater) encephali, se află din partea internă a pahimeningelui. Reprezintă o membrană fină, transparentă, care spre deosebire de pia mater (membrana vasculară), nu pătrunde în fisurile dintre anumite segmente ale encefalului și în șanțurile dintre circumvoluțiile emisferelor. Dînsa acoperă encefalul aruncîndu-se ca o punte de pe o regiune a lui pe alta și plasîndu-se de asupra șanțurilor. E separată de membrana vasculară subiacentă prin **spațiul subarahnoidian, cavitas subarahnoidale**, în care se conține lichid cerebrospinal, *liquor cerebrospinalis*. Acolo, unde arahnoida trece peste șanțuri largi și profunde, spațiul subarahnoidian se dilată și formează **cisterne subarahnoidiene, cisternae subarahnoidales**, de dimensiuni mai mari sau mai mici. De asupra porțiunilor proeminente și a circumvoluțiilor encefalului arahnoida aderă strîns la pia mater. Pe asemenea sectoare spațiul subarahnoidian se îngustează considerabil, transformîndu-se într-o fantă capilară. Dintre cisternele subarahnoidiene mai încăpătoare sînt cele precum urmează.

1. Cisterna cerebelomedulară, *cisterna cerebellomedullaris*, aflată între bulb din partea ventrală și creierăș din partea dorsală. Din partea posterioară ea e delimitată de către arahnoidă. E cea mai mare din toate celelalte cisterne.

2. Cisterna fosei laterale a creierului, *cisterna fossae lateralis cerebri*, se află pe fața inferolaterală a emisferei în fosa omonimă, care corespunde extremității anterioare a șanțului lateral al emisferei cerebrale, *sulcus lateralis*.

3. Cisterna hiazmatică, *cisterna chiasmatis*, este situată pe fața bazală a encefalului, anterior de hiazma optică.

4. Cisterna interpedunculară, *cisterna interpeduncularis*, ocupă fosa interpedunculară dintre pedunculii cerebrali, mai jos (anterior) de substanța perforată posterioară.

Lichidul cerebrospinal, care umple spațiul subarahnoidian, este produs de

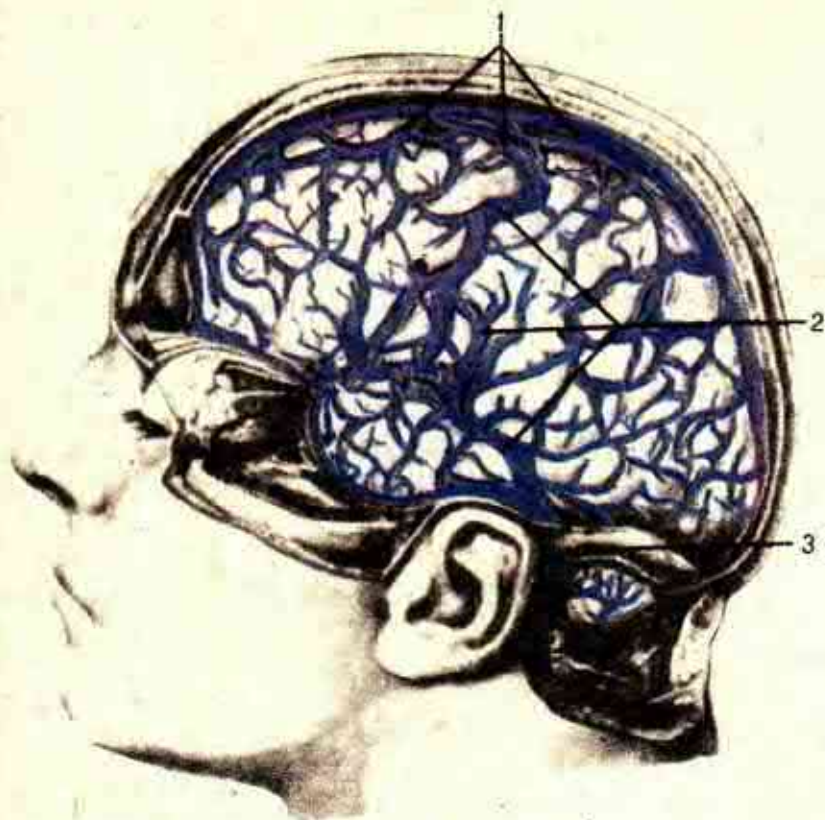


Fig. 243. Venele învelișului vascular al encefalului.

1 — regiunile de scurgere a venelor în sinusul sagital superior; 2 — venele cerebrale superficiale; 3 — sinusul sigmoidian.

către plexurile vasculare ale ventriculilor cerebrali. Din ventriculii laterali prin orificiile interventriculare (drept și stâng) lichidul cerebrospinal pătrunde în ventriculul III, având și acesta un plex vascular propriu.

Din cavitatea ventriculului III, prin apeductul mezencefalului, lichidul cerebrospinal se scurge în ventriculul IV, iar de aici, prin apertura impară din peretele posterior al acestuia, *apertura mediăna ventriculi quărți*, și prin aperturile laterale, *aperturæ laterales ventriculi quărți*, — în cisterna cerebelomedulară a spațiului subarahnoidian.

Arahnoida se leagă cu pia mater, așternută pe suprafața encefalului, prin numeroase fascicule fine de fibre colagene și elastice. În apropiere de sinusurile pahimeningelui arahnoida formează niște excrescențe specifice — *granulațiile arahnoidiene*, *granulații arachnoidales* (granulațiile Pacchioni). Aceste evaginări proeminează în interiorul sinusurilor venoase și al lacunelor laterale ale pahimeningelui. Pe fața internă a oaselor craniului, în regiunile, care corespund granulațiilor arahnoidiene, se află niște depresiuni — foveolele granulare. Granulațiile arahnoidiene se

prezintă ca organe, care asigură resorbția lichidului cerebrospinal în patul venos.

Membrana vasculară a encefalului, *pia mäter encéphali*, e cel mai profund înveliș al encefalului. Ea aderă intim la fața externă a encefalului și pătrunde în toate scizurile și șanțurile lui. Membrana vasculară constă din țesut conjunctiv lax, în masa căruia sînt amplasate vasele sanguine, care pornesc spre encefal și îl irigă. În anumite regiuni membrana vasculară pătrunde în cavitățile ventriculilor cerebrali, unde formează plexuri vasculare, *plexus choroideus*, producătoare de lichid cerebrospinal.

Particularitățile de vîrstă ale meningelui encefalic și rahidian

Pahimeningele encefalului la nou-născut e subțire și aderă intim la oasele craniului. Prelungirile lui sînt încă slab dezvoltate. Sinusurile pahimeningelui au pereții subțiri și sînt relativ mai largi. Sinusul sagital superior al nou-născutului are o lungime de 18—20 cm. Proiecția sinusurilor pe fața externă a craniului diferă de cea a adultului. De exemplu, sinusul sigmoid se proiectează cu 15 mm mai poste-

rior de inelul timpanic al conductului auditiv extern. Există o asimetrie mai pronunțată decât la adult a dimensiunilor sinusurilor venoase. Extremitatea anterioară a sinusului sagital superior anastomizează cu venele mucoasei nazale. La copiii de vîrstă mai mare de 10 ani structura și topografia sinusurilor sînt la fel ca și la adult.

Arahnoida și pia mater ale encefalului și ale măduvei spinării la nou-născut sînt fine, gingașe, spațiul subarahnoidian e relativ mare. Capacitatea lui, care la nou-născut are circa 20 cm^3 , crește vertiginos. Spre finele anului I de viață ea atinge 30 cm^3 , la 5 ani — $40-60 \text{ cm}^3$. La copiii de 8 ani volumul spațiului subarahnoidian atinge $100-140 \text{ cm}^3$, la adult — $100-200 \text{ cm}^3$. Cisternele cerebelomedulară interpedunculară și alte cisterne de pe fața bazală a encefalului nou-născutului sînt destul de voluminoase. De exemplu, diametrul vertical al cisternei cerebelomedulare măsoară 2 cm, diametrul transversal (la nivelul liniei limitrofe superioare) variază de la 0,8 pînă la 1,8 cm.

CĂILE DE CONDUCERE ALE ENCEFALULUI ȘI MĂDUVEI SPINĂRII

Neurociții din cadrul sistemului nervos nu există izolați unul de altul, ci contactează reciproc, constituind înlanțuiri de neuroni — conductori de impulsuri nervoase. Prelungirea mai lungă a unui neuron — axonul (neuritul) stabilește un contact cu prelungirile mai scurte (dențiții) sau cu corpul altui neuron, care-l succedă în componența lanțului de neuroni.

Prin lanțurile de neuroni impulsurile nervoase sînt propagate strict numai într-o singură direcție. Această proprietate specifică („polarizația dinamică”) e determinată de particularitățile structurale ale neurociților și sinapselor. Unele din lanțurile de neuroni vehiculează impulsurile nervoase de la locul lor periferic de apariție (piele, mucoasă, organe, vase) spre sistemul nervos central (măduva spinării sau encefal), adică în sens centripet. Primul din acest lanț va fi neuronul senzitiv (aferent), care recepționează excitațiile și le transformă în im-

puls nervos. Alte lanțuri neuronale conduc impulsurile nervoase de la encefal sau de la măduva spinării la periferie, spre organul efector, adică în sens centrifug. Neuronul, care transmite impulsurile organului efector, e un neuron efector sau eferent.

După cum s-a mai menționat, în organismul viu lanțurile de neuroni formează arcuri reflexe. **Arcul reflex** reprezintă un asemenea lanț de celule nervoase, care include neapărat un neuron senzitiv și unul motor (sau secretor), prin care influxul nervos este vehiculat din locul lui de declanșare (piele, mucoasă, alte organe) spre punctul lui de aplicație (mușchi, glandă). Cele mai simple arcuri reflexe constau din doi sau trei neuroni și conexează la nivelul unui singur segment medular. În cadrul arcului reflex trinom primul neuron e reprezentat printr-o celulă nervoasă senzitivă, prin care impulsul de la locul lui de apariție în terminațiunea nervoasă senzitivă (receptor), localizată în piele, mucoasă sau în alt organ este transmis mai întîi prin prelungirea periferică (din componența nervului), iar mai apoi prin prelungirea centrală (din componența rădăcinii posterioare) spre unul din nucleii cornului dorsal al măduvei spinării (sau prin fibrele senzitive ale nervilor cranieni spre nucleii senzitivi respectivi). Ajuns aici, impulsul e transmis neuronului următor, prelungirea căruia se îndreaptă din cornul posterior în cel anterior spre neurociții nucleilor motori ai cornului ventral. Acest neuron realizează o funcție de conductor, transmițînd impulsul nervos de la neuronul senzitiv (aferent) spre neuronul motor (eferent). Astfel el se prezintă ca un neuron intermediar, intercalar, de conectare, deoarece se află între neuronul senzitiv pe de o parte și neuronul motor (sau secretor) — pe de altă parte. Corpul celui de al treilea neuron (eferent, efector sau motor) este situat în cornul ventral al măduvei spinării, iar axonul lui mai întîi în componența rădăcinii ventrale, apoi în cea a nervului spinal ajunge pînă la organul efector (mușchi).

Odată cu dezvoltarea măduvei spinării și a encefalului conexiunile din cadrul sistemului nervos central au devenit mai

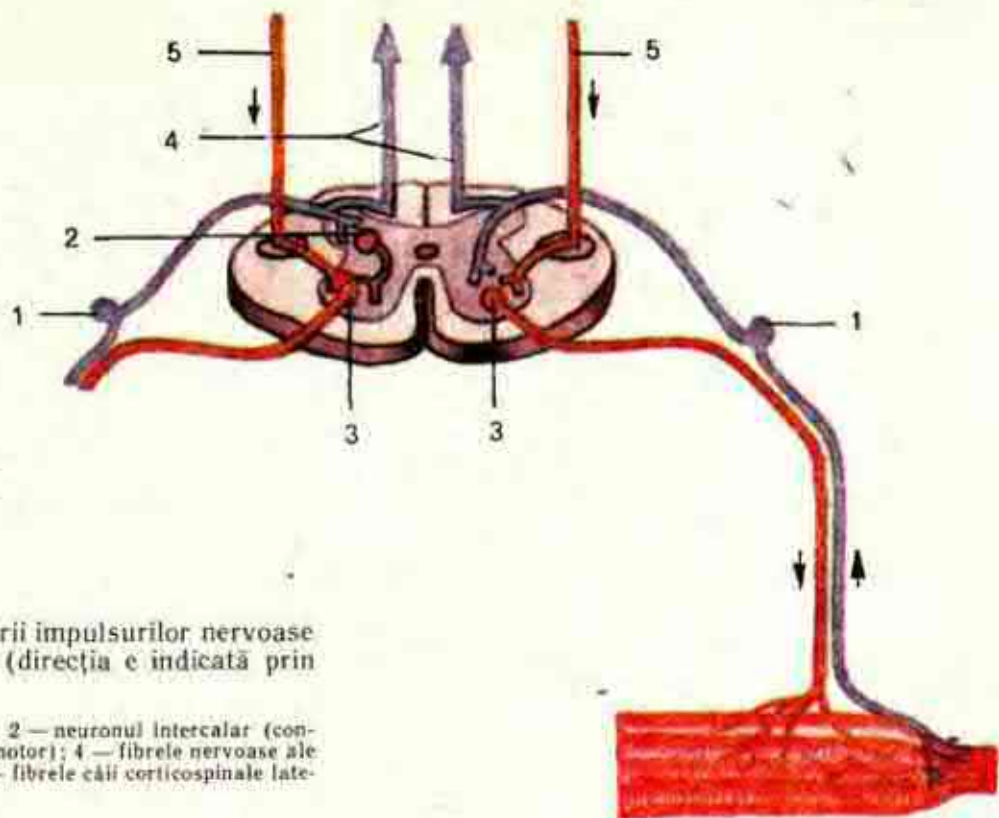


Fig. 244. Schema răspândirii impulsurilor nervoase prin arc reflex simplu (direcția e indicată prin săgeți).

1 — neuronul aferent (senzitiv); 2 — neuronul intercalar (conductor); 3 — neuronul eferent (motor); 4 — fibrele nervoase ale fasciculelor Goll și Burdach; 5 — fibrele căii corticospinale laterale (piramidale).

complicate (fig. 244). Au luat naștere arcuri nervoase multineuronale complicate, la formarea și funcționarea cărora participă neuroni, localizați în segmentele supraiacente ale medulei spinale, în nucleii trunchiului cerebral, ai emisferelor și chiar în cortexul cerebral. Prelungirile celulelor nervoase, emergente din măduva spinării spre nucleii și spre cortexul cerebral, precum și în sens opus, se compun în fasciculi, *fasciculi*.

Fasciculi de fibre nervoase care în cadrul sistemului nervos central leagă segmente de substanță cenușie funcțional similare, dispun de o anumită localizare în substanța albă a encefalului și a măduvei spinării, și propagă impulsuri similare au fost denumite **căi de conducere**.

Din punct de vedere al structurii și funcției în măduvă și encefal se disting trei grupuri de căi conductoare: de asociație, comisurale și de proiecție (fig. 245).

Fibrele nervoase de asociație

Fibrele nervoase asociative, *neurofibræ associatiónes*, leagă sectoarele de substanță cenușie (cortex cerebral, nucleii) sau diverși centri funcționali din cadrul

unei singure jumătăți de creier. Se disting fibre de asociație (căi) lungi și scurte. Fibrele scurte unesc sectoare vecine de substanță cenușie și sînt amplasate în cadrul unui lob cerebral (fasciculi intralobari de fibre). Unele din fibrele de asociație, care unesc substanța cenușie din circumvoluțiile vecine, nu părăsesc limitele cortexului (sînt intracorticale); ele se încurbează în formă de „U” și se numesc fibre arcuate ale creierului (*fibræ arcuatae cerebri*).

Fibrele nervoase de asociație, care pătrund în substanța albă a emisferelor (în afara limitelor cortexului) se numesc extracorticale. Fibrele de asociație lungi leagă porțiuni de substanță cenușie mai distanțate, aparținînd unor lobi diverși (fasciculi interlobari de fibre).

Ei reprezintă fasciculi de fibre destul de pronunțați, care pot fi separați pe preparatele anatomice prin procedeul de destrămare. Din căile de asociație lungi fac parte: fasciculus longitudinal superior, *fasciculus longitudinalis superior*, se situează în partea superioară a substanței albe din emisfera cerebrală și leagă cortexul lobului frontal cu cel din lobii parietal și occipital; fasciculus longitudinal inferior,

ferior, *fasciculus longitudinalis inferior*, e amplasat în porțiunile inferioare ale emisferei și face legătura dintre cortexul lobului temporal și cel al lobului occipital; fasciculus uncinat, *fasciculus uncinatus*, este incurbat înaintea insulei și unește cortexul din regiunea polului frontal cu partea anterioară a lobului temporal. În cadrul măduvei spinării fibrele de asociație leagă celulele substanței cenușii de apartenență plurisegmentară și formează fasciculi proprii anteriori, laterali și posteriori ai măduvei spinării, *fasciculi intersegmentarii*, *fasciculi proprii ventrales (antiores) laterales, dorsales (posteriores)*, situați în imediata apropiere de substanța cenușie. Fasciculi scurți leagă segmentele vecine, aruncându-se peste 2—3 segmente, iar cei lungi — segmentele măduvei spinării, dispuse la o distanță considerabilă unul de altul.

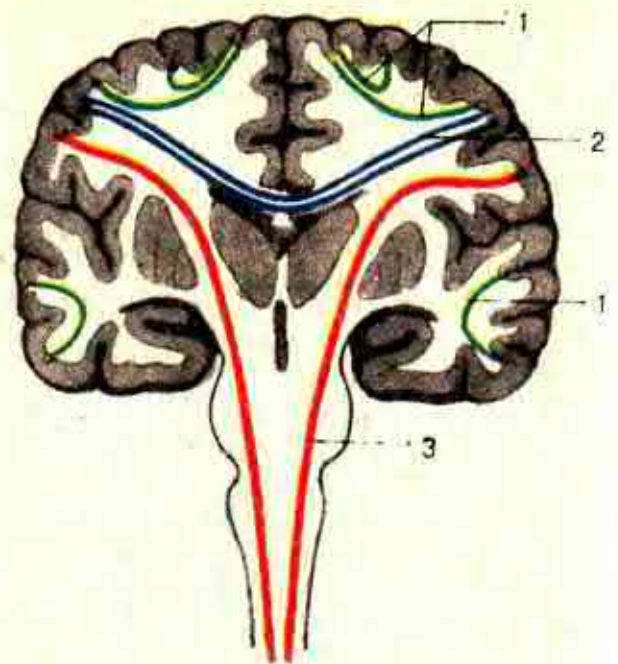


Fig. 245. Schema fibrelor nervoase asociative, comisurale și de proiecție, care unesc segmentele encefalului și măduva spinării.

Fibrele nervoase comisurale

Fibrele nervoase comisurale, *neurofibrae commissurales*, leagă substanța cenușie a emisferei drepte cu a celei stinge și invers, precum și centrii similari ai ambelor emisfere în scop de coordonare funcțională a lor. Dintr-o emisferă în alta fibrele comisurale trec formând comisuri (corpul calos, comisura fornixului, comisura cerebrală anterioară). În componența corpului calos, specific numai pentru mamifere (*commissura neopallii*), se află fibre, care unesc porțiunile mai noi, mai tinere ale creierului (*neopallium*) — centrii corticali ai ambelor emisfere, în care fibrele corpului calos diverg în evantai, formând *radiatio corporis callosi*.

Fibrele comisurale, care trec prin genunchiul și ciocul corpului calos unesc reciproc regiunile de cortex ale lobilor frontali ai ambelor emisfere cerebrale. Încurbindu-se înainte, acești fasciculi de fibre cuprind în aparență din două părți capătul anterior al scizurii interemisferice și formează *forcepsul (mare) frontal*, *forceps frontalis (major)*. Prin trunchiul corpului calos trec fibrele nervoase, ce unesc cortexul circumvoluțiilor centrale, lobilor parietali și tempo-

rali ai ambelor emisfere cerebrale. Bureletul corpului calos constă din fibrele comisurale, care leagă cortexul lobilor occipitali cu cel din regiunile posterioare ale lobilor parietali de la emisferele dreaptă și stângă ale creierului. Încurbindu-se în arc în sens posterior, fasciculi de astfel de fibre înconjoară părțile posterioare ale șanțului longitudinal al creierului și formează *forcepsul (mic) occipital*, *forceps occipitalis (minor)*. Fibrele comisurale trec de asemenea și prin comisura cerebrală anterioară, *commissura rostralis (anterior)*, și prin comisura fornixului, *commissura fornixis*.

În marea lor majoritate, fibrele comisurale din componența comisurii anterioare prezintă fasciculi, care plus la fibrele corpului calos realizează conexiunea reciprocă a porțiunilor ventromediale de cortex de pe lobi temporali ai ambelor emisfere. Pe lângă acestea comisura anterioară mai conține de asemenea și fasciculi de fibre comisurale mai puțin dezvoltate la om, care pornesc din regiunea trigonului olfactiv dintr-o parte spre trigonul similar din partea contralaterală și invers. Prin comisura fornixului trec fibrele comisurale, care realizează legătura

dintre sectoarele de scoarță a lobilor temporali ai emisferelor (drept și sting), precum și a hipocampilor (drept și sting).

Fibrele nervoase de proiecție *

Fibrele nervoase de proiecție, *neurofibrae projectiones*, realizează legătura dintre segmentele inferioare ale sistemului nervos central (măduvei spinării) cu encefalul, precum și nucleii trunchiului cerebral cu nucleii bazali (corpul striat) și cu cortexul și invers, dintre scoarța encefalului, nucleii bazali cu nucleii trunchiului cerebral și cu măduva spinării. Prin intermediul fibrelor nervoase de proiecție, care ating cortexul cerebral, imaginea lumii înconjurătoare este proiectată pe cortex, ca pe un ecran unde au loc analiza superioară a impulsurilor parvenite și aprecierea lor conștientă. Din grupul căilor de proiecție fac parte sistemele de fibre ascendente și descendente.

Căile ascendente, aferente, sau senzitive, vehiculează spre encefal, spre centrii lui superiori (spre cortex) transmit impulsurile, declanșate în rezultatul influențării organismului de către factorii mediului extern, inclusiv de la organele senzoriale, precum și impulsurile de la organele aparatului locomotor, de la viscere, vase. Conform caracterului impulsurilor vehiculate căile de proiecție ascendente sînt grupate în trei categorii.

1. **Căile exteroceptive** (lat. — *exter, éxterus* — exterior) transmit impulsurile (doloroase, termice, tactile și de presiune), care se nasc în rezultatul influenței mediului extern asupra tegumentelor, precum și impulsurile de la organele senzoriale (de la organele vizual, acustic, gustativ, olfactiv).

2. **Căile proprioceptive** (lat. *próprius* — propriu) conduc impulsurile de la organele locomotoare (mușchi, tendoane, capsule articulare, ligamente), aducînd informații despre poziția reciprocă a diverselor părți de corp, despre amplitudinea mișcărilor etc.

3. **Căile interoceptive** (lat. *intérior*) transmit impulsurile nervoase de la organele interne, în care hemo-baro-, și mecanoreceptorii culeg informații despre starea mediului intern al organismului, intensitatea metabolismului, chi-

mismul singelui și al limfei, presiunea din vase.

Căile descendente, eferente, conduc impulsurile nervoase de la cortex și de la centrii subcorticali spre segmentele subiacente, nucleii trunchiului cerebral și nucleii motori din măduva spinării (coarnele anterioare). Căile descendente pot fi grupate în : 1) tractul motor principal sau piramidal, *tráctus pyramidális* (corticonuclear și corticospinal), vehiculează impulsuri de la scoarța creierului, care provoacă mișcări voluntare, spre mușchii scheletici ai capului, gîtului, trunchiului, membrilor prin nucleii motori respectivi din encefal și măduva spinării ; 2) căile motoare extrapiramidale, *tráctus rubrospinális*, *tráctus vestibulospinális*, transmit impulsuri nervoase de la centrii subcorticali spre nucleii motori ai nervilor cranieni și spinali, iar mai apoi spre mușchi.

Căile conductoare exteroreceptive. Călea conductoare a sensibilității dureroase și termice — tractul spinotalamic lateral, *tráctus spinothalámicus laterális*, constă din trei neuroni (fig. 246). (S-a convenit ca căile conductoare senzitive să fie denumite ținîndu-se cont de topografia lor — de locul unde începe și sfîrșește cel de-al doilea neuron. De exemplu, al doilea neuron al căii spinotalamice se întinde pe distanța de la măduva spinării, unde în cornul ei posterior este situat corpul neuronal, pînă la talamus, la nivelul căruia axonul acestui neuron formează o sinapsă cu neuronul al treilea). Receptorii primului neuron (senzitiv), care percep senzațiile de durere și temperatură, sînt localizați în piele, mucoase, iar neuritul celui de-al treilea neuron se termină în cortexul circumvoluției postcentrale, unde se află segmentul cortical al analizatorului sensibilității generale. Corpul primului neuron își are sediul în ganglionul spinal, iar prelungirea lui centrală, trecînd în componența rădăcinii dorsale, se îndreaptă spre cornul dorsal al măduvei spinării și sfîrșește prin sinapse pe celulele celui de-al doilea neuron. De la neuronul al doilea, localizat în cornul dorsal pornește axonul lui, care, prin comisura cenușie anterioară trece de partea opusă a măduvei

spinării și, ajungând în cordonul ei lateral, intră în componența tractului spino-talamic lateral. Acest tract ascinde și din măduvă trece în bulb, unde se plasează posterior de nucleul olivei. Continuându-și calea spre diencefal, tractul spino-talamic trece mai apoi prin porțiunea dorsală sau tegmentul punții și tegmentul mezencefalului alipindu-se de marginea laterală a lemniscului medial, din care face parte.

Axonul neuronului al II-lea se termină în talamus prin sinapsă pe celulele nucleului talamic dorsal lateral. În nucleul menționat își au sediul corpii celulari ai neuronului al treilea. Axonii acestor celule trec prin brațul posterior al capsulei interne și mai departe în componența fascicuilor de fibre, divergente în evantai, care formează coroana radiată (*corona radiata*), ating scoarța emisferei cerebrale din circumvoluția postcentrală; aici ei sfârșesc prin sinapse pe celulele nervoase din stratul al IV-lea (lama sau pătura granulară internă). Fibrele neuronului al III-lea al căii conductoare senzitive (ascendente), care leagă talamusul cu cortexul, constituie fasciculi talamo-corticali, fibrele talamoparietale, *fibre thalamoparietales*. Deoarece calea spino-talamică laterală, *tractus spinothalamicus lateralis*, reprezintă o cale de conducere complet încrucișată (toate fibrele neuronului al doilea trec de partea opusă) în caz de lezare a uneia din cele două jumătăți (dreaptă și stângă) a măduvei spinării va avea loc abolirea sensibilității termice și dureroase din partea opusă a corpului, mai jos de nivelul leziunii.

Calea de conducere a sensibilității tactile și de presiune, *tractus spinothalamicus ventralis (anterior)*; *tractus spinothalamicus anterior*, conduce impulsurile din piele, unde sînt localizați receptorii ce percep senzația de presiune și de atingere spre cortexul cerebral din circumvoluția postcentrală, în care se află segmentul cortical al analizatorului sensibilității generale. Corpii celulelor primului neuron se află în ganglionul spinal. Prelungirile lor centrale în componența rădăcinii dorsale pornesc spre cornul posterior, în care se sfîrșesc prin

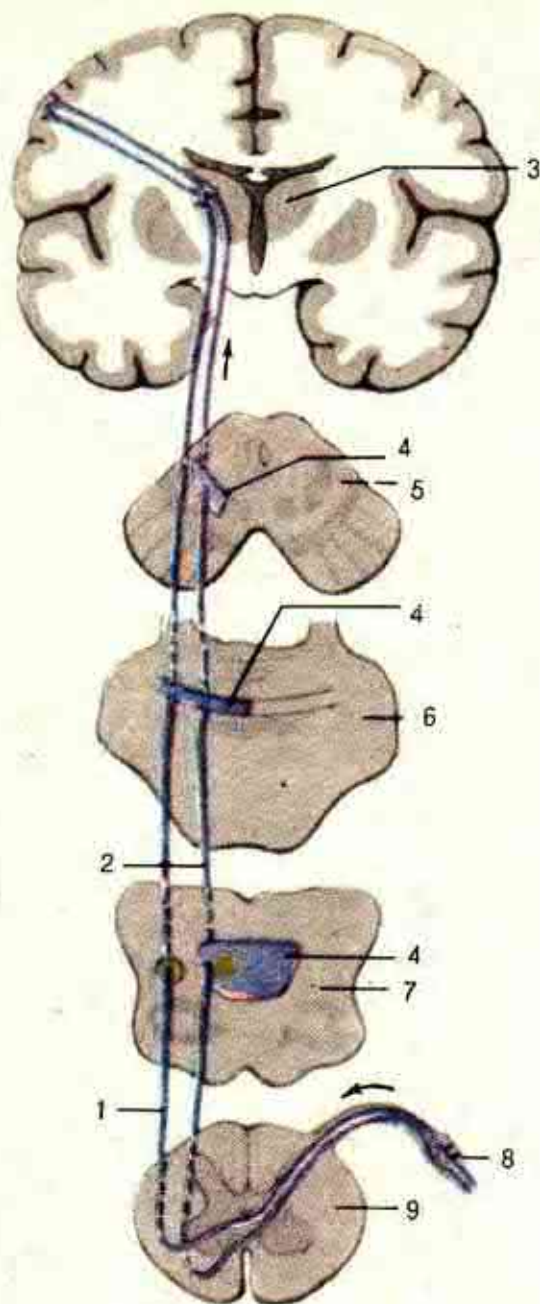


Fig. 246. Schema căilor de conducere ale sensibilității dureroase și termice (tractul spino-talamic lateral) și a sensibilității tactile și de presiune (tractul spino-talamic anterior). Prin săgeți e indicată direcția propagării impulsurilor nervoase.

1 — tr. spinothalamicus lateralis; 2 — tr. spinothalamicus ventralis (anterior); 3 — thalamus; 4 — lemniscus medialis; 5 — secțiune transversală prin mezencefal; 6 — secțiune transversală prin punte; 7 — secțiune transversală prin bulb; 8 — gangl. spinale; 9 — secțiune transversală prin măduva spinării.

sinapse pe celulele celui de-al doilea neuron. Axonii neuronului al doilea trec de partea opusă a măduvei spinării (prin comisura cenușie anterioară), pătrund în cordonul anterior, în componența căruia ascind în direcția encefalului. Pe parcurs,

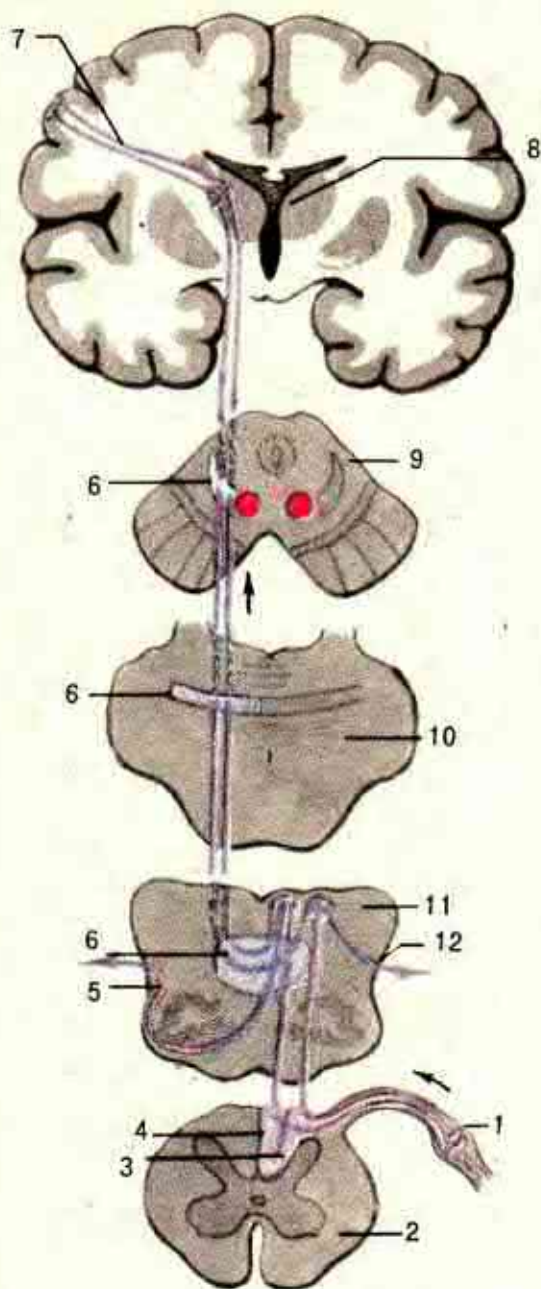


Fig. 247. Schema căii de conducere a simțului proprioceptiv de orientare corticală (spre cortexul emisferelor cerebrale). Prin săgeți sînt indicate direcțiile propagării impulsurilor nervoase.

1 — ganglii spinali; 2 — secțiune transversală a măduvei spinării; 3 — fasc. cuneatus; 4 — fasc. gracilis; 5 — fibrele arcuate externae ventrales (anteriores); 6 — lemniscus medialis; 7 — fibrele thalamoparietales; 8 — talamus; 9 — secțiune transversală a mezencefalului; 10 — secțiune transversală a punții; 11 — secțiune transversală a bulbului; 12 — fibrele arcuate externae dorsales (posteriores).

în bulbul rahidian axonii, care compun această cale se alătură din partea laterală la fibrele lemniscului medial, iar în talamus se termină prin sinapse cu celulele celui de-al doilea neuron, situat în nucleul talamic dorsal. Fibrele neuronu-

lui al treilea străbat capsula internă (brațul ei posterior) și în componența coronei radiate ajung la cel de-al patrulea strat cortical din circumvoluția postcentrală.

O parte din fibrele căii conductoare tactile și de presiune țin calea în componența cordonului posterior al măduvei spinării împreună cu axonii căii conductoare a simțului proprioceptiv. Din cauza aceasta la lezarea unei părți a măduvei spinării (dreaptă și stîngă) simțul tactil și de presiune al pielii din partea opusă nu dispăre complet, cum are loc în cazul sensibilității dureroase și termice, ci scade numai. E necesar de a menționa, că în măduva spinării nu toate fibrele ce transmit impulsurile de atingere și presiune trec de partea opusă (se încrucișează). Această trecere parțială mai are loc și la nivelul bulbului rahidian.

Calea de conducere a sensibilității proprioceptive de orientare corticală, (*tractus bulbothalamicus* — BNA), e denumită astfel, deoarece transmite impulsurile sensibilității musculoarticulare spre cortex, în circumvoluția postcentrală a emisferei cerebrale (fig. 247). Terminațiile nervoase senzitive (receptorii) ale primului neuron sînt repartizate prin mușchi, tendoane, capsule articulare, ligamente. Semnalele despre tonusul muscular, gradul de extindere a tendoanelor, despre starea aparatului locomotor în întregime (adică impulsurile sensibilității proprioceptive) îi permit individului să aprecieze just poziția părților corpului său în spațiu (de exemplu, a membrilor) în timpul mișcărilor, să realizeze mișcări conștiente voluntare dirijate și corigente. Corpul primului neuron sînt situați în ganglionul spinal. Prelungirea primului neuron pe calea rădăcinii dorsale pornește spre cordonul posterior, fără a intra prin cornul posterior al substanței cenușii. Ținînd calea spre encefal în componența cordonului posterior, aceste prelungiri ajung la bulbul rahidian, la mușchii fasciculiilor Goll și Burdach. Axonii, care vehiculează impulsurile proprioceptive, pătrund în cordonul posterior începînd cu segmentele inferioare ale măduvei spinării. Fiecare fascicul următor de axoni se alătură

din partea laterală a fascicuilor precedenți existenți deja: În așa mod porțiunile laterale ale cordonului posterior (fasciculul cuneat, sau fasciculul Burdach) sînt ocupate de către axonii celulelor, care realizează inervația proprioceptivă a regiunii cervicale, a regiunii toracice superioare a corpului uman și a membrelor superioare. Axonii care ocupă partea medială a cordonului (fasciculul fin, sau Goll), transmit impulsurile proprioceptive de la partea inferioară a trunchiului și de la membrele inferioare. Prelungirile centrale ale primului neuron se sfîrșesc prin sinapse la nivelul celulelor celui de-al doilea neuron, corpii cărora se află în nucleii fascicuilor Goll și Burdach al bulbului rahidian. Din acești nuclei pornesc axonii neuronului al doilea. Ei se incurbează în sens anteromedial și la nivelul unghiului inferior al fosei romboide și prin stratul interolivă trec de partea opusă, formînd încrucișarea lemniscului medial, *decussatio lemniscorum mediālium*. Fasciculul de fibre, orientate în sens medial și pornite spre partea opusă, a primit denumirea de fibre arcuate interne, *fibrae arcuatae internae*; ele reprezintă porțiunea inițială a lemniscului medial, *lemniscus mediālis*. În punte fibrele lemniscului medial sînt situate în partea ei dorsală (tegment), aproape la linia limitrofă cu partea ei ventrală (între fasciculi de fibre ai corpului trapezoid); în mezencefal ele trec prin tegment și se termină prin sinapse pe celulele neuronului al treilea din nucleul dorsal lateral al talamusului. Axonii celulelor neuronului al treilea trec prin brațul posterior al capsulei interne și în componența coroanei radiate ating circumvoluția postcentrală.

O parte din fibrele nervoase ale neuronului al doilea, ieșind din nucleii fascicuilor Goll și Burdach, se incurbează lateral și se desfac în doi fasciculi. Unul din ei — fibrele arcuate posterioare externe, *fibrae arcuatae externae dorsales (posteriores)*, pornesc prin pedunculul cerebelos inferior din partea sa (ipsilateral) și se termină în cortexul vermisului cerebelos. Fibrele celui de-al doilea fascicul — fibrele arcuate anterioare externe, *fibrae arcuatae*

externae ventrales (anteriores), pornesc în sens ventral, trec de partea opusă (contralaterală), ocolesc din partea laterală nucleul olivar și pe calea pedunculului cerebelos inferior se îndreaptă spre cortexul vermisului cerebelos. Fibrele arcuate externe anterioare și posterioare conduc impulsurile nervoase spre cerebel.

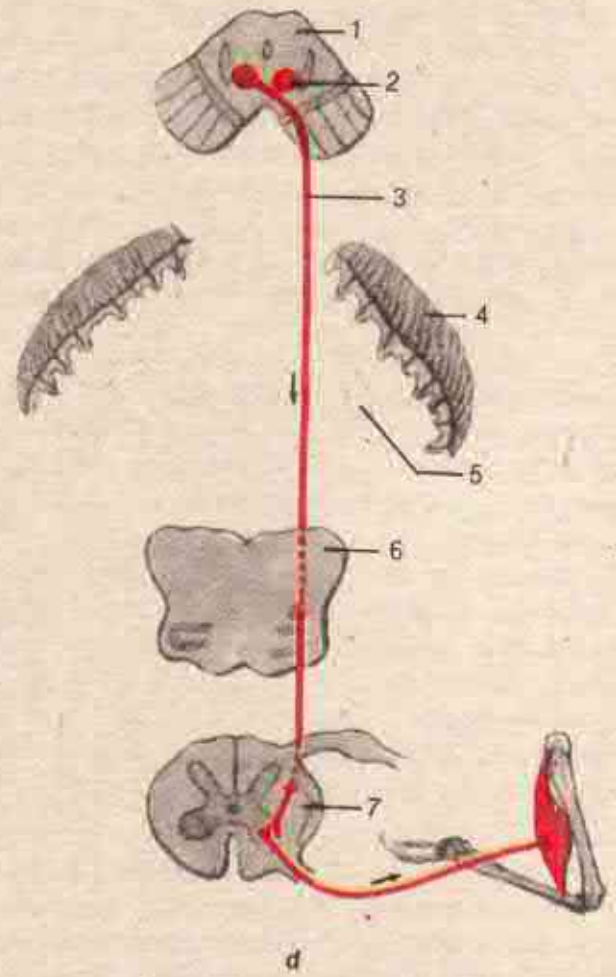
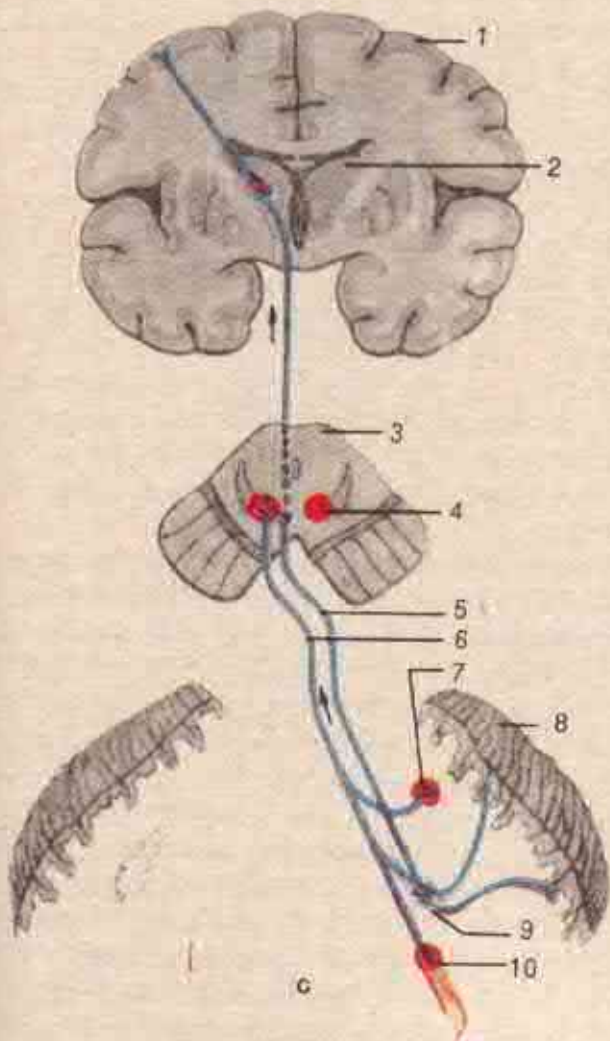
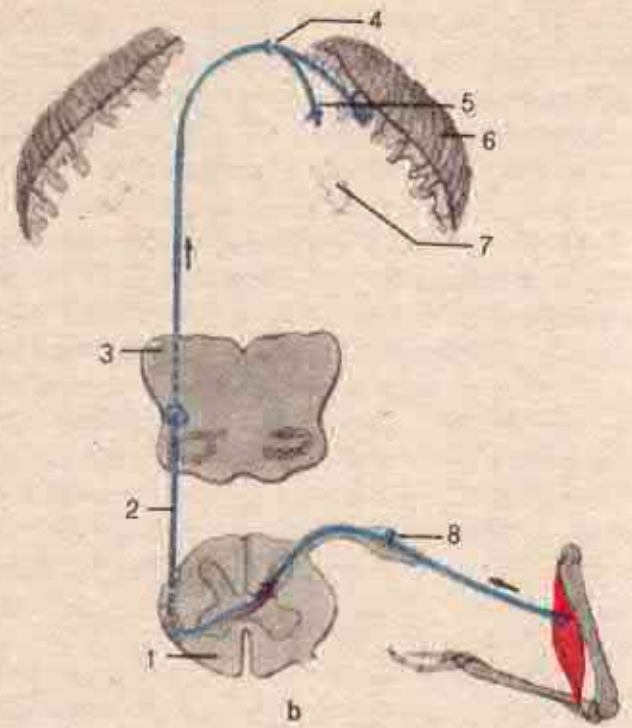
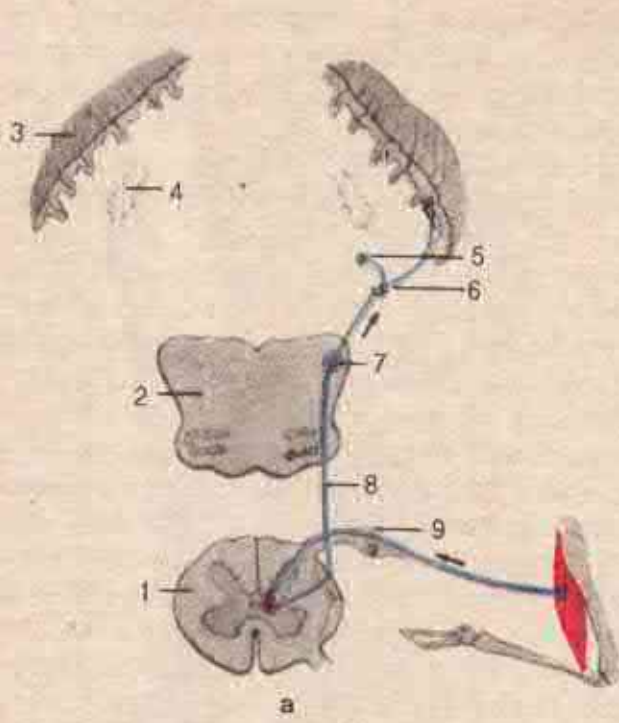
Calea proprioceptivă de orientare corticală e la fel încrucișată. Axonii neuronului al doilea trec de partea opusă nu la nivelul măduvei spinării, ci la nivelul bulbului rahidian. În caz de lezare a măduvei spinării din partea declanșării impulsurilor proprioceptive (în traume ale trunchiului cerebral — din partea opusă) dispăre impresia despre starea aparatului locomotor, poziția diverselor părți de corp în spațiu, se dereglează coordonarea mișcărilor.

Odată cu calea de conducere a simțului proprioceptiv, care transmite impulsurile spre cortexul cerebral, se cer menționate căile proprioceptive spinocerebeloase anterioară și posterioară. Prin aceste căi de conducere cerebelul recepționează de la centrul senzitiv de un nivel mai inferior (măduva spinării) informații despre starea aparatului locomotor, participă la coordonarea reflexă a mișcărilor, menite pentru a menține echilibrul corpului, fără participarea segmentelor superioare ale encefalului (cortexului emisferelor cerebrale).

Calea spinocerebeloasă posterioară (fasciculul Flechsig), *tractus spinocerebellaris dorsalis (posterior)* (fig 248,a), conduce im-

Fig. 248. Tracturile spinocerebelare posterior (a) și anterior (b), tracturile cerebelotalamic și cerebelotegmental (c), tractul rubrospinal (d).

a: 1 — secțiune transversală a măduvei spinării; 2 — secțiune transversală a bulbului; 3 — cortex cerebelli; 4 — nucl. dentatus; 5 — nucl. emboliformis; 6 — sinapsă în cortexul vermisului cerebelului; 7 — pedunculul cerebellaris caudalis (inferior); 8 — tr. spino-cerebellaris dorsalis (posterior); 9 — gangl. spinale; b: 1 — secțiune transversală a măduvei spinării; 2 — tr. spino-cerebellaris ventralis (anterior); 3 — secțiune transversală a bulbului; 4 — sinapsă în cortexul vermisului cerebelului; 5 — nucl. globosus; 6 — cortex cerebelli; 7 — nucl. dentatus; 8 — gangl. spinale; c: 1 — cortex cerebri; 2 — thalamus; 3 — secțiune transversală prin mezencefal; 4 — nucl. ruber; 5 — tr. cerebello-thalamicus (BNA); 6 — tr. cerebello-tegmentalis (BNA); 7 — nucl. globosus; 8 — cortex cerebelli; 9 — nucl. dentatus; 10 — nucl. emboliformis; d: 1 — secțiune prin mezencefal; 2 — nucl. ruber; 3 — tr. rubro-spinalis; 4 — cortex cerebelli; 5 — nucl. dentatus; 6 — secțiunea bulbului; 7 — secțiunea măduvei spinării.



pulsurile proprioceptive de la mușchi, tendoane, articulații spre cerebel. Corpii celulelor primului neuron (senzitiv) se află în ganglionul spinal. Prelungirile lor centrale prin rădăcina posterioară țin calea spre cornul dorsal al măduvei spinării unde se termină cu sinapse pe celulele nucleului toracic (coloana Clarke), situat în partea medială a bazei cornului posterior. Celulele nucleului toracic reprezintă neuronul al doilea al căii spinocerebeloase posterioare. Axonii acestor celule pornesc spre partea posterioară a cordonului lateral din partea sa, ascind și prin pedunculul cerebelos inferior pătrund în cerebel, unde se termină în celulele scoarței vermisului. La acest nivel calea spino cerebeloasă posterioară se termină.

Pot fi cercetate sistemele de fibre, prin care impulsurile din cortexul vermisului ating unul din centrii extrapiramidali (nucleul roșu) ai emisferei creierașului, și chiar segmentele superioare ale creierului (cortexul emisferelor cerebrale). Cortexul vermisului e legat prin fibre de asociație cu cortexul emisferelor cerebeloase, din care impulsurile vin spre nucleul dințat al cerebelului. Din cortexul vermicular și nucleul dințat (prin *fibrae dentatorubrales*) impulsurile pe calea pedunculului cerebelos superior pornesc spre nucleul roșu, *nucleus rüber*, contralateral (tractul cerebelotegmental).

Odată cu dezvoltarea centrilor superiori ai sensibilității și ai mișcărilor conștiente, în cortexul emisferelor cerebrale au apărut de asemenea și legături ale cerebelului cu cortexul, realizate prin talamus. În așa mod din nucleul dințat, *nucleus dentatus*, axonii celulelor acestuia, prin pedunculul cerebelos superior, pătrund în tegmentul punții și trec de partea opusă. Comutind în talamus pe neuronul următor, impulsul e transmis în cortexul cerebral din circumvoluția postcentrală.

Calea spino cerebeloasă anterioară (fasciculul Gowers), *tractus spinocerebellaris ventralis (anterior)*, are o structură mult mai complicată în comparație cu cea posterioară, deoarece trece prin cordonul lateral din

partea opusă a măduvei spinării, ca mai apoi să se întoarcă, în fine, în cerebel din partea sa (fig. 248, b). Corpul primului neuron este localizat în ganglionul spinal. Prelungirea periferică are terminațiuni nervoase (receptori) în mușchi, tendoane, capsule articulare. Prelungirea centrală a neuronului I pe calea rădăcinii dorsale pătrunde în măduva spinării și se termină prin sinapse pe celulele, care se alătură din partea laterală la nucleul toracic (*substantia intermedia centralis*). Axonii celulelor celui de-al doilea neuron prin comisura cenușie anterioară trec în cordonul lateral din partea opusă și se urcă în sus pînă la nivelul istmului rombencefalic. Aici fibrele tractului spino cerebelos anterior se întorc în partea lor și prin pedunculul cerebelos superior pătrund în cortexul vermisului din partea sa, în porțiunile lui anterosuperioare. Astfel, tractul spino cerebelos anterior, *tractus spinocerebellaris ventralis*, parcurgînd o cale complicată și efectuînd o încrucișare dublă, revine la aceeași parte în care au apărut impulsurile proprioceptive. Impulsurile proprioceptive, ajunse în cortexul vermisului prin tractul proprioceptiv spino cerebelos anterior, sînt transmise la fel spre nucleul roșu, iar prin nucleul dințat — spre cortexul cerebral (din circumvoluția postcentrală) (fig. 248, c, d).

Structura schematică a căilor de conducere ale analizatorului optic, acustic, gustativ și olfactiv se va expune în capitolele respective ale anatomiei (vezi în continuare).

Calea motoare principală sau piramidală. Calea piramidală, *tractus pyramidalis* (fig. 249), include sistemul de fibre, prin care impulsurile motoare de la cortexul cerebral și anume de la neuronii gigantopiramidali (celulele Bet) din circumvoluția precentrală (corpul primului neuron), pornesc spre nucleii motori ai nervilor cranieni și spre nucleii motori din coarnele anterioare ale măduvei spinării, iar de aici spre mușchii scheletici. Ținînd cont de direcția în care sînt orientate fibrele, precum și de poziția lor în componența cordoanelor măduvei spinării, calea piramidală e divizată în trei părți: 1) calea corticonucleară —

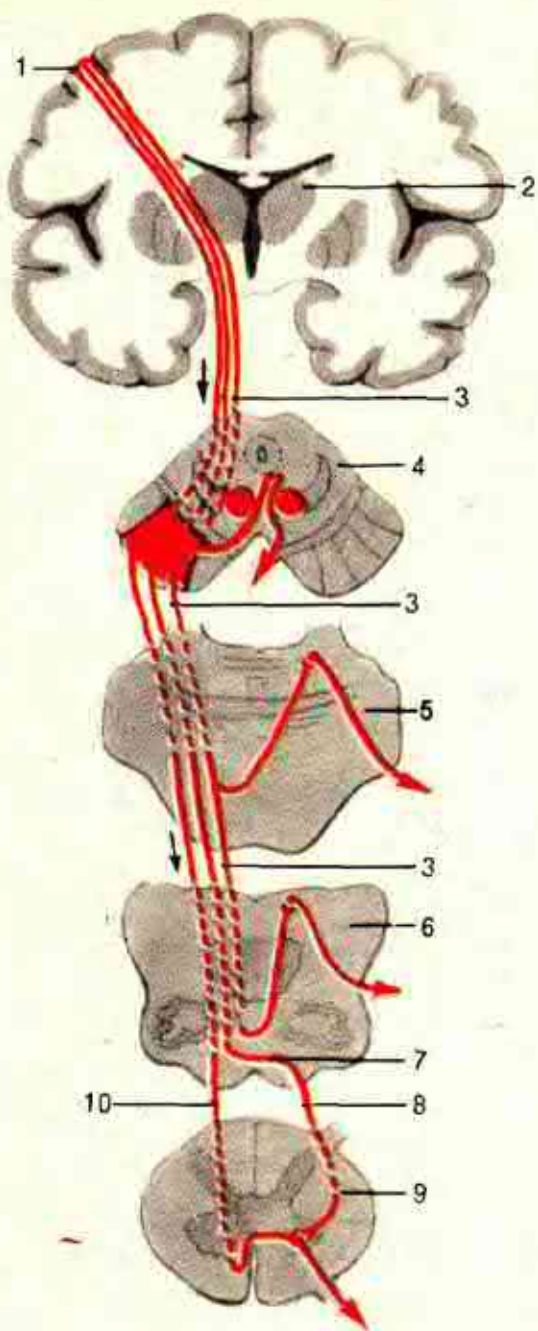


Fig. 249. Calea piramidală. Prin săgeți sînt indicate direcțiile propagării impulsurilor nervoase.

1 — gyrus precentralis; 2 — thalamus; 3 — tr. corticonuclearis; 4 — secțiune transversală a mezencefalului; 5 — secțiune transversală a punții; 6 — secțiune transversală a bulbului; 7 — decussatio pyramidum; 8 — tr. corticospinalis (pyramidalis) lateralis; 9 — secțiune transversală a măduvei spinării; 10 — tr. corticospinalis (pyramidalis) ventralis.

vilor cranieni; 2) tractul corticospinal (piramidal) lateral — spre nucleii din coarnele anterioare ale măduvei prin cordoanele laterale; 3) tractul corticospinal (piramidal) anterior spre nucleii coarnelor anterioare prin cordoanele anterioare ale măduvei spinării.

Calea corticonucleară,

tractus corticonuclearis (vezi fig. 248, d) reprezintă un fascicul de prelungiri ale celulelor piramidale gigantice, care din cortexul treimii inferioare a circumvoluției precentrale descinde spre capsula internă, trecînd prin genunchiul ei. Mai departe fibrele tractului corticonuclear se plasează la baza pedunculului cerebral, constituind porțiunea medială a căilor piramidale. Căile corticospinală, precum și cea corticonucleară ocupă 3/5 medii ale bazei pedunculului cerebral. Începînd cu mezencefalul, succedat de punte și bulb, fibrele căii corticonucleară trec de partea opusă spre nucleii motori ai nervilor cranieni, precum urmează: spre nucleii perechilor III și IV — în mezencefal; spre nucleii perechilor V, VI, VII — în punte; spre nucleii perechilor IX, X, XI și XII — în bulbul rahidian. La nivelul acestor nuclei calea corticonucleară (piramidală) se sfîrșește, fibrele care au venit în componența ei formează sinapse cu celulele motoare din nucleii. Prolungirile celulelor motoare din nucleii perechilor de nervi cranieni menționați abandonează creierul în componența nervilor cranieni respectivi și pornesc spre mușchii scheletici ai capului și ai gîtului, pe care-i inervează.

Căile corticospinale (piramidale) anterioară și posterioară, *tractus corticospinales (pyramidales) lateralis et ventralis*, încep la fel cu celulele gigantopiramidale din 2/3 superioare ale circumvoluției precentrale. Axonii acestor celule se îndreaptă spre capsula internă și trec prin partea anterioară a brațului ei posterior (imediat prin spatele fibrelor tractului corticonuclear). Ulterior ele descind prin baza pedunculului cerebral, plasîndu-se lateral de tractul corticonuclear. De aici fibrele corticospinale, *fibrae corticospinales*, descind în porțiunea ventrală (baza) a punții, se interpătrund printre fasciculi transversali de fibre pontine și apar în bulb, formînd pe fața lui ventrală două proeminente — piramidele. În porțiunea inferioară a bulbului o parte din fibrele tractului corticospinal trece de partea opusă și coboară în continuare prin cor-

donul lateral al măduvei spinării, terminându-se treptat prin sinapse cu celulele motoare din nucleii coarnelor medulare anterioare. Această parte a căilor piramidale, participantă la formarea încrucișării piramidelor (încrucișarea motoare), *decussatio pyramidum* (*decussatio motoria*), a fost denumită cale corticospinală (piramidală) laterală, *tractus corticospinalis* (*pyramidalis*) *lateralis*. Fibrele tractului corticospinal, care nu participă la formarea decusației piramidale, continuă să descindă în componența cordonului ventral al măduvei spinării. Ele constituie calea corticospinală (piramidală) anterioară, *tractus corticospinalis* (*pyramidalis*) *ventralis* (*anterior*). Din cordonul ventral fibrele tractului piramidal anterior trec de partea opusă prin comisura albă a măduvei și se termină prin sinapse cu celulele motoare din coarnele medulare ventrale contralaterale. Calea corticospinală (piramidală) anterioară, aflată în cordonul ventral, în plan evolutiv a apărut mai târziu decât calea corticospinală laterală. Vom menționa, că toate căile piramidale sînt încrucișate, adică toate fibrele nervoase ale acestor tracturi în calea lor spre neuronul următor mai devreme sau mai târziu trec de partea contralaterală. De aceea lezarea fibrelor căilor piramidale în caz de afecțiuni unilaterale ale măduvei spinării (sau a encefalului) survine o paralizie a mușchilor din partea contralaterală, inervați din segmentele situate caudal de nivelul atacat al măduvei.

Neuronul al doilea al căii descendente motoare conștiente (corticospinale) e reprezentat de către celulele din coarnele medulare ventrale, prelungirile lungi ale cărora abandonează măduva în componența rădăcinilor anterioare și pornesc pe calea nervilor spinali pentru a inerva mușchii scheletici.

Căile de conducere extrapiramidale, unite într-un singur grup, din punct de vedere al filogenezei, spre deosebire de căile piramidale noi sînt mai vechi și dispun de numeroase conexiuni în trunchiul cerebral și cu

cortexul cerebral, care și-a asumat funcțiile de control asupra sistemului extrapiramidal și cea de dirijare a activității lui. Scoarța cerebrală, recepționînd impulsuri atît pe cale directă (de orientare corticală) prin căile de conducere aferente, cît și din centrii subcorticali, dirijează funcțiile motoare ale organismului prin căile extrapiramidale și piramidale.

Cortexul cerebral influențează funcțiile motoare ale măduvei spinării prin intermediul sistemului cerebelul — nucleii roșii, prin formația reticulară, care dispune de conexiuni cu talamusul și cu corpul striat, prin nucleii vestibulari. În felul acesta, din centrii sistemului extrapiramidal fac parte și nucleii roșii, una dintre funcțiile cărora e menținerea tonusului muscular necesar pentru a păstra echilibrul corpului fără vre-un efort voluntar. Nucleul roșu, raportat de asemenea la formația reticulară, recepționează impulsuri din cortexul creierului, cerebel (de la căile proprioceptive ale cerebelului), avînd totodată și el legături cu nucleii motori din coarnele ventrale ale măduvei spinării.

Calea rubrospinală, *tractus rubrospinalis*, intră în componența arcului reflex, compartimentul aferent al căruia sînt căile de conducere proprioceptive spinocerebeloase (vezi mai sus). Calea aceasta își ia originea de la nucleul roșu (fasciculul Monakow), trece de partea opusă (încrucișarea Forel) și descinde prin cordonul lateral al măduvei spinării, unde sfîrșește pe celulele motoare din coarnele anterioare. Fibrele acestei căi trec prin partea posterioară (tegimentul) a punții și părțile laterale ale bulbului rahidian.

Un compartiment important în coordonarea funcțiilor motoare ale corpului uman e calea vestibulospinală, *tractus vestibulospinalis*, care leagă nucleii aparatului vestibular cu coarnele ventrale ale măduvei spinării și asigură reacțiile de fixare a corpului în caz de dereglare a echilibrului. La formarea căii vestibulospinale participă axonii celulelor nucleului vestibular lateral (nucleul Deiters), precum și ale nucleului vestibular inferior (ră-

dăcinii descendente) ale nervului vestibulocohlear. Fibrele acestea descind prin partea laterală a cordonului medular anterior (la limita lui cu cordonul lateral) și se termină pe celulele motorii din cornul medular anterior. Nucleii, care formează calea vestibulospinală, se află în legătură directă cu cerebelul, precum și cu fasciculul longitudinal posterior, *fasciculus longitudinalis dorsalis*, care la rîndul său e legat cu nucleii nervilor oculomotori. Prezența conexiunilor cu nucleii nervilor oculomotori asigură menținerea poziției globului ocular (orientarea axei optice) la întoarcerea capului și a gîtului. La formarea fasciculului longitudinal posterior și a fasciculelor de fibre, care ating coarnele anterioare ale măduvei spinării (tractul reticulospinal, *tractus reticulospinalis*) participă concentrările de celule ale formației reticulare din trunchiul cerebral, în special nucleul intermediar, *nucleus interstitialis* (nucleul Cajal), nucleul comisurii posterioare epitalamice (nucleul Darkșevici), spre care vin fibre din nucleii bazali ai emisferelor cerebrale.

Dirijarea funcțiilor cerebelului, care participă la coordonarea mișcărilor corpului, trunchiului și ale membrilor și la rîndul său e legat cu nucleii roșii și aparatul vestibular este realizată din cortexul cerebral prin punte pe calea tractului corticopontocerebelar, *tractus corticopontocerebellaris*. Calea aceasta de conducere constă din doi neuroni. Corpii celulelor primului neuron se află în cortexul lobului frontal, lobului temporal, lobului parietal și a lobului occipital; prelungirile lor — fibrele corticopontine, *fibrae corticopontinae*, pornesc spre capsula internă, pe care o străbat. Fibrele din lobul frontal, denumite fibre frontopontine, *fibrae frontopontinae*, trec prin brațul anterior al capsulei interne; fibrele din lobii temporal, parietal și occipital, *fibrae parietotemporooccipitopontinae*, — prin brațul ei posterior. Mai departe fibrele căilor corticopontine trec prin baza pedunculului cerebral. Fibrele de la lobul

frontal trec prin cea mai medială parte a bazei pedunculului, medial de fibrele corticonucleare, iar de la lobul parietal și de la alți lobi — prin partea cea mai laterală, lateral de căile corticospinale. În partea ventrală a punții fibrele căilor corticopontine se termină prin sinapse pe celulele mușchilor ipsilaterali ai punții. Celulele nucleilor pontini împreună cu prelungirile lor constituie cel de-al doilea neuron al tractului corticopontocerebelar. Axonii celulelor din nucleii punții, *nuclei pontis*, se adună în fasciculi (fibrele transversale ale punții, *fibrae pontis transversae*), care trec de partea opusă, traversînd în sens transversal fasciculi de fibre descendente ale căilor piramidale și prin pedunculul cerebelos mediu trec în emisfera cerebeloasă contralaterală.

În felul acesta, căile de conducere ale encefalului și ale măduvei spinării stabilesc legături între centrii aferenți și eferenți (efectori), participă la formarea unor arcuri reflexe complicate din corpul uman. Unele din căile conductoare (sistemele de fibre) își iau originea sau se termină în nucleii mai vechi din punct de vedere filogenetic, situați în trunchiul cerebral, care realizează funcții dotate cu un anumit automatism. Aceste funcții (de exemplu, tonusul muscular, mișcările reflexe automate) sînt realizate inconștient, deși sub controlul cortexului cerebral. Alte căi de conducere transmit impulsuri spre cortexul cerebral, spre porțiunile superioare ale sistemului nervos central sau de la cortex spre centrii subcorticali (spre nucleii bazali ai emisferelor, nucleii trunchiului cerebral și ai măduvei spinării). Din punct de vedere funcțional căile de conducere realizează integritatea organismului ca un tot unitar, asigură coordonarea tuturor acțiunilor sale.

SISTEMUL NERVOS PERIFERIC

Sistemul nervos periferic este o parte componentă a sistemului nervos, situată în afara encefalului și măduvei spinării. Sistemul nervos central prin interme-

diul celui periferic își manifestă acțiunea de reglare a funcțiilor tuturor sistemelor, aparatelor, organelor și țesuturilor.

Sistemul nervos periferic, *sistéma nervosum periphéricum*, include în componența sa nervii cranieni și cei spinali împreună cu ganglionii lor senzitivi, ganlionii și nervii sistemului nervos vegetativ (autonom). Tot din el fac parte aparatele senzitive (terminațiuni nervoase — receptori) situate în țesuturi și organe, avînd funcția de recepționare a excitanților externi și interni; terminațiunile nervoase — efectori, ce transmit impulsurile la mușchi și glande, ca rezultat urmînd o reacție de acomodare la excitantul aplicat.

Nervii sînt formați din apofizele neurocitelor, corpurile cărora se află în interiorul encefalului și măduvei spinării, sau în ganglionii nervoși ai sistemului nervos periferic. Din apofizele neurocitelor se formează fascicule de fibre nervoase — nervii. La exterior nervii și ramurile lor sînt acoperiți cu o membrană din țesut conjunctiv lax — epinevriu, *epinévrium*, constituit din fibre elastice și de collagen. Epinevriul include în componența sa celule adipoase, vase sanguine, limfatice, *vasa nervorum*, și nervi, *nervi nervórum*. Sub epinevriu sînt situate fascicule din fibre nervoase învelite cu o membrană fină — perinevriu, *perinévrium*. De asemenea fiecare fibră nervoasă își are învelișul său din țesut conjunctiv — endonevriu, (*endonévrium*.)

Nervii au lungime și grosime diferită. Mai lungi sînt nervii membrelor, mai ales ai celor inferioare. Cel mai lung nerv cranian este nervul vag. Nervii de un diametru mare se mai numesc trunchiuri nervoase, (*trúnci*), ramificațiile lor — ramuri, (*râmi*.) Numărul de fibre nervoase ce formează nervul este diferit și depinde de grosimea lui și de mărimea regiunii de inervație. De pildă, la mijlocul brațului nervul ulnar conține 13000—18000 fibre nervoase, cel median 19000—32000, nervul musculocutanat — 3000—12000 fibre. Pe traiectul nervului (mai cu seamă la cei masivi) fibrele nervoase pot trece dintr-un

fascicul în altul. De aceea grosimea fasciculelor, precum și numărul de fibre este diferit. Fibrele nervoase din componența nervilor nu întotdeauna sînt rectilinii. Deseori ele au un traiect ondulat, factor care evită extensiunea nervilor în timpul mișcărilor trunchiului și membrelor.

Fibrele nervoase ce alcătuiesc nervii pot fi mielinice, cu grosimea de 1—22 mkm, și amielinice de 1—4 mkm. Se disting fibre mielinice groase (3—22 mkm), medii și subțiri (1—3 mkm). Raportul între fibrele nervoase mielinice și amielinice în diferiți nervi este diferit, astfel în nervul ulnar fibrele de dimensiuni medii și subțiri alcătuiesc 9—37%, în cel radial — 10—27%, în nervii cutanați aceste fibre alcătuiesc majoritatea (60—80%), în cei musculari — minoritatea (18—40%). Nervii sînt bogat vascularizați, posedă o mulțime de vase sanguine ce anastomozează între ele. Ramurile arteriale pornesc spre nervi de la vasele ce-i însoțesc sau de la arterele din vecinătate. Perinevriul este străpuns de arteriole și capilare sanguine cu o orientare longitudinală. Inervația tunicilor nervilor se efectuează de către ramurile aceluiași nervi.

Fibrele nervoase ale nervilor sistemului nervos periferic se împart în centripete și centrifuge. Fibrele centripete transmit impulsurile nervoase de la receptori spre sistemul nervos central. Acestea-s fibre senzitive (afereente). Fibre nervoase senzitive sînt distribuite în toate porțiunile sistemului nervos periferic. Alt tip de fibre — centrifuge, propagă impulsurile de la sistemul nervos central spre organul inervat. Ele sînt numite fibre eferente. În dependență de structura organului inervat fibrele nervoase eferente pot fi împărțite în motorii (inervează țesutul muscular), secretorii (inervează glandele), și trofice.

Fibrele somatice inervează soma (corpul), cele vegetative — viscerele și vasele. Corespunzător locului de pornire a nervilor de la sistemul nervos central ei se împart în cranieni, *nn. craniáles*, ce își iau începutul de la encefal, și nervi spinali, (*nn. spináles*), cu începutul pe măduva spinării.

Nervii masivi, ca regulă, formează fascicule vasculonervoase, acoperite cu teci de țesut conjunctiv. Fasciculul vasculonervos include în componența sa artere, vene, vase limfatice și nervi.

Se disting nervi (ramuri) cutanați (superficiali) și musculari (profunzi). Primii sînt situați în țesutul celuloadipos subcutanat, pe fascia superficială a corpului, ultimii — sub această fascie, pătrunzînd între mușchi. Ca regulă, nervii (ramurile) cutanați nu sînt însoțiți de vase sanguine și limfatice, conțin fibre nervoase senzitive (afereente) destinate pentru inervația pielii, și vegetative, care inervează glandele pielii, mușchii netezi ai foliculilor piloși și vasele.

Nervii (ramurile) musculari, ca regulă, intră în componența fasciculelor vasculonervoase și conțin fibre motorii (eferente), senzitive (afereente) și viscerale (vegetative) care inervează mușchii, articulațiile, oasele și vasele sanguine.

Regiunile de răspîndire a nervilor sau a ramurilor lor nu corespund strict limitelor unui segment (metamer) al corpului, pătrunzînd în segmentele vecine derivate ale metamerele adiacente.

Se disting nervi motorii, senzitivi și micști. Nervul motor, *nervus motorius*, este format de apofizele neurocitelor situate în nucleele coarnelor anterioare ale măduvei spinării sau în nucleele motorii ale nervilor cranieni. Nervul senzitiv, *nervus sensorius*, este compus din apofizele neurocitelor ganglionilor senzitivi ai nervilor cranieni, *gânglia sensorialia nervi craniálium* sau a ganglionilor (senzitivi) spinali, *gânglia spinalia sensorialia*. În corpul uman majoritatea nervilor sînt micști. Nervul mixt, *nervus mixtus*, conține fibre (afereente) senzitive, *neurofibrae afferentes*, precum și fibre (eferente) motorii, (*neurofibrae efferentes*).

Nervii vegetativi (autonomi) și ramurile lor, *nervi et rami autonómicae (visceráles)*, sînt formați din apofizele neurocitelor coar-

nelor laterale ale măduvei spinării sau a nucleelor vegetative ale nervilor cranieni. Apofizele acestor neurocite sînt fibre nervoase preganglionare, *neurofibrae preganglionáres*, și parcurg calea pînă la ganglionii vegetativi (autonomi), inclusiv în componența plexurilor vegetative. Apofizele neurocitelor situate în ganglionii vegetativi (autonomi), *gânglia autonómica viscerália*, se îndreaptă spre organe și țesuturi, fiind numite fibre nervoase postganglionare, (*neurofibrae postganglionáres*).

NERVII CRANIENI

Nervii ce pornesc de la trunchiul encefalului au primit denumirea de nervi cranieni (craniocerebrali), (*nn. craniáles*). La om distingem 12 perechi de nervi cranieni, care sînt indicați cu cifre romane și în dependență de amplasarea lor au denumiri specifice:

I — nervii olfactori, *nn. olfactorii*

II — nervul optic, *n. opticus*

III — nervul oculomotor, *n. oculomotorius*

IV — nervul trohlear, *n. trochleáris*

V — nervul trigemen, *n. trigéminus*

VI — nervul abductor, *n. abducens*

VII — nervul facial, *n. faciális*

VIII — nervul vestibulocohlear, *n. vestibulocochleáris*

IX — nervus glosofaringian, *n. glossopharingéus*

X — nervul vag, *n. vágus*

XI — nervul accesoriu, *n. accessorius*

XII — nervul hipoglos, *n. hypoglóssus*.

Nervii olfactori și optici sînt derivate ale proencefalului (vezicula cerebrală anterioară) și prezintă în sine apofize ale celulelor nervoase situate în tunica mucoasă a cavității nazale (organul olfactiv) sau în retină (organul văzului). Prin aceasta nervii olfactori și optici diferă esențial de ceilalți nervi cranieni. Restul nervilor se formează din encefalul în dezvoltare prin deplasarea la periferie a neurocitelor tinere, apofizele cărora alcătuiesc nervii senzitivi (de pildă, *n. vestibulocochleáris*) sau fibrele senzitive (afereente) ale nervilor micști (*n. trigéminus, n. faciális, n. glosso-*

pharyngéus, n. vagus). Nervii cranieni motori (*n. oculomotórius, n. trochleáris, n. abdúcens* și *n. hypoglóssus*) s-au format din fibre nervoase motorii (eferente) ce prezintă apofize ale neurocitelor situate în nucleii respectivi ai trunchiului cerebral. Formarea nervilor cranieni în filogeneză depinde de dezvoltarea arcurilor viscerale și a derivatelor lor, a organelor senzoriale și reducerea somitelor în regiunea capului.

Nervii olfactori

Nervii olfactori, *nn. olfactórii*, sînt prima (I) pereche de nervi cranieni. Ei sînt formați de apofizele centrale ale celulelor olfactive situate în mucoasa regiunii respective a cavității nazale. Ei nu formează trunchi nervos, ci se grupează în 15—20 de nervi olfactori subțiri, care pătrund prin orificiile *lámina cribrósa*, implantîndu-se în bulbul olfactor (vezi „Organele senzoriale“).

Nervul optic

Nervul optic, *n. ópticus* (perechea II de nervi cranieni), reprezintă un trunchi nervos, alcătuit din apofizele neurocitelor ganglionare a stratului respectiv al retinei globului ocular (vezi „Organele senzoriale“). Acest nerv începe pe retină în regiunea petei oarbe, unde axonii neurocitelor ganglionare formează un fascicul numit nervul optic.

Nervul optic penetrează tunica vasculară și sclera globului ocular (porțiunea intraoculară a nervului), trece în orbită spre canalul optic (porțiunea orbitală), prin care pătrunde în cavitatea craniului (porțiunea intracanaliculară), unde la baza encefalului (porțiunea intracraniană) ambii nervi (drept și stîng), apropiîndu-se, se intersectează incomplet — formînd o chiasmă, *chiásma ópticum*, și se prelungește în tractul optic.

Lungimea nervului optic este egală cu 50 mm, grosimea (împreună cu tunicile) — 4 mm. Porțiunea orbitală a nervului este cea mai lungă (25—30 mm) și, fiind situată între mușchii dreپți ai

globului ocular, trece prin *ánnulus tendíneus cómmunis*. Aproximativ la mijlocul porțiunii orbitale a nervului în el pătrunde artera centrală a retinei, care în interiorul nervului aderă la vena omonimă. În interiorul orbitei nervul optic este tapetat cu teaca internă și externă, *vágina intérna et extérna n. óptici*, care corespund meningelor cerebrale: *dúra máter, arachnoidea* împreună cu *pia máter* concrescute cu sclera globului ocular. Între aceste teci se află spații înguste ce conțin lichid — spații *intervaginales, spátia intervaginália*. Porțiunea intracraniană a nervului este situată în spațiul sub arahnoidian și-i acoperită de pia mater a encefalului.

Nervul oculomotor

Nervul oculomotor, *n. oculomotórius* (perechea III de nervi cranieni), este un nerv mixt. O porțiune a nervului începe de la nucleul motor, cealaltă — de la cel vegetativ (parasimpatic) situată în mezencefal. Nervul iese din șanțul omonim pe suprafața medială a pedunculilor cerebrali, la marginea anterioară a punții. Orientîndu-se anterior, *n. oculomotórius* trece pe peretele lateral al sinusului cavernos, apoi prin fisura orbitală superioară pătrunde în orbită. Înainte de orbită nervul se împarte în ramura superioară și inferioară, *r. supérior et r. inférrior*. Ramura superioară, pur motorie, inervează mușchiul levator al palpebrei superioare și *m. réctus supérior*. Ramura inferioară, mixtă, poartă fibre motorii pentru *m. réctus inférrior, m. réctus mediális* și pentru *m. óbliquus inférrior*. Fibrele vegetative ce se conțin în ramura inferioară a nervului, formează *rádix oculomotórie*, *rádix oculomotória*, care pornește spre ganglionul ciliar. *Rádix oculomotória* conține fibre parasimpatice pre-ganglionare (vezi „Sistemul nervos vegetativ“), ce pornesc din *nucleus n. accessórius* al nervului oculomotor.

Nervul trohlear

Nervul trohlear, *n. trochleáris* (perechea IV de nervi cranieni), este un nerv motor. Fibrele nervoase încep de la nucleul situat în mezencefal. Iese din creier pe suprafața posterioară a trunchiului cerebral, lateral de velul medular superior, ocolește pedunculul cerebral din partea laterală, fiind situat între ultimul și lobul temporal al emisferei encefalului. Orientându-se anterior, nervul trohlear trece prin peretele lateral al sinusului cavernos al pahimeningelui și prin fisura orbitală superioară pătrunde în orbită. În fisura orbitală superioară nervul, fiind situat superior și lateral de *n. oculomotorius*, ajunge la mușchiul oblic superior al ochiului pe care-l inervează.

Nervul trigemen

Nervul trigemen, *n. trigeminus* (perechea V de nervi cranieni), este un nerv mixt. Fibrele motorii ale *n. trigeminus* încep de la nucleul motor aflat în punte. Fibrele senzitive ale nervului se îndreaptă spre nucleul tractului mezencefalic și nucleul tractului spinal al nervului. El inervează pielea feței, a regiunii frontale și temporale, mucoasa cavității nazale și sinusurilor paranasale, a cavității bucale, a limbii (2/3), dinților, conjunctiva ochiului, mușchii masticatori, mușchii planșeului bucal (*m. mylohioidéus* și venterul anterior al *m. digástricus*), precum și mușchii constrictori ai velului palatin și membrana timpanică. Pe traiectul celor trei ramuri ale nervului trigemen se află ganglioni vegetativi (autonomi), care s-au format din neurocitele emigrate în procesul embriogenezei din rombencefal. Acești ganglioni după structură sînt identici cu ganglionii intraorganici ai porțiunii parasimpatice a sistemului nervos vegetativ.

Nervul trigemen părăsește creierul la baza lui prin două rădăcini (senzitivă și motorie) în locul de trecere a punții spre pedunculul cerebelar mediu.

Rădăcina senzitivă, *rădix sensória*, este mult mai masivă față de

rădăcina motorie, *rădix motória*. *N. trigeminus* se deplasează înainte și lateral, pătrunde în cavitatea trigeminală, (*cávu-m trigeminále*), care reprezintă o dedublare a pahimeningelui în *impré-sio trigémini* pe fața anterioară a piramidei osului temporal. În această cavitate se află o tumefiere a nervului — ganglionul trigeminal, *gánglion trigeminále* (ganglionul Gasser). Ganglionul trigeminal are o formă de semilună și prezintă un conglomerat de neurocite pseudounipolare apofizele centrale ale căroa formează rădăcina senzitivă în componența căreia ele se deplasează spre nucleele senzitive. Apofizele periferice ale acestor neurocite se deplasează la periferie în componența ramurilor nervului trigemen unde se termină cu receptori în piele, mucoase și alte organe ale capului. Rădăcina motorie a nervului aderă la ganglionul trigeminal din partea inferioară, fibrele ei participă la formarea ramurii a treia a nervului. De la ganglionul trigeminal pornesc trei ramuri ale nervului: 1) nervul oftalmic (ramura I); 2) nervul maxilar (ramura II); și 3) nervul mandibular (ramura III). Nervii oftalmic și maxilar sînt senzitivi; *n. mandibular* este mixt, el conține fibre senzitive și motorii. Fiecare din ramurile nervului trigemen la început de cale dau ramuri senzitive spre pahimeningele encefalului.

Nervul oftalmic, *n. ophthálmicus*, pleacă de la ganglionul trigeminal, se amplasează în peretele lateral al sinusului cavernos și pătrunde în orbită prin fisura orbitală superioară. Pînă la intrare în orbită nervul oftalmic dă ramura tentorială (*meningeală*), *r. tentórii (meningéus)*, care, orientându-se posterior se ramifică în tentoriul cerebelului. În orbită *n. ophthálmicus* se divide în nervii: lacrimal, frontal și nazociiliar (fig. 250).

1) Nervul lacrimal, *n. lacrimális*, se deplasează de-a lungul peretelui lateral al orbitei spre glanda lacrimală. Înainte de a pătrunde în glandă nervul primește o ramură comunicantă, (*rámus comunicans, cum n. zygomático*), care-l unește cu ner-

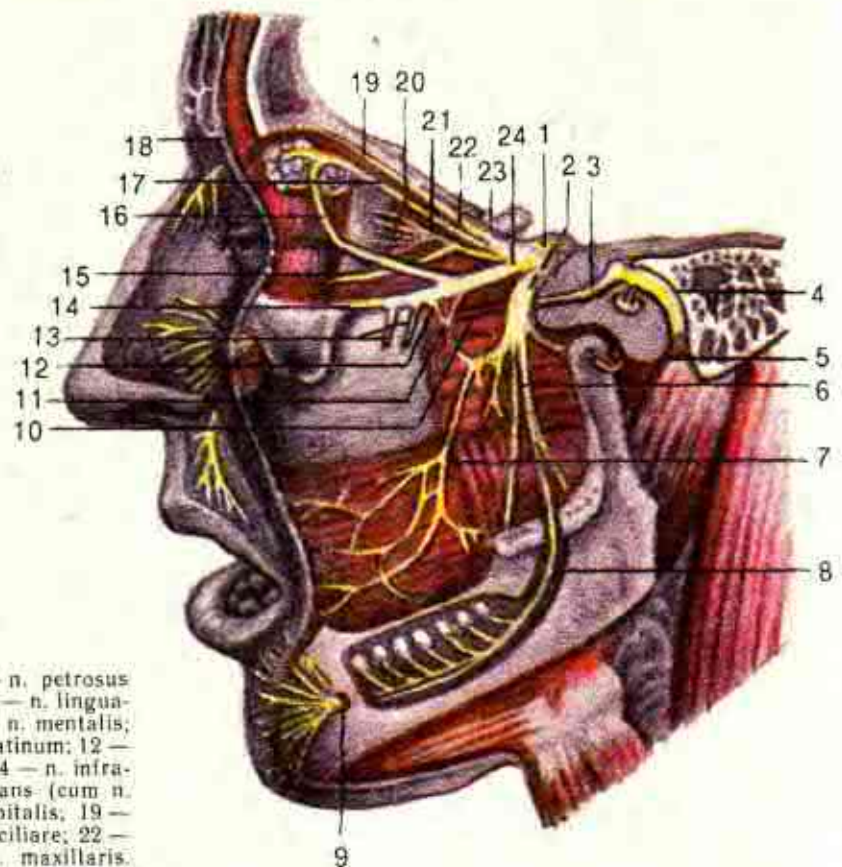


Fig. 250. Nervul trigemen.

1 — gangl. trigeminale; 2 — n. mandibularis; 3 — n. petrosus major; 4 — n. facialis; 5 — n. auriculotemporalis; 6 — n. lingualis; 7 — n. buccalis; 8 — n. alveolaris inferior; 9 — n. mentalis; 10 — n. canalis pterygoidei; 11 — gangl. pterygopalatinum; 12 — rr. ganglionares; 13 — nn. alveolares superiores; 14 — n. infraorbitalis; 15 — n. zygomaticus; 16 — r. comunicans (cum n. zygomatico); 17 — n. lacrimalis; 18 — n. supraorbitalis; 19 — n. frontalis; 20 — nn. ciliares breves; 21 — gangl. ciliare; 22 — radix nasociliaris; 23 — n. ophthalmicus; 24 — n. maxillaris.

vul zigomatic (ramură a *n. maxilăris* din *n. trigeminus*). Ramurile terminale ale nervului lacrimal inervează pielea și conjunctiva palpebrei superioare în regiunea unghiului lateral al ochiului.

2. Nervul frontal, *n. frontalis*, situat sub peretele superior al orbitei. Una din ramurile lui — nervul supraorbital, *n. supraorbitalis*, iese din orbită prin incizura omonimă, se împarte în ramurile medială și laterală care se termină în pielea frunții. A doua ramură a nervului frontal — nervul supratrochlear, *n. supratrochlearis*, este situată de asupra trohleei mușchiului oblic superior și se termină în pielea rădăcini nasului, porțiunii inferioare a frunții, în pielea și conjunctiva palpebrei superioare din regiunea unghiului medial al ochiului (fig. 251).

3. Nervul nazociliar, *n. nasociliaris*, se îndreaptă înainte, fiind situat între *m. rectus medialis* și *m. obliquus superior*. În orbită de la el se ramifică următoarele ramuri: nervii etmoidali anterior și posterior, *nn. ethmoidales anterior et posterior* spre mucoasa labirintului etmoi-

dal; ramurile nazale (aparțin nervului etmoidal anterior), *rr. nasales*, către mucoasa porțiunii anterioare a cavității nazale; nervii ciliari lungi, *nervi ciliares longi*, care în componența a 2—4 ramuri se orientează înainte (mai medial de nervul optic) spre scleră și tunica vasculară a globului ocular; nervul întratrohlear, *n. infratrochlearis*, situat sub *m. obliquus superior* se îndreaptă spre pielea unghiului medial al ochiului și rădăcina nasului; ramura comunicantă (cu ganglionul ciliar), *r. comunicans (cum ganglio ciliaris)*, conține fibre nervoase senzitive, se deplasează către ganglionul ciliar și se referă la porțiunea parasimpatică a sistemului nervos vegetativ. Nervii ciliari scurți, *nn. ciliares breves*, pleacă în număr de 15—20 de la ganglionul ciliar, se îndreaptă spre globul ocular inervându-l cu fibre senzitive și vegetative.

Nervul maxilar, *n. maxillaris*, pornește de la ganglionul trigeminal, se orientează înainte, părăsește cavitatea craniului prin *foramen rotundum* și ni-merește în fosa pterygopalatină. Înainte de ieșire de la nervul maxilar se

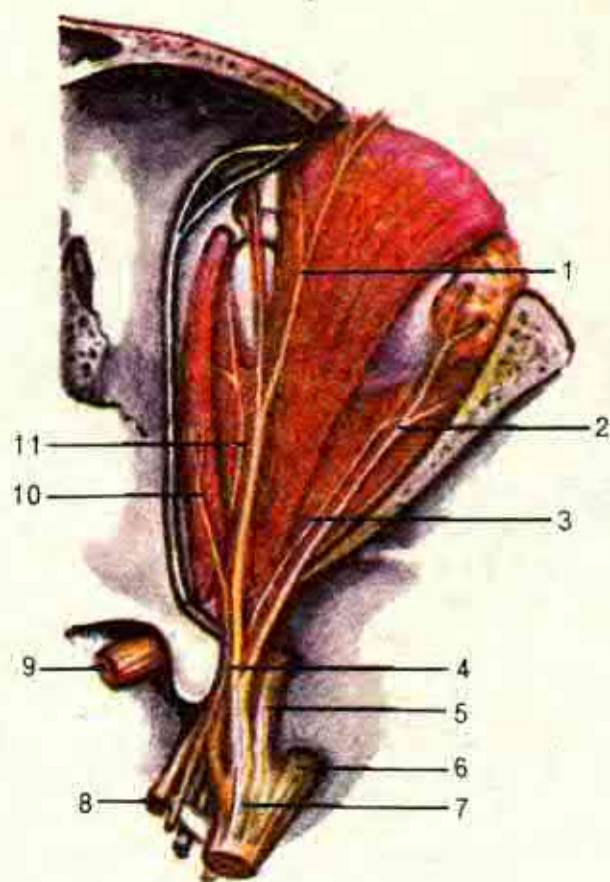


Fig. 251. Nervii orbitei din dreapta (peretele superior al orbitei e rezezat; aspect superior).

1 — n. frontalis; 2 — n. lacrimalis; 3 — n. abducens; 4 — n. ophthalmicus; 5 — n. maxillaris; 6 — n. mandibularis; 7 — gangl. trigeminale; 8 — n. oculomotorius; 9 — n. opticus; 10 — n. trochlearis; 11 — n. nasociliaris.

desprinde ramura meningeală (medie), *r. meningeus (medius)*, care însoțește ramura anterioară a *a. meningea media* și inervează pahimeningele encefalului în regiunea fosei medii a craniului. În fosa pterigopalatină de la nervul maxilar se ramifică nervii infraorbital și zigomatic; ramurile ganglionare către ganglionul pterigopalatin.

1. Nervul infraorbital, *n. infraorbitalis* este o prelungire directă a nervului maxilar. Prin fisura orbitală inferioară acest nerv pătrunde în orbită, se plasează inițial în șanțul infraorbital, iar apoi în canalul omonim al maxilei. Ieșind din canal prin orificiul infraorbital pe fața anterioară a maxilei, el se distribuie în câteva ramuri. Din ele fac parte; ramurile palpebrale inferioare, *rr. palpebrales inferiores*, care se îndreaptă spre pielea palpebrei inferioare; ramurile na-

zale externe, *rr. nasales externi*, care se ramifică în pielea nasului, ramurile labiale superioare, *rr. labiales superiores*.

Pe parcurs, aflindu-se în șanțul infraorbital și canalul omonim de la trunchiul nervului se ramifică ramurile alveolare superioare — anterioare, medii și posterioare, *rr. alveolares superiores anteriores, medius et posteriores*, care în interiorul maxilei formează plexul dental superior, *plexus dentalis superior*. Ramurile dentale superioare, *rr. dentales superiores*, a acestui plex, inervează dinții arcadei superioare, iar ramurile gingivale superioare, *rr. gingivales superiores* — gingiile. De la nervul infraorbital pleacă de asemenea ramurile nazale interne, *rr. nasales interni* spre mucoasa regiunii anterioare a cavității nazale.

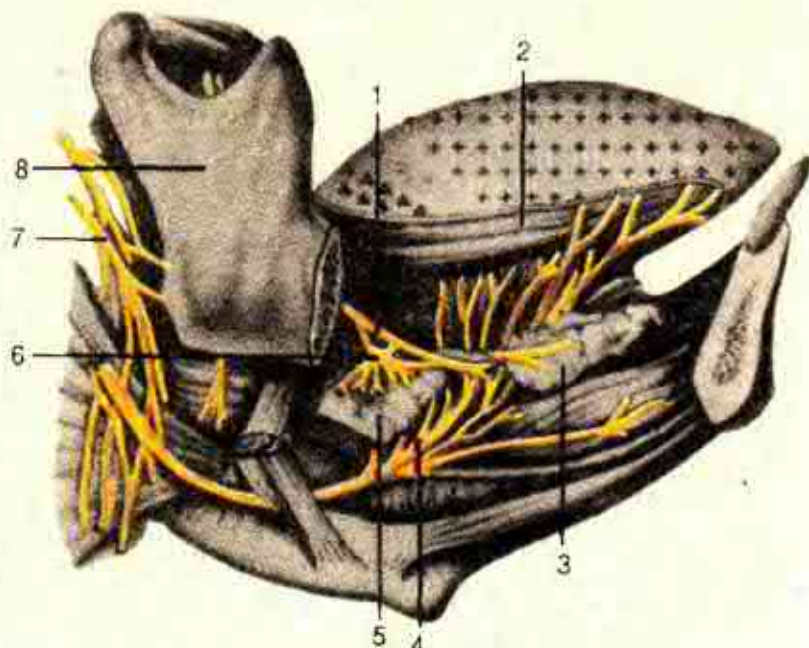
2. Nervul zigomatic, *n. zygomaticus*, ramură ce pornește de la nervul maxilar în vecinătatea ganglionului pterigopalatin și pătrunde în orbită prin fisura orbitală inferioară. În orbită dă ramura comunicantă, care conține fibre parasimpatice postganglionare spre nervul lacrimal pentru inervația secretorie a glandei lacrimale. Apoi nervul zigomatic pătrunde în *foramen zygomatico-orbitalis*, unde se împarte în două ramuri: ramura zigomaticotemporală, *r. zygomaticotemporalis*, care iese prin orificiul cu același nume în fosa temporală, inervând pielea acestei regiuni și a unghiului lateral al ochiului; ramura zigomaticofacială, *r. zygomaticofacialis*, prin orificiul omonim iese pe fața anterioară a osului zigomatic și inervează pielea acestei regiuni, inclusiv a obrazului.

3. Ramurile ganglionare, *rr. ganglionares*, conțin fibre senzitive și vegetative, ce pleacă de la nervul maxilar (în fosa pterigopalatină) spre ganglionul pterigopalatin și ramurile lui.

Ganglionul pterigopalatin, ganglion pterygopalatinum, se referă la porțiunea parasimpatică a sistemului nervos vegetativ (vezi pag. 435). Ramurile ce pleacă de la acest ganglion sînt:

Fig. 252. Nervii limbii, aspect din dreapta. (Corpul mandibulei, o porțiune a mușchiului milohioid din dreapta, mușchiul stilohioid, venterul posterior al mușchiului digastric și o porțiune a glandei submandibulare sînt rezecate). 2/3 anterioare ale limbii (hașurat cu cruciulițe) — regiunea de distribuire a ramurilor nervului lingual; treimea posterioară (hașurat cu triunghiuri) — regiunea ramificării nervului glosolaringian.

1 — n. lingualis; 2 — lingua; 3 — glandula sublingualis; 4 — n. hypogloosus; 5 — gl. submandibularis; 6 — gangl. submandibulare; 7 — n. glosso-pharyngeus; 8 — r. mandibulae.



1. Ramurile nazale posterioare mediale și laterale, *rr. nasales posteriores superiores mediales et laterales*, care pătrund în cavitatea nazală prin *foramen sphenopalatinum*, inervînd aici mucoasa, inclusiv glandele ei. Una din cele mai masive ramuri superioare mediale — nervul nazopalatin, *n. nasopalatinus*, se situează pe septul nazal și prin canalul incisiv se îndreaptă spre mucoasa palatului dur.

2. Nervul palatin mare și nervii palatini mici, *n. palatinus major et nn. palatini minores*, prin canalele omonime se deplasează spre mucoasa palatului dur și cel moale.

3. Ramurile nazale posterioare inferioare, *rr. nasales posteriores inferiores*, situate în canalul palatin, inervează tunica mucoasă în porțiunea inferioară a cavității nazale.

Nervul mandibular, n. mandibularis, părăsește cavitatea craniului prin *foramen ovale*. În componența sa include fibre nervoase senzitive și motorii. După ieșirea din orificiul numit de la nervul mandibular se ramifică ramuri motorii spre mușchii masticatori omonimi: nervul maseter, *n. masseterius*; nervii temporali profunzi, *nn. temporales profundi*; nervii pterigoidieni lateral și medial, *nn. pterygoidiei lateralis et medialis* (fig. 252). Nervul mandibular asigu-

ră de asemenea cu ramuri motorii mușchiul tensor al velului palatin, *n. musculi tensoris veli palatini*, și mușchiul tensor al timpanului, *n. musculi tensoris tympani*.

Ramurile senzitive ale nervului mandibular sînt:

1. Ramura meningeală, *r. meningeus*, face cale întoarsă, prin orificiul spinos (însoteste artera meningeală medie), pătrunde în cavitatea craniului și inervează pahimeningele encefalului în regiunea fosei mediale a craniului.

2. Nervul bucal, *n. bucalis*, la început este situat între capetele mușchiului pterigoid lateral, apoi iese de sub marginea anterioară a acestui mușchi, se plasează pe fața externă a mușchiului buccinator și, străpungîndu-l, se termină în mucoasa obrazului și pielea unghiului orificiului bucal.

3. Nervul auriculotemporal, *n. auriculotemporalis*, începe cu două rădăcini, care cuprind *a. meningea media*, apoi se unesc într-un singur trunchi. Nervul se află pe fața internă a apofizei coronoide a mandibulei, ocolește colul ei din partea posterioară și, cotînd în sus, anterior de conductul auditiv extern, însoteste artera temporală. Ramurile lansate de nervul auriculotemporal inervează porțiunea anterioară a pavilionului urechii (ramurile auriculare anterioare, *rr.*

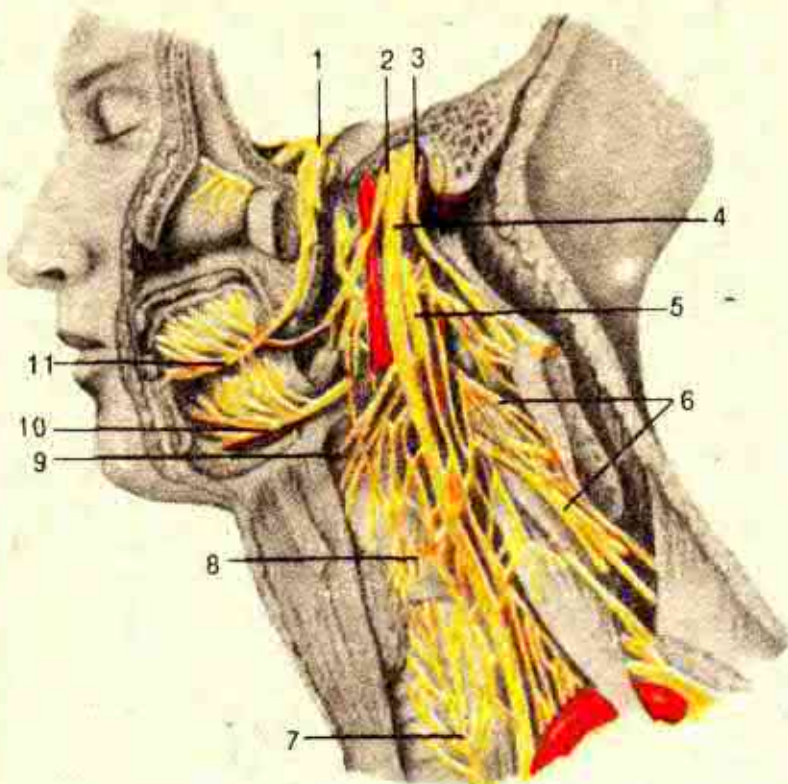


Fig. 253. Nervii capului și gîtului; aspect din stînga. (Mușchii, vasele, peretele lateral al bazei craniului și jumătatea stîngă a mandibulei sînt rezecate).

1 — gangl. trigeminale; 2 — n. glossopharyngeus; 3 — n. accessorius; 4 — n. vagus; 5 — gangl. cervicale superius; 6 — plexus cervicalis; 7 — n. laryngeus inferior; 8 — ansa cervicalis; 9 — n. laryngeus superior; 10 — n. hypoglossus; 11 — n. lingualis.

auriculăres anteriōres), și conductului auditiv extern, (*n. meatus acustici extēni*), membrana timpanică, (*rr. membrānae tympanici*), pielea tîmplei (*rr. temporāles superficiāles*). Nervul auriculotemporal lansează de asemeni ramuri parotide, *rr. parotīdei*, ce conțin fibre nervoase postganglionare parasimpatice (secretorii) către glanda parotidă. Aceste fibre aderă la nervul auriculotemporal prin intermediul ramurii comunicante ale ganglionului otic (cu nervul auriculotemporal), *r. comunicans (cum. n. autocolotemporalis)*. Ganglionul otic, *gānglion oticum*, este situat pe partea medială a nervului mandibular, imediat după ieșirea acestuia prin orificiul oval.

4. Nervul lingual, *n. lingualis*, — nerv mixt, situat la început între mușchii pterigoidieni lateral și medial, face un traiect arciform și se îndreaptă anterior și în jos (fig. 253). Deplasîndu-se pe fața internă a mandibulei, se aranjează sub mucoasa planșeului bucal și pătrunde în partea inferioară a limbii. *N. lingualis* este format din fibre nervoase ce recepționează sensibilitatea generală (durerea, simțul tactil, sensibilitatea termică) pe 2/3 anterioare a mucoasei lim-

bii (ramurile linguale, *rr. linguales*), mucoasa cavității bucale și porțiunii anterioare a gingiilor inferioare (nervul sublingual, *n. sublingualis*), al arcului palatoglos și tonzilei palatine (ramurile istmului faucium, *rr. isthmi faucium*). De la nervul lingual se ramifică ramuri ganglionare, *rr. ganglionares*, ce conțin fibre senzitive și fibre preganglionare parasimpatice. Fibrele ganglionare trec spre ganglionul submandibular, *gānglion submandibulare*, și ganglionul sublingual, *gānglion sublinguale*. Fibrele parasimpatice preganglionare ce se conțin în componența nervului lingual (vezi „Porțiunea parasimpatice a sistemului nervos vegetativ (autonom)”) aderă la el prin ramura comunicantă (cu coarda timpanică), *r. comunicans (cum chorda tympani)*, — ramură a nervului facial. *Chorda tympani* se alipește la nervul lingual în locul unde acesta trece între mușchii pterigoidieni medial și lateral.

Nervul alveolar inferior, *n. alveolaris inferior*, este mixt și e cea mai masivă din ramurile nervului mandibular, aderă la fața externă a mușchiului pterigoid lateral și conține fibre sen-

zitive și motorice. Nervul pătrunde în canalul mandibular prin *forâmen mandibular* și părăsește acest canal prin *forâmen mentalis* sub denumirea de *n. mentalis*. La intrarea nervului în canalul mandibular de la el se ramifică *n. mylohyoidéus*, care inervează mușchiul omonim și venterul anterior al *m. digastricus*. Pe traiectul canalului, nervul alveolar inferior lansează ramuri care formează plexul dental inferior, *pléxus dentális inferior*. De la acest plex emerg ramurile dentale inferioare, *rr. dentáles inferiôres*, și ramurile gingivale inferioare, *rr. gingiváles inferiôres*, care inervează dinții inferiori și gingiile. Ramura terminală a nervului alveolar inferior — nervul mental, *n. mentalis*, se termină în pielea bărbiei și buzei inferioare prin ramurile mentale și labiale inferioare, *rr. mentáles et labiáles inferiôres*.

Nervul abducens

Nervul abducens, *n. abducens* (perechea VI de nervi cranieni), este format din axonii neurocitelor motorii aflate în nucleul nervului, situat în *tegmentum pöntis*. Iese din encefal în șanțul dintre punte și medula oblongată, penetrează pahimeningele encefalului, pătrunde în sinusul cavernos, fiind situat aici lateral de artera carotidă internă, trece în orbită prin fisura orbitală superioară și inervează *m. réctus laterális*.

Nervul facial

Nervul facial, *n. faciális*, (perechea VII de nervi cranieni) (fig. 254). Sub această denumire sînt uniți doi nervi: nervul facial propriu, *n. faciális*, format din fibre nervoase motorii — apofize ale neurocitelor ce se conțin în nucleul nervului facial, și nervul intermediar, *n. intermédius*, alcătuit din fibre senzitive gustative și fibre nervoase vegetative. Fibrele senzitive se termină pe celulele *núcleus tractus solitárius*, motorii încep de la *núcleus motórius*, iar cele vegetative din nucleul salivator superior. Nucleele nervului facial sînt

situate în limitele punții și medulei oblongate. Ieșind la baza creierului la marginea posterioară a punții lateral de olivă, nervul facial împreună cu cel intermediar și vestibulocohlear pătrunde în conductul auditiv intern. În interiorul temporalului nervul facial se amplasează în canalul omonim și părăsește osul prin orificiul stilomastoidean. Pe traiectul canalului nervul facial formează o flexură — geniculul nervului facial, *geniculum nérvii faciális*, și ganglionul genicular, *gánglion genículi*. Ganglionul genicular se referă la porțiunea senzitivă (intermediară) a nervului și este formată din neurocite pseudounipolare. În interiorul canalului nervul facial lansează următoarele ramuri:

1. Nervul pietros mare, *n. petrósus măjor*, format din fibre preganglionare parasimpatice ce prezintă cu sine axoni ai neurocitelor situate în nucleul salivator superior. Nervul se ramifică de la cel facial în regiunea geniculului și apare pe fața anterioară a piramidei temporalului prin *hiátus canális nérvii petrósi măjor*. Situat în șanțul omonim, iar apoi prin *forâmen lacérum* nervul pietros mare pătrunde în canalul pterigoid și împreună cu nervul pietros profund, *n. petrósus profundus* (BNA) (nerv simpatic, component al plexului carotid intern), primește denumirea de *nerv al canalului pterigoid*, *n. canalis pterigoidei*, care ajunge la ganglionul pterigopalatin (vezi „Nervul trigemen”).

2. *Chorda timpanică*, *chorda tímpani*, formată din fibre preganglionare parasimpatice emergente din nucleul salivator superior, și fibre senzitive (gustative) ce prezintă cu sine apofize periferice ale neurocitelor pseudounipolare aflate în *gánglion genículi*. Apofizele centrale ale acestor neurocite se termină în nucleul tractului solitar. Ramificațiile periferice ale acestor neurocite se termină cu receptori gustativi în tunica mucoasă a două treimi anterioare ale limbii și ale palatului moale.

Chorda tímpani părăsește nervul facial înainte de ieșirea lui prin *forâmen stylomastoidéum*, trece în cavitatea tim-

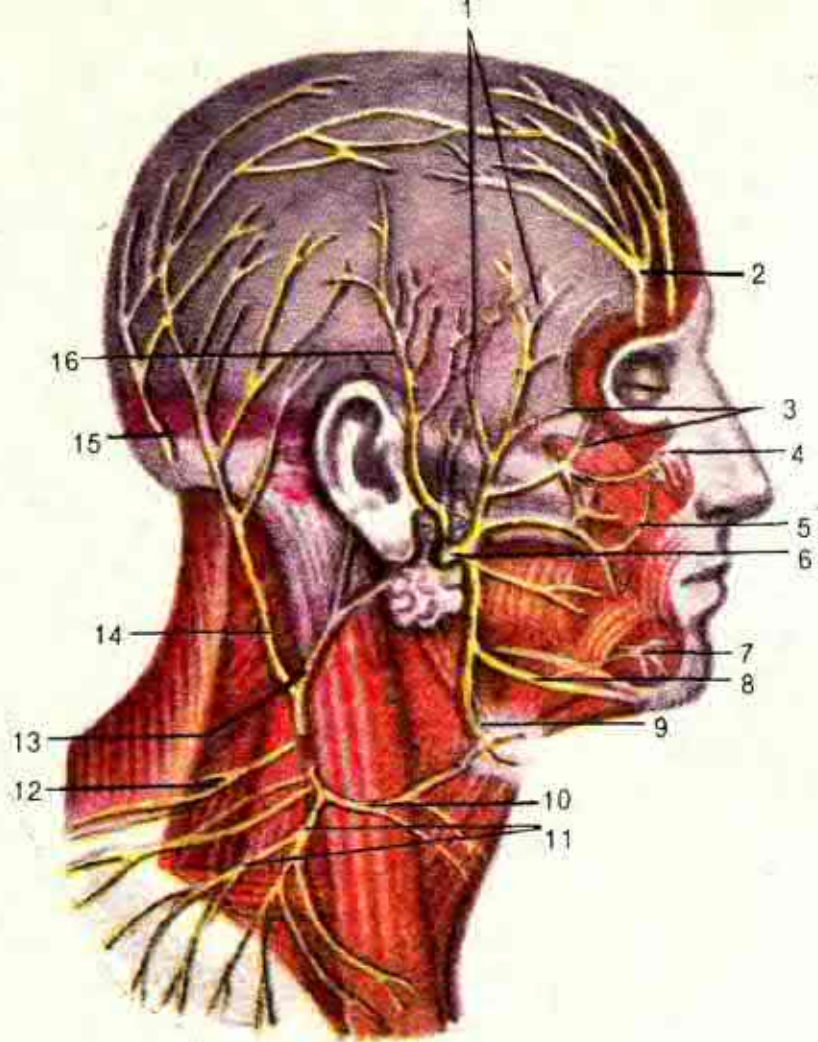


Fig. 254. Nervii superficiali ai capului și gîtului.

1 — rr. temporales; 2 — n. supraorbitalis; 3 — rr. zygomatici; 4 — n. infraorbitalis; 5 — rr. buccales; 6 — n. facialis; 7 — n. mentalis; 8 — r. marginalis mandibulae; 9 — r. colli; 10 — n. transversus colli; 11 — nn. supraclaviculares; 12 — n. accessorius; 13 — n. auricularis magnus; 14 — n. occipitalis minor; 15 — n. occipitalis major; 16 — n. auriculotemporalis.

panică (aici nu dă ramificații) și apare la exterior prin fisura pietrotimpanică. Apoi horda timpanică se îndreaptă anteroinferior și aderă la nervul lingual.

3. Nervul scăriței, *n. stapedius*, părăsește nervul facial în porțiunea descendentă a canalului omonim și inervează *m. stapedius* din cavitatea timpanică.

După ieșirea din orificiul stilomastoidian nervul facial dă ramuri motorii la *venter occipitalis m. epicranii*, la mușchiul auricular posterior — *nervul auricular posterior*, (*n. auricularis posterior*); la venterul posterior al mușchiului digastric — *ramura digastrică*, (*r. digastricus*); la mușchiul stilohioidian, *ramura stilohioidă*, (*r. stylohyoidicus*). Apoi nervul facial pătrunde în glanda parotidă și, ramificându-se în mai multe ramuri care anastomozează între ele, formează plexul parotid, *plexus parotideus*. Ultimul constă numai din fibre motorii și dă următoarele ramuri:

1. *Ramuri temporale*, *rr. temporales*, emergente în regiunea respectivă și inervează mușchiul auricular anterior, venterul frontal al mușchiului epicranian și mușchiul orbicular al ochiului.

2. *Ramuri zigomatice*, *rr. zygomatici*, se deplasează anterosuperior și inervează mușchiul orbicular al ochiului și *m. zygomaticus major*.

3. *Ramuri bucale*, *rr. bucales*, se orientează anterior pe fața *m. masseter* și inervează mușchii zigomatic mare și mic, mușchii levatori ai buzei superioare și unghiului gurii, mușchiul buccinator, orbicular al gurii, mușchiul nazal și rizor.

4. *Ramura marginală a mandibulei*, *r. marginalis mandibulae*, merge anteroinferior de-a lungul mandibulei, inervează mușchii depresor al buzei inferioare și unghiului gurii, *m. mentalis*.

5. *Ramura gîtului ramus colli*, se îndreaptă în jos posterior de unghiul mandibulei spre fața anterolaterală a

gitului și inervează *m. platísma*, anastomozează cu *n. transversus cõlli* din plexul cervical.

Nervul vestibulocohlear

Nervul vestibulocohlear, *n. vestibulocochleáris* (perechea VIII de nervi crãnieni) este format din fibre nervoase senzitive care aferentează de la organul auditiv și static. Pe fața anterioară a creierului nervul iese posterior de punte, lateral de rădăcina nervului facial. Apoi nervul pătrunde în conductul auditiv intern, unde se divide în partea vestibulară și cohleară respectiv celor doi ganglioni omonimi (vezi „Urechea internă”).

Corpurile neurocitelor ce alcătuiesc partea vestibulară, (*pars vestibuláris*), a nervului vestibulocohlear se găsesc în ganglionul vestibular, (*gãnglion vestibuláre*), care este situat pe fundul conductului auditiv intern. Apofizele periferice ale acestor celule alcătuiesc nervii ampulari anterior, posterior și lateral; *nn. ampulláres antérior, postérior et laterális*, inclusiv *nervul utricular*, *n. utriculáris*, *nervul utriculoampular*, *n. utriculoampulláris* și *nervul saccular*, *n. sacculáris*, care se termină cu receptori în labirintul membranos al urechii interne. Apofizele centrale ale neurocitelor ganglionului vestibular sînt emergente spre nucleii omonimi aflați în *área vestibulláris* a fosei romboide, formînd partea vestibulară a nervului vestibulocohlear.

Partea cohleară, *pars cochleáris*, a nervului vestibulocohlear este formată de apofizele centrale ale neurocitelor ganglionului cohlear (ganglionul spiral al melcului), *gãnglion cochleare (spirale cochleae)*, situat în canalul spiral al melcului. Apofizele periferice ale neurocitelor acestui ganglion se termină în organul spiral din ductul cohlear, iar cele centrale ajung nucleii respectivi aflați în medula oblongată, proiectate aici pe area vestibulară a fosei romboide [vezi „Organul vestibulocohlear (organul auditiv și static)“].

Nervul glosofaringian

Nervul glosofaringian, *n. glossopharyngéus* (perechea IX de nervi crenieni), este un nerv mixt format din fibre senzitive, motorii și secretoare (parasimpatice) (vezi fig. 253). Fibrele senzitive se termină pe neurocitele nucleului tractului solitar, cele motorii încep de la nucleul ambig, iar cele vegetative — de la nucleul salivator inferior. *N. glossopharyngéus* iese cu 4—5 rădăcini din medula oblongată în spatele olivei alături de nervul vag și accesoriu și împreună cu ei părăsesc craniul prin *forámen juguláre*. În limitele acestui orificiu nervul formează ganglionul superior (senzitiv), *gãnglion superius*, iar la ieșire din orificiu, în regiunea fosulei pietroase, ganglionul inferior, *gãnglion inferius*, puțin mai masiv. Acești ganglioni conțin corpuri ale neurocitelor senzitive, apofizele centrale ale cărora emerg spre medula oblongată către nucleul senzitiv (nucleul tractului solitar). Apofizele periferice în componența ramurilor nervului urmează spre tunica mucoasă a treimeii posterioare ale limbii, tunica mucoasă a faringelui și cavității timpanice, spre sinusul carotid și *glómus caróticum*. După ieșire din orificiul jugular, *n. glossopharyngéus* descinde posterior, iar apoi lateral de artera carotidă și medial de vena jugulară. Mai departe, formînd un arc, nervul se deplasează anteroinferior între mușchii stilofaringian și stiloglos, se implantează în rădăcina limbii unde se împarte în ramurile linguale (*rr. lingualis*). Ultimele se distribuie în tunica mucoasă a treimeii posterioare a limbii.

Ramurile laterale a nervului glosofaringian sînt :

1. Nervul timpanic, *n. tympanicus*, se ramifică de la ganglionul inferior și pătrunde în canaliculul timpanic al temporalului prin orificiul inferior al acestuia.

Apărut în cavitatea timpanică, nervul se ramifică în ramuri, care formează plexul timpanic, *pléxus tympanicus*, situat în tunica mucoasă. De la plexul simpatic al arterei carotide spre

plexul timpanic vin nervii carotico timpanici, *nn. carotico tympanici*. Plexul timpanic asigură cu ramuri senzitive tunica mucoasă a cavității timpanice și tubei auditive, *r. tubarius*. Ramura terminală a nervului timpanic — nervul pietros mic, *n. petrosus minor*, conține fibre preganglionare parasimpatice, iese din cavitatea timpanică pe fața anterioară a piramidei temporalului și prin șanțul omonim pătrunde în ganglionul otic.

2. Ramura sinusului carotid, *r. sinus caroticus*, descendează spre bifurcația arterei carotide comune, inervând sinusul și glomul carotid.

3. Ramuri faringiene, *rr. pharyngéi*, se lansează spre peretele lateral al faringelui, unde împreună cu ramurile nervului vag și a lanțului simpatic formează plexul faringian.

4. Ramura mușchiului stilofaringian, *r. m. stylopharyngéi* (motorie), merge în sens anterior și inervează mușchiul omonim.

5. Ramurile tonzilare, *rr. tonsillares*, se desprind de la nervul glosofaringian înainte de pătrunderea acestuia în rădăcina limbii și se îndreaptă spre tunica mucoasă a arcurilor palatine și tonzilelor omonime.

6. Ramura comunicantă (cu ramura auriculară a nervului vag), *r. comunicans* (cum *r. auricularis n. vagalis*), se unește cu ramura auriculară a nervului vag.

Nervul vag

Nervul vag, *n. vagus* (perechea X de nervi cranieni), este un nerv mixt; fibrele lui senzitive se termină în nucleul solitar; fibrele motorii încep de la nucleul ambig. (ambii nuclei sînt comuni cu nervul glosofaringian), iar cele vegetative de la nucleul vagal dorsal. Comparativ cu alți nervi cranieni, nervul vag are un teritoriu imens de inervație. Fibrele emergente de la nucleul vegetativ sînt în majoritate și asigură inervația parasimpatică a organelor gîtului, a cavității toracice și abdominale. Fibrele acestui nerv eferentează impulsuri ce încetinesc palpațiile inimii, dilată vasele, ref-

lector reglează tensiunea sanguină, stenozează bronșiile, fortifică peristaltismul și relaxează sfincterele intestinului, intensifică secreția glandelor tractului gastrointestinal.

Din medula oblongata nervul vag iese în *sulcus lateralis posterior* cu cîteva rădăcini, care, unindu-se, formează un trunchi comun ce părăsește craniul prin *foramen jugulare*. În acest orificiu și imediat după ieșire nervul formează două intumescențe: ganglionii superior și inferior, *gânglion superius et gânglion inférius*. Ganglionii sînt formați din corpurile neurocitelor senzitive. Apofizele periferice ale neurocitelor aflate în acești ganglioni pleacă spre viscere, pahimeningele encefalului, pielea conductului auditiv extern, iar cele centrale — spre nucleul senzitiv al nervului — *nucleus solitarius*.

Aflat în orificiul jugular de trunchiul nervului vag se apropie și se unește cu el ramura internă a nervului accesoriu.

După ieșire din orificiul jugular nervul descinde fiind situat între fascia prevertebrală a gîtului (posterior), vena jugulară internă și artera carotidă internă. În cavitatea toracică nervul vag pătrunde prin apertura ei superioară. Nervul din dreapta se plasează anterior de *a. subclăvia* și posterior de vena omonimă. Cel stîng se aranjează între artera carotidă comună și artera subclaviculară, mai jos se prelungește pe fața anterioară a arcului aortei (fig. 255). Inferior ambii nervi ocolesc din spate rădăcinile plămînilor respectivi. Apoi nervul vag drept trece pe fața posterioară, iar cel stîng — pe fața anterioară a esofagului, făcînd schimb de ramuri între ei. Astfel se formează plexul esofagian, din care mai apoi se alcătuiesc trunchiurile vagale anterior și posterior; ultimii împreună cu esofagul pătrund în cavitatea abdominală și se distribuie în ramuri terminale.

Topografic nervul vag se împarte în 4 porțiuni: craniană, cervicală, toracică și abdominală. Porțiunea craniană a nervului se află între originea lui și ganglionul superior. În această porțiune de la nerv emerg următoarele ramuri:

1. Ramura meningea lă, *r.*

meningéus, merge de la ganglionul superior spre pahimeningele fosei craniene posterioare, învînd în același timp și pereții sinusurilor transversal și occipital.

2. Ramura auriculară, *r. auricularis*, începe de la porțiunea inferioară a ganglionului superior, pătrunde în fosa jugulară, iar apoi în canaliculul mastoidian al osului temporal.

Părăsind acest canalicul prin fisura tympanomastoidă ramura auriculară inervează pielea peretelui posterior al conductului auditiv extern și a suprafeței externe a pavilionului urechii.

Porțiunea cervicală a nervului vag se află între ganglionul inferior și locul de pornire a *n. laryngéus recurrens*. De la porțiunea cervicală emerg următoarele ramuri:

1. Ramurile faringiene, *rr. faryngéi*, pornesc spre peretele faringelui și, unindu-se aici cu ramurile nervului glosofaringian și lanțului simpatic formează plexul faringian, *plexus pharyngeus*. Ramurile faringiene inervează tunică mucoasă a faringelui, mușchii constrictori, mușchii palatului moale, cu excepția *m. ténzor vélli palatini*.

2. Ramurile cardiace cervicale superioare, *rr. cardiáci cervicáles superiôres*, în număr de 1—3 pornesc de la nervul vag, descind alături de artera carotidă comună, și împreună cu ramuri de la lanțul simpatic formează plexurile cardiace.

3. Nervul superior al laringelui, *n. laryngéus supérior*, pleacă de la ganglionul inferior al nervului vag, se deplasează în sens anterior pe peretele lateral al faringelui, și la nivelul osului hioid se divide în ramurile externă și internă. Ramura externă, *r. extérnus*, inervează *m. crycothyroidéus* al laringelui. Ramura internă, *r. intérnus*, însoțește *a. loryngéa supérior* și împreună cu ea penetrează *membrána thyrohyoidéa*. Ramurile terminale ale ei inervează tunică mucoasă a laringelui mai superior de *rîma vocális* și o porțiune a mucoasei rădăcinii limbii.

4. Nervul recurent al laringelui, *n. laryngéus recurrens*, are

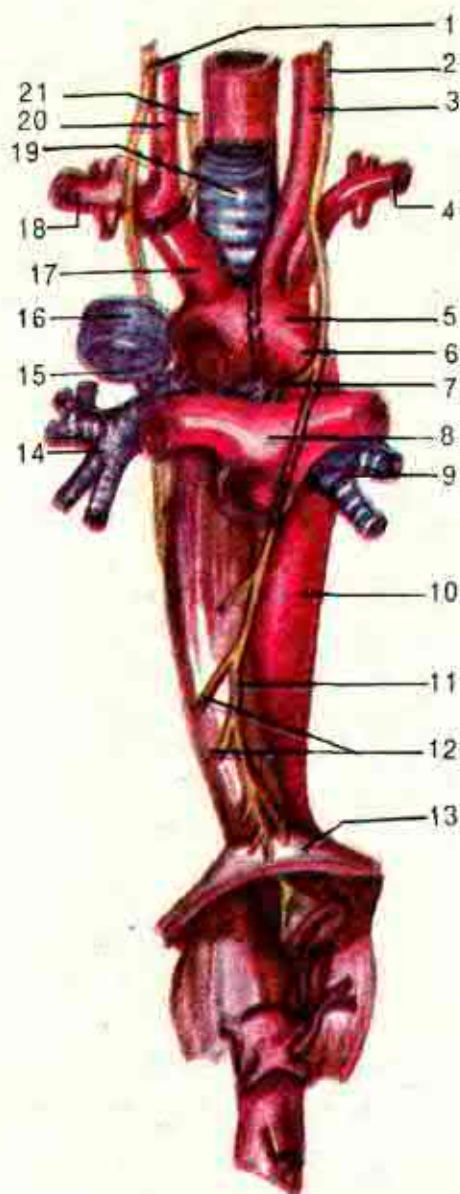


Fig. 255. Interrelațiile nervilor vagi cu esofagul, arcul aortei și ramurile ei.

1 — n. vagus dexter; 2, 11 — n. vagus sinister; 3 — a. carotis comunis sinistra; 4 — a. subclavia sinistra; 5 — arcus aortae; 6 — n. laryngéus recurrens sinister; 7 — lig. arteriosum; 8 — truncus pulmonalis; 9 — bronchus principalis sinister; 10 — pars thoracica aortae; 12 — plexus esophageus; 13 — diaphragma; 14 — bronchus principalis dexter; 15 — v. azygos; 16 — v. cava superior; 17 — truncus brachiocephalicus; 18 — a. subclavia dextra; 19 — trachea; 20 — a. carotis comunis dextra; 21 — n. laryngéus recurrens dexter.

un început diferit din dreapta și din stînga. Nervul recurent stîng începe la nivelul arcului aortei și, ocolindu-l din partea inferioară în sens anteroposterior, ascendează în șanțul format de esofag și trahee. Nervul recurent al laringelui din dreapta se ramifică de la nervul vag la nivelul arterei subclaviculare pe care de asemenea o ocolește din partea inferioară, iar apoi ascendează pe fața

laterală a traheii. Ramura terminală a nervului recurent al laringelui — nervul laringian inferior, *n. laryngéus inferior*, inervează tunica mucoasă a laringelui inferior de *rima vocális* și toți mușchii laringelui în afară de *m. crycothyroidéus*. De la nervul recurent al laringelui se ramifică de asemenea ramuri traheale, *rr. tracheales*, ramuri esofagiene, *rr. esophagéi*, și ramurile cardiace cervicale inferioare, *rr. cardíaci cervicâles inferiorés*, care pornesc spre plexurile cardiace. De la nervul laringian inferior pornește de asemenea ramura comunicantă (cu ramura laringiană internă), *r. communicans (cum r. laryngeo interna)*.

Porțiunea toracică a nervului vag ocupă spațiul între locul de pornire a nervului recurent și *hiatús esophagéus* al diafragmului. Ramurile acestei porțiuni sînt :

1. Ramurile cardiace toracice, *rr. cardíaci torácici*, care emerg spre plexurile cardiace.

2. Ramurile bronhiale, *rr. bronchiales*. Unindu-se cu ramurile lanțului simpatic, formează plexul pulmonar, *pléxus pulmonális*, care împreună cu bronhiile pătrund în plămîni.

3. Plexul esofagian, *plexus esophageus*, format din ramurile nervilor vagi drept și stîng (trunchiuri), care se unesc între ei pe pereții esofagului. De la acest plex pleacă ramuri spre esofag.

Porțiunea abdominală a nervului vag este reprezentată prin trunchiurile vagale drept și stîng, care sînt o prelungire a plexului esofagian.

1. Trunchiul vagal anterior, *truncús vagális antérior*, trece de pe fața anterioară a esofagului pe peretele anterior al stomacului în vecinătatea curburii mici. De la acest trunchi se formează ramurile gastrice anterioare, *rr. gástrici antériorés*; ramurile hepatice, *rr. hepáticosi*, care în componența omentului mic ajung la ficat.

2. Trunchiul vagal posterior, *truncús vagális postérior*, de pe esofag se deplasează pe peretele posterior al stomacului de-a lungul curburii

mici și formează ramurile gastrice posterioare, *rr. gástrici posteriôres*, și ramurile celiace, *rr. coeliáci*. Aceste ramuri se deplasează în jos și posterior spre *a. gástrica sinístra* împreună cu care ajung plexul celiac. Fibrele nervilor vagi împreună cu fibrele simpatice ale plexului celiac se plasează spre ficat, splină, pancreas, rîmichi, intestinul subțire și cel gros pînă la colonul descendent.

Nervul accesoriu

Nervul accesoriu, *n. accessorius* (perechea XI de nervi cranieni) este un nerv motor, care are doi nuclei. Unul din ei se află în limitele medulei oblongate, altul în măduva spinării. Nervul inervează mușchii sternocleidomastoidian și trapezoid. El începe cu rădăcinile sale craniene și spinale. Rădăcinile craniene, *rádices craniáles*, iese din șanțul lateral posterior al medulei oblongate, rădăcinile spinale, *radices spinales*, din șanțul omonim al măduvei spinării și se ridică în sus. Trunchiul format al nervului accesoriu se îndreaptă spre *forámen juguláre*, unde se divide în două ramuri — externă și internă. Ramura internă, *r. intérnus*, formată din rădăcinile craniene și spinale se alipește de trunchiul nervului vag. Ramura externă, *r. externus*, iese din *forámen juguláre*, fiind amplasată la început între artera carotidă internă și vena jugulară internă, apoi trece pe sub venterul posterior al *m. digástricus* și pătrunde în mușchiul sternocleidomastoidian. Cedînd mușchiului cîteva ramuri, ea apare la marginea posterioară a acestuia și se prelungeste spre mușchiul trapezoid pe care-l inervează.

Nervul hipoglos

Nervul hipoglos, *n. hypoglóssus* (perechea XII de nervi cranieni) este un nerv motor al mușchilor limbii (vezi fig. 252, 253). Fibrele nervului hipoglos încep de la nucleul său motor situat în medula oblongată. Din encefal nervul iese cu un număr mare de rădăcini subțiri în șanțul dintre piramidă și olivă. La unirea acestor rădăcini se formează

ză trunchiul nervului, care se orientează anterolateral spre *canalis hypoglossus* prin care părăsește craniul. După ieșirea din canal *n. hypoglossus* se deplasează în sens anteroinferior, ocolește nervul vag și artera carotidă internă din partea laterală. Mai departe trece între artera carotidă internă și vena jugulară internă, se îndreaptă pe sub venterul posterior al mușchiului digastric și *m. stylohyoidéus* în triunghiul submandibular. Aici, formînd un arc orientat cu convexitatea în jos, nervul hipoglos urmează anterosuperior spre limbă, unde se divizează

ză în *ramuri linguale, rr. linguales*, care inervează mușchii limbii.

De la nervul hipoglos se ramifică ramura descendentă, care conține fibre motorii, incluse în el, din nervul I spinal. Ramura descendentă anastomozează cu ramuri de la plexul cervical, în rezultat anterior de artera carotidă comună se formează ansa cervicală, *ansa cervicalis* (ansa nervului hipoglos) (vezi „Plexul cervical”). Date generale despre componența fibrelor nervilor cranieni, topografia nucleilor și regiunile de inervație sînt expuse în tabelul 7.

Tabelul 7. Regiunile de inervație, componența fibrelor și denumirea nucleilor nervilor cranieni

Nervul, componența fibrelor (în majoritate)	Denumirea nucleilor situați în trunchiul cerebral	Organele inervate
I Nervi olfactorii (S)	—	Regiunea olfactivă a tunicii mucoase a cavității nazale
II Nervus opticus (S)	—	Retina globului ocular
III Nervus oculomotorius (M, Ps)	(M) Nucleus n. oculomotorii (Ps) Nucleus oculomotorius accessorius	M. levator palpebrae superioris, m. rectus medialis, m. rectus superior, m. rectus inferior, m. obliquus inferior (Ps) M. ciliaris, m. sphincter pupillae
IV Nervus trochlearis (M)	(M) Nucleus n. trochlearis	M. obliquus superior
V Nervus trigeminus (S, M)	(M) Nucleus motorius n. trigemini (S) Nucleus mesencephalicus n. trigemini (S) Nucleus pontinus n. trigemini Nucleus spinalis n. trigemini Nucleus spinalis n. trigemini	(M) Mm. masticatores, m. tensor veli palatini, m. tensor tympani, m. mylohyoidéus, venter anterior m. digastrici (S) Pielea regiunii frontale și temporale, pielea feței. (S) Tunica mucoasă a cavității nazale și bucale, 2/3 anterioare ale limbii, dinții, glandele salivare, organele orbitei, pachimeningele în fosa medie și anterioară a craniului.
VI Nervus abducens (M)	Nucleus abducens	M. rectus lateralis
VII Nervus facialis (intermediofacialis) (M, S, Ps)	(M) Nucleus n. facialis (S) Nucleus solitarius (Ps) Nucl. salivatorius superior	(M) Mm. faciales, m. platysma, venter posterior m. digastrici, m. stylohyoidéus, m. stapédus (S) Sensibilitatea gustativă a 2/3 anterioare ale limbii (Ps) Glandula lacrimalis, tunica mucosă oris, tunica mucosă năsi (glandele), glandula sublingualis, glandula submandibularis, glandulae salivatoriae minores.
VIII Nervus vestibulocochlearis (S)	Pars cochlearis: nucl. cochlearis anterior, nucl. cochlearis posterior	Organon spirale

Nervul, componen- ța fibrelor (în majoritate)	Denumirea nucleilor situați în trunchiul cerebral	Organele inervate
IX Nervus glossopharyn- gicus (M, S, Ps)	Pars vestibularis: nuclé. vestibulá- ris mediális, nuclé. vestibularis la- terális, nuclé. vestibularis supérior et inférior. (M) Nucl. ambiguus (S) Nucl. solitarius	Crista ampullares Mácula utriculi Mácula saccúli (M) M. stylopharyngéus Mușchii laringelui (S) Cávum tympáni, túba auditiva, tú- nica mucósa rádicis linguae, pháryn- gis, tonsilla palátina, glómus caróticus.
X Nervus vagus (M, S, Ps)	(Ps) Nucl. salivatorius inferior (M) Nucl. ambiguus (S) Nucl. solitarius (Ps) Nucl. dorsális n. vági	(Ps) Glándula parotídea (M) Túnica muscularis pháryngis, m. levátor veli palátini, m. uvulae, m. palatoglossus, m. palatopharyngéus, mm. laryngis. Dúra máter encefáli în regiunea fosei medii a craniului. Pielea conductului auditiv extern, or- ganele gítului, pieptului și abdomenu- lui (cu excepția porțiunii stîngi a in- testinului gros). (Ps) Musculatura netedă și glandele organelor cavității toracice și abdomi- nale (cu excepția porțiunii stîngi a in- testinului gros)
XI Nervus accessorius (M)	Nuclei nervi accessorii (nucl. acces- sorius)	M. sternocleidomastoidéus, m. trapé- zius
XII Nervus hypoglossus (M)	Nucl. n. hypoglossi	Mușchii limbii

Legendă: M — fibre nervoase motorii
Ps — fibre nervoase parasimpatice
S — fibre nervoase senzitive

NERVII SPINALI

Nervii spinali, *nn. spináles*, trunchiuri nervoase pare, situate metamer, sînt formați fiecare din două rădăcini, ce pleacă de la măduva spinării. La om se disting 31 de perechi de nervi spinali, respectiv celor 31 de perechi de segmente ale măduvei spinării: 8 perechi de nervi cervicali, 12 perechi de nervi toracici, 5 perechi de nervi lombari, 5 perechi de nervi sacrali și o pereche de nervi coccigieni.

Fiecare nerv spinal după proveniența corespunde unui anumit segment al corpului, adică inervează pielea (proveniență din dermatom), mușchii (din miotom) și oasele (din sclerotom), care s-au dez-

voltat din somitul dat. Toți nervii spinali se încep de la măduva spinării cu două rădăcini: anterioară și posterioară.

Rădăcinile anterioare, *radix ventralis (anterior) (motoria)*, sînt formate din axonii neurocitelor motorii, corpurile cărora se află în coarnele anterioare ale măduvei spinării.

Rădăcinile posterioare, *radix dorsalis (posterior) (sensorialis)*, sînt formate din apofizele centrale ale neurocitelor pseudounipolare (senzitive), care se termină pe celulele coarnelor posterioare ale măduvei spinării, sau se îndreaptă spre nucleii senzitivi ai medulei oblongate (vezi „Căile conductoare ale encefalului și măduvei spinării”).

Apofizele periferice ale neurocitelor pseudounipolare în componența nervilor spinali se îndreaptă spre periferie, unde în țesuturi se află aparatele lor senzitive — receptorii. Corpurile acestor neurocite pseudounipolare se află în ganglionul (senzitiv) spinal, *gânglion spinale*, ce aderă la rădăcina posterioară, formind o dilatare.

Rădăcinile anterioară și posterioară, unindu-se, formează nervul spinal, care iese prin orificiul intervertebral.

În așa fel, nervul spinal conține fibre nervoase senzitive, și motorii.

În componența rădăcinilor anterioare, care iese din segmentul cervical VIII, din toate segmentele toracice și din 2 segmente superioare lombare se află și fibre vegetative (simpatice), care pornesc de la celulele coarnelor laterale ale măduvei spinării.

Nervii spinali, ieșind din orificiul intervertebral, se împart în 3 sau 4 ramuri: ramura anterioară, *r. ventralis (anterior)*, ramura posterioară, *r. dorsalis (posterior)*, ramura meningeală, *r. meningeus*, ramura comunicantă albă, *r. communicans albus*, care pornesc numai de la nervul VIII cervical, de la toți nervii toracici și 2 nervi lombari superiori ($C_8 - Th_{1-12} - L_2$).

Ramurile anterioare și posterioare ale nervilor spinali, în afară de ramura posterioară a nervului I cervical, sînt ramuri mixte (au fibre senzitive și motorii), inervează atât pielea (inervație senzitivă), cit și mușchii scheletali (inervație motorie).

Ramura posterioară a nervului spinal cervical I conține numai fibre motorii.

Ramurile meningeale inervează meningele măduvei spinării, iar ramurile comunicante albe conțin fibre preganglionare simpatice, care se îndreaptă spre ganglionii lanțului simpatic.

Spre nervii spinali se îndreaptă ramurile comunicante gri, *rr. communicantes grisei*, care sînt formate din fibre nervoase postganglionare, care pornesc de la ganglionii lanțului simpatic spre 31 de nervi spinali. În componența nervilor spinali fibrele nervoase postganglionare simpatice se îndreaptă

spre vase, glande, mușchi pieloși, spre țesutul muscular striat și alte țesuturi pentru menținerea funcției lor și totodată pentru menținerea metabolismului (inervație trofică).

Ramurile posterioare

Ramurile posterioare, *rr. dorsales*, ale nervilor spinali păstrează structura metameră (segmentară), sînt mai subțiri decît ramurile anterioare și inervează mușchii profunzi (autohtoni) ai spatelui, mușchii occipitali, pielea părții posterioare a capului și a trunchiului. De la trunchiurile nervilor spinali ramurile posterioare se îndreaptă posterior între apofizele transversale ale vertebrelor, ocolind din părțile laterale apofizele articulare. Ramurile posterioare ale nervilor sacrali iese prin *foramina sacralia dorsalia*. Se disting ramuri posterioare ale nervilor cervicali, *rr. dorsales nn. cervicales*, ale nervilor toracici, *rr. dorsales nn. thoracici*, ale nervilor lombari, *rr. dorsales nn. lumbalium*, și ale nervului coccigian *rr. dorsales n. coccigeus*.

În afară de ramura posterioară a nervilor cervicali I, IV—V sacrali și cel coccigian toate ramurile posterioare ale nervilor spinali se împart în ramurile mediale, *rr. mediales*, și laterale, *rr. laterales*. Ramura posterioară a nervului I cervical C_1 se numește nervul suboccipital, *n. suboccipitalis*. Acest nerv trece posterior între osul occipital și atlant, fiind un nerv pur motor, inervează *mm. recti capitis posteriores major et minor*, *mm. obliqui capitis superior et inferior*, *m. semispinalis capitis*. Ramura posterioară a nervului spinal cervical II (C_{II}) se numește nervul occipital mare, *n. occipitalis major*, și este cea mai masivă din ramurile posterioare. Trecînd între arcul atlantului și *vertebra axis*, nervul se împarte în ramuri scurte-musculare și o ramură lungă-cutanată. Ramurile musculare inervează *m. semispinalis capitis*, *mm. splenius capitis et cervicis*, *m. longissimus capitis*. Ramura lungă a acestui nerv penetrează *m. semispinalis*

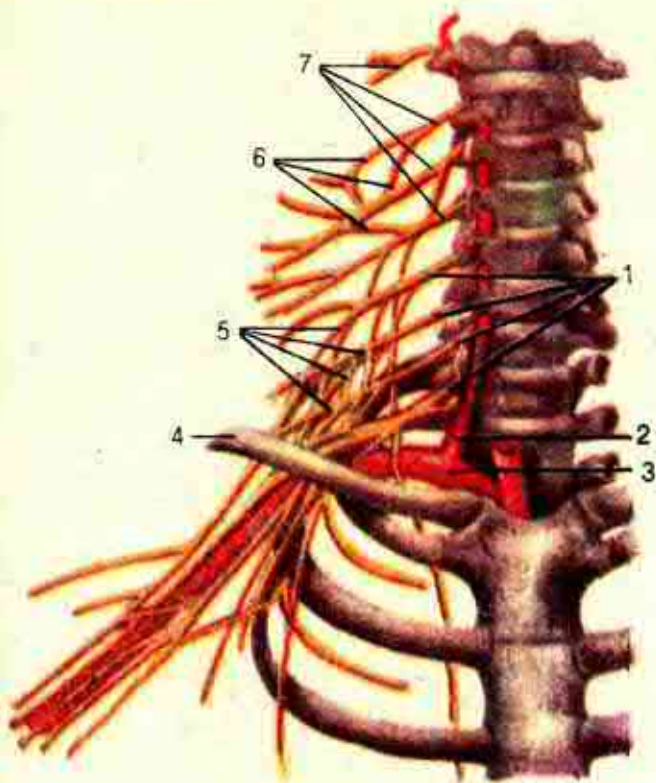


Fig. 256. Schema formării plexurilor cervical și brahial.

1 — rr. ventrales nervi cervicales (Cv — C_{IV}); 2 — a. vertebralis; 3 — a. subclavia; 4 — clavicula; 5 — plexus brachialis; 6 — plexus cervicalis; 7 — rr. ventrales nervi cervicales (Cv — C_{IV}).

lis și *m. trapézius* și, însoțind artera occipitală, se ridică în sus și inervează pielea din regiunea occipitală. Ramurile posterioare ale celorlalți nervi spinali cervicali inervează mușchii și pielea regiunii posterioare a gâtului.

Ramurile posterioare toracice, lombare, sacrale și coccigiană ale nervilor spinali se împart în ramuri mediale și laterale, care inervează mușchii spatelui și respectiv pielea. Ramificațiile laterale ale ramurilor posterioare lombare a trei nervi spinali superiori (L_I — L_{III}) se ramifică în pielea părții superioare a regiunii fesiere, formind *nn. clunium superiores*. Ramificațiile laterale, a trei ramuri dorsale sacrale superioare ale nervilor formează *nn. clunium medii*, care trec prin *m. gluteus maximus* și se ramifică în pielea regiunii fesiere.

Ramurile anterioare

Ramurile anterioare, *rr. ventrales*, ale nervilor spinali sînt cu mult mai groase și mai lungi decît ramurile posterioare; inervează pielea și mușchii gâtului, pieptului, abdomenului, membrilor superioare și inferioare. Spre deosebire de ramurile posterioare structura metameră (segmentară) o păstrează numai ramurile anterioare ale nervilor toracici. Ramurile anterioare cervicale, lombare, sacrale și coccigiană ale nervilor spinali formează *plexuri, pléxus*. De la plexuri pornesc nervii periferici, în componența cărora intră fibrele de la cîteva segmente vecine ale măduvei spinării.

Se disting următoarele plexuri: cervical, brahial, lombar, sacral și coccigian. Plexul lombar și sacral sînt unite în plexul lombosacral, *pléxus lumbosacralis*.

Plexul cervical

Plexul cervical, plexus cervicalis, este format de 4 ramuri cervicale anterioare (C_I — C_{IV}) ale nervilor spinali (fig 256) unite între ele prin trei anse arciforme. Plexul se află la nivelul primelor 4 vertebre cervicale, pe partea anterolaterală a mușchilor profunzi ai gâtului (*m. levator scapulae, m. scalenus medius* și *m. splenius cervicis*), fiind acoperite anterior și lateral de mușchiul sternocleidomastoidian).

Plexul cervical are legături cu *n. accesorius* (XI) și *n. hypoglossus* (XII).

Printre ramurile plexului cervical se deosebesc nervi (ramuri) (vezi fig. 254) musculari, cutanați și micști.

Nervii motori (musculari) se îndreaptă spre *m. longus colli* și *m. longus capitis*, *mm. scaleni (anterior, medius, posterior)*, *mm. recti capitis anterior et lateralis*, *mm. intertransversarii anteriores*, *m. levator scapulae*. Către ramurile motorii ale plexului cervical se referă și ansa cervicală; în componența ei intră ramura descendentă a nervului hipoglos, care conține fibre din plexul cervical (C_I) și ramuri ce pornesc de la același plex (C_{II} — C_{III}).

Ansa cervicală se află mai sus de marginea superioară a tendonului intermediar al mușchiului omohioidian, deseori pe partea anterioară a arterei carotide comune. Fibrele ce pornesc de la ansa cervicală inervează mușchii, ce se află inferior de osul hioidian (*m. sternohyoideus*, *m. sternothyroidéus*, *m. omohyoideus*, *m. thyrohyoidéus*).

De la plexul cervical pleacă ramuri musculare, care inervează și *m. trapézius*, *m. sternocleidomastoidéus*.

Nervii senzitivi (cutanați) ai plexului cervical, ocolesc marginea posterioară a *m. sternocleidomastoidéus*, puțin mai sus de mijlocul acestuia și apar în țesutul celular adipos subcutanat sub *m. platisma*. Plexul cervical are următoarele ramuri senzitive: *n. auriculâris mágnus*, *n. occipitâlis mînor*, *n. transversus còli*, *n. supraclaviculâris*.

N. auriculâris mágnus este cea mai mare ramură cutanată a plexului cervical. Pe partea externă a mușchiului sternocleidomastoidian nervul se îndreaptă înainte și oblic spre pielea pavilionului urechii și spre conductul auditiv extern.

N. occipitâlis mînor, ieșind pe marginea posterioară a mușchilui sternocleidomastoidian, se ridică în sus, inervează pielea regiunii inferioare a celei și suprafața posterioară a pavilionului urechii.

N. transversus còli de la locul de ieșire, la marginea posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian, merge orizontal, înainte și se împarte în ramurile superioare și inferioare, *rr. superiôres et inferiôres*. Nervul inervează pielea în regiunea anterolaterală a gitului. Una din ramurile superioare anastomozează cu ramura cervicală a nervului facial, formind ansa cervicală superficială.

Nn. supraclaviculâres (3—5), iese de sub marginea posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian, se îndreaptă în jos și posterior spre țesutul celular adipos din regiunea laterală a gitului și inervează pielea ce acoperă mușchii deltoid și pectoral mare. Se deosebesc: nervii supraclaviculari mediali, intermediari și laterali (posteriori), *nn. supra-*

claviculâres mediâles, intermédii et laterâles (posteriôres).

Nervul frenic, *n. phrénicus*, este o ramură mixtă a plexului cervical. El se formează din ramurile anterioare ale nervilor spinali III—IV (uneori și V), se îndreaptă în jos pe fața anterioară a mușchiului scalen anterior și prin apertura superioară a toracelui (între artera și vena subclaviculară) pătrunde în cavitatea toracică. De la început ambii nervi se află în mediastinul superior, apoi în mediastinul mediu, situându-se pe partea laterală a pericardului, anterior de rădăcina plămînilui respectiv. Aici nervul frenic se află între pericard și pleura mediastinală. Nervul se termină în grosimea diafragmului.

Fibrele motorii ale *n. phrénicus* inervează diafragmul, fibrele senzitive — pleura și pericardul (*ramura pericardică*, *r. pericardiâcus*). Ramurile senzitive *frenicoabdominale*, *rr. phrenicoabdominâles*, trec în cavitatea abdominală și inervează peritoneul, ce acoperă diafragmul pe fața inferioară. Ramurile nervului frenic drept trec neîntrerupându-se („tranzit”) prin plexul celiac spre ficat.

Plexul brahial

Plexul brahial, *plexus brachiâlis*, este format din ramurile anterioare a 4 nervi cervicali inferiori (C_V — C_{VIII}), și parțial din ramurile anterioare a nervilor spinali (IV) cervicali (C_{IV}) și I toracal (Th_I) (vezi fig. 256). În spațiul interscalen ramurile anterioare formează trei trunchiuri: trunchiul superior, *truncus supérior*, trunchiul mediu, *truncus médius*, și trunchiul inferior, *truncus inférior*. Aceste trunchiuri trec în fosa supraclaviculară și se evidențiază aici împreună cu ramurile ce pleacă de la ei ca partea supraclaviculară, *pars supraclaviculâris*, a plexului brahial.

Trunchiurile plexului brahial, aflate mai jos de claviculă formează partea infraclaviculară, *pars infraclaviculâris*. În partea inferioară a fosei supraclaviculare trunchiurile se împart în trei fascicule, care în fosa axilară

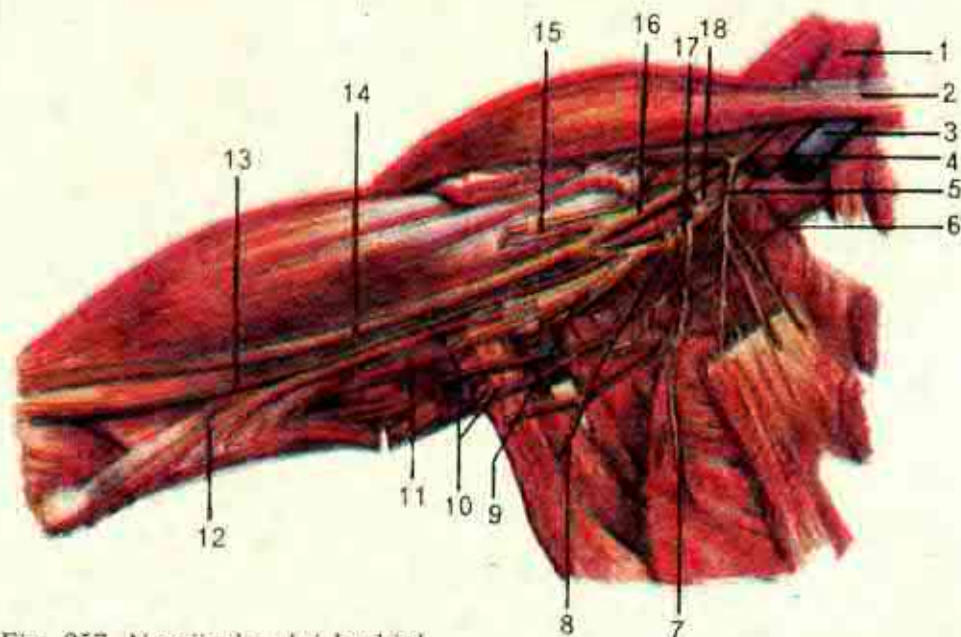


Fig. 257. Nervii plexului brahial.

1 — plexus brachialis; 2 — clavicula; 3 — v. axillaris; 4 — a. axillaris; 5 — nn. pectorales medialis et lateralis; 6 — n. intercostobrachialis; 7 — n. thoracicus longus; 8 — n. thoracodorsalis; 9 — n. axillaris; 10 — n. cutaneus brachii medialis; 11 — n. radialis; 12 — n. ulnaris; 13 — n. cutaneus antebrachii medialis; 14 — n. medianus; 15 — n. musculocutaneus; 16 — fasc. lateralis; 17 — fasc. medialis; 18 — fasc. posterior.

inconjoară artera axilară din 3 părți. Din partea medială a arterei se află fasciculul medial, *fasciculus mediālis*, din partea laterală — fasciculul lateral, *fasciculus laterālis*, și în partea posterioară a arterei se află fasciculul posterior, *fasciculus postērior*.

Ramurile ce pleacă de la plexul brahial se împart în scurte și lungi. Ramurile scurte pleacă în general de la trunchiurile părții supraclaviculare și inervează oasele și țesuturile moi ale centurii scapulare. Ramurile lungi inervează membrul superior liber.

Ramurile scurte ale plexului brahial

Din ramurile scurte ale plexului brahial fac parte: nervul dorsal al scapulei, nervul toracic lung, nervul subclavicular, nervul suprascapular, nervul toracodorsal, ce pleacă de la porțiunea supraclaviculă a plexului, la fel nervii pectorali laterali și mediali, nervul axilar, ce își iau începutul de la fasciculele părții subclaviculare a plexului brahial.

1. Nervul dorsal al scapulei, n. dorsālis scāpulae, își are începutul de la ramura anterioară a nervului cervical V (C_V), se așează pe fața anterioară a

mușchiului levator al scapulei. Apoi, fiind situat între acest mușchi și mușchiul scalen posterior, nervul se îndreaptă posterior împreună cu ramura descendentă a arterei cervicale transversale și se ramifică în mușchiul levator al scapulei și cel romboid.

2. Nervul toracic lung, n. thorācticus lōngus, își are originea de la ramurile inferioare ale nervilor cervicali V—VI (C_V — C_{VI}) descinde posterior de plexul brahial, se așează pe fața laterală a mușchiului scalen anterior între artera toracică laterală — anterior, și artera toracodorsală — posterior (fig. 257), inervează mușchiul dințat anterior.

3. Nervul subclavicular, n. subclāvicus (C_V), se îndreaptă pe calea cea mai scurtă spre mușchiul subclavicular, fiind situat anterior de artera subclaviculară.

4. Nervul suprascapular, n. suprascapularis (C_V — C_{VII}), se îndreaptă lateral și posterior. Împreună cu artera suprascapulară trece prin incizura scapulei, sub ligamentul transvers superior spre fosa suprascapulară, apoi inferior de acromion — în fosa infraspinată; inervează mușchii supra — și infraspinati, capsula articulației umărului.

5. Nervul subscapular, n. subscapu-

laris (C_v—C_{vii}), trece pe fața anterioară a mușchiului subscapular, pe care îl inervează, inclusiv *m. téres mājor*.

5. Nervul toracodorsal, n. thoracodorsalis (C_v—C_{vii}), descinde de-a lungul marginii laterale a scapulei spre *m. latissimus dōrsi*, pe care-l inervează.

7. Nervii pectorali laterali și mediali, nn. pectorāles laterāles et mediāles, își iau începutul de la fasciculele lateral și medial ale plexului brahial (C_v—Th₁), străbat fascia clavipectorală și se termină în mușchiul pectoral mare (nervul medial) și în mușchiul pectoral mic (nervul lateral), pe care îi inervează.

8. Nervul axilar, n. axilaris, începe de la fasciculul posterior al plexului brahial (C_v—C_{viii}). Nervul dat descinde în jos și lateral pe suprafața anterioară a mușchiului subscapular, apoi se îndreaptă în urmă și împreună cu *a. circumflēxa hūmeri postērior* pătrunde prin *forāmen quadrilatērum* și ocolind colul chirurgical al osului umărului din partea posterioară se așează sub mușchiul deltoid. Nervul axilar inervează: *m. deltoideus* și *m. téres minor*, capsula articulației umărului. Ramura terminală a nervului axilar — *nervul cutanat lateral superior al brațului, n. cutaneus brāchii laterālis supērior*, ocolind marginea posterioară a mușchiului deltoid, inervează pielea ce acoperă suprafața posterioară a mușchiului numit și pielea părții superioare a regiunii posterolaterale a brațului.

Ramurile lungi ale plexului brahial

Ramurile lungi își au începutul pe porțiunea subclaviculară a plexului brahial, de la fasciculele lateral, medial și posterior. De la fasciculul lateral încep nervii pectoral lateral, musculo-cutanat, precum și rădăcina laterală a nervului median. De la fasciculul median se desprind: nervul pectoral medial, nervii cutaneu medial al brațului și antebrățului, nervul ulnar și rădăcina medială a nervului median. Fasciculul posterior dă origine nervului axilar și radial.

Nervul musculocutanat, n. musculocutaneus, începe de la fasciculul lateral (C_v—C_{viii}) al plexului brahial în fosa axilară, posterior de mușchiul pectoral

mic. Nervul se îndreaptă lateral în jos și străbate mușchiul coracobrahial. Penetrând mușchiul în direcția oblică, nervul musculocutanat se așează între fața posterioară a mușchiului biceps și fața anterioară a mușchiului brahial, iese în șanțul cubital lateral, asigurând acești trei mușchi cu ramuri musculare, *rr. musculāris*, la fel și capsula articulației cotului. Nervul în partea inferioară a brațului străpunge fascia și se coboară pe antebrăț, numindu-se *nervul cutanat lateral al antebrățului, n. cutaneus antebrāchii laterālis*. Ramurile laterale terminale ale acestui nerv se răspindesc în pielea suprafeței anterolaterale a antebrățului până la eminența tenară (fig. 258).

Nervul median, n. mediānus, se formează prin unirea a două rădăcini ale părții subclaviculare a plexului brahial — laterale (*radix laterālis*) (C_{vi}—C_{vii}) și mediale (*radix medialis*) (C_{iii}—Th₁). Ambele rădăcini se unesc pe fața anterioară a arterei axilare, fixind-o din două părți. Nervul însoțește artera axilară în fosa omonimă apoi împreună cu artera brahială se coboară în șanțul brahial medial. Împreună cu artera brahială în fosa cubitală nervul trece sub aponeuroza mușchiului biceps al brațului, cedind aici ramuri la articulația cotului. Pe antebrăț *n. mediānus* trece între cele două capete ale mușchiului pronator teres, apoi pe sub mușchiul flexor superficial al degetelor, fiind situat între ultimul și *m. flēxor digitōrum profūndus*, ajunge la articulația radiocarpiană și se îndreaptă spre palmă (fig. 259). Pe braț nervul median nu formează ramuri. La nivelul antebrățului cu ramurile sale musculare, *rāmi musculāres*, el inervează un șir de mușchi. Aceștea sînt: *m. pronator teres*, *m. flēxor digitōrum superfiālis*, *m. flēxor pōlicis lōngus*, *m. flēxor digitōrum profūndus* (porțiunea laterală), *m. palmāris lōngus*, *m. flēxor cārpi radiālis* și *m. pronator quadrātus*, adică toți mușchii părții anterioare (flexori) ai antebrățului, în afară de *m. flēxor cārpi ulnāris* și porțiunea medială a *m. flēxor digitōrum profūndus*. Una din ramurile mai mari ale nervului me-

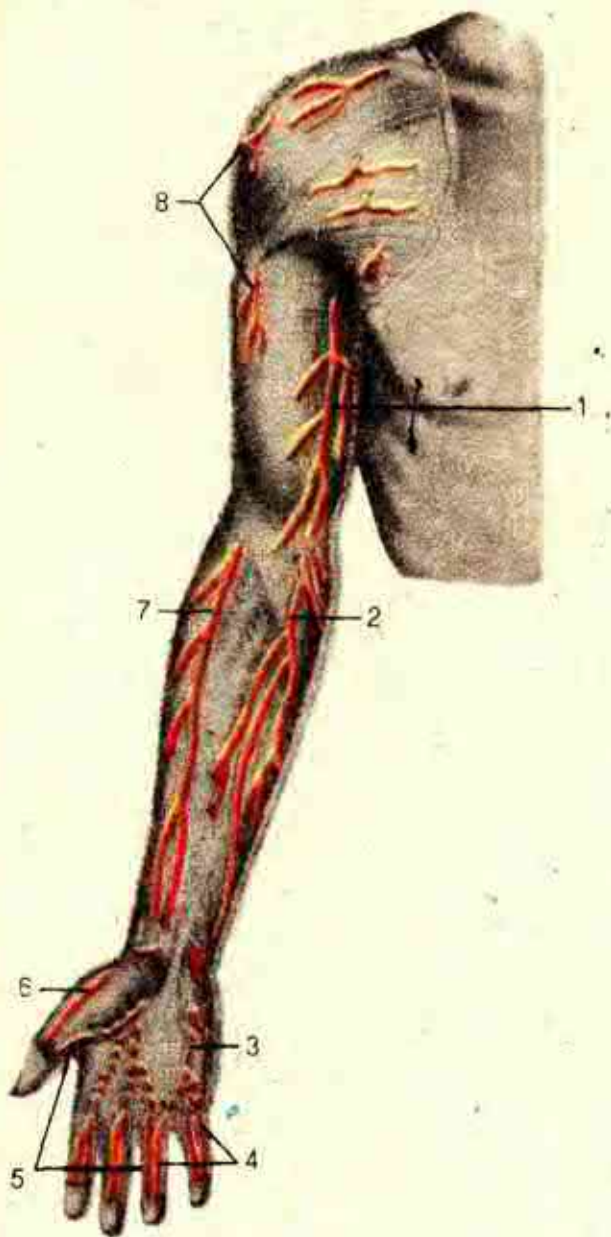


Fig. 258. Nervii cutanei ai membrului superior drept; suprafața anterioară.

1 — n. cutaneus brachii medialis; 2 — n. cutaneus antebrachii medialis; 3 — r. superficialis n. ulnaris; 4 — nn. digitales palmare proprii (n. ulnaris); 5 — nn. digitales palmare proprii (n. medianus); 6 — r. superficialis n. radialis; 7 — n. cutaneus antebrachii lateralis (n. musculocutaneus); 8 — n. cutaneus brachii lateralis superior (n. axillaris).

dian pe antebraț o constituie nervul interosos anterior, *n. interosseus (antebrachii) anterior*, ce descinde pe fața anterioară a membranei interosoase, împreună cu artera omonimă. Ramura inervează mușchii profunzi ai grupului anterior al antebrațului și dă ramuscule la partea anterioară a articulației radiocarpene. Spre palmă nervul median trece prin canalul carpian împreună cu tendoanele mușchilor flexori ai degetelor. Aflăt sub aponeuroza palmară se ramifică în ramuri terminale.

Pe mână nervul median inervează *m. abductor pollicis brevis*, *m. opponens pollicis* și capul superficial al flexorului scurt al policelui, precum și 1—2 mușchi lumbricali.

Până la intrarea în canalul carpian nervul median dă ramura palmară, *r. palmaris n. mediani*, ce inervează pielea în regiunea articulației radiocarpene (suprafața anterioară), pe eminența policelui și la mijlocul palmei.

Ramurile terminale ale nervului median — trei nervi digitali palmari comuni, *nn. digitales palmare communes*, se situează de-a lungul spațiilor intermetacarpene I, II, III sub arcul palmar superficial (arterial) și aponeuroza palmară. Primul — *n. digitalis palmaris communis*, asigură inervația primului mușchi lumbrical și dă trei ramuri cutanate — nervi digitali palmari proprii, *nn. digitales palmare proprii* (fig. 260). Două din ele merg de-a lungul părții radiale și ulnare a policelui, a treia — de-a lungul părții radiale a indicelui, inervind pielea lor. *Nn. digitales palmare communes* II și III se ramifică fiecare în doi *nn. digitales palmare proprii*, ce inervează pielea părților adiacente ale degetelor II, III, IV, la fel și pielea suprafeței dorsale a falangelor distale ale degetelor II și III (fig. 261). Aîară de aceasta, al doilea *n. digitales palmaris communis* inervează mușchiul lumbrical II.

N. medianus inervează articulația cotului și cea radiocarpiană; articulațiile carpene și cele ale primelor patru degete.

Nervul ulnar, n. ulnaris, își ia originea de la fasciculul medial ($C_{VII}-Th_1$) a plexului brahial la nivelul mușchiului pectoral mic. La început el se află în vecinătate cu nervul median și artera brahială, mai distal, la mijlocul brațului, nervul se deplasează medial și posterior, penetrează septul intermuscular medial al brațului și se localizează pe fața posterioară a epicondilului medial al brațului, în șanțul ulnar. Mai departe nervul trece în șanțul ulnar al antebrațului, unde însoțește artera omonimă. În treimea anterioară a antebrațului de la nervul ulnar se desprinde ramura

Fig. 259. Nervii antebrăţului; suprafaţa anterioară (muşchii superficiali sînt rezecaţi).

1 — n. medianus; 2 — n. ulnaris; 3 — r. superficialis n. radialis; 4 — r. profundus n. radialis; 5 — n. radialis; 6 — a. brachialis.

dorsală a lui — *ramus dorsalis n. ulnaris*; nervul distal continuă sub denumirea de ramură palmară a nervului ulnar, *r. palmaris n. ulnaris*, care împreună cu artera ulnară trece anterior de *retinaculum flexorum*. Între ultimul și *m. palmaris brevis* se împarte în ramura superficială, *r. superficialis*, și ramura profundă, *r. profundus*.

Similar *n. medianus*, *n. ulnaris* pe braț ramuri nu dă. La nivelul antebrăţului *n. ulnaris* inervează, *m. flexor carpi ulnaris* și partea medială a flexorului profund al degetelor, asigurându-i cu ramuri musculare, *rr. musculares*, la fel inervează și articulația cotului. Ramura dorsală a nervului ulnar trece pe fața posterioară a antebrăţului, fiind situată între *m. flexor carpi ulnaris* și ulnă. Perforînd fascia dorsală a antebrăţului la nivelul capului ulnei, ramura trece pe suprafața dorsală a mîinii, unde se împarte în trei, iar ultimele în 5 nervi digitali dorsali, *nn. digitales dorsales*. Acești nervi inervează pielea pe fața dorsală a degetelor IV și V și partea ulnară a degetului III. Pe fața palmară a mîinii ramura superficială a nervului ulnar inervează *m. palmaris brevis*, dă nervii digitali palmari proprii, *nn. digitales palmares proprii*, spre pielea marginii ulnare a degetului V și nervul digital palmar comun, *n. digitalis palmaris communis*, ce trece de-a lungul spațiului intermetacarpian IV. Mai departe se împarte în doi nervi digitali palmari proprii, ce inervează pielea marginii radiale a degetului V și pe marginea ulnară a degetului IV. Ramura profundă a nervului ulnar inițial însoțește ramura profundă a arterei ulnare, iar apoi arcul palmar profund (arterial). Ea inervează toți mușchii eminenței hipotenare (*m. flexor digiti minimi*

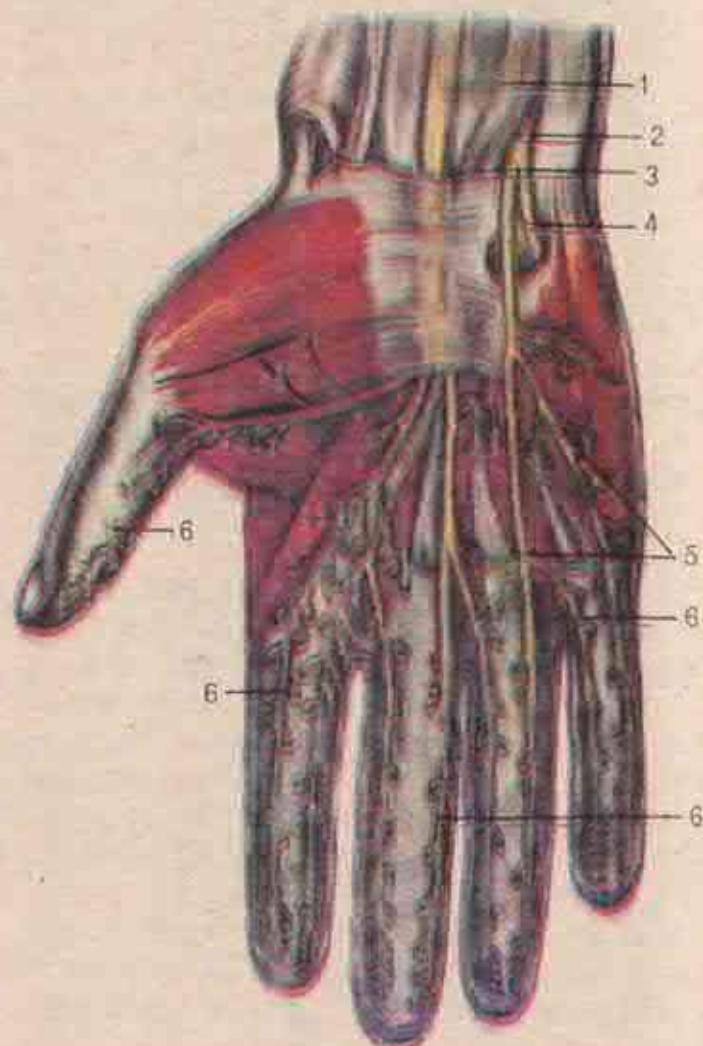
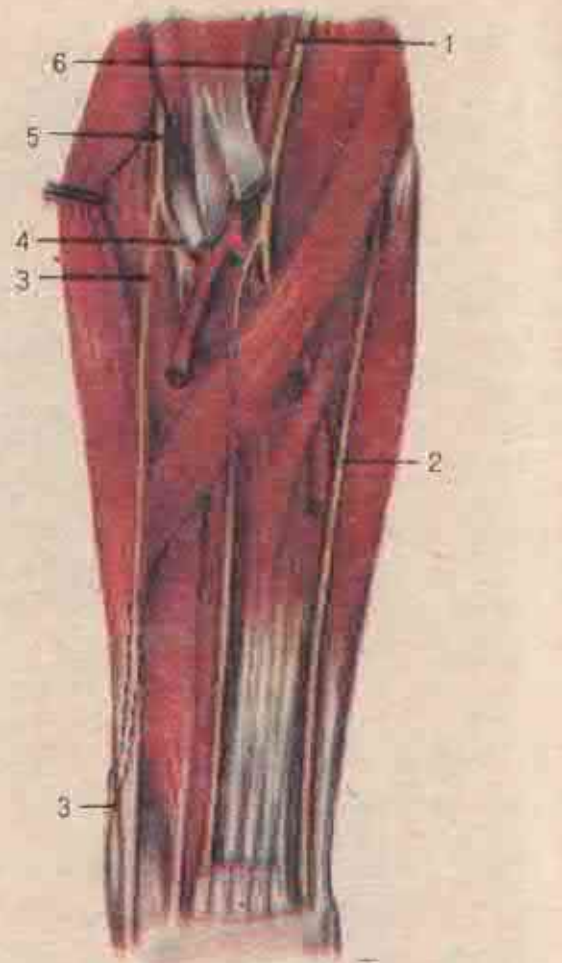


Fig. 260. Nervii mîinii; suprafața palmară.

1 — n. medianus; 2 — n. ulnaris; 3 — r. superficialis n. ulnaris; 4 — r. profundus n. ulnaris; 5 — nn. digitales palmares communes; 6 — nn. digitales palmares proprii.

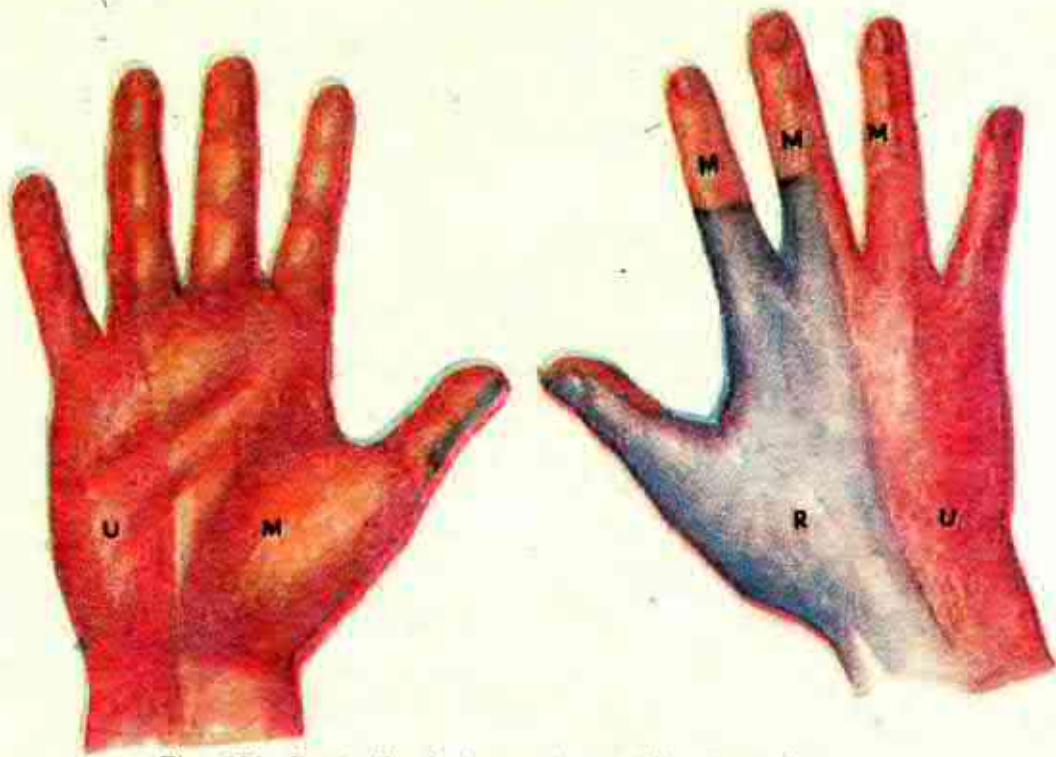


Fig. 261. Regiunile de inervație a pielii mîinii de nervii: ulnar (U); median (M) și radial (R).

brévis, *m. abductor digiti minimi*, *m. opponens digiti minimi*, *mm. interossei dorsales et palmares*, *m. adductor pollicis*, capul profund al *m. flexoris pollicis brévis*, *mm. lumbricales III, IV* și articulațiile mîinii.

Nervul cutanat medial al brațului, *n. cutaneus brahii medialis*, își ia începutul de la fasciculul medial ($C_{VIII}-Th_1$) a plexului brahial, însoțește artera brahială. Cu 2—3 ramuri perforază fascia axilară și cea a brațului și inervează pielea suprafeței mediale a brațului. La baza axilei nervul cutanat medial al brațului anastomozează cu ramura laterală II, iar în unele cazuri și ramura respectivă III a nervului intercostal, formînd nervii intercostobrahiali, *nn. intercostobrahiales*.

Nervul cutanat medial al antebrațului, *n. cutaneus antebrachii medialis*, își are originea de la fasciculul medial ($C_{VIII}-Th_1$) a plexului brahial, iese din fosa axilară aderînd la artera brahială. Aproximativ la mijlocul brațului, unde vena bazilică perforază fascia respectivă, nervul cutanat medial iese sub piele, coboară pe antebraț, unde inervează pielea pe suprafața anteromedială.

Nervul radial, *n. radialis*, își are în-

ceputul de la fasciculul posterior (C_V-C_{VIII}) a plexului brahial la nivelul marginii inferioare a mușchiului pectoral mic, între artera axilară și mușchiul subscapular. Împreună cu artera profundă a brațului nervul trece în canalul humeromuscular, ocolește suprafața posterioară a osului umărului și părăsește canalul în treimea inferioară a brațului, pe partea lui laterală. Apoi nervul perforază septul intermuscular lateral al brațului și descendează între *m. brachialis* și *m. brachioradialis*. La nivelul articulației cotului nervul radial se împarte în ramurile superficială și profundă.

Ramura superficială, *r. superficialis*, apare pe suprafața anterioară a antebrațului, se orientează în jos, în șanțul radial, fiind situată lateral de artera radială. În treimea inferioară a antebrațului ramura superficială se plasează pe suprafața dorsală și apare aici între mușchiul brachioradial și *radius*, perforază fascia antebrațului. Cu 4—5 cm superior de nivelul apofizei stiloide a radiusului *r. superficialis n. radialis* dă ramuri spre pielea părții dorsale și laterale a policelui și se împarte în 5 nervi digitali dorsali, *nn. digitales dorsales*.

Doi din acești nervi trec pe fața laterală și ulnară a policelui și inervează pielea lui pe partea dorsală. Alți trei nervi se ramifică în pielea degetului II și a părții radiale a degetului II până la nivelul falangei proximale (bazale). Pielea pe fața dorsală a falangei medii și distale a degetelor II și III se inervează de nervii palmari ai degetelor — ramuri ale nervului ulnar.

Ramura profundă, *r. profundus*, a nervului radial părăsește șanțul cubital lateral, străpunge mușchiul supinator, ocolind colul radiusului din partea laterală. Pe suprafața posterioară a antebrațului, ramura profundă inervează toți mușchii grupului posterior. Ramura terminală și totodată cea mai lungă — nervul interosos posterior, *n. interosseus posterior*, însoțește artera omonimă și cedează ramuri la mușchii adiacenți. La nivelul brațului nervul radial inervează mușchii grupului posterior: (*m. triceps brachii*, *m. anconeus*), capsula articulației umărului. În fosa axilară de la nervul radial se desprinde nervul cutanat posterior al brațului, *n. cutaneus brachii posterior*, care perforează capul lung al mușchiului triceps, străpunge fascia brațului în vecinătatea tendonului mușchiului deltoid și se ramifică în pielea suprafeței posterolaterale a brațului (fig. 262).

În canalul humeromuscular de la nervul radial se ramifică nervul cutanat posterior al antebrațului, *n. cutaneus antebrachii posterior*, care inițial însoțește nervul radial iar apoi la septul intermuscular lateral (superior de epicondilul lateral) perforează fascia brațului și inervează pielea suprafeței posterioare a părții inferioare a brațului și pielea suprafeței respective a antebrațului.

Ramurile anterioare ale nervilor pectorali (nervii intercostali)

Ramurile ventrale, *rr. ventrales*, ale nervilor spinali pectorali păstrează structura segmentară și în număr de 12 perechi trec lateral și înainte în spațiile intercostale. Unsprezece perechi superioare ($Th_1 - Th_{XI}$) de ramuri anterioare se numesc nervi intercostali, deoarece se află în spațiile intercostale, iar

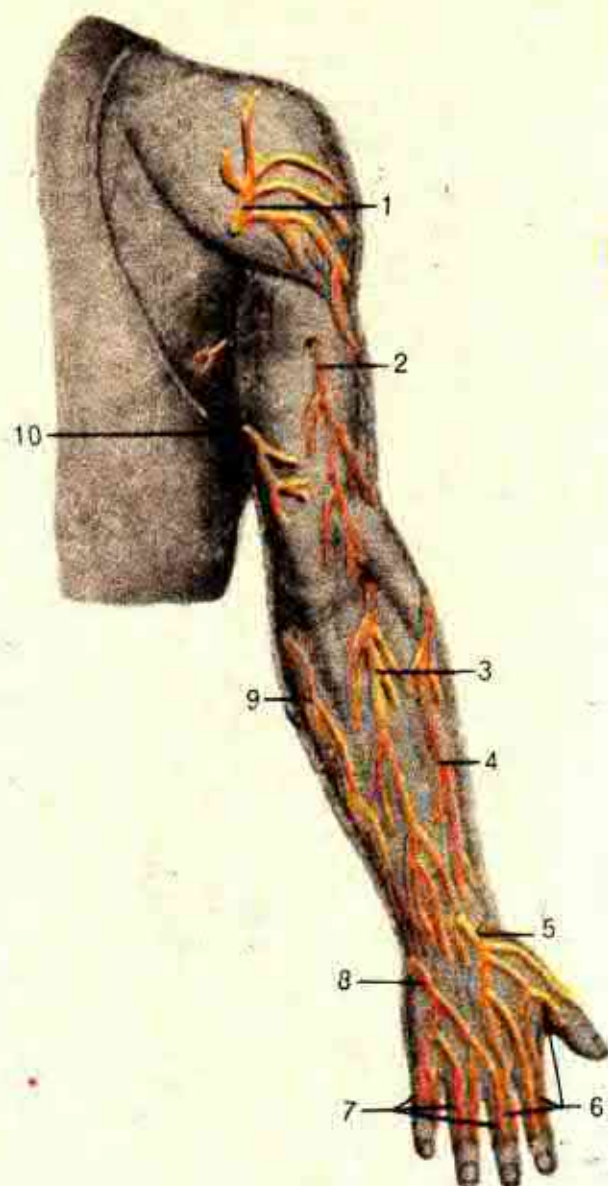


Fig. 262. Nervii cutanați ai membrului superior din dreapta; fața posterioară.

1 — *n. cutaneus brachii lateralis superior* (*n. axillaris*); 2 — *n. cutaneus brachii posterior* (*n. radialis*); 3 — *n. cutaneus antebrachii posterior* (*n. radialis*); 4 — *n. cutaneus antebrachii lateralis* (*n. musculocutaneus*); 5 — *r. superficialis n. radialis*; 6 — *nn. digitales dorsales* (*n. radialis*); 7 — *nn. digitales dorsales* (*n. ulnaris*); 8 — *r. dorsalis n. ulnaris*; 9 — *n. cutaneus antebrachii medialis*; 10 — *n. cutaneus brachii medialis*.

nervul Th_{XII} , situat de ambele părți sub coasta XII, se numește nervul subcostal.

Nervii intercostali, *nn. intercostales*, se află în spațiile intercostale între mușchii intercostali externi și interni. Fiecare nerv intercostal, la fel și cel subcostal, la început se află în *sûlcus costae*, împreună cu artera și vena omonimă. Șase nervi intercostali superiori ($Th_1 - Th_{VI}$) ajung până la stern și sub denumirea de ramuri cuta-

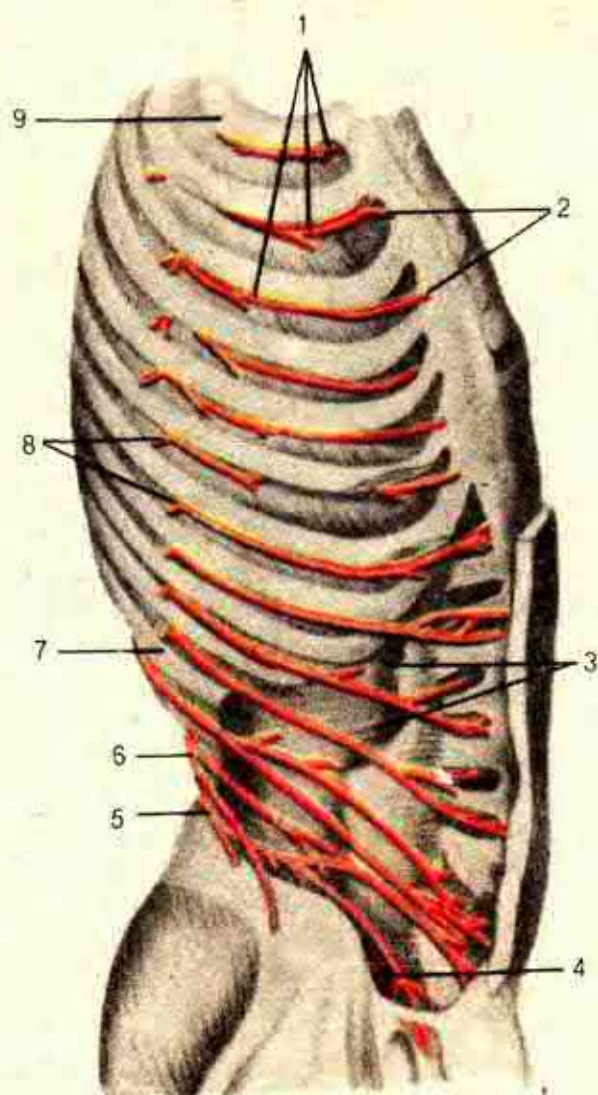


Fig. 263. Nervii intercostali (mușchii intercostali externi și mușchii abdomenului sînt rezecați).

1 — nn. intercostales; 2 — rr. cutanei anteriores nn. intercostales; 3 — m. transversus abdominis; 4 — n. ilioinguinalis; 5 — n. iliohypogastricus; 6 — n. subcostalis (intercostalis XII); 7 — costa XII; 8 — r. cutaneus lateralis n. intercostalis; 9 — costa I.

nate anterioare, *nn. cutanei anteriores*, se termină în pielea peretelui anterior al toracelui. Cinci nervi intercostal inferiori ($Th_{VII} - Th_{XI}$) și nervul subcostal (Th_{XII}) continuă în peretele anterior al abdomenului, pătrund între mușchii oblic abdominal intern și transvers, străpung teaca *m. rectus abdominis*, și aprovizionînd acești mușchi cu ramuri musculare se termină în pielea peretelui anterior al abdomenului (fig. 263). Ramurile anterioare ale nervilor spinali toracici (nervii intercostali și subcostali) inervează următorii mușchi: *mm. intercostales externi et interni, m. transversus abdominis, mm. subcostales,*

mm. levator costarum, mm. transversus thoracis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. rectus abdominis, m. quadratus lumborum și m. pyramidalis. Fiecare nerv intercostal dă ramuri cutanate laterale, *rr. cutaneus laterales (pectorális et abdominalis)* și ramuri cutanate anterioare, *rr. cutaneus anteriores (pectorális et abdominalis)*, care inervează pielea toracelui și a abdomenului. Ramurile cutanate laterale apar pe linia axilară medie și la rîndul lor se împart în ramuri anterioare și posterioare. Ramurile cutanate laterale II (Th_{II}) și III (Th_{III}) ale nervilor intercostali se unesc cu nervul cutanat medial al brațului și se numesc nervi *intercostobrahiales*, *nn. intercostobrahiales*. Ramurile cutanate anterioare se ramifică de la nervii intercostali la marginea sternului și mușchii drept al abdomenului.

La femei ramurile laterale IV, V și VI ($Th_{IV} - Th_{VI}$), precum și ramurile anterioare II, III și IV ($Th_{II} - Th_{IV}$) a nervilor intercostali inervează glanda mamară (ramurile laterale și mediale ale glandei mamare, *rr. mammarii laterales et mediales*).

Ramurile anterioare ale nervilor lombari, sacrali și coccigian

Ramurile anterioare ale nervilor spinali lombari și sacrali, unindu-se între ele, formează plexul lombar și sacral. Ambele plexuri sînt unite între ele prin trunchiul lombosacral. Ca rezultat ele poartă denumirea comună de *plexus lombosacral*, *plexus lombosacral*.

Plexul lombar

Plexul lombar, *plexus lumbalis*, este format din ramurile anterioare ale primilor trei nervi spinali lombari ($L_1 - L_{III}$), parțial de ramura anterioară a nervului spinal XII toracic (Th_{XII}), precum și de ramura anterioară a nervului spinal lombar IV (L_{IV}).

O porțiune a ramurii anterioare a nervului spinal lombar IV se îndreaptă în cavitatea bazinului, formînd cu ramura

anterioară a nervului V lombar (L_5) trunchiul lumbosacral.

Plexul lombar este situat anterior de apofizele transversale ale vertebrelor lombare, în grosimea mușchii psoas mare și pe fața anterioară a *m. quadratus lumborum*. Ramurile ce pleacă de la plex apar sub marginea laterală a *m. psoas major* (sau îl perforază) și se îndreaptă spre peretele anterior al abdomenului, membrele inferioare și organele genitale externe.

Ramurile plexului lombar:

Ramurile musculare, *rr. musculares*, încep de la ramurile anterioare, care formează plexul, până la unirea între ele, se îndreaptă spre *m. quadratus lumborum*, *mm. psoas major et minor* și *mm. intertransversarii laterales lumborum*.

Nervul iliohipogastric, *n. iliohypogastricus* ($Th_{XII} - L_1$) iese din plexul lombar posterior de mușchiul psoas mare (sau din grosimea acestui mușchi), apoi se așează pe fața anterioară a *m. quadratus lumborum*, paralel nervului subcostal. Fiind situat la început pe fața internă a mușchii abdominal transvers, nervul iliohipogastric perforază acest mușchi la nivelul crestei ilionului, se îndreaptă spre *m. rectus abdominis* trecând între mușchiul abdominal transvers și mușchiul oblic abdominal intern.

Nervul iliohipogastric inervează: *m. transversus abdominis*, *mm. obliqui abdominis internus et externus*, *m. rectus abdominis*, precum și pielea părții laterale superioare a regiunii fesiere, regiunea laterală superioară a coapsei, unde se îndreaptă ramura cutanată laterală, *r. cutaneus lateralis*.

Ramura cutanată anterioară, *r. cutaneus anterior*, a nervului iliohipogastric perforază peretele anterior al tecii mușchii drept al abdomenului, în porțiunea inferioară și inervează pielea peretelui anterior al abdomenului în regiunea pubiană.

Nervul ilioinghinal, *n. ilioinguinalis* ($Th_{XII} - L_{IV}$), are traiect paralel cu nervul iliohipogastric, aflându-se mai inferior de el. La început este situat între *m. transversus abdominis* și *m. obliquus internus abdominis*, apoi pătrunde în canalul inghinal, unde se amplasează anterior de

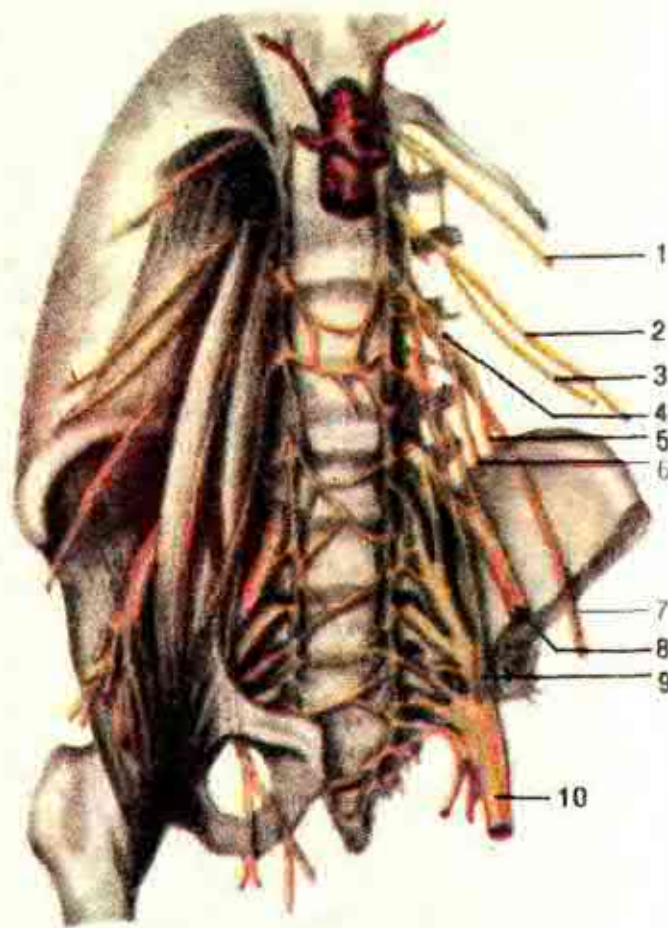


Fig. 264. Plexurile lombar și sacral (pe jumătatea stângă a preparatului mușchii și o porțiune a oaselor bazinului sînt rezeceate); aspect anterior.

1 — n. subcostalis; 2 — n. iliohypogastricus; 3 — n. ilioinguinalis; 4 — n. genitofemoralis; 5 — r. genitalis n. genitofemoralis; 6 — r. femoralis n. genitofemoralis; 7 — n. cutaneus femoris lateralis; 8 — n. femoralis; 9 — n. obturatorius; 10 — n. ischiadicus.

funiculus spermaticus sau *lig. tereus uteri* (la femei). Ieșind prin orificiul extern al canalului inghinal, nervul ilioinghinal se termină în pielea pubisului și a scrotului (nervii anteriori ai scrotului, *nn. scrotales anteriores*) sau ai labiilor mari (nervii labiali anteriori, *nn. labiales anteriores* — la femei).

Nervul ilioinghinal inervează: *m. transversus abdominis*, *mm. obliqui abdominis internus et externus*, pielea pubisului și regiunea inghinală, pielea rădăcinii penisului și părții anterioare a scrotului (labiile mari).

Nervul genitofemural *n. genitofemoralis* ($L_1 - L_{II}$) perforază mușchiul psoas mare și apare pe fața anterioară a lui la nivelul vertebrei III lombare. În

grosimea mușchiului psoas mare sau după ieșirea din el nervul genitofemural se împarte în două ramuri: ramura genitală, *r.genitalis*, și ramura femurală, *r.femorális*.

Ramura genitală se află anterior de artera iliacă externă, apoi pătrunde în canalul inghinal, unde se aranjează posterior de *funiculus spermaticus* sau *lig.têres úteri*. Această ramură inervează la bărbați mușchiul cremaster, pielea scrotului, tunica dartos, pielea regiunii medial superioare a coapsei. La femei ramura genitală se ramifică în *lig.têres úteri*. În pielea labiilor mari și a regiunii *hiátus saphênus* (inelul extern) a canalului femural.

Ramura femurală apare pe coapsă prin *lacúna vasorum*, aflată aici pe fața anterolaterală a arterei femurale, perforază fascia cribroasă și inervează pielea în regiunea *hiátus saphênus* și sub ligamentul inghinal (partea superioară a trigonului femural).

Nervul cutaneu femural lateral, *n.cutaneus femoris laterális* ($L_1 - L_{II}$) iese sub marginea laterală a *m.psoas* (sau îl perforază) și se așează pe fața anterioară a acestuia. Nervul se deplasează lateral și în jos pe fața anterioară a mușchiului iliac (sub fascia lui), apoi se îndreaptă spre ligamentul inghinal în locul unde acesta se inseră pe *spína iliáca antérior supérior*. Mai departe *n.cutaneus femoris laterális* trece sub ligamentul inghinal pe fața laterală a coapsei, unde inițial este situat în grosimea fasciei late, apoi apare sub piele și se ramifică în ramuri terminale. O ramură a nervului cutaneu femural lateral inervează pielea porțiunii posterior inferioare a regiunii fesiere; altă ramură — pielea feței laterale a coapsei pînă la nivelul articulației genunchiului.

Nervul obturator, *n.obturatorius* ($L_1 - L_{II}$), este a doua ramură după mărime a plexului lombar. Nervul descinde pe marginea medială a mușchiului psoas mare, situat pe fața anterioară a articulației sacroiliace, se orientează anteroexterior și în cavitatea bazinului mic, aderă la artera obturatorie, fiind amplasat superior de ea.

Împreună cu această arteră și vena

omonimă trece prin canalul obturator, pe coapsă, se așează între mușchii adductori, asigurându-i cu ramuri musculare, *rr.musculáres*, și se împarte în ramurile terminale: anterioară, *r.antérior*, și posterioară, *r.postérior*.

Ramura posterioară a nervului obturator trece posterior de *m.addúctor brêvis* și inervează *m.obturatorius extêrnus*, *m.addúctor mágnus* și capsula articulației coxofemorale.

Nervul femural, *n.femorális* ($L_1 - L_{IV}$), cea mai masivă ramură a plexului lombar, ca regulă începe cu trei rădăcini, care la început merg în grosimea mușchiului psoas mare. La nivelul apofizei transversale a vertebrei lombare V rădăcinile se contopesc formînd trunchiul nervului femural, care după dimensiuni este mult mai gros decît alte ramuri ale plexului lombar.

Mai jos nervul femural se află sub fascia iliacă în șanțul între mușchiul psoas mare și mușchiul iliac. Pe coapsă nervul femural iese prin *lacúna musculórum* în triunghiul femural, se află lateral de vasele femurale, fiind acoperit de lama profundă a fasciei late.

Mai jos de ligamentul inghinal, nervul femural se împarte în ramurile terminale: musculare, *rr.musculáres*, cutanate anterioare, *rr.cutaneae anteriores*, și nervul subcutanat, *n.saphenus* (fig. 205).

Ramurile musculare inervează: *m.sartorius*, *m.quadriceps femoris* și *m.pectineus*.

Ramurile cutanate anterioare, 3—5 la număr, perforază fascia lată și inervează pielea coapsei pe fața anteromedială (fig. 266).

Nervul subcutanat, *n.saphenus*, este cea mai lungă ramură a nervului femural. În triunghiul femural nervul subcutanat inițial se află lateral de artera femurală, apoi trece pe fața anterioară și împreună cu ea intră în canalul adductor.

Nervul subcutanat împreună cu artera descendentă a genunchiului iese din acest canal prin orificiul anterior (*hiátus tendineus*), și se plasează sub *m.sartorius*. Apoi nervul subcutanat descinde

între *m.adductor* și *m.vastus medialis*, perforază fascia lată la nivelul articulației genunchiului și dă rama inferă a patelară, *r.infrapatellaris*. Ramura infrapatelară se îndreaptă anterolateral și inervează pielea feței mediale a articulației genunchiului, pielea părții anterosuperioare a gambei și regiunii rotulei. De la nervul subcutanat pornesc *rr. cutanei cruris mediales*, care inervează pielea pe fața anteromedială a gambei. Pe picior *n.saphenus* trece pe partea lui medială și asigură inervația pielii în apropiere, pînă la degetul mare.

Plexul sacral

Plexul sacral, *pléxus sacrális*, este format din ramurile anterioare ale nervilor spinali V lombari (L_V), primilor 4 nervi sacrali ($S_I - S_{IV}$) și parțial ramura anterioară a nervului IV lombar (L_{IV}).

Ramura anterioară a nervului spinal V lombar și porțiunea ramurii anterioare a nervului IV lombar formează **trunchiul lumbosacral**, *trúncus lumbosacrális*. Ultimul ajunge în bazinul mic și pe fața anterioară a *m.piriformis* se unește cu ramurile anterioare ale nervilor spinali I, II, III, IV sacrali. În general plexul sacral are formă triunghiulară. Baza acestui triunghi este orientată spre *foramina sacrália pélvina*, iar vârful la marginea inferioară a orificiului ischiadic mare, prin care din cavitatea bazinului ies ramurile masive ale plexului sacral. Plexul sacral este situat între două lamele de țesut conjunctiv. Posterior de el se află fascia *m.piriformis*, iar anterior — fascia pelvină. Ramurile plexului sacral se împart în scurte și lungi.

Ramurile scurte se termină în regiunea centurii pelviene, ramurile lungi se deplasează spre mușchi, articulații și pielea membrului inferior (fig. 267).

Ramurile scurte ale plexului sacral

Din ramurile scurte ale plexului sacral fac parte: *n.obturatorius internus* ($L_{IV} - S_I$), *n.piriformis* ($S_I - S_{II}$), *n.quadratus femoris* ($L_I - S_{IV}$), *n.glutéus inferior* ($L_I, S_I - S_{II}$), *n.glutéus superior* ($L_{IV} - L_V, S_I$) și *n.pudendus* ($S_I - S_{IV}$).

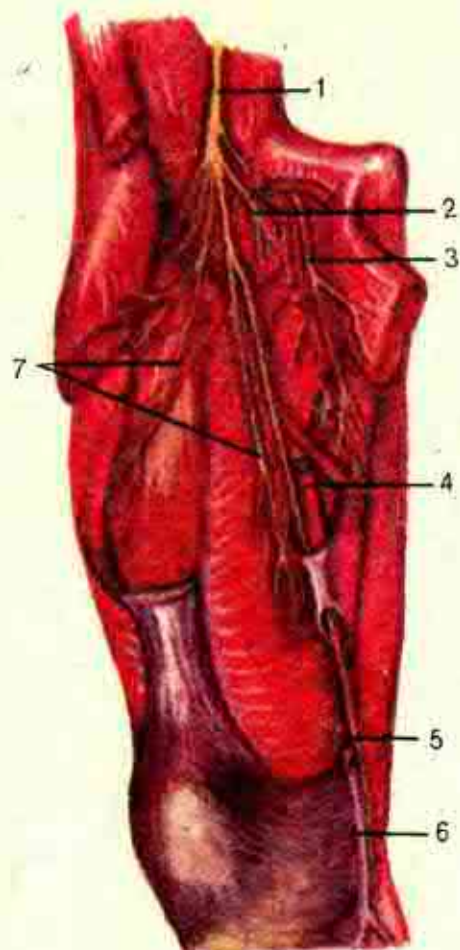


Fig. 265. Nervii coapsei (mușchii superficiali sînt rezecați); aspect anterior.

1 — n. femoralis; 2 — *rr. cutanei anteriores n. femoralis*; 3 — n. obturatorius; 4 — a. femoralis; 5 — n. saphenus; 6 — v. saphena magna; 7 — *rr. musculares n. femoralis*.

Primii trei nervi (*nervus obturatorius internus*, *n.piriformis* et *n.quadratus femoris*) merg spre mușchii respectivi prin *foramen infrapiriformis*.

Nervus glutéus superior (L_{IV}, L_I, S_I) iese din cavitatea bazinului în regiunea fesieră prin *foramen suprapiiriformis* însoțit de artera și vena omonimă. La ieșire nervul trece între *m.glutéus medius* și *m.glutéus minimus* (fig. 268). *N.glutéus superior* inervează *m.glutéus medius*, *m.glutéus minimus* și *m.ténsor fasciæ latae*.

N.gluteus inferior ($L_V - S_I, S_{II}$) este cel mai lung din ramurile scurte ale plexului sacral. Din cavitatea bazinului acest nerv iese prin *foramen infrapiriformis* împreună cu artera și vena glutea inferior *n.ischiadicus*, *n.cutaneus femoris posterior*, *n.pudendus*. La ieșire



Fig. 266. Nervii cutanați ai membrului inferior din dreapta; fața anterioară.

1 — rr. cutanei anteriores (n. femoralis); 2 — r. infrapatellaris; 3 — n. saphenus; 4 — n. peroneus [fibularis] superficialis; 5 — n. cutaneus femoris lateralis

Fig. 267. Nervii cutanați ai membrului inferior din dreapta; fața posterioară.

1 — nn. clunium superiores; 2 — nn. clunium medii; 3 — nn. clunium inferiores; 4 — n. cutaneus femoris posterior; 5 — n. cutaneus surae medialis; 6 — n. cutaneus surae lateralis; 7 — n. surae; 8 — n. plantaris lateralis; 9 — n. plantaris medialis.

este însoțit de asemenea de ramurile musculare scurte, a *glutéea inferioară*, a și *v. pudendae internae*.

Ramurile *n. glutéeus inferior* inervează *m. glutéeus maximus*.

N. pudendus ($S_1 - S_{IV}$) părăsește cavitatea bazinului prin *foramen infrapiriformis*, ocolește posterior spina ischiadică și prin *foramen ischiadicum minus* pătrunde în *fossa ischio-rectalis*. Situat pe peretele ei lateral, nervul se îndreaptă înainte în grosimea fasciei și se împarte în ramurile terminale. În *fossa ischio-*

rectalis de la *n. pudendus* pleacă: nervii rectali inferiori, *nn. rectales inferiores*, care inervează *mm. ischio-cavernosus, bulbospongiosus, transversus perinei (superficialis et profundus)*, pielea perineului, pielea în regiunea posterioară a scrotului la bărbați (nervii scrotali posteriori, *nn. scrotales posteriores*), sau labiile mari la femei, nervii labiali posteriori (*nn. labiales posteriores*.)

Ramura finală a nervului pudend este

nervul dorsal al penisului (clitorului), *n.dorsalis pennis (clitoridis)*, care împreună cu artera omonimă străbat diafragma urogenital și se amplasează spre penis (clitor) eliberând ramuri laterale. Acest nerv se ramifică în *corpora cavernosa penis, glans penis (clitoridis)*, pielea penisului (la bărbați), labiile mari și mici (la femei). *N.dorsalis pennis (clitoridis)* dă ramuscule spre *m.transversus perinei profundus* și *sphincter uréthrae*.

Ramurile lungi ale plexului sacral

La ramurile lungi se referă *n. cutaneus femoris posterior* ($S_1 - S_{III}$) și *n. ischiadicus* ($L_{IV} - L_V, S_1 - S_{III}$).

Nervus cutaneus femoris posterior ($S_1 - S_{III}$) este o ramură senzitivă a plexului sacral. Iese din cavitatea bazinului prin orificiul infrapiriform, se îndreaptă în jos și apare la marginea *m.glutæus maximus* aproximativ la mijlocul distanței dintre *tuber ischiadicus* și *trohanter major*. Pe femur nervul se amplasează sub fascia lată între *m.semitendinosus* și *m.biceps femoris*. Ramurile nervului perforază fascia și se distribuie în pielea feței posteromediale a coapsei, pînă la *fossa poplitea*. La marginea inferioară a *m.glutæus maximus* de la *n.cutaneus femoris posterior* pornesc *nn.clunium inferiores*, care ocolesc marginea mușchiului și inervează pielea regiunii fesiere. Ramurile perineale *rr.perineales* se îndreaptă spre pielea perineului.

N. ischiadicus ($L_{IV} - L_V, S_1 - S_{III}$) este cel mai masiv nerv al corpului uman. La formarea lui participă ramurile anterioare sacrale și două ramuri inferioare lombare ale nervilor spinali, care se prelungesc în *n.ischiadicus*. În regiunea fesieră, din cavitatea bazinului nervul iese prin *foramen infrapiriforme*. Mai departe el se deplasează în jos fiind situat inițial sub *m.glutæus maximus*, apoi între *m.adductor magnus* și *caput longum a m. biceps femoris*. În treimea inferioară a femurului (uneori în fosa poplitee) *n. sciatic* se ramifică în 2 ramuri: *nervul tibial, n. tibiális*, ramura ce se află medial, și *nervul peroneu (fibular)* comun, *n.peroneus (fibularis)*

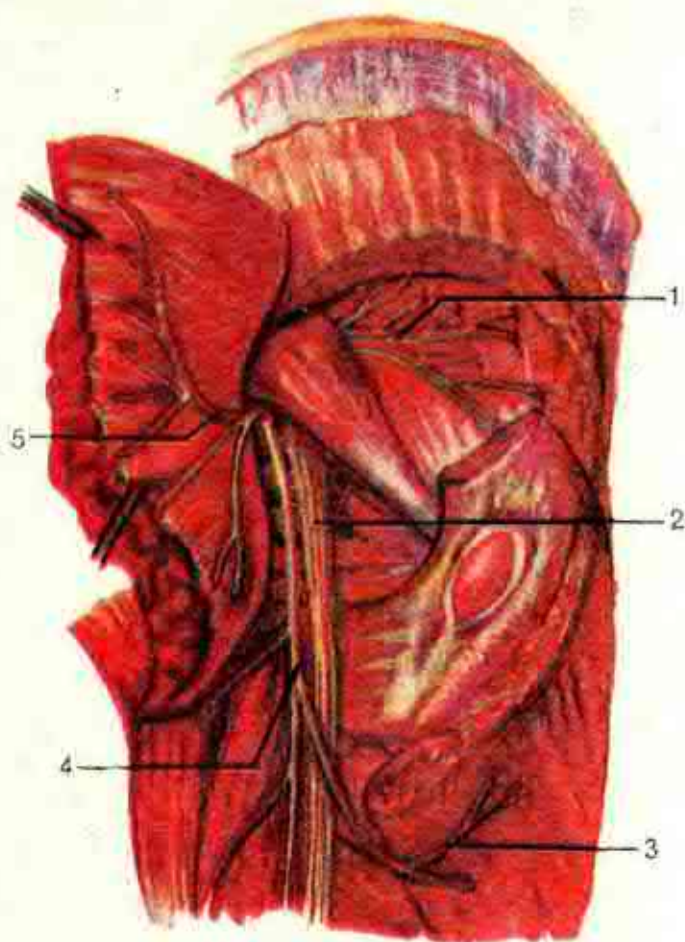


Fig. 268. Nervii regiunii fesiere (mușchiul fesier mare e secționat și deplasat în sus, o porțiune a mușchiului fesier mediu e rezecat).

1 — *n. gluteus superior*; 2 — *n. ischiadicus*; 3 — *n. clunium inferior*; 4 — *n. cutaneus femoris posterior*; 5 — *n. gluteus inferior*.

communis, ce se amplasează lateral (fig. 269). Deseori ramificarea *n.ischiadicus* are loc în treimea superioară a femurului sau neapărat la plexul sacral. Pe coapsă de la nervul sciatic pornesc ramuri musculare spre *m.obturatorius internus* și *m. gemellus superior et inferior, m. quadratus femoris, n. semitendinosus, m. semimembranosus, caput longum m. biceps femoris* și spre porțiunea posterioară a *m. adductor magnus*.

Nervul tibial, n. tibiális, este prelungirea trunchiului nervului sciatic pe gambă și după dimensiuni predomină ramurei lui laterale. În *fossa poplitea* *n.tibial* este situat în centru, imediat sub fascie, posterior de *venă poplitea*. La unghiul inferior al fosei poplitee *n. tibial* se amplasează pe *m.popliteus*, între capul medial și capul lateral al *m. gastrocnemii*



Fig. 269. Nervii gambei (mușchiul triceps al gambei e rezecat); aspect posterior.

1 — n. ischiadicus; 2 — n. tibialis; 3 — n. peroneus (fibularis) communis; 4 — n. cutaneus surae medialis; 5 — n. cutaneus surae lateralis; 6 — n. suralis.

us. Apoi împreună cu artera și vena tibiale posterioare trece sub arcul tendinos al *m. soléus* și pătrunde în canalul cruro-popliteu. În acest canal n. tibial se îndreaptă în jos și, ieșind din el, se situează posterior de maleola medială sub *retinaculum flexorūm*. Aici nervul tibial se ramifică în ramurile lui terminale; nervul plantar medial și lateral (fig. 270).

Nervul plantar medial, *n. plantaris medialis*, este mai gros ca cel lateral. El se orientează de-a lungul mar-

ginii mediale a tendonului *m. flexor digitorum brevis* împreună cu a. plantară medială. La baza oaselor metatarsiene nervul plantar medial dă o ramură — *n. digitalis plantaris proprius*, spre pielea marginii mediale a plantei și degetului mare (haluce).

Alte trei ramuri: *nn. digitales plantares communes*, care se află sub aponeuroza plantară, împreună cu *aa. metatarsae plantares* se îndreaptă spre trei spații interdigitale. Fiecare din acești trei nervi la nivelul bazei degetelor se împarte în *nn. digitales plantares proprii*, care inervează pielea fețelor adiacente ale degetelor I—IV. *N. plantaris medialis* inervează: *m. abductor hallucis*, *m. flexor hallucis brevis*, *m. flexor digitorum brevis*, *mm. lumbricales I—II*.

Nervul plantar lateral, *nervus plantaris lateralis*, e situat inițial pe talpă între *m. quadratus plantae* și *m. flexor digitorum brevis*, iar apoi în șanțul plantar lateral împreună cu a. plantaris lateralis. Proximal, în spațiul intermetatarsian IV nervul se împarte în ramura superficială și profundă.

Ramura superficială, *r. superficialis*, dă spre partea laterală *n. digitalis plantaris proprius* a degetului V. Acest nerv inervează pielea plantară, laterală a degetului V.

În sens medial de la ramura superficială pleacă *n. digitalis plantaris communis*, care se ramifică în doi nervi: *nn. digitales plantares proprii*, ce inervează pielea fețelor adiacente ale degetelor IV și V.

Ramura profundă, *ramus profundus* însoțește, arcul arterial plantar (*arcus plantaris*) și inervează *mm. interossei*, *mm. lumbricales III și IV*, *m. abductor hallucis*, capul lateral al *m. flexor hallucis brevis*. *N. plantar lateral* și *n. plantar medial* inervează inclusiv articulațiile piciorului. De la *n. plantar lateral* pornesc ramuri musculare spre *m. quadratus plantae* și *m. abductor digiti minimi*.

Ramuri colaterale ale nervului tibial sînt *rr. musculares*, care merg de la nerv în regiunea fosei poplitee și pe gambă, precum și *n. cutaneus surae medialis*.

N. cutaneus surae media-

l is pleacă de la n.tibial în *fossa poplitea*. Inițial el se află sub fascie pe fața posterioară a gambei, apoi între capul medial și lateral al *m.gastrocnemius*, fiind inclus într-un canal fascial împreună cu *v.saphena parva*.

În treimea inferioară a gambei nervul perforază fascia și se amplasează sub piele.

La acest nivel de *n.cutaneus surae medialis* se apropie și anastomozează cu el *n.cutaneus surae lateralis*. Ultimul este o ramură cutanată a nervului peroneu comun. În rezultatul acestei anastomozes se formează nervul sural, *n.suralis*, care inițial este situat posterior de maleola laterală, iar apoi se deplasează pe partea laterală a piciorului.

N.suralis inervează pielea părții laterale a călcâiului, pielea marginii laterale a dorsului piciorului, pielea din partea laterală a degetului mic.

Ramurile nervului sural, care se îndreaptă spre reguinea călcâiului au primit denumirea de ramuri calcaneale laterale, *rr.calcanei laterales*, iar ramura terminală, care se îndreaptă spre partea laterală a piciorului, se numește nerv cutanat dorsal lateral *n.cutaneus dorsalis lateralis*.

În fosa poplitee de la n.tibialis pornesc ramuri musculare, *rr.musculares*, spre *m.triceps surae*, *m.plantaris* și *m.popliteus* și o ramură senzitivă, spre articulația genunchiului. Pe gambă de către ramurile musculare ale nervului tibial se inervează: *m.tibialis posterior*, *m.flexor pollicis longus*, *m.flexor digitorum longus*.

Nervul peroneu (fibular) comun, *n.peroneus (fibularis) communis*, despărțindu-se de n.sciatic în partea inferioară a coapsei (sau în partea superioară a fosei poplitee), descinde în jos și lateral de-a lungul marginii mediale a *m.biceps femoris*, iar apoi se așează în șanțul format de tendonul acestui mușchi și capul lateral al *m.gastrocnemius*. Coborîndu-se mai jos, *n.peroneus (fibularis) communis* ocolește capul fibulei și pătrunde în grosimea m. peroneu lung și se împarte în 2 ramuri: n.peroneu (fibular) superficial și n.peroneu (fibular) profund.

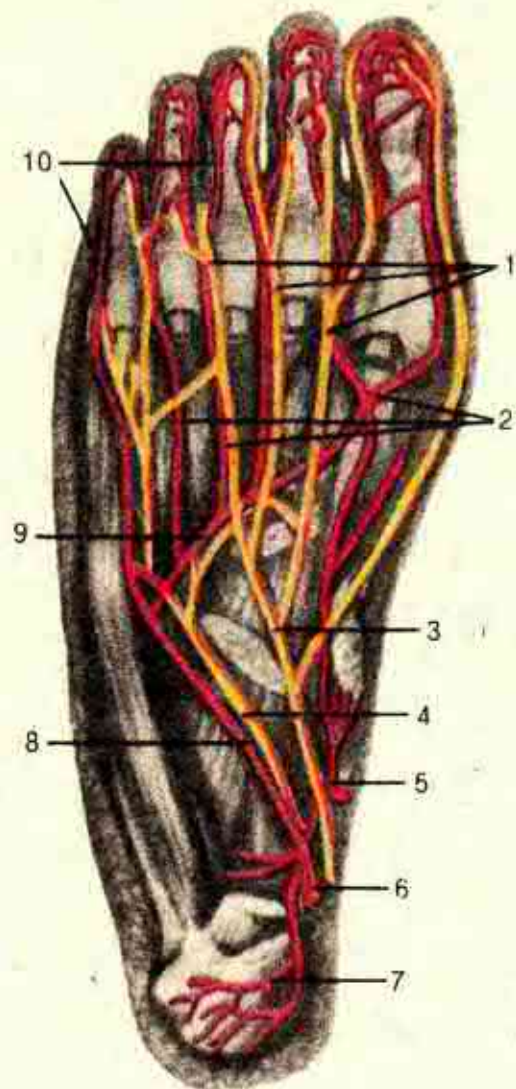


Fig. 270. Nervii și arterele plantei (o parte din mușchi sînt rezecați).

1 — nn. digitales plantares communes; 2 — aa. metatarsale plantares; 3 — n. plantaris medialis; 4 — n. plantaris lateralis (r. superficialis); 5 — a. plantaris medialis; 6 — a. tibialis posterior; 7 — rr. calcanei a. tibialis posterior; 8 — a. plantaris lateralis; 9 — arcus plantaris; 10 — nn. digitales plantares proprii.

ne (fibular) profund. De la n.peroneu (fibular) comun în fosa poplitee pleacă *n.cutaneus surae lateralis*, care inervează pielea părții laterale a gambei.

În treimea inferioară a gambei *n.cutaneus surae lateralis* se unește cu *nervus cutaneus surae medialis* și formează, după cum s-a menționat, *n.suralis*. N.peroneu (fibular) comun inervează de asemenea și capsula articulației genunchiului. Nervul peroneu (fibular) superficial, *n.peroneus (fibularis) superficialis* se îndreaptă în jos, aflîndu-se aici între locul de ori-

gine al m. peroneu lung și fibulă (canalul musculoperoneu superior). La limita treimii medii și inferioare a gambei nervul părăsește canalul, perforază fascia și se îndreaptă spre dorsul piciorului unde se distribuie în ramurile terminale.

Una din aceste ramuri — nervul cutanat dorsal medial, *n. cutanêus dorsâlis mediâlis* — se orientează spre marginea medială a piciorului și inervează pielea acestei regiuni, inclusiv pielea din partea medială a degetului mare și a fețelor adiacente ale degetelor II și III.

Altă ramură — nervul cutanat dorsal intermediar, *n. cutanêus dorsâlis intermedius* — descinde în jos pe partea anterolaterală a dorsului piciorului și se împarte în nervii digitali dorsali ai piciorului, *nn. digitâles dorsâles pèdis*, care inervează pielea părților adiacente ale degetelor III, IV și V.

În canalul musculoperoneu de la n. peroneu (fibular) superficial pornesc ramuri musculare, *rr. musculâres* spre mușchiul peroneu lung și mușchiul peroneu scurt.

Nervul peroneu (fibular) profund, *n. peronêus (fibulâris) profûndus* de la locul de pornire se îndreaptă înainte, perforază septul intermuscular anterior al gambei și mușchiul extensor lung al degetelor și se amplacează pe fața anterioară a membranei interosoase, fiind însoțit de a. tibialis anterior.

Împreună cu a. tibialis anterior nervul peroneu (fibular) profund iese pe fața dorsală a piciorului fiind situat sub *retinâculum extensôrium infêrior*. La nivelul distal al spațiului I intermetatarsian nervul peroneu (fibular) profund se împarte în doi nervi digitali dorsali, *nn. digitâles dorsâles*: nervul lateral al halucelui, *n. hâllucis laterâlis*, și nervul medial al degetului secund, *n. digiti secûndi mediâlis*.

Acești nervi inervează pielea fețelor adiacente ale degetelor I și II.

De la nervul peroneu profund se ramifică ramuri musculare la următorii mușchi ai gambei: *m. tibialis anterior*,

m. extênsor digitôrum lóngus, *m. extênsor hâllucis lóngus*, precum și *m. extênsor digitôrum brêvis* și *m. extênsor hâllucis brêvis*, situați pe dorsul piciorului. *N. peronêus (fibularis) profûndus* inervează și capsula articulației talocrurale.

Plexul coccigian

Plexul coccigian, *plêxus cocci-gêus*, este format din ramurile anterioare ale nervului V sacral (S_v) și nervului coccigian (Co_1).

Acest plex este așezat pe mușchiul coccigian și ligamentul sacrospinal. Emergenți de la plex nervii anococcigieni, *nn. anococcigêi* inervează pielea regiunii coccigiene și orificiului anal.

Date generale despre componența fibrelor nervilor spinali, topografia nervilor și regiunile de inervație sînt expuse în tabelul 8.

SISTEMUL NERVOS VEGETATIV (AUTONOM)

Sistemul nervos vegetativ (autonom), *sistêma nervosum autonomicum*, este partea sistemului nervos care efectuează inervația inimii, vaselor sanguine și limfatice, a viscerelor și alte organe care au în componența lor țesut muscular neted și epitelii glandular. Ea coordonează funcția organelor interne, reglează procesele metabolice și trofice în toate organele și țesuturile corpului uman, menține echilibrul mediului intern al organismului.

Funcția sistemului nervos vegetativ (autonom) nu este autonomă. Cu toate că funcționează independent de conștiința noastră, acest sistem se află sub influența măduvei spinării, cerebelului, hipotalamusului, nucleilor bazali ai telencefalului și centrelor nervoase superioare situate în cortexul cerebral. Însă în cortexul cerebral centre (nuclei) specializate responsabile nemijlocit de funcția sistemului nervos vegetativ la etapa actuală n-au fost detectate.

Separarea sistemului nervos vegetativ (autonom) este condiționată de unele particularități structurale ale lui.

Tablea nr. 8. Denumirea nervilor spinali, componența fibrelor și regiunile de inervație

Nervul, componența fibrelor* (în majoritate)	Segmentele inervate spinării	Plexuri	Organele inervate
Ansa cervicalis (M)	C _I — C _{III}	Plexus cervicalis	Mușchii situați inferior de osul hioidian
Ramurile musculare (M)	C _I — C _{IV}	Plexus cervicalis	Mm. longi colli et capitis, mm. scaleni, mm. recti capitis anterior et lateralis, mm. intratransversarii anteriori, m. levator scapulae, m. sternocleidomastoidicus, m. trapezius.
N. occipitalis minor (S)	C _{II} — C _{III}	Plexus cervicalis	Pielea porțiunii laterale a regiunii occipitale
N. auricularis magnus (S)	C _{III}	Plexus cervicalis	Pielea pavilionului urechii și conductului auditiv extern.
N. transversus colli (S)	C _{III}	Plexus cervicalis	Pielea regiunii anterioare și laterale a gâtului.
Nn. supraclaviculare (S)	C _{III} — C _{IV}	Plexus cervicalis	Pielea regiunii laterale a gâtului și regiunii claviculare, pielea ce acoperă mușchii deltoid și pectoral mare.
N. phrenicus (M, S)	C _{III} — C _{IV} (afect.) C _V	Plexus cervicalis	Diaphragmul, pleura, pericardul, peritoneul ce tapetează diaphragmul, ficatul, vezica biliară, suprarenalele.
N. dorsalis scapulae (M)	C _{IV} — C _V	Plexus brachialis (ramura scurtă)	M. levator scapulae, mm. rhomboidei.
N. thoracicus longus (M)	C _V — C _{VI}	Plexus brachialis (ramura scurtă)	M. serratus anterior
N. subclavius (M)	C _V	Plexus brachialis (ramura scurtă)	M. subclavius
N. suprascapularis (M, S)	C _V — C _{VI}	Plexus brachialis (ramura scurtă)	(M) M. supraspinatus, m. infraspinatus (S) Capsula articulației umărului
N. subscapularis (M)	C _{VI} — C _{VII}	Plexus brachialis (ramura scurtă)	M. subscapularis, m. teres major
N. thoracodorsalis (M)	C _{VIII} — C _{VIII}	Plexus brachialis (ramura scurtă)	M. latissimus dorsi
N. pectoralis lateralis et n. pectoralis medialis (M)	C _V — C _{VIII} Th _I	Plexus brachialis (ramura scurtă)	M. pectoralis minor, m. pectoralis major
N. axillaris (M, S)	C _V — C _{VII}	Plexus brachialis (ramura scurtă)	(M) M. deltoidicus, m. teres minor. (S) Capsula articulației umărului, pielea porțiunii posterioare a regiunii deltoide. Pielea suprafeței posterolaterale a brațului.
N. musculocutaneus (M, S)	C _V — C _{VII}	Plexus brachialis (ramura lungă de la bazele ulnii lateral)	(M) M. coracobrachialis, m. biceps brahii, m. brachialis (S) Capsula articulației cubitale, pielea suprafeței laterale a antebratului.
N. medianus (M, S)	C _{VI} — C _{VII}	Plexus brachialis (ramura lungă din fasciculul lateral și medial)	(S) M. pronator teres, m. flexor digitorum superficialis, porțiunea laterală a m. flexor digitorum profundus, m. palmaris longus, m. flexor carpi radialis, m. flexor pollicis longus, m. pronator quadratus, m. abductor pollicis brevis, m. opponens pollicis, Capul superficial al m. flexor pollicis brevis, mm. lumbricales I și II.

Nervul, componența fibrelor* (în majoritate)	Segmentele măduvei spinării	Plexul	Organele inervate
N. ulnaris (M, S)	C _{VII} — Th _I	Plexus brachialis (ramură lungă din fasciculul medial)	<p>(S) Pielea regiunii thenar, feței anterioare a articulației radiocarpine, mijlocului palmei, pielea degetelor I, II, III și fața radială a degetului IV, precum și pielea feței dorsale a falangelor medii și distale ale degetelor II, III și părții laterale a degetului IV.</p> <p>(M) Porțiunea medială a m. flexor digitorum profundus, m. flexor carpi ulnaris, mm. — lumbricales III și IV, m. flexor digiti minimi, m. adductor digiti minimi, m. opponens digiti minimi, m. palmaris brevis, mm. interossei palmares et dorsales, m. adductor pollicis, capul profund al m. flexor pollicis brevis.</p> <p>(S) Pielea suprafeței dorsale a degetelor IV și V, părții ulnare a degetului III cu excepția pielii părții ulnare a degetului III, părții radiale a degetului IV, a falangelor medii și distale. Pielea feței palmare a degetului I și părții ulnare a degetului IV, articulațiile minii.</p>
N. cutaneus brachii mediālis (S)	C _{VIII} — Th _I	Plexus brachialis (ramură lungă de la fasciculul medial)	Pielea suprafeței mediale a brațului.
N. cutaneus antebrachii mediālis (S)	C _{VIII} — Th _I	Plexus brachialis (ramură lungă de la fasciculul medial)	Pielea porțiunii mediale a suprafeței anterioare a antebrățului.
N. radialis (M, S)	C _V — C _{VIII} Th _I	Plexus brachialis (ramură lungă de la fasciculul posterior)	<p>(M) M. triceps brachii, m. anconeus, m. brachioradialis, m. extensor digitorum, m. extensor carpi radialis longus et brevis, m. supinator, m. abductor pollicis longus, mm. extensor pollicis longus et brevis, m. extensor indicis, m. extensor digiti minimi, m. extensor carpi ulnaris.</p> <p>(S) Pielea suprafeței posterioare și posterolaterale a brațului, a suprafeței posterioare a antebrățului, pielea suprafeței dorsale a porțiunii radiale a minii și degetelor I și II, porțiunii radiale a degetului III cu excepția falangelor medii și distale ale degetelor II și III.</p>
N. intercostales (M, S)	Th _I — Th _{XII}	Rami ventrales nervi thoracici	<p>(M) Mm. intercostales externi et interni, m. transversus thoracis, mm. subcostales, mm. levatores costarum, m. transversus abdominis, mm. obliqui externus et internus abdominis, m. pyramidalis, m. rectus abdominis.</p> <p>(S) Pielea pieptului și abdomenului, pleura, peritoneul.</p>
Rami musculares (M)	Th _{XII} — L _I	Plexus lumbalis (ramuri scurte)	M. quadratus lumborum, m. psoas major, m. psoas minor, mm. intertransversarii laterales lumborum.
N. iliohypogastricus (M, S)	Th _{XII} — L _I	Plexus lumbalis	<p>(M) M. transversus abdominis, mm. obliqui abdominis externus et internus, m. rectus abdominis, m. pyramidalis, (S) Pielea porțiunii superolaterale a regiunii fesiere, a regiunii superolaterale a coapsei, pielea regiunii pubiene.</p>

Nervul, componența fibrelor* (în majoritate)	Segmentele măduvei spinării	Plexul	Organele inervate
N. ilioinghinalis (M, S)	Th _{II} —L _I	Plexus lumbalis	(M) M. transversus abdominis, mm. obliqui abdominis externi et interni. (S) Pielea muntelui Venus, regiunii inghinale, a penisului, feței anterioare a scrotului (a labiilor mari).
N. genitofemoralis (M, S)	L _I —L _{II}	Plexus lumbalis	(M) M. crenaster. (S) Pielea regiunii superomediale a coapsei, pielea labiilor mari (a scrotului), pielea în regiunea inelului extern al canalului femural.
N. cutaneus femoris lateralis (S)	L _I —L _{II}	Plexus lumbalis	Pielea suprafeței laterale a coapsei până la nivelul articulației genunchiului.
N. obturatorius (M, S)	L _{II} —L _{IV}	Plexus lumbalis	(M) M. adductor brevis, m. adductor longus, m. pectineus, m. gracilis, m. adductor magnus, m. obturatorius externus. (S) Pielea suprafeței mediale a coapsei, capsula articulației coxofemorale.
N. femoralis (M, S)	L _I —L _{IV}	Plexus lumbalis	(M) M. sartorius, m. quadriceps femoris. (S) Pielea suprafeței anterioare a coapsei, a suprafeței anteromediale a gambei, a dorsului și marginii mediale a piciorului până la haluce.
Rr. musculares (M)	L _{IV} —S _{II}	Plexus sacralis (ramuri scurte)	M. obturatorius internus, m. piriformis, mm. gemelli superior et inferior, m. quadratus femoris.
N. gluteus superior (M)	L _{IV} —S _I	Plexus sacralis (ramură scurtă)	M. gluteus minimus, m. gluteus medius, m. tensor fasciae latae.
N. gluteus inferior (M)	L _V —S _{II}	Plexus sacralis (ramură scurtă)	M. gluteus maximus
N. pudendus (M, S)	S _I —S _{IV}	Plexus sacralis (ramură scurtă)	(M) M. sphincter ani externus, m. levator ani, m. coccygeus, m. ischiocavernosus, m. bulbospongiosus, m. transversus perinei superficialis et profundus, m. sphincter urethrae. (S) Pielea porțiunii mediale a regiunii posterioare a gambei, regiunii calcaneale și plantei piciorului.
N. peroneus communis (M, S)		Ramură a n. ischiadicus (plexus sacralis)	(M) M. peroneus longus, m. peroneus brevis, m. tibialis anterior, m. extensor digitorum longus, m. extensor hallucis longus, m. extensor digitorum brevis, m. extensor hallucis brevis. (S) Pielea porțiunii laterale a feței posterioare a gambei și dorsului piciorului. Capsula articulației talocrurale.
Nn. anococcigei (S)	S _V —Co _I	Plexus coccygeus	Pielea regiunii coccigiene și orificiul anal.

* Fibre nervoase viscerale (simplice) se conțin în componența tuturor nervilor spinali și cranieni.

Indicații convenționale: M — fibre nervoase motorii
S — fibre nervoase senzitive

Din aceste particularități fac parte :

1. Localizarea nucleilor vegetativi în sistemul nervos central sub formă de focare.

2. Aglomerări ale corpurilor neurocitelor efortorii în componența sistemului nervos periferic sub formă de ganglioni ai plexurilor vegetative.

3. Calea efortorie de la nucleii vegetativi ai sistemului nervos central pînă la organul inervat este constituită din doi neuroni.

Sistemul nervos vegetativ (autonom) este alcătuit din porțiunea centrală și periferică.

Din porțiunea centrală fac parte :

1) **nucleii parasimpatici ai perechilor de nervi cranieni III, VII, IX și X**, situați în trunchiul cerebral (*mesencéphalon, póns, medúlla oblongáta*) ;

2) nucleul vegetativ (simpatic), amplasat în stîlpul intermediolateral, *columna intermediolateralis (autonomica)*, a segmentului cervical VIII, segmentelor toracice și două segmente lombare superioare ale măduvei spinării (S_{VIII} ; $Th_I—L_{II}$) ;

3) **nucleii parasimpatici sacrali, nucleii parasimpatici sacrali**, situați în substanța cenușie a trei segmente sacrale ale măduvei spinării ($S_{II}—S_{IV}$).

Porțiunea periferică a sistemului nervos vegetativ (autonom) o alcătuiesc :

1. **Nervii vegetativi (autonomi) cu ramurile lor și neurofibrele**, *nn., rr. et neurofibrae autonomici (viscerales)*, care părăsesc encefalul și măduva spinării.

2. **Plexurile vegetative (autonome, viscerale)**, *plexus autonomici (viscerales)* ;

3. **Ganglionii plexurilor vegetative (autonome, viscerale)**, *ganglia plexum autonomorum (visceralem)*.

4. **Lanțul simpatic, trúnCUS sympáthicus** (drept și stîng) împreună cu ganglionii, ramurile interganglionare și comunicante, nervii simpatici.

5. **Ganglionii terminali, gánghia terminalia**, a porțiunii parasimpatice a sistemului nervos vegetativ.

Neurocitele nucleilor porțiunii centrale ale sistemului nervos vegetativ sînt primele neurocite eferente ale căii conductoare de la sistemul nervos central (mă-

duva spinării și encefal) spre organul inervat. Neurofibrele, formate din apofizele acestor neurocite sînt numite preganglionare și parcurg calea pînă la ganglionii porțiunii periferice a sistemului nervos vegetativ, unde se termină prin sinapse pe celulele acestora. Ganglionii vegetativi intră în componența lanțului simpatic (drept și stîng), plexurilor vegetative ale cavității abdominale și pelviene, de asemenea sînt amplasați în regiunea capului, în apropierea sau în grosimea organelor inervate de sistemul nervos vegetativ. Fibrele preganglionare au înveliș mielinic, datorită cărui fapt sînt de culoare albicioasă. Ele părăsesc encefalul în componența rădăcinilor nervilor cranieni respectivi, iar din măduva spinării — în componența rădăcinilor anterioare ale nervilor spinali de la VIII cervical pînă la II lombar.

Ganglionii porțiunii periferice a sistemului nervos vegetativ conțin în componența lor corpul neuronului al doilea eferent (efector), aflat în cale spre organul inervat. Apofizele acestor neurocite, a căii eferente, conduc impulsuri nervoase de la ganglionii vegetativi către organul efortor (musculatura netedă, glande, țesuturi) și sînt numite neurofibre postganglionare. Ele nu posedă înveliș mielinic și au o culoare cenușie. Structura arcului reflex vegetativ diferă de cea a sistemului nervos somatic. În arcul reflex al sistemului nervos vegetativ calea eferentă constă nu dintr-un singur neuron, ci din doi. În ansamblu, arcul reflex vegetativ (simplu) constă din 3 neuroni (fig. 271).

Primul segment al arcului reflex este reprezentat prin neurocitele senzitive, corpurile cărora sînt situate în ganglionii spinali sau în ganglionii senzitivi ai nervilor cranieni. Apofizele periferice ale acestor neurocite încep în organe și țesuturi cu terminațiuni senzitive — receptorii. Apofizele centrale, în componența rădăcinilor posterioare ale măduvei spinării, sau a rădăcinilor senzitive ale nervilor cranieni se îndreaptă spre nucleii respectivi ai măduvei spinării și encefal.

Segmentul al doilea al arcului reflex este eferent, deoarece conduce impulsuri

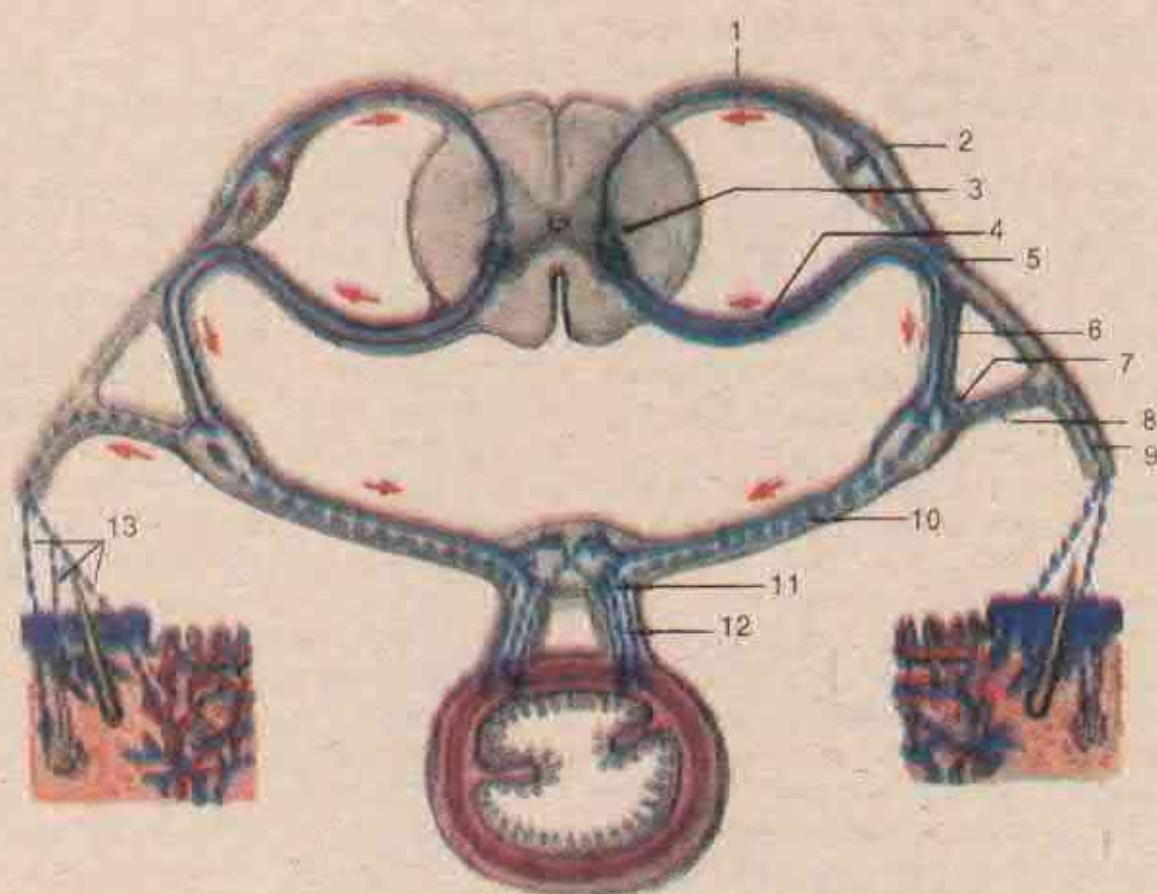


Fig. 271. Schema arcului reflector vegetativ. Săgețile indică direcția răspîndirii impulsurilor nervoase.

1 — rădix dorsalis (posterior); 2 — gangl. spinale; 3 — columna intermediolateralis (autonomica); 4 — neurofibră preganglionară ale primului neuron (intercalar) (în componența rădăcinilor anterioare); 5 — n. spinalis; 6 — r. comunicans albus; 7 — gangl. trunci simpatici; 8 — r. comunicans griseus; 9 — neurofibră postganglionară ale neuronului doi (efector) (în componența nervului spinal); 10 — neurofibră postganglionară ale neuronului doi (efector) (în componența nervului splanhnic); 11 — gangl. plexus autonomicum; 12 — neurofibră postganglionară ale neuronului doi (efector) (în componența plexurilor viscerale și vasculare); 13 — neurofibră postganglionară spre glandele sudoripare ale pielii, mușchii pielosi și vase.

de la măduva spinării și encefal spre organul efector. Această cale eferentă a arcului reflex vegetativ constă din doi neuroni. Primul din acești neuroni (al doilea din arcu reflex în ansamblu) este situat în nucleii vegetativi ai sistemului nervos central. Acest neurocit poate fi numit intercalar, deoarece efectuează legătura segmentului senzitiv (aferezent) cu cel eferent (efector). Neurocitul efector prezintă cu sine neurocitul al treilea al arcului reflex vegetativ. Corpurile neurocitelor efectorii (trei) se află în ganglionii periferici ai sistemului nervos vegetativ (lanțul simpatic, ganglionii vegetativi ai nervilor cranieni, ganglionii plexurilor vegetative). Apofizele acestor neuroni se îndreaptă spre organe și țesuturi în componența nervilor organici vegetativi sau a celor micști.

Neurofibrele postganglionare se termină în mușchii netezi, glande și alte țe-

suturi cu terminațiuni nervoase respective.

În dependență de topografia nucleilor și ganglionilor vegetativi, a lungimii primului și celui de-al doilea neurociti ai căii eferente, precum și de particularitățile funcționale sistemul nervos vegetativ se împarte în porțiunile simpatică și parasimpatică (fig. 272).

Porțiunea simpatică a sistemului nervos vegetativ (autonom)

Din porțiunea simpatică, *pars sympathica*, iac parte: 1) substanța cenușie intermediolaterală (nucleul vegetativ) situată în columna laterală în limitele segmentelor VIII cervical (C_{VIII}) până la segmentul II-lombar (L_{II}); 2) lanțul simpatic drept și stîng, *truncus sympathicus*; 3) ramurile comunicante, *rami communicantes*; 4) ganglionii

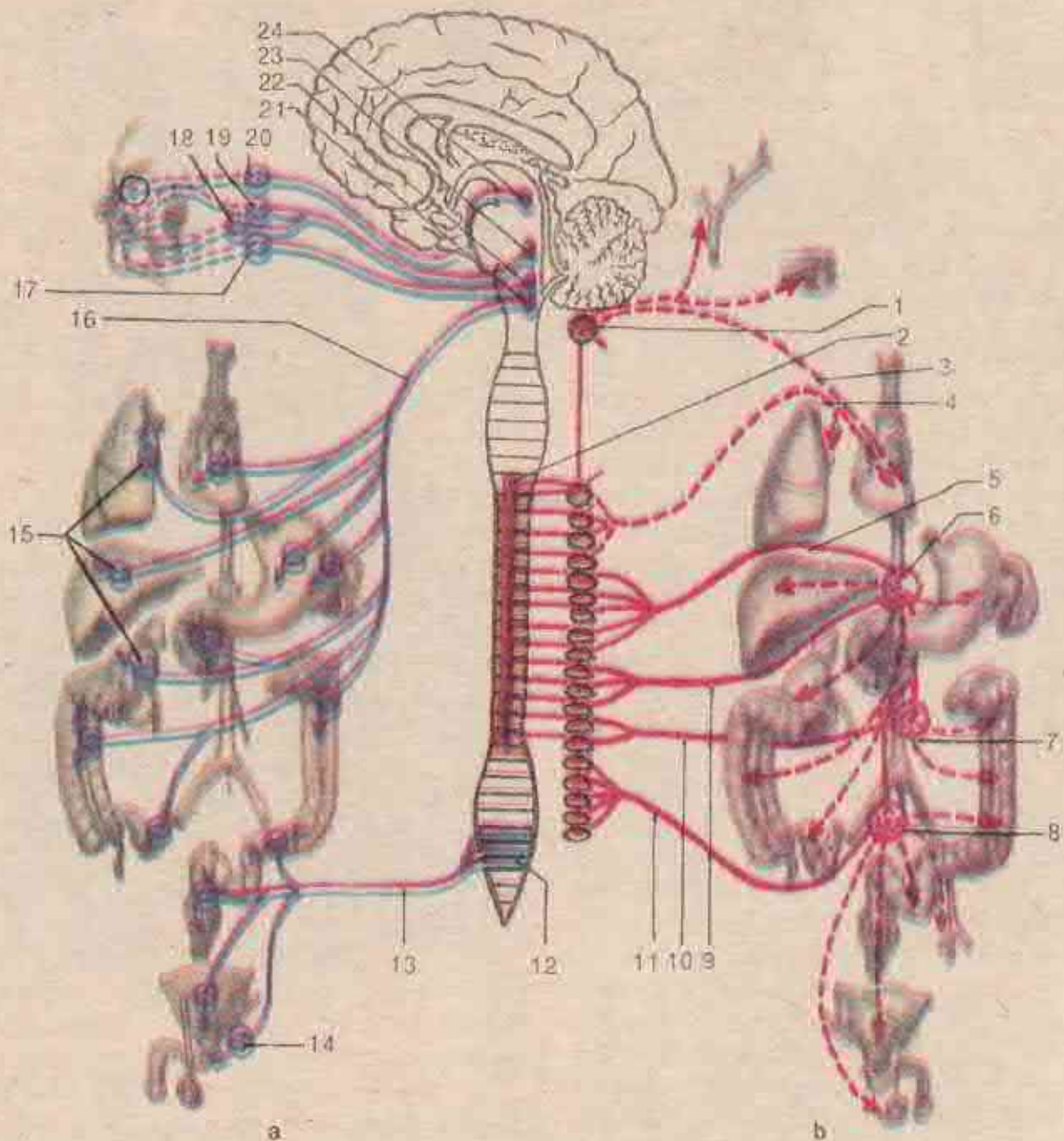


Fig. 272. Schema inervației vegetative (autonome) a organelor interne.

a — porțiunea parasimpatică; b — porțiunea simpatică; 1 — ganglii cervicale superius; 2 — coloana intermediolaterală; 3 — n. cardiacus cervicalis superior; 4 — nn. cardiaci et pulmonales thoracici; 5 — n. splanchnicus major; 6 — plexus coeliacus; 7 — plexus mesentericus inferior; 8 — plexus hypogastricus superior et plexus hypogastricus inferior; 9 — n. splanchnicus minor; 10 — nn. splanchnici lumbales; 11 — nn. splanchnici sacrales; 12 — nucleii parasimpatici sacrales; 13 — nn. splanchnici pelvini; 14 — ganglii pelvici; 15 — ganglii parasimpatici (în componența plexurilor organice); 16 — n. vagus; 17 — ganglii otici; 18 — ganglii submandibulari; 19 — ganglii pterygopalatini; 20 — ganglii ciliari; 21 — nucleii dorsalis n. vagi; 22 — nucleii salivatorius inferior; 23 — nucleii salivatorius superior; 24 — nucleii neolomomotorius accessorius.

plexurilor vegetative situate anterior de coloana vertebrală în vecinătatea vaselor sanguine mari; 5) nervii ce pornesc de la aceste plexuri spre organe; 6) plexurile paravascularare și organice; 7) librelle simpatică emergente în componența nervilor somatici spre organe și țesuturi. Neurofibrelle simpatică preganglionare ca regulă sînt mai scurte ca cele postganglionare.

Lanțul simpatic

Lanțul simpatic, *truncus sympathicus*, este o formațiune pară, amplasată pe fața anterolaterală a coloanei vertebrale. El constă din 20—25 de ganglioni uniți între ei cu ramuri interganglionare, *rr. interganglionares*.

Ganglionii lanțului sim-

partic, *gânglia trunci sympáthici*, posedă o formă ovală, poligonală, fusiformă (alungită). Spre lanțul simpatic emerg numai fibre comunicante albe. De la el pornesc ramuri comunicante cenușii și nervi spre organele interne. Ramură comunicantă albă, *r. communicans albus*, este numit fasciculul de fibre preganglionare emergente de la nervul spinal spre ganglionul lanțului simpatic situat în apropiere. În componența ramurilor comunicante albe intră neurofibre preganglionare, care sînt apofize ale neurocitelor substanței intermediolaterale a măduvei spinării. Aceste fibre traversează coloanele anterioare (coarnele) ale măduvei spinării și în componența rădăcinilor anterioare, pătrund în nervul spinal, ramificîndu-se la ieșirea din orificiul intervertebral. Ramuri comunicante albe au numai nervii spinali C_{VIII}, Th_I—Th_{XII} și L_I—L_{II} și se unesc cu ganglionii toracici (inclusiv cervicotoracic) și doi ganglioni superiori lombari ai lanțului simpatic. Spre ganglionii cervicali și lombari inferiori ai lanțului simpatic nu emerg ramuri comunicante. Acești ganglioni primesc fibre preganglionare prin intermediul ramurilor interganglionare. Pe tot traiectul, din ganglionii lanțului simpatic emerg ramuri comunicante cenușii, *rr. comunicantes griséi*, care se orientează spre nervul spinal vecin. Ramurile comunicante cenușii conțin fibre postganglionare — apofize ale neurocitelor aflate în ganglionii lanțului simpatic. Prin intermediul nervilor spinali și ramurile lor, fibrele postganglionare ajung la piele, mușchi, țesutul conjunctiv, vase sanguine și limfatice, glandele sudoripare și salivare, mușchii pieloiși, asigurînd inervația simpatică a lor.

De la lanțul simpatic, afară de ramuri comunicante cenușii emerg nervi ce conțin fibre nervoase postganglionare, precum și nervii ce se îndreaptă spre ganglionii plexurilor vegetative. Ultimii în componența lor pot avea fibre preganglionare tranzitorii, care nu se întrerup în ganglionii lanțului simpatic. Topografic lanțul simpatic se împarte în porțiuni: cervicală, toracică, lombară și sacrală.

Porțiunea cervicală a lanțului simpatic (fig. 273) este reprezentată prin trei ganglioni și fibre interganglionare ce-i unesc. Aceste componente sînt situate pe fața anterioară a mușchilor profunzi ai gîtului, fiind acoperite de fascia prevertebrală. Către ganglionii cervicali fibrele preganglionare emerg în componența ramurilor interganglionare ale porțiunii toracice a lanțului simpatic. Aceste fibre sînt apofizele neurocitelor nucleilor vegetativi ai substanței intermediolaterale (cenușii) a segmentului VIII cervical și 6—7 segmente toracice superioare ale măduvei spinării.

Ganglionul cervical superior, *gânglion cervicale superius*, este cel mai masiv ganglion al lanțului simpatic. El reprezintă o formațiune fusiformă cu lungimea de aproximativ 2 cm și grosimea — 0,5 cm. Ganglionul cervical superior este amplasat anterior de apofizele transversale ale vertebrelor cervicale II și III. Anterior de ganglion se află artera carotidă internă, lateral — nervul vag, posterior — m. longus capitis. De la acest ganglion pornesc următoarele ramuri ce conțin fibre postganglionare.

1) *Rr. comunicantes griséi*, care unesc ganglionul cervical superior cu primii 3 (uneori și 4) nervi spinali cervicali.

2) nervul carotid intern, *nervus caroticus internus*, pleacă de la polul superior al ganglionului spre artera carotidă internă, formînd pe pereții ei plexul carotid intern, *plexus caroticus internus*. Împreună cu artera plexul carotid intern pătrunde în canalul carotid, iar apoi în cavitatea craniului. Pe parcursul canalului de la plex emerg nervii caroticotimpanici, spre tunica mucoasă a urechii medii. După ieșirea arterei din canal, de la plexul carotid intern se ramifică nervul pietros profund, *n. petrosus profundus*. El străpunge cartilajul fibros situat în foramen lacérum și pătrunde în canalul pterigoid al sfenoidului, unde conjugă cu nervul pietros mare formînd nervul canalului pterigoidian, *n. canalis pterygoidei*. Ultimul pătrunde în fosa pterigopalati-

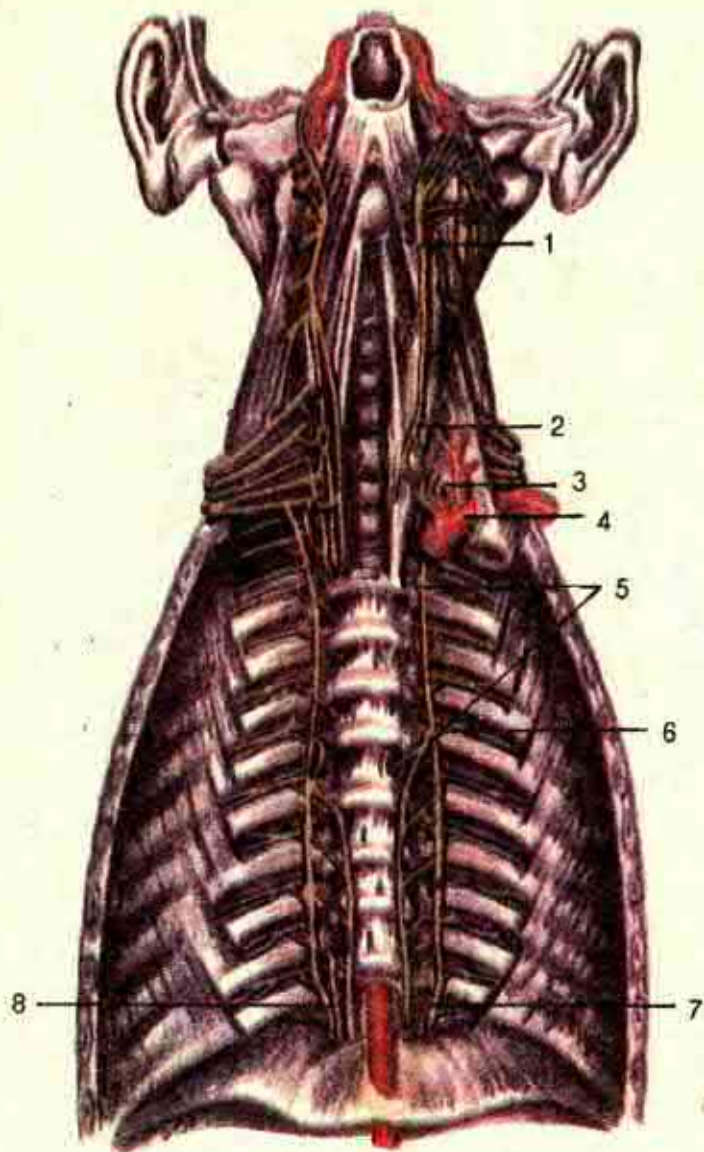


Fig. 273. Regiunea cervicală și toracică a lanțului simpatic; aspect anterior.

1 — gangl. cervicale superius; 2 — gangl. cervicale medium; 3 — gangl. cervicothoracicum; 4 — plexus subclavius; 5 — gangl. thoracica; 6 — r. communicans griseus; 7 — n. splanchnicus major; 8 — n. splanchnicus minor.

nă și se unește cu ganglionul omonim (ganglionul pterigopalatin). Fibrele simpatică fără a se întrerupe trec prin acest ganglion și în componența nervilor pterigopalatini aderă la nervul maxilar. Prin intermediul ramurilor acestuia, fibrele asigură inervația simpatică a vaselor, glandelor tunicii mucoase a cavității bucale și nazale, conjunctivei palpebrei inferioare și pielii feței. Porțiunea plexului carotid intern ce străbate sinusul cavernos deseori este numită plex cavernos, *plexus cavernosus*. În orbită fibrele simpatică nimeresc în componența plexului periarterial

al arterei oftalmice — ramură a arterei carotide interne. De la plexul oftalmic se ramifică rădăcina simpatică, *radix sympathicus*, spre ganglionul ciliar. Fibrele acestei rădăcini trec tranzitor prin ganglionul ciliar, și în componența nervilor ciliari scurți pătrund în globul ocular. Aceste fibre simpatică inervează vasele ochiului și m. dilatator al pupilei. În interiorul craniului plexul carotid intern se prelungește în plexurile paravazale emergente pe ramurile arterei carotide interne.

3) Nervii carotici externi, *nn. carotici externi*, constituie 2—3 fascicule emergente spre artera carotidă externă, care formează pe traiectul ei plexul omonim, *plexus caroticus externus*. Plexul carotid extern se răspindește pe ramurile arteriale asigurând inervația simpatică a vaselor, glandelor, țesutului muscular neted al organelor corpului. Ambele plexuri, carotid intern și extern se unesc pe artera carotidă comună formând plexul carotid comun, *plexus caroticus communis*.

4) Nervul jugular, *n. jugularis*, ascendează pe peretele venei jugulare interne spre orificiul omonim, unde se împarte în mai multe ramuri emergente spre ganglionul superior și inferior al vagusului, ganglionul inferior al nervului glosofaringian și spre nervul hipoglos. Grație acestor legături fibrele simpatică se răspîndesc în componența ramurilor nervilor cranieni IX, X și XII.

5) Ramuri laringofaringiene, *rr. laryngopharyngēi*, formează plexul laringofaringian și inervează (inervație simpatică) vasele, tunica mucoasă a faringelui și laringelui. Astfel neurofibrele postganglionare emergente de la ganglionul cervical superior, asigură inervația simpatică a organelor, pielii, vaselor capului și gâtului.

6) Nervul cardiac cervical superior, *n. cardiacus cervicalis superior*, descinde paralel lanțului simpatic, anterior de fascia prevertebrală. Nervul din dreapta merge de-a lungul trunchiului brahiocervical și pătrunde în plexul cardiac profund, situat posterior de arcul aortei. Nervul car-

diac cervical superior stîng aderă la artera carotidă comună respectivă, participînd la formarea plexului cardiac superficial, amplasat între arcul aortei și bifurcația trunchiului pulmonar (fig. 274).

Ganglionul cervical mediu, *ganglion cervicale medium*, (poate lipsi) se amplasează anterior de apofiza transversală a vertebrei cervicale VI și posterior de artera tiroidă. Dimensiunile ganglionului nu depășesc 5 mm. Ganglionul cervical mediu este unit cu cel superior prin o singură ramură interganglionară, iar cu ganglionul cervicotoracic (stelat) prin intermediul a 2 sau, mai rar, a 3 ramuri interganglionare. Una din aceste ramuri trece anterior de artera subclaviculară, cealaltă — posterior de ea, formînd ansa subclaviculară (*ansa subclaviculară*). De la ganglionul cervical mediu pornesc următoarele ramuri: 1) ramuri comunicante cenușii către nervii spinali V, VI, uneori și spre IV.

2) Nervul cardiac cervical mediu, *n. cardiacus cervicalis medius*, merge paralel și lateral de nervul cardiac cervical superior. Nervul cardiac cervical mediu din dreapta se plasează de-a lungul trunchiului brahiocelalic, cel stîng — emerge împreună cu artera carotidă comună stîngă. Ambii nervi pătrund în plexul cardiac profund.

3) Unul sau doi nervi subțiri emergenți de la ganglionul cervical mediu participă la formarea plexului carotid comun și plexului arterei tiroide inferioare, inervînd glanda tiroidă și paratiroidile. În lipsa ganglionului cervical mediu acești nervi pornesc de la ramurile interganglionare la nivelul apofizei transversale a vertebrei cervicale VI, fibrele postganglionare ale acestor ramuri pornesc de la ganglionul cervicotoracic.

Ganglionul cervicotoracic (stelat), *ganglion cervicotoracicum (stellatum)* se află la nivelul colului coastei I, posterior de artera subclaviculară, la locul de pornire a arterei vertebrale. El s-a format în rezultatul concreșterii ganglionului cervical inferior cu primul ganglion toracic.

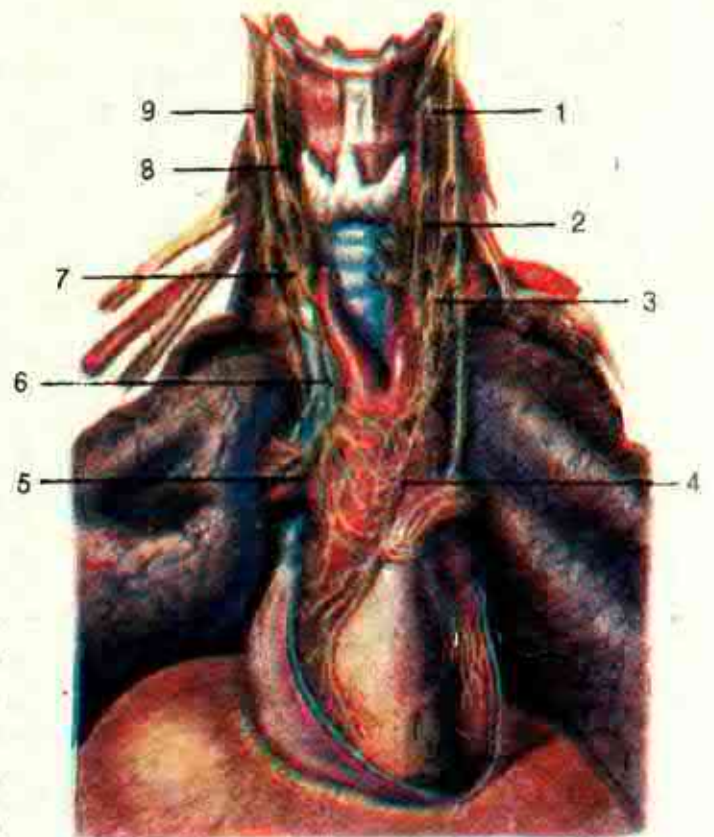


Fig. 274. Regiunea cervicală a lanțului simpatic și plexul cardiac.

1 — gangl. cervicale superior; 2 — n. cardiacus cervicalis superior; 3 — gangl. cervicotoracicum; 4 — plexus cardiacus (superficial); 5 — plexus cardiacus (profund); 6 — n. cardiacus cervicalis inferior; 7 — rr. cardiaci cervicales superiores; 8 — gangl. cervicale medium; 9 — n. vagus.

Ganglionul cervicotoracic, este aplatizat în sens anteroposterior și are o formă neregulată (stelată); diametrul transversal circa 8 mm. De la ganglion pornesc următoarele ramuri:

1) Ramuri comunicante cenușii, care se unesc cu nervii spinali VI, VII și VIII.

Cîteva ramuscule, inclusiv și de la ansa subclaviculară, formează plexus subclavicular *plexus subclavius*, împreună cu ramurile arteriale neurofibrele simpatice ale acestui plex ajung la glandele tiroidă și paratiroidile, la organele mediastinului superior și anterior, inervînd de asemenea ramurile arterei subclaviculară.

3. Cîteva ramuri aderă la nervul vag și ramurile lui, precum și la nervul diafragmatic.

4. Nervul vertebral, *n. vertebralis*, se apropie de artera vertebrală formînd pe ea plexul vertebral.

plexus vertebralis. Ca regulă, la locul de pătrundere a arterei în orificiul apofizei transversale a vertebrei VI cervicale, pe traiectul nervului vertebral se observă ganglionul vertebral, *gânglion vertebrale*. Plexul vertebral inervează vasele encefalului și măduvei spinării, meningele.

5. Nervul cardiac cervical inferior, *n. cardiacus cervicalis inferior*, din dreapta trece posterior de trunchiul brahiocervical, iar cel stâng trece posterior de aortă. Nervii dreپți și stângi pătrund în plexul cardiac profund.

Porțiunea toracică a lanțului simpatic include în componența sa 10—12 ganglioni toracici, *gânglia thoracica*, de configurație triunghiulară, fusiformă.

Dimensiunile acestor ganglioni sînt de 3—5 mm. Ei se plasează anterior de capetele coastelor, pe fața laterală a corpurilor vertebrelor, fiind acoperiți de fascia endotoracică și pleura parietală. Posterior de lanțul simpatic în sens transversal trec vasele intercostale posterioare. Către ganglionii toracici ai lanțului simpatic emerg ramuri comunicante albe de la toți nervii respectivi; ele conțin neurofibre preganglionare. De la ganglionii toracici pornesc cîteva tipuri de ramuri:

1. Ramuri comunicante cenușii, *rr. comunicantes grisei*, conțin fibre postganglionare, care se unesc cu nervii spinali vecini.

2. Nervii cardiaci toracici, *nn. cardiaci thoracici*, pornesc de la ganglionii toracici II, III, IV și V, se orientează anteromedial spre plexul cardiac.

3. Nervii simpatici emergenți de la ganglionii toracici spre organe (pulmonari, esofagieni, aortali), care împreună cu ramurile nervului vag formează, plexul pulmonar, *plexus pulmonalis*, plexul esofagian, *plexus esophagialis*, plexul aortal toracic, *plexus aorticus thoracicus*. Ramurile plexului aortal toracic se prelungeșc pe vasele intercostale și alte ramuri ale aortei toracice, formînd plexuri periarteriale.

Nervi simpatici primesc de asemenea

vena *azygos* și *hemiazygos*, ductul toracic limfatic.

Ramurile mai masive ale porțiunii toracice a lanțului simpatic sînt nervii splanhnici mare și mic.

4. Nervul splanhnic mare, *n. splanchnicus major*, se formează din cîteva ramuri emergente de la ganglionii toracici 5—9 ai lanțului simpatic, și conțin în majoritate neurofibre preganglionare. Pe fața laterală a vertebrelor toracice aceste ramuri fuzionează într-un trunchi nervos. Acesta se orientează inferior și medial, pătrunde în cavitatea abdominală, perforînd fasciculele musculare ale părții lombare a diafragmului alături de vena *azygos* cel drept și *hemiazygos* cel stîng și se termină în ganglionii plexului celiac. La nivelul vertebrei toracice XII pe traiectul nervului splanhnic mare poate fi găsit un ganglion de dimensiuni mici numit ganglionul splanhnic, *ganglion splanchnicum*.

5. Nervul splanhnic mic, *n. splanchnicus minor*, începe de la ganglionii toracici X, XI și de asemenea conțin în majoritate fibre preganglionare. *N. splanchnicus minor* descinde lateral de nervul precedent, penetrează diafragmul și pătrunde în ganglionii plexului celiac. De la nervul splanhnic mic pornesc ramura renală și se termină în plexul renal.

Porțiunea lombară a lanțului simpatic (fig. 275) este reprezentată prin 3—5 ganglioni lombari și ramurile interganglionare ce-i unesc.

Ganglionii lombari, *gânglia lumbalia*, au o formă alungită (sînt fusiformi) cu dimensiunile pînă la 6 mm. Ei se localizează pe suprafața anterolaterală a vertebrelor lombare, medial de mușchiul *psoas* mare, fiind acoperiți de fascia endoabdominală. Ganglionii lombari ai lanțului simpatic drept anterior limitează cu vena cavă inferioară, ganglionii celui stîng aderă la circumferința stîngă a aortei abdominale. Ganglionii lombari ai lanțului simpatic drept și stîng se unesc între ei prin ramuri comunicante transverse amplasate pe fața anterioară a vertebrelor lombare pe artere de aortă și vena cavă.

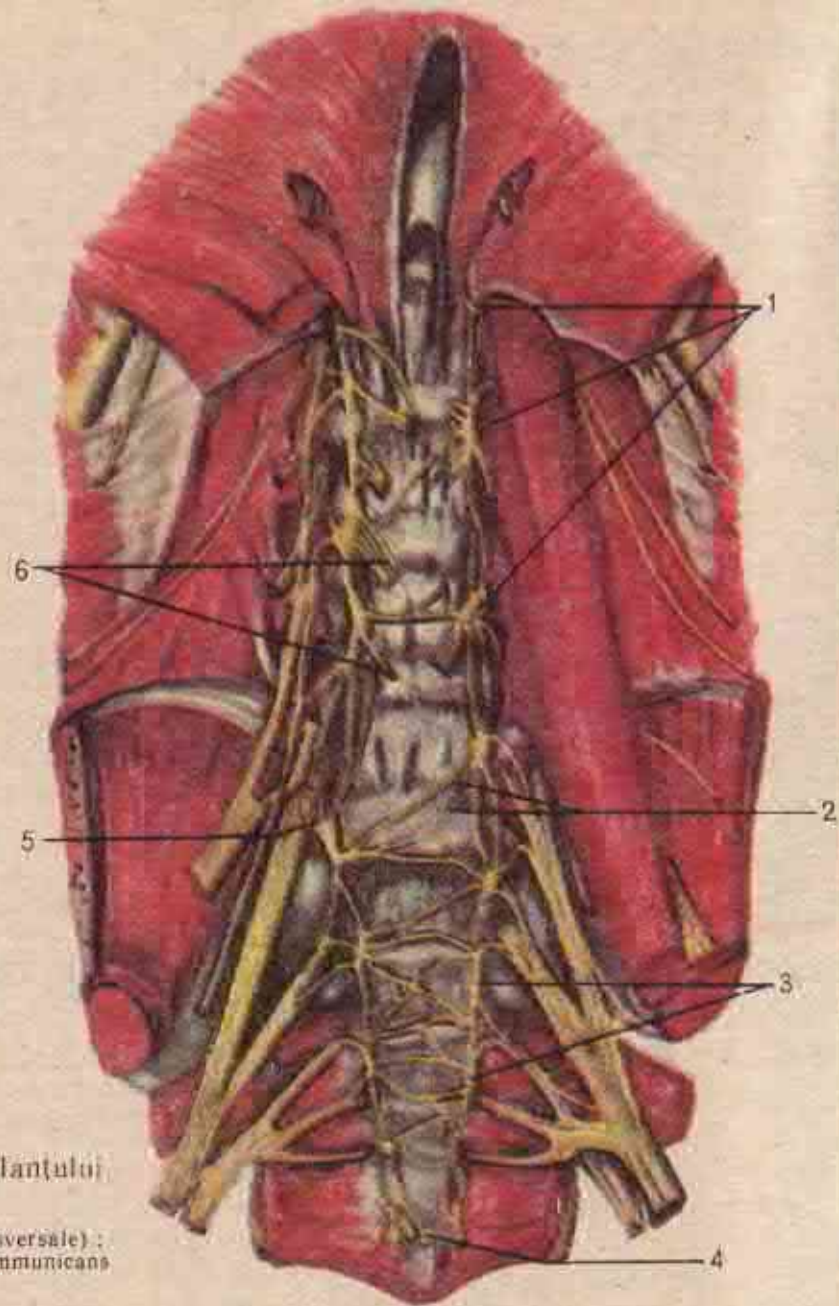


Fig. 275. Regiunea lombară și sacrală a lanțului simpatic.

1 — ganglii. lumbalia; 2 — rr. comunicantes (transversale); 3 — ganglii. sacralia; 4 — gangli. impar; 5 — r. comunicans (griseus); 6 — nn. splanchnici lumbales.

De la nervii spinali lombari I și II, care corespund segmentelor respective ale măduvei spinării ($L_1 - L_{II}$), spre doi ganglioni superiori lombari emerg ramuri comunicante albe. Ceilalți ganglioni lombari ramuri comunicante albe nu posedă.

De la fiecare din ganglionii lombari pornesc două feluri de ramuri: 1) ramuri comunicante cenușii ce conțin fibre postganglionare emergente spre nervii spinali lombari. 2) nervii splanchnici lombari, *n. splanchnici lumbales*, care se îndreaptă spre plexul celiac și plexurile vegetative organice (aortal, abdominal, renal, suprarenal). Ei conțin fibre pre- și postganglionare.

Porțiunea pelviană a lanțului simpatic este formată din 4 ganglioni sacrali, *gânglia sacralia*, fusiformi cu dimensiunile circa 5 mm fiecare, uniți între ei cu fibre interganglionare. Ganglionii sacrali se află pe fața pelviană a sacrului, medial de orificiile sacrale. Inferior lanțul simpatic drept și stâng, apropiindu-se, se termină în ganglionul impar, *ganglion impar*, situat pe fața anterioară a primei vertebre coccigiene. Asemănător porțiunii lombare ganglionii simpatici dreapta și stânga se unesc prin comunicații transversale. De la ganglionii sacrali pornesc: 1) ramuri comunicante cenușii, spre nervii spinali sacrali. Aceste ramuri conțin fib-

re simpatice postganglionare, care asigură inervația vaselor, glandelor, organelor și țesuturilor în regiunile de răspândire a nervilor sacrali simpatici.

2) nervii splanhnici sacrali, *nn. splanchnici sacrales*, care se deplasează spre plexurile hipogastrice superior și inferior (pelvian).

Plexurile vegetative ale cavității abdominale și pelviene

În cavitatea abdominală și pelviană sînt situate plexuri vegetative, alcătuite din ganglioni vegetativi și fascicule de fibre nervoase comunicante ce-i unesc. În ganglionii vegetativi se găsesc corpurile neurocitelor II ale căilor eferente. Apofizele acestor neurocite se îndreaptă de la plexuri spre organele interne și vase pentru a le inerva.

Nervii plexurilor vegetative (viscerale) conțin fibre postganglionare și urmează spre organe împreună cu vasele sanguine, formînd plexuri omonime pe traiectul lor sau se pot deplasa izolat.

Unul din cele mai masive plexuri vegetative ale cavității abdominale este plexul aortic abdominal, *plexus aorticus abdominalis*, aflat pe aortă și se prelungește pe ramurile ei.

Parte componentă a plexului aortic abdominal este plexul celiac, *plexus coeliacus*, cel mai masiv și mai important (plexul solar, „creierul” cavității abdominale). El se află pe fața anterioară a aortei abdominale, în jurul trunchiului celiac (fig. 276). Plexul celiac constă din cîțiva ganglioni masivi și numeroși nervi ce unesc acești ganglioni. În componența plexului intră doi ganglioni celiaci (*ganglia coeliaca*) de formă semilunară, situați în dreapta și în stînga de trunchiul celiac, doi ganglioni aortorenali, *ganglia aortorenalis*, aflați respectiv în locul de emergență a arterelor renale de la aortă, și ganglionul impar — mezenterial superior, *ganglion mesentericum superior*, aflat în locul de pornire a arterei omonime.

Spre plexul celiac vin nervii splanhnici mari și mici (drepti și stîngi) de la ganglionii toracici și nervii splanhnici

lombari de la ganglionii respectivi ai lanțului simpatic. Spre plexul celiac de asemenea vin și trec prin ganglionii lui tranzitor (fără a se întrerupe) fibrele trunchiului vagal posterior, precum și fibrele senzitive de la nervul diafragmal drept. De la ganglionii plexului celiac pornesc nervi ce conțin fibre simpatice postganglionare și parasimpatice preganglionare, care împreună cu vasele sanguine se orientează spre organele situate în jurul vaselor, acești nervi formează plexuri vegetative vasculare (periarteriale). De la ganglionii celiaci pornesc cîteva grupuri de ramuri: 1) 2—3 ramuri care formează plexul vegetativ al arterei diafragmale inferioare, participă la inervația simpatică a diafragmului, peritoneului ce o tapetează și vaselor ei. Pe traiectul acestor plexuri pot fi găsiți ganglioni diafragmali, *ganglia phrenica*.

2) Numeroase ramuri pornesc spre trunchiul celiac și ramurile lui formînd plexuri omonime pe traiectul arterei hepatice comune, arterei lienale și 3 artere gastrice stîngi. Astfel se formează plexul lienal, *plexus lienalis*, gastric, *plexus gastrici*, hepatic, *plexus hepaticus*, pancreatic, *plexus pancreaticus*, care afară de fibre vegetative conțin și fibre senzitive de la nervul diafragmal drept. Plexurile organelor parenchimotoase se aranjează în jurul vaselor sanguine și în țesutul conjunctiv ce formează stroma acestor organe.

Plexurile nervoase ale organelor cavitare: stomac, intestinul subțire și gros, vezica biliară, sînt situate între straturile pereților acestora. Astfel se identifică plexurile: subseros, intermuscular și submucos, care asigură inervația mușchilor și glandelor acestor organe.

3. De la părțile laterale ale ganglionilor celiaci pleacă circa 20 ramuri care se îndreaptă spre suprarenale, formînd plexurile (pare) suprarenale, *plexus suprarenalis*. În componența acestor ramuri sînt fibre preganglionare ce inervează substanța medulară a suprarenalelor. Așa dar substanța medulară a suprarenalelor, avînd origine comună cu ganglionii sistemu-

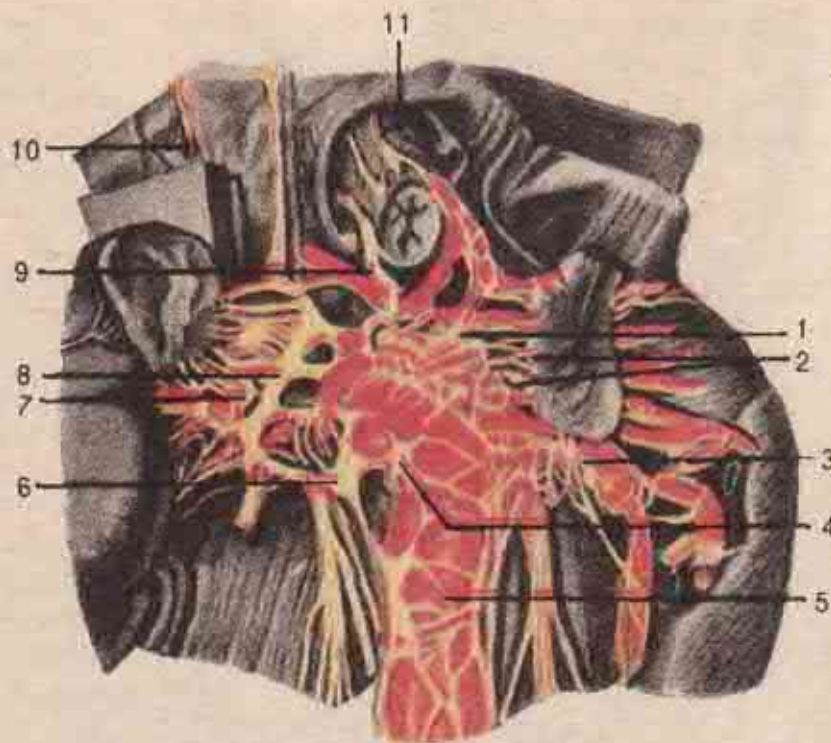


Fig. 276. Plexul celiac.

1 — gangl. coeliacum (sting); 2 — plexus sup-
 arenalis; 3 — gangl. aortorenale (sting);
 4 — gangl. mesentericum superius; 5 — plexus
 intermesentericus; 6 — gangl. aortorenale
 (drept); 7 — plexus renalis; 8 — gangl. co-
 eliacum (drept); 9 — truncus vagalis poste-
 rior; 10 — n. splanchnicus major; 11 — trun-
 cus vagalis anterior.

lui nervos vegetativ, spre deosebire de
 alte organe, primesc inervație simpati-
 că direct prin intermediul fibrelor pre-
 ganglionare.

De la ganglionii celiaci și aortorenali
 pleacă ramuri subțiri, care formează
 plexul (par) renal, *pléxus rená-
 lis*, emergent pe artera renală. În com-
 ponența acestui plex pot fi găsiți gang-
 lionii de dimensiuni mici, *gánglia re-
 nália*. Plexul renal se răspindește pe
 arterele omonime, pătrunde în rinichi,
 ajunge la uretere formînd plexul omo-
 nim, *pléxus uretéricus*.

Ramurile plexului aortic abdominal
 de asemenea formează plexuri vegeta-
 tive, care însoțesc vasele sangvine ale
 glandelor genitale. La bărbați pe traiec-
 tul arterei testiculare se află *pléxus tes-
 ticuláris*, la femei pe artera ovarică se
 răspindește plexul ovaric, *plé-
 xus ovaricus*.

Ramurile ganglionului celiac supe-
 rior și plexului aortei abdominale trec
 pe artera mezenterică superioară, unde
 formează plexul mezenteric supe-
 rior, *pléxus mezentéricus supé-
 rior*. Acest plex se răspindește pe arte-
 rele intestinale și colice, ajungînd la
 intestinul subțire, cec, colonul ascendent
 și colonul transvers, în peretele cărora
 se află plexurile subseros, muscular și
 submucos.

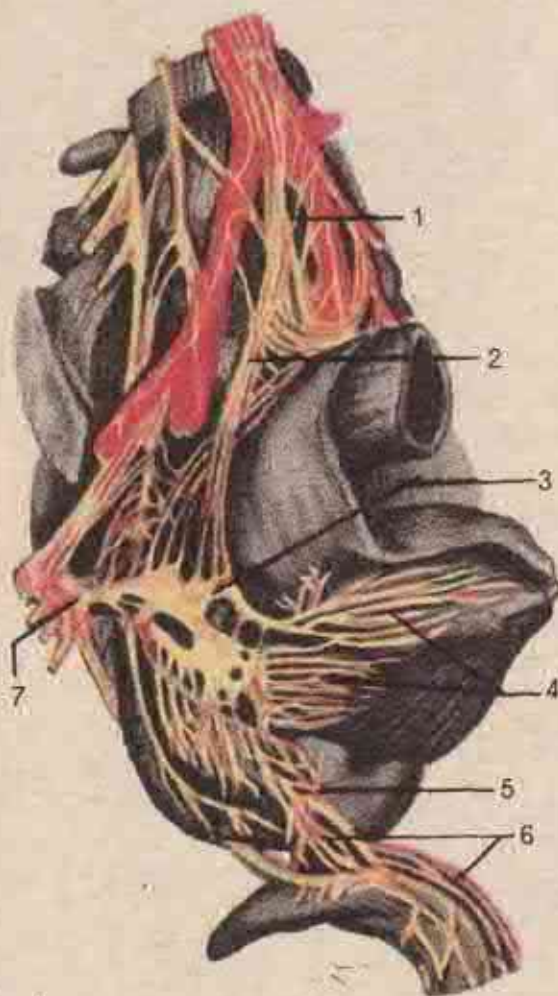


Fig. 277. Plexurile vegetative pelviene, aspect late-
 ral.

1 — plexus hypogastricus superior; 2 — n. hypogastricus; 3 —
 plexus hypogastricus inferior; 4 — plexus vesicalis; 5 — plexus
 prostaticus; 6 — nn. cavernosi penis; 7 — nn. splanchnici pel-
 vini.

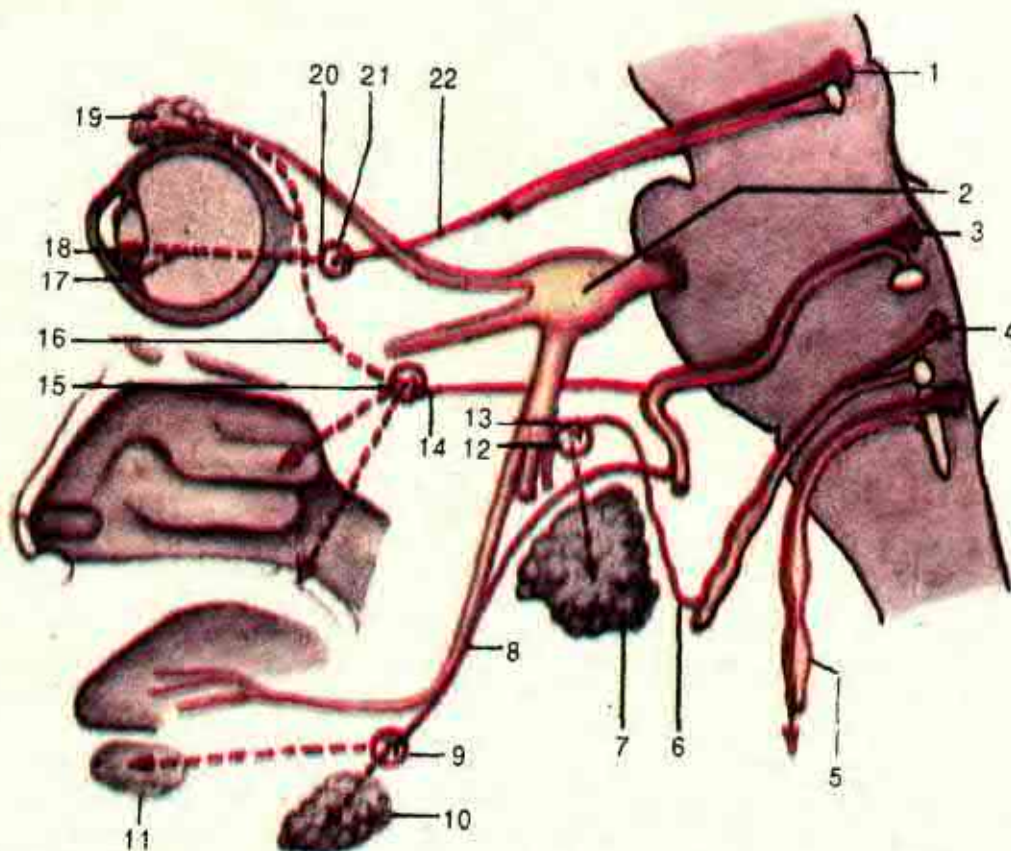


Fig. 278. Schema inervației parasimpatice a glandelor lacrimale și salivare, a tunicii mucoase ale regiunii capului, și mușchilor tunicii vasculare ale globului ocular.

1 — nucl. oculomotorius accessorius; 2 — gangl. trigeminale; 3 — nucl. salivatorius superior; 4 — nucl. salivatorius inferior; 5 — n. vagus; 6 — n. tympanicus; 7 — gl. parotidea; 8 — chorda tympani; 9 — gangl. submandibulare; 10 — gl. submandibularis; 11 — gl. sublingualis; 12 — gangl. oticum; 13 — n. petrosus minor; 14 — n. petrosus major; 15 — gangl. pterygopalatinum; 16 — r. comunicans (cum n. zygomatico); 17 — m. ciliaris; 18 — m. sphincter pupillae; 19 — gl. lacrimalis; 20 — nn. ciliares breves; 21 — gangl. ciliare; 22 — radix oculomotoria (parasympathicus).

Porțiunea plexului aortic abdominal, aflată între arterele mezenterice superioară și inferioară, a primit numirea de plex intermezenteric, *pléxus intermesentéricus*. De la el pornesc plexul mezenteric inferior, *pléxus mesentericus inferior*, situat pe artera omonimă și ramurile ei, avînd la început ganglionul mezenteric inferior, *gânglion mesentéricus inferior*, iar uneori cîțiva ganglioni mici.

Pe ramurile arterei mezenterice inferioare nervii plexului omonim ajung la jumătatea stîngă a colonului transvers, colonului descendent și sigmoidului, unde formează plexuri intramurale: subseros, muscular și submucos. De la plexul mezenteric inferior începe plexul rectal superior, *pléxus rectalis superior*, care însoțește artera omonimă.

Plexul aortic abdominal, în special cel intermezenteric se răspîndește pe ar-

terele iliace comune sub denumirea de plexuri iliace *pléxus iliáci*, cîdînd de asemenea cîțiva nervi masivi ce formează plexul hipogastric superior (*pléxus hipogastricus superior*) (fig. 277). Acest plex este situat pe fața anterioară a ultimei vertebre lombare și promontoriu inferior de bifurcația aortei. Plexul hipogastric superior are forma unei lamele formate din fascicule de fibre nervoase și ganglioni vegetativi de formă diferită. În formarea acestui plex participă și nervii splanhnici ce pornesc de la ganglionii lombari și sacrali superiori ai lanțurilor simpatice drepte și stîngi.

Înferior de promontoriu plexul hipogastric superior se divide în două fascicule de nervi — nervii hipogastrici drepte și stîngi, *nn. hypogástrici dexter et sinister*, care pătrund în plexul hipogastric (pelvian) inferior, *pléxus hy-*

pogástricus inférior (plexus pelvinus), situat pe părțile laterale ale intestinului rect. Acest plex este format din ganglioni și ramuri comunicante.

În bazinul mic plexul hipogastric inferior se aranjează de ambele părți ale rectului pe m. levator ani. Spre plexul hipogastric inferior, afară de nervii hipogastrici, de la ganglionii sacrali pornesc nervii splanhnici sacrali, *m. splánchnici sacrales*. Fiecare din plexurile hipogastrice inferioare se răspindește pe ramurile arterei iliace interne, unde nervii alcătuiți din fibre simpatice postganglionare formează un șir de plexuri perivasculare și organice: rectal mediu și inferior, *pléxus rectáles médius et inférior*, prostatic, *pléxus prostáticus*, plexul ductului deferent, *plexus diferentia-lis* (la bărbați), plexul uterovaginal *plexus uterovaginalis* (la femei). Prin plexul hipogastric inferior trec fibrele parasimpatice preganglionare provenite din segmentele sacrale ($S_{II} - S_{IV}$) ale măduvei spinării, care se ramifică de la nervii spinali respectivi, formând nervii splanhnici pelvini, *nérvi splánchnici pelvini* (nn. pelvini (BNA) I). Acești nervi asigură inervația parasimpatică a intestinului gros (colon descéndens, colon sigmoidéum, réctum), organelor urogenitale amplasate în cavitatea bazinului mic și a organelor genitale externe.

Porțiunea parasimpatică a sistemului nervos vegetativ (autonom)

Porțiunea parasimpatică, *párs parasympática*, a sistemului nervos vegetativ (autonom) se distribuie în regiunea craniană și sacrală. Din cea craniană fac parte nucleii vegetativi și neurofibrele parasimpatice ale nervilor: oculomotor (perechea III), facial (mai precis intermediar, perechea VII), glosfaringian (perechea IX) și nervul vag (perechea X), precum și ganglionii: ciliar, pterigopalatin, submandibular, sublingval, ganglionul otic și ramurile lor (fig. 278).

Regiunea sacrală este reprezentată de

către nucleii parasimpatici sacrali, *núclei parasympátici sacrales*, ai segmentelor II, III și IV ($S_{II} - S_{IV}$) ale măduvei spinării, de nervii splanhnici pelvini, *nérvi splánchnici pelvini*, și ganglionii parasimpatici pelvini, *gánglia pelvina*, cu ramurile lor.

1) Porțiunea parasimpatică a nervului oculomotor este formată din nucleul accesoriu (parasimpatic), nucleul oculomotorius accessorius (nucleul Iacubovici), ganglionul ciliar și apofizele neurocitelor aflate în acest ganglion și nucleul respectiv. Axonii neurocitelor nucleului accesoriu, situat în tegmentul mezencefalului, emerg în componența perechii III de nervi sub formă de fibre preganglionare. În interiorul orbitei aceste fibre se desprind de la ramura inferioară a nervului oculomotor și sub denumirea de *rădăcină oculomotorie, rádix oculomotória (parasympáthicus)*, pătrunde în ganglionul ciliar, unde se termină pe neurocitele acestuia.

Ganglionul ciliar, *gánglion ciliare*, aplatizat, cu lungimea de 2 mm, se plasează în țesutul adipos pe semicircumferința laterală a nervului optic. Acest ganglion prezintă o aglomerare a corpurilor neurocitelor II ale porțiunii vegetative parasimpatice. Neurofibrele preganglionare se termină prin sinapse cu celulele ganglionului ciliar. Fibrele postganglionare în componența nervilor ciliari scurți se orientează spre m. ciliáris et m. sphincter pupillae. Prin acest ganglion trec fibre tranzitorii, conductoare ale sensibilității generale de la prima ramură a nervului trigemen, *r. communicans cum gánglio ciliáris*, și fibre postganglionare simpatice emergente spre ganglion sub denumirea de *rádix sympáthicus* de la plexul carotid intern.

2. Porțiunea parasimpatică a nervului facial constă din nucleul salivator superior, ganglionii vegetativi pterigopalatin și submandibular. Axonii neurocitelor nucleului salivator superior, situat în punte, emerg la început în componența nervului intermediar, iar apoi a celui facial în canalul omonim. În regiunea geniculului nervului facial

o parte din fibrele parasimpatice se ramifică, formînd nervul pietros mare, *n. petrosus major*. Ultimul părăsește canalul facial prin *chiátus canalis n. petrosi major*. Mai departe nervul pietros mare se localizează în șanțul omonim al piramidei osului temporal, apoi străbate cartilajul fibros aflat în forámen lacérum și pătrunde în canalul pterigoid. Aici nervul pietros mare se unește cu nervul pietros profund (simpatic), formînd nervul canalului pterigoid. *N. canalis pterygoidei* iese în fosa pterigopalatină, unde fibrele preganglionare parasimpatice se termină pe neurocitele ganglionului pterigopalatin, *ganglion pterigopalatinum*.

Acest ganglion, de formă neregulată, are dimensiuni de 4—5 mm, se află în fosa pterigopalatină inferior și medial de nervul maxilar. Apofizele neurocitelor ganglionului pterigopalatin — fibre parasimpatice postganglionare — aderă la nervul maxilar și se răspîndesc mai departe în componența ramurilor acestuia. Din nervul zigomatic fibrele nervoase parasimpatice pãrtund în nervul lacrimal prin intermediul ramurii comunicante cu nervul zigomatic (*rr. comunicans cum nervo zygomatico*) și inervează glanda lacrimală. Afară de aceasta, fibrele nervoase din ganglionul pterigopalatin în componența ramurilor acestuia (*n. nasopalatinus, n. palatinus măjor, nn. palatini minores, nn. nasales posteriores superior, laterales et mediales, r. pharingeus*) asigură inervația glandelor tunicii mucoase a cavității nazale, palatului și faringelui.

Acea porțiune de fibre preganglionare parasimpatice care nu participă la formarea nervului pietros mare, se ramifică de la *n. facialis* în componența hordei timpanice (*chorda tympani*). După unirea hordei timpanice cu nervul lingual (vezi „Nervul trigemen”) fibrele parasimpatice urmează în componența acestuia, iar mai departe pe ramurile ganglionare ajung la ganglionii submandibular și sublingual, *gãnglia submandibulare et sublinguale*.

Ganglionul submandibular, *gãnglion submandibulare*, de formă neregulată, cu dimensiuni de 3—3,5 mm, este situat alături de nervul lingual, pe fața medială a glandei submandibulare. Spre ganglionul submandibular, afară de ramurile menționate emerge ramura simpatică, *rãmus sympãthicus (ad gangl. submandibulare)* de la plexul arterei faciale. În ganglionul submandibular se află corpurile neurocitelor parasimpatice ale căror apofize (neurofibre postganglionare) în componența ramurilor glandulare (*rr. glandulares*) emergente de la ganlionul submandibular se orientează spre glanda omonimă, asigurînd-o cu fibre secretorii. În aceste ramuri trec și fibre senzitive (aférente), ale căror receptori se află în glanda amintită.

Ganglionul sublingual, *gãnglion sublinguale*, poate lipsi, se amplasează pe fața laterală a glandei salivare sublinguale. Are dimensiuni mai mici ca cel submandibular. Cãtre ganglionul sublingual emerg ramuri ganglionare de la nervul lingual — iar de la el pleacă spre glanda omonimă.

3. Porțiunea parasimpatică a nervului glosofaringian este alcătuită din nucleul salivator inferior, ganglionul otic și apofizele neurocitelor localizate în el. Axonii celulelor aflate în nucleul salivator inferior, amplasat în medula oblongată, în componența nervului glosofaringian părăsesc cavitatea craniului prin orificiul jugular. La nivelul marginii inferioare a acestui orificiu fibrele preganglionare parasimpatice se ramifică în componența nervului timpanic, *n. tympanicus*, care inițial pătrunde în cavitatea timpanică, formînd un plex. Apoi aceste fibre părăsesc cavitatea amintită prin *hiátus canalis nervi petrosi minoris*, sub denumirea de nervul pietros mic (*nervus petrosus minor*), care se aranjează în șanțul cu același nume, și, ieșind din cavitatea craniană prin *fisúra sphenopetrosa*, pătrunde în ganglionul otic.

Fibrele preganglionare a nervului pietros mic se termină pe neurocitele ganglionului otic.

Tableul 9. Regiunile inervației vegetative, denumirile ganglionilor și nucleelor, componența neurofibrelor

Organul inervat	Nucleele vegetative și sistemul nervos central (primii neuroni)	Topografia fibrelor preganglionare	Ganglionii vegetativi (neuroni II)	Topografia fibrelor postganglionare
Glândula lacrimalis	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1V} (Ps) Nucl. salivatorius superior (VII, n. intermedius)	(S) Rădices ventrales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares (Ps) N. facialis, n. petrosus major, n. canalis pterygoidei	(S) Ganglion cervicale superior (Ps) Ganglion pterygopalatinum	(S) N. caroticus internus; plexus caroticus internus; plexus ophthalmicus (Ps) N. maxillaris, n. zygomaticus, rr. comunicantes cum n. zygomatico, n. lacrimalis
M. sphincter pupillae și m. ciliaris	(Ps) Nucl. oculomotorius accessorius	(Ps) N. oculomotorius, r. inferior n. oculomotorii, radix oculomotoria (parasimpaticus)	(Ps) Ganglion ciliare	Nn: ciliares breves
M. dilatator pupillae	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1V}	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares	(S) Ganglion cervicale superior	(S) N. caroticus internus plexus caroticus internus, plexus ophthalmicus, radix sympathicus gangl. ciliare, nn. ciliares breves
Tunica mucosa nasi et tunica mucosa palati	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th ₄ (Ps) Nucleus salivatorius superior (VII, n. intermedius)	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares (Ps) N. facialis, n. petrosus major, n. canalis pterygoidei	(S) Ganglion cervicale superior (Ps) Ganglion pterygopalatinum	(S) N. caroticus internus, plexus caroticus internus, n. petrosus profundus, n. canalis pterygoidei mai departe impreună cu fibrele parasimpatice (Ps) N. maxillaris, rr. nasales posteriores superiores, laterales et mediales, n. nasopalatinus, n. palatinus major, nn. palatini minores
Glândula submandibularis, glândula sublingualis	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1V} (Ps) Nucleus salivatorius superior (VII, n. intermedius)	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares (Ps) N. facialis, n. petrosus major, n. canalis pterygoidei	(S) Ganglion cervicale superior (Ps) Ganglion submandibulare	(S) Nn. carolici externi. Plexus caroticus externus, plexus parietalis a. lingualis (Ps) Rr. glandulares

Organul inervat	Nucleele vegetative și sistemul nervos central (primii neuroni)	Topografia fibrelor preganglionare	Ganglionii vegetativi (neuroni II)	Topografia fibrelor postganglionare
Glandula parotis	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1V} (Ps) Nucleus salivatorius inferior (IX)	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales rr. comunicantes albi, rr. interganglionares (Ps) N. glossopharyngeus, n. tympanicus, plexus tympanicus, n. petrosus minor	(S) Gănglion cervicale superior (Ps) Gănglion oticum	(S) Nn. carolici externi, plexus caroticus externus, plexul paravazal al arterei temporale și ramurilor ei către glanda parotidă (rr. parotidei) (Ps) Rr. comunicantes cum n. auriculotemporalis, n. auriculotemporalis
Cor	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1V} (Ps) Nucleus dorsalis n. văgi	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares (Ps) N. vagus, rr. cardiaci cervicales superiores et inferiores, rr. cardiaci thoracici	(S) Gănglion cervicale superior; Gănglion cervicale médium; Gănglion cervicothoracicum (stellatum); Gănglia thoracica (2—5) (Ps) Gănglia parasymphatica plexus visceralis În cordănglionii artilor gănglionare a celor 6 plexuri subpicardiale	(S) N. cardiacus cervicalis superior; N. cardiacus cervicalis medius; N. cardiacus cervicalis inferior Nn. cardiaci thoracici, Plexus aorticus thoracicus, Plexus cardiacus. Plexurile extrinsecare superficiale și profunde; între organice (Ps) Plexus cardiacus
Trachea, bronchi, pulmones, esophagus	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1V} (Ps) Nucleus dorsalis n. văgi	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares (Ps) N. vagus, plexus esophagalis, rr. bronchiales, plexus pulmonalis	(S) Gănglion cervicothoracicum (stellatum) Gănglia thoracica (2—5) (Ps) Gănglia parasymphatica plexus visceralis a organelor inervate	(S) Rr. esophagei, plexus esophagalis, rr. pulmonales, plexus pulmonalis (G) Plexus esophagalis, plexus pulmonalis
Ventriculus (gaster), duodenum, jejunum, ileum, colon, hepaticus, pancreas, ren, lien, gl. suprarenalis (cortex)	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th ₁ —Th _{1II} , L ₁ —L _{1I}	(S) Rădices ventrales, trr. nn. spinales, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares, N. splanchnicus major, n. splanchnicus minor, nn. splanchnici lumbales, plexus suprarenalis	(S) Gănglia coeliaca, gănglion aortorenalis, ganl. mesentericum superior, gănglion mesentericum inferior	(S) Plexus coeliacus, plexus intermesentericus, plexus hepaticus, plexus lienalis, plexus pancreaticus, plexus renalis, plexus creaticus

Organul inervat	Nucleele vegetative și sistemul nervos central (primii neuroni)	Topografia fibrelor preganglionare	Ganglionii vegetativi (neuroni II)	Topografia fibrelor postganglionare
	(Ps) Nucleus dorsalis n. vâgi	(Ps) N. vâgus, truncus vâgalis anterior; truncus vâgalis posterior; rr. hepatici, rr. coeliaci	(Ps) Gânglia parasimpatică, pléxus visceralis	xus suprarenalis, pléxus mesentericus inferior (Ps) Pléxus hepaticus, pléxus lienalis, pléxus pancreaticus, pléxus gástricus, pléxus entericus, pléxus subserosus, pléxus myentericus, pléxus submucosus, pléxus renalis
Gl. suprarenalis (medulla)	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th _{VI} —Th _{XII} (Ps) Nucleus dorsalis n. vâgi	(S) Rádices ventrales, trr. nn. spináles, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares, nn. splánchnici májor et minor. Pléxus suprarenalis (Ps) N. vâgus, truncus vâgalis posterior rr. coeliaci rr. renáles	Sinapsa axoepitelială a terminațiilor neuronului I cu celulele substanței medulare. (Ps) Gânglia parasimpatică, pléxus visceralis	(Ps) Pléxus renalis, pléxus suprarenalis
Réctum, vésica, urinária, Organa genitáles masculina et feminina	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) Th _{IV} —Th _{XII} , L _I —L _{II} (Ps) Nuclei parasimpatici sacrales S _{II} —S _{IV}	(S) Rádices ventrales, trr. nn. spináles, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares, nn. splánchnici sacrales, pléxus hypogástricus superior, pléxus hypogástricus inferior (Ps) Rádices ventrales, Tr. n. spináles, rami ventrales, pléxus sacralis, nn. splánchnici pelvini	(S) Gangl. sacralia trunci sympathici (Ps) Gânglia pelvina, gânglia visceralia pléxus rectalis inferioris	(S) Pléxus rectales inferiores, pléxus prostaticus, pléxus deferencialis (pléxus uterovaginalis), pléxus vesicales (Ps) Pléxus rectales inferiores, pléxus prostaticus, pléxus deferencialis, (pléxus uterovaginalis), pléxus visceralis
Vase sanguine ale corpului și viscerelor	(S) Columna intermediolateralis (autonomicum) C _{VII} , Th _I —Th _{XII} , L _I —L _{II}	(S) Rádices ventrales, trr. nn. spináles, rr. comunicantes albi, rr. interganglionares	(S) Gânglia trunci sympathici	(S) Pléxus vasculares, rr. comunicantes grisei, nn. spináles, nn. splánchnici

A g e n d ă : S — fibre nervoase simpatice, Ps — parasimpatice.

Ganglionul otic, *ganglion oticum*, de formă rotunjită, cu mărimea de 3—4 mm, aderă la fața medială a nervului mandibular inferior de *foramen ovale*. Acest ganglion este format din neurocitele parasimpatice, ale căror apofize (neurofibre postganglionare) emerg spre glanda parotidă în componența ramurilor omonime ale nervului auriculotemporal (vezi p. 391).

4. Porțiunea parasimpatică a nervului vag constă din nucleul dorsal (parasimpatic) al acestui nerv, din numeroși ganglioni ce intra în componența plexurilor vegetative intraorganice și neurocitele aflate în nucleu și ganglionii respectivi. Axonii neurocitelor *nucl. dorsalis n. vâgi*, amplasați în medula oblongată, emerg în componența ramurilor nervului, ajungând la ganglionii parasimpatici (*ganglia parasymphatica*) distribuiți în vecinătatea organelor și în plexurile vegetative intraorganice. Astfel de ganglioni sînt componenți ai plexurilor vegetative cardiac, esofagian, pulmonar, stomacal, intestinal etc.

În ganglionii parasimpatici situați în vecinătatea organelor și plexurilor intraorganice se află corpurile neuronului II al căii eferente. Apofizele acestor neurocite alcătuiesc fascicule de fibre postganglionare care inervează musculatura netedă și glandele viscerelor gîtului, cavității toracice și abdominale.

5. Regiunea sacrală a porțiunii parasimpatice a sistemului nervos vegetativ este reprezentată de către nucleii parasimpatici sacrali, *nuc-*

lei parasymphatici sacrales, amplasate în substanța intermediolaterală a segmentelor sacrale II—IV ale măduvei spinării, ganglionii (parasimpatici) pelvieni, *ganglia pelvina*, și apofizele neurocitelor situate în ei.

Axonii neurocitelor nucleilor parasimpatici sacrali părăsesc măduva spinării prin rădăcinile anterioare, apoi în componența ramurilor anterioare ale nervilor spinali sacrali ies prin foramina sacralia pelvina și se ramifică, formînd nervii splanhnici pelvini, *n. splanchnici pelvini*. Acești nervi emerg spre plexul hipogastric inferior, și prin intermediul ramurilor acestuia ajung la organele genitale interne și externe, organele sistemului urinar, aflate în cavitatea pelviană, și intestinului gros mai distal de *flexura colli sinistra*.

În grosimea pereților organelor sau în vecinătate cu ele se află plexurile organice (rectal, prostatic, uterovaginal, vezical etc.), care conțin ganglioni pelvieni (parasimpatici), *ganglia pelvina*, pe neurocitele cărora se termină fibrele preganglionare ale nervilor splanhnici pelvini. Apofizele neurocitelor ganglionilor pelvieni prezintă cu sine fibre parasimpatice postganglionare, care se orientează spre organe, asigurînd inervația mușchilor netezi și glandelor.

Date generale despre topografia nucleilor vegetativi, componența fibrelor și structura nervilor și regiunile de inervație sînt prezentate în tabelul 9.

ilor pudente mari. În 4% din cazuri se întâlnește un ovar accesoriu, *ovarium accessorium*. Uneori are loc subdezvoltarea congenitală a unuia sau mai rar a ambelor ovare. Extrem de rar se întâlnește lipsa salpingelor sau obturarea orificiilor lor abdominal sau uterin.

În caz de concreștere completă a extremităților distale ale canalelor paramezonefrale drept și stîng se formează un uter bicorn, *uterus bicornus*, iar în caz de neconcreștere pe tot parcursul lor se formează un uter dublu și un vagin dublu, *úterus et vagina dúplex*, care în fond este o anomalie rarisimă. În caz de întîrziere în dezvoltarea canalului paramezonefrial de o singură parte se formează un uter asimetric sau unicorn. Uneori uterul la o anumită etapă încetează a se dezvolta. Un asemenea uter se numește infantil.

Anomalii de dezvoltare a organelor genitale externe. Anomaliile de dezvoltare a genitalelor masculine externe includ și hipospadia, *hypospadia*, ce constă din închiderea incompletă a uretrei în partea inferioară. Uretra masculină rămîne deschisă în partea inferioară, avînd aspectul unei fante de lungime variată. Dacă uretra masculină comportă o fantă pe partea superioară, se instalează epispadia, *epispadia*. Această anomalie poate fi însoțită de neconcreșterea peretelui abdominal anterior și de ectopie vezicii urinare. Uneori orificiul prepușului pe circumferință este mai mic decît diametrul uretrei masculine și glandul penian nu poate trece prin acest orificiu. Această stare se numește fimoză, *fimosis*.

Din anomaliile rarissime de dezvoltare a genitalelor face parte hermafroditismul. Distingem hermafroditism veritabil și fals. Hermafroditismul veritabil la om se întâlnește foarte rar și se caracterizează prin prezența ovarelor și testiculelor la același individ, indiferent de tipul de structură a organelor genitale externe, tip masculin sau feminin. Mai frecvent se întâlnește așa-numitul pseudohermafroditism. În cazul acesta glandele sexuale se referă la un sex, iar genitalele externe după caracterele lor corespund sexului opus. Semnele sexuale secundare amintesc semnele sexului

opus sau rămîn la o situație intermediară. Distingem pseudohermafroditism masculin, în cadrul căruia glanda sexuală se diferențiază ca testicul, însă rămîne în cavitatea abdominală. Totodată se înregistrează o întîrziere sau reținere în dezvoltarea torusurilor genitale. Acestea nu concresc, iar tuberculul genital se dezvoltă insuficient. La bărbat aceste formațiuni imită fanta genitală și vaginul iar tuberculul genital — clitorul. În caz de pseudohermafroditism feminin glandele sexuale se diferențiază și se dezvoltă ca ovare. Ele coboară în profunzimea torusurilor genitale, care se apropie într-atîta încît seamănă cu un scrot. Porțiunea terminală a sinusului urogenital rămîne foarte îngustă și vaginul se deschide în sinusul urogenital, din care cauză accesul în vagin rămîne ascuns. Tuberculul genital crește considerabil imitînd un penis. Semnele sexuale secundare îmbracă aspectul caracteristic pentru bărbați.

GLANDELE ENDOCRINE (GLANDE FĂRĂ CANALE DE EVACUARE)

Dirijarea proceselor ce se desfășoară în organism e realizată nu numai de sistemul nervos, ci și de glandele endocrine, (organe cu secreție internă). Din acestea fac parte numeroase glande distanțate ca topografie și variate ca lungime, care nu posedă căi de evacuare și își elimină incretul elaborat nemijlocit în sînge sau limfă. Produsele elaborate de glandele endocrine se numesc hormoni. Acestea sînt materii de activitate biologică extremă, care, chiar în cantități infime sînt capabile să influențeze diferite funcții ale organismului.

Hormonii (gr. *hormao* — stimulez) funcționează selectiv, adică posedă facultatea de a exercita o influență strict determinată asupra activității organelor țintă. Ele asigură o influență reglantă asupra procesului de creștere și dezvoltare a țesuturilor, organelor și organismului în ansamblu. Elaborarea excesivă sau insuficientă de hormoni provoacă tulburări brutale și afecțiuni în organism.

Deși distanțate între ele în sens anatomic, glandele endocrine exercită una asupra alteia influențe esențiale. Dat fiind, că această influență este asigurată de hormoni care sînt transportați spre organele-țintă de către sînge, se obișnuiește a vorbi despre reglarea umorală a activității acestor organe. Este însă știut că toate procesele ce au loc în organism se află sub supravegherea neconținută a sistemului nervos central. O asemenea reglare dublă a activității organelor se numește neuroumorală.

În zilele noastre clasificarea unanim acceptată a glandelor endocrine (Zavarzin A. A., Șcelcunov S. I., 1954) se face pornind de la diferitele tipuri de epiteliu ale căror derivate sînt :

1. Glande derivate de la entoderm, dezvoltîndu-se din tapetul epitelial al intestinului faringian (recesele branhiiale), așa-numitul grup branhiogen de glande. Din acestea fac parte glandele tiroidă și paratiroide.

2. Glande derivate ale entodermului, dezvoltîndu-se din epiteliul tubului intestinal — partea endocrină a pancreasului, (insulele pancreatice).

3. Glande derivate de la mezoderm — sistemul interrenal, substanța corticală a suprarenalelor și celulele interstițiale ale glandelor sexuale.

4. Glande derivate de la ectoderm, de la porțiunea anterioară a tubuli neural (grupul neurogen) — hipofiza și corpul pineal (epifiza creierului).

5. Glande derivate din ectoderm, din compartimentul simpatic al sistemului nervos. Din acest grup fac parte substanța medulară a suprarenalelor și paraganglionii.

GLANDA TIROIDĂ

Glanda tiroidă, *glândula thyroidea*, este un organ impar situat în regiunea anterioară a gîtului la nivelul laringelui și porțiunii superioare a traheei și este alcătuită din doi lobi: drept și stîng, *lobus dexter et sinister*, uniți cu un istm îngust (fig. 92). Glanda este dispusă desul de superficial. Anterior de glandă se află mușchii care trec inferior de osul hioid, sternotiroidul, sternohioidul și

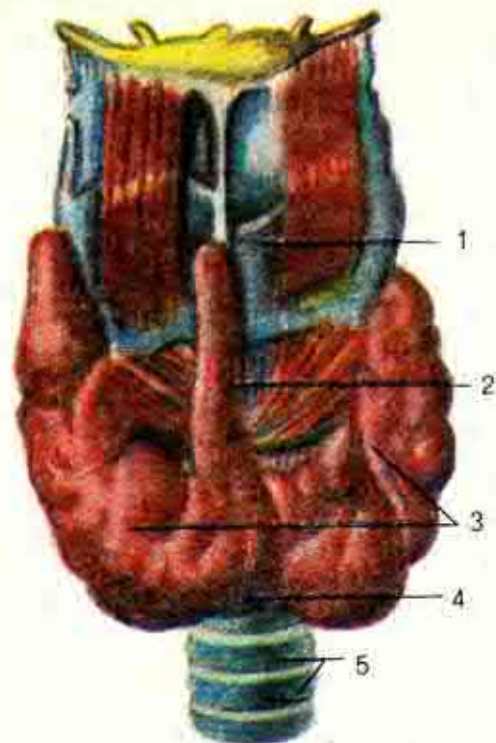


Fig. 92. Glanda tiroidă, aspect anterior.

1 — cartilago thyroidea; 2 — lobus pyramidalis; 3 — lobus dexter et lobus sinister; 4 — isthmus glandulae thyroideae; 5 — trachea.

scapulohioidul și, doar parțial, sternocleidomastoideul, precum și foiele superficială și pretrahială ale fasciei cervicale.

Fața posterioară concavă a glandei cuprinde din anterior și bilateral porțiunile inferioare ale laringelui și partea superioară a traheei. Istmul glandei tiroide, *isthmus gl. thyroidei*, care unește lobi, se află ca regulă la nivelul cartilajelor II și III ale traheei. În unele cazuri istmul glandei este dispus la nivelul cartilajului I al traheei, sau chiar la nivelul arcului cartilajului cricoid. Uneori istmul poate lipsi și atunci lobi glandei rămîn separați unul de altul.

Polul superior al lobilor drept și stîng ai glandei tiroide se plasează ceva mai jos de marginea superioară a lamei respective a cartilajului tiroid al laringelui. Polul inferior al lobului ajunge la nivelul semiinelor cartilaginease V—VI ale traheei. Fața posterolaterală a fiecărui lob al glandei tiroide vine în adiacență cu porțiunea laringală a faringelui, cu începutul esofagului și cu arcul anterior al arterei carotide comune dispuse posterior.

De la istm sau de la unul din lobi deviază în sus plasându-se anterior de cartilajul tiroid lobul piramidal, *lobus pyramidalis*, care se întâlnește aproximativ în 30% din cazuri. Cu vârful său acest lob atinge uneori osul hioid. Dimensiunea transversală a glandei tiroide la omul matur atinge 50—60 mm. Dimensiunea longitudinală a fiecărui lob nu depășește 50 mm. Dimensiunea verticală a istmului oscilează între 5 și 15 mm, iar grosimea lui constituie 6—8 mm. Masa maximă a glandei tiroide (25—30 g) se înregistrează la indivizii în vîrstă de 30 de ani. După vîrsta de 50—55 de ani are loc o reducere a volumului și masei glandei. La femei masa și volumul glandei tiroide sînt mai mari decît la bărbați.

Din exterior glanda tiroidă este acoperită cu o tunică conjunctivă numită capsulă fibroasă, *capsulă fibroasă*, care concrește cu laringele și trahea. Din această cauză mișcările laringelui produc deplasări în glanda tiroidă. În interiorul glandei de la capsulă penetrează niște septuri de țesut conjunctiv, niște trabecule, care împart țesutul glandular în lobuli alcătuiți din foliculi. Pereții foliculelor sînt tapetați din interior de epiteliu folicular, avînd celule cubice, iar în interiorul foliculelor se află o materie coloidă. Coloidul conține hormoni ai glandei tiroide, alcătuiți mai ales din proteine și aminoacizi ce conțin iod.

Epiteliul folicular glandular al tiroidei posedă o capacitate selectivă către acumularea iodului mai mare decît alte țesuturi. În țesuturile glandei tiroide concentrația iodului este de 300 ori mai mare decît în plasma sîngelui. Hormonii glandei tiroide (tiroxina, triiodtironina), fiind compuși ai acizilor iodați cu proteina pot să se acumuleze în coloidul foliculelor și pe măsura necesității pot fi eliminați în patul sanguin pentru a fi transportați în organe și țesuturi. Hormonii glandei tiroide reglează metabolismul, intensifică metabolismul caloric, procesele oxidative și dezasinilarea proteinelor, glucidelor, contribuie la evacuarea apei și calciului din organism, reglează procesele de creștere și dezvoltare, stimulează activitatea glandelor supra-

renale, sexuale și mamare, instigă activitatea sistemului nervos central.

Reglarea funcției glandei tiroide este realizată de sistemul nervos și de hormonul tireotrop al lobului anterior al hipofizei.

Embriogeneza. Tiroida este derivată din epiteliul intestinului anterior, avînd aspectul unei excrescențe mediane impare la nivelul arcurilor I și II viscerale. Această proeminență pînă la a 4-a săptămîna de dezvoltare embrională comportă o cavitate datorită căreia această excrescență a fost numită canal tireoglos, *ductus thyreoglossus*.

Spre finele săptămînii a 4-a acest canal se atrofiază persistînd doar începutul acestuia sub formă de orificiu orb mai mult sau mai puțin adînc la limita dintre rădăcina și corpul limbii. Porțiunile distale ale canalului se împart în două primordii, care sînt viitorii lobi ai glandei. Lobii glandei tiroide în curs de formare se deplasează caudal și ocupă poziția lor firească. Porțiunile distale ca vestigii ale canalului tireoglos se transformă în lobul piramidal al glandei (piramida Lalouette). Vestigiile canalului pot servi drept primordii pentru formarea unor glande tiroide accesorii (supranumerare).

Vase și nervi. Spre polul superior al lobului drept și lobului stîng vin arterele tiroide dreaptă și stîngă superioare (ramuri ale arterelor carotide externe). Arterele tiroide inferioare (din trunchiurile tirocervicale ale arterelor subclavii) ajung pînă la polul inferior al lobului drept și lobului stîng. Ramurile arterelor tiroide formează în capsula glandei și în interiorul ei anastomoze multiple. Uneori la marginea inferioară a glandei tiroide ajunge artera tiroidă inferioară care deviază de la trunchiul brahiocefalic. Sîngele venos este transportat de la glanda tiroidă prin venele tiroide superioară și medii în vena jugulară internă, prin vena tiroidă inferioară în vena brahiocefalică (sau în porțiunea inferioară a venei jugulare interne).

Vasele limfatice ale glandei tiroide se scurg în ganglionii limfatici tiroidieni, prelaringieni, pre — și paratraheali. Nervii glandei tiroide provin din ganglionii

cervicali ai trunchiului simpatic (mai ales din ganglionul cervical mediu), mergînd paralel cu vasele, și din nervul vag: *nn. larîngei sup rior et inf rior*.

Particularit tile de vîrstă ale glandei tiroide

În dezvoltarea glandei tiroide înregistrăm c teva perioade c nd masa și dimensiunile ei suferă modificări esențiale. Dimensiunile glandei tiroide la nou-născut sînt mult mai mari decît la făt.

În cursul primului an de viață are loc o careva diminuare a masei glandei tiroide, aceasta atîngînd 1,8—2,5 g. Ulterior, până la maturitatea sexuală dimensiunile și masa glandei tiroide sporesc treptat (până la 10—14 g). În perioada de la 25 la 65 de ani masa organului este relativ constantă echival nd în medie cu 18—24 g. În senescență se produce o anumită diminuție în masa și dimensiunile organului, ceea ce se explică prin atrofie de vîrstă. Cu toate acestea funcția tiroidei în senescență r m ne deseori intactă.

GLANDELE PARATIROIIDE

Glanda paratiroidă superioară, glandulă parathyroides superior, și glanda paratiroidă inferioară, glandula parathyroides inferior, sînt bilaterale pare, au aspectul de corpusculi sferici sau ovali situați pe fața posterioară a lobilor glandei tiroide (fig. 93). Dimensiunile fiecărei glande sînt următoarele: lungimea — 4—8 mm, lățimea — 3—4 mm, grosimea — 2—3 mm. Numărul acestor corpusculi este inconstant și poate varia de la 2 la 7—8, în medie — 4, c te 2 glande posterior de fiecare lob al tiroidei: o glandă superioară și alta inferioară. Masa comună a glandelor nu depășește 0,13—0,36 g.

Glandele paratiroide diferă de cea tiroidă prin nuanța lor mai deschisă (la copii sînt de culoare roză-pală, iar la adulți — brună-gălbuie).

Frecvent, glandele paratiroide sînt situate la nivelul pătrunderii arterelor tiroide inferioare sau a ramurilor lor în parenchimul glandei tiroide. Glandele paratiroide sînt delimitate de țesuturile

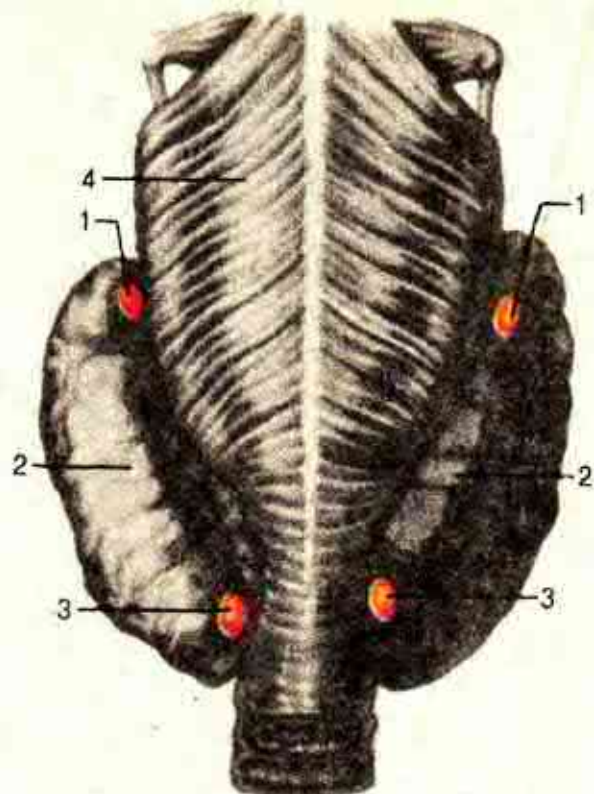


Fig. 93. Glandele paratiroide, aspect posterior. 1 — gl. parathyroides superiores; 2 — gl. thyroides; 3 — gl. parathyroides inferiores; 4 — pharynx

circumiacente de o capsulă fibroasă proprie, de la care în interiorul glandelor penetrează straturi intermediare de țesut conjunctiv. Acestea din urmă conțin numeroase vase sanguine și separă glandele paratiroide în grupuri de celule epiteliale.

Hormonul glandelor paratiroide (paratireocrina sau parathormonul) participă la reglarea metabolismului fosfocalcaric.

Embriogeneză. Glandele paratiroide se dezvoltă din epiteliul receselor bronhiale III și IV. În a 7-ea săptămînă de dezvoltare primordiile epiteliale ale corpului se separă de la pereții receselor bronhiale și pe măsura creșterii se depasează în sens caudal. Ulterior, glandele paratiroide în curs de formare ocupă locul lor constant pe fețele posterioare ale lobilor drept și ștîng ai glandei tiroide.

Vase și nervi. Irigarea cu sânge a glandelor paratiroide se realizează din ramurile arterei lor tiroide superioare și inferioare, precum și din ramurile esofagiene și traheale. S ngele venos este

transportat prin venele omonime. Inervația glandelor paratiroide este analogică cu inervația glandei tiroide.

Particularitățile de vîrstă ale glandelor paratiroide

Masa sumară a glandelor paratiroide la nou-născut oscilează între 6 și 9 mg. În primul an de viață masa lor comună sporește de 3—4 ori, iar la vîrsta de 5 ani ea dublează, la 10 ani — triplează. După 20 de ani masa comună a celor 4 glande paratiroide constituie 120—140 mg și rămîne constantă pînă la senescență. În toate perioadele de vîrstă masa glandelor paratiroide la femei este întrucîtva mai mare decît la bărbați.

TIMUSUL

Vezi: „Organele sistemului hematopoetic și imun”

PARTEA ENDOCRINĂ A PANCREASULUI

Pancreasul este alcătuit din două părți — endocrină și exocrină. Partea endocrină a pancreasului, *pârs endocrina pancreatis*, e reprezentată de grupuri de celule epiteliale care formează **insulele pancreatice**, *insulae pancreaticae* (insulele Langerhans) delimitate de partea exocrină a pancreasului prin niște straturi intermediare fine de țesut conjunctiv. Insulele pancreatice există în toate porțiunile pancreasului, însă sînt mai concentrate în regiunea caudală a organului. Dimensiunile insulelor oscilează între 0,1 și 0,3 mm, iar masa lor comună nu depășește 1% din masa pancreasului. Insulele pancreatice se dezvoltă din același primordiu epitelial al intestinului primar din care se dezvoltă și partea exocrină a organului. Insulele pancreatice, alcătuite din celule α și β sînt irigate din abundență cu sînge din niște capilare sanguine largi circumscrise la insule și pătrunzînd printre celule. Hormonii secretați de celulele insulelor pancreatice: insulina și glucagonul — pătrund în sînge și participă la reglarea metabolismului glucidic.

PARTEA ENDOCRINĂ A GANDELOR SEXUALE

Testiculul, *téstis*, la bărbați (vezi fig. 108), **ovarul**, *ovarium*, la femei (vezi fig. 119) în afară de gameți, elaborează și secretă în sînge hormoni sexuali responsabili de formarea caracterelor sexuale secundare.

În testicul funcția endocrină este executată de celulele interstițiale glandulare numite endocrinocite interstițiale ale testiculului (celule Leidig), situate în țesutul conjunctiv lax, canaliculele seminale contorte alături de capilarele sanguine și limfatice. Endocrinocitele interstițiale ale testiculului elaborează hormonul masculin testosteron.

În ovar se elaborează hormonii sexuali numiți estrogen și progesteron. Locul de formare a estrogenului (foliculinei) este stratul granular al foliculelor mature, precum și celulele interstițiului ovarului. Creșterea foliculelor și activizarea celulelor interstițiale se produce sub influența hormonilor foliculostimulenți și gluteinizanți ai hipofizei. Hormonul gluteinizant declanșează ovularea și formarea corpului galben — un organ specific cu funcții endocrine, celulele cărui elaborează hormonul ovarian numit progesteron. Progesteronul prepară tunica mucoasă a uterului către implantarea ovulului fecundat, împiedicînd totodată creșterea foliculilor noi.

GLANDA SUPRARENALĂ

Glanda suprarenală, *glândula suprarenalis*, constituie un organ par situat în spațiul retroperitoneal, nemijlocit de asupra polului superior al rinichiului respectiv (fig. 94). Suprarenalele au o formă de con aplatizat anteroposterior. Suprarenala dreaptă în aspect ventral se prezintă ca un triunghi cu vîrfurile rotunjite. La suprarenala stîngă vîrfurile este rotunjit, nivelat și ea are formă de semilună. La fiecare suprarenală distingem trei fețe: anterioară, *facies anterior*, posterioară, *facies posterior*, și inferioară, *facies renalis*. Suprarenalele sînt situate la nivelul vertebrelor XI—XII toracice.

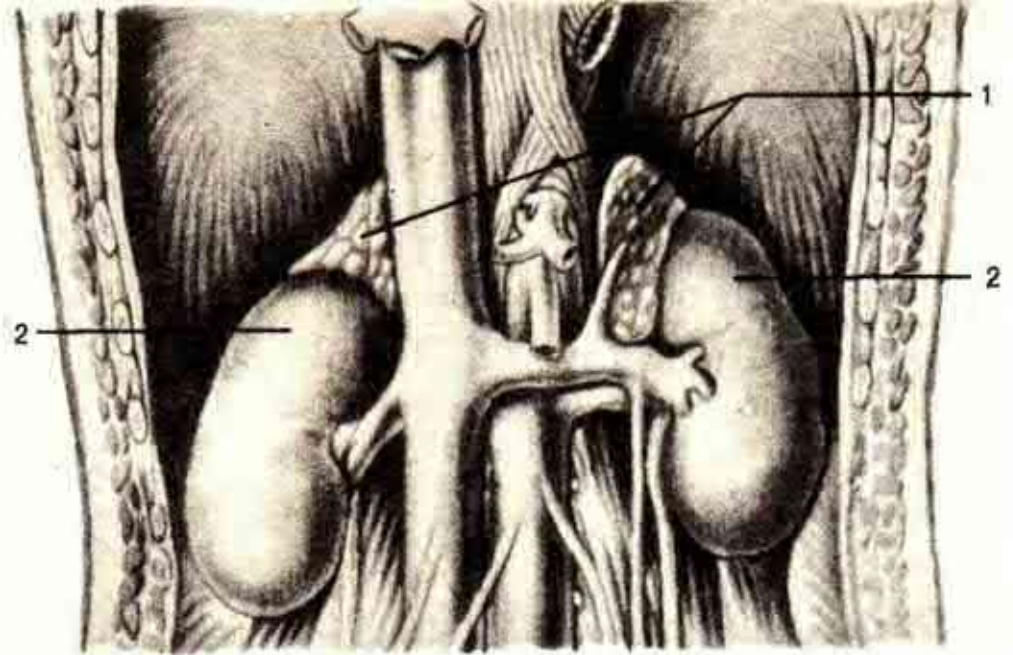


Fig. 94. Suprarenalele.

1 — gl. suprarenale; 2 — ren.

Suprarenala dreaptă e situată ceva mai jos decât cea stângă. Cu fața sa posterioară ea aderă la partea lombară a diafragmului, cu cea anterioară vine în contact cu fața viscerală a ficatului și cu duodenul. Cu cea inferioară, concavă, este supraiacentă la polul superior al rinichiului drept. Marginea medială, *margo medialis*, a suprarenalei drepte limitrofează cu vena cavă inferioară, suprarenală stângă cu marginea ei medială vine în contact cu aorta, cu fața sa anterioară aderă la porțiunea caudală a pancreasului și la partea cardială a stomacului. Fața posterioară a suprarenalei stângi vine în contact cu diafragmul, cea inferioară este supraiacentă la polul superior al rinichiului stâng și la marginea lui medială. Fiecare suprarenală (dreaptă și stângă) e încorporată în adineul capsulei adipoase pararenale, în corpul ei. Fața anterioară a suprarenalelor dreaptă și stângă e acoperită parțial de peritoneul parietal. Masa unei suprarenale la omul matur constituie circa 12—13 g. Lungimea suprarenalei echivalează cu 40—60 mm, înălțimea (lățimea) — 20—30 mm, grosimea (dimensiunea anteroposterioară) — 2—8 mm. Masa și dimensiunile suprarenalei drepte sînt ceva mai mici decât la suprarenala stângă.

Suprafața suprarenalei este întrucitva tuberoasă, pe fața anterioară, mai ales pe suprarenala stângă se vede un șant

adînc numit *hil*, *hilus*, prin care iese din organ vena centrală. Spre exterior suprarenala este acoperită cu o capsulă fibroasă concrescută intim cu parenchimul, de la ea pătrund în interiorul organului numeroase trabecule de țesut conjunctiv. La capsula fibroasă, din interior, aderă substanța corticală, *cortex*, avînd o structură histologică destul de complicată, și fiind alcătuită din trei zone. Spre exterior, mai aproape de capsulă e situată *zona glomerulară*, *zona glomerulosa*, după ea urmează cea mai vastă *zona mediefasciculată*, *zona fasciculata*. La limita cu substanța medulară se află *zona reticulară*, *zona reticularis*, internă. Zonele enumerate se separă funcțional din cauza că celulele fiecăreia din ele elaborează hormoni ce diferă nu numai ca compoziție chimică, ci și ca efect fiziologic.

Hormonii substanței corticale a suprarenalelor poartă o denumire comună de corticosteroizi și pot fi împărțiți în trei grupuri: corticoizi minerali — aldosteron, elaborat de celulele zonei glomerulare a cortexului; glicocorticoizi — hidrocortizon, corticosteron 11-dehidroși 11-dezoxicorticosteron, care se formează în zona fasciculată; hormoni sexuali — hormoni androgeni, care după structură și funcții se apropie de hormonul sexual masculin, estrogen și progesteron, elaborați de celulele zonei reticulare.

În centrul suprarenalei se află substanța medulară, *medulla*, alcătuită din celule mari, ce se colorează în brun-gălbui cu săruri de crom. Distingem două varietăți ale acestor celule: prima — epinefrocitele — alcătuiesc masa de fond și elaborează adrenalina; cealaltă varietate — norepinefrocitele — sînt diseminate în substanța medulară, formînd grupuri mici și elaborează noradrenalină.

Adrenalina scindează glicogenul, reduce rezervele lui în mușchi și ficat, sporește conținutul de glucide în sînge, prezentîndu-se ca un antagonist al insulinei, amplifică și accelerează contracția miocardului, îngustează lumenul vaselor, ridicînd astfel tensiunea arterială. Efectele noradrenalinei asupra organelor sînt similare cu efectele adrenalinei. Însă influența acestor hormoni asupra unor funcții aparte pot fi diametral opuse. De exemplu, noradrenalina diminuează frecvența contracțiilor miocardului.

Dezvoltarea suprarenalelor. Substanța corticală și medulară a suprarenalelor are origine derivativă diferită. Substanța corticală se diferențiază din mezoderm (din epiteliul celomic) între rădăcina mezoului dorsal al intestinului primar și pliul urogenital. Tesutul ce se dezvoltă din celulele mezodermale situîndu-se între cei doi rinichi primari a fost denumit interrenal. El constituie baza derivativă pentru substanța corticală a suprarenalelor, din el se formează suprarenalele accesorii, *glândulae suprarenales accessoriae* (corpuri interrenali).

Substanța medulară a suprarenalelor are aceeași bază derivativă ca și sistemul nervos. Ea se dezvoltă din celulele nervoase embrionale numite simpatoblaști, care sînt expulzate din primordiul ganglionilor trunchiului simpatic și se transformă în cromafinoblaști, iar aceștea la rîndul lor devin celule cromafine ale substanței medulare. Cromafinoblaștii sînt drept material de formare a paraganglionilor, care sub formă de aglomerări mici de celule cromafine se dispun lingă aorta abdominală, formînd paraganglionul aortic, *paraganglion aorticum*, precum și în

profunzimea ganglionilor trunchiului simpatic, formînd paraganglion simpatic, *paraganglion sympathicum*. Incluziunea viitoarelor celule de substanță medulară în suprarenala interrenală începe cînd embrionul atinge lungimea de 16 mm. Odată cu unirea părților interrenală și adrenală într-o suprarenală unitară are loc diferențierea zonelor de substanță corticală și maturizarea substanței medulare.

Vasele și nervii suprarenalelor. Fiecare suprarenală primește 25—30 de artere. Dintre ele calibru mai mare au artera suprarenală superioară (din artera inferioară diafragmatică), artera suprarenală medie (din partea abdominală a aortei) și artera suprarenală inferioară (din artera renală). Unele ramuri ale acestor artere irigă cu sînge doar substanța corticală, altele irigă substanța corticală a suprarenalelor și se ramifică în substanța medulară. Din capilarele sanguine sinusoide se formează afluenții venei centrale care la suprarenala dreaptă se scurge în vena cavă inferioară, iar la cea stîngă — în vena renală stîngă. Din suprarenală (mai ales din cea stîngă) ies numeroase venule, care se scurg în afluențele venei porte (Sapin M. R., 1974).

Vasele limfatice ale suprarenalelor se scurg în ganglionii limfatici lombari. La inervația suprarenalelor participă nervii vagi, nervii proveniți din plexul celiac, care comportă fibre preganglionare menite pentru substanța medulară.

Particularitățile de vîrstă ale suprarenalelor

Masa unei suprarenale la nou-născut constituie circa 8—9 g, și depășește cu mult masa suprarenalei la un copil în primul an de viață. În primele trei luni după naștere masa suprarenalei scade brusc (pînă la 3—5 g), mai ales de pe urma efilării și restructurării substanței corticale, apoi revine treptat la valorile inițiale (pe la vîrsta de 5 ani) și continuă să crească. Formarea definitivă a substanței corticale a suprarenalelor revine vîrstei de copilărie secundă (8—

12 ani). La 20 de ani masa fiecărei suprarenale sporește de 1,5 ori (în comparație cu masa ei la nou-născut), și atinge dimensiunile maxime (în medie 12—13 g). În perioadele următoare de vîrstă dimensiunile și masa suprarenalelor aproape că nu se modifică. La femei suprarenalele au în medie dimensiuni ceva mai mari decît la bărbați. În timpul sarcinii masa fiecărei suprarenale sporește aproximativ cu 2 g. În senescență, după 70 de ani, are loc o ușoară diminuare în masa și dimensiunile suprarenalelor.

CORPUL PINEAL

Corpul pineal, *corpus pineale*, sau epifiza cerebrală, *epiphysis cerebri*, face parte din epitalamusul diencefalului și e situat într-un șanț nu prea adînc, care separă coliculii superiori ai tectului mezencefalului. De la extremitatea anterioară a corpului pineal spre fața medială a talamilor drept și stîng (optici) se întind niște habenule, *habenulae*. Forma corpului pineal este mai frecvent ovală, mai rar — sferică sau conoidă. Masa corpului pineal la omul matur e de cc. 0,2 g, lungimea — 8—15 mm, lățimea — 6—10 mm, grosimea — 4—6 mm. La baza corpului pineal, orientată spre cavitatea ventriculului III se află o depresiune pineală mică. Din exterior corpul pineal este acoperit cu o capsulă de țesut conjunctiv, care conține numeroase vase sanguine anastomozate. De la capsulă în interiorul organului penetrează trabecule de țesut conjunctiv, care separă parenchimul corpului pineal în lobuli. Elementele celulare ale parenchimului sînt alcătuite din cantități masive de celule glandulare specializate numite pinealocite (pineocite) și în număr mai mic — din celule gliale (gliocite). În corpul pineal la oamenii maturi mai ales în senescență se întîlnesc frecvent niște incluziuni de formă bizară — corpi de nisip (nisip cerebral). Aceste incluziuni deseori îi conferă corpului pineal o anumită asemănare cu un fruct de dud sau cu un con de pin, ceea ce îi explică denumirea.

Rolul endocrin al corpului pineal constă în faptul că celulele lui elaborează

substanțe care frînează activitatea hipofizei pînă la instalarea maturității sexuale, și participă la reglarea finisimă aproape a tuturor tipurilor de metabolism.

Dezvoltarea corpului pineal. Corpul pineal se dezvoltă ca o proeminență impară pe tectul viitorului ventricul III al encefalului. Celulele acestei proeminențe formează o masă celulară compactă în interiorul căreia proliferază elemente mezodermale ce vor constitui apoi stroma corpului pineal. Stroma împreună cu vasele sanguine divizează parenchimul organului în lobuli.

Vasele și nervii corpului pineal. Irigația corpului pineal e realizată de ramurile arterelor cerebrale posterioară și cerebelară superioară. Venele corpului pineal se scurg în vena cerebrală mare sau în afluențele ei.

Împreună cu vasele în țesutul organului pătrund fibre nervoase simpatice.

Particularitățile de vîrstă ale corpului pineal

Masa medie a corpului pineal pe parcursul primului an de viață sporește de la 7 la 100 mg. La vîrsta de 10 ani masa organului aproape că dublează și în continuare rămîne cam aceeași. Însă dat fiind că în diferite perioade ale vîrstei mature și, în special, în vîrsta avansată în corpul pineal pot să apară chisturi și incluziuni de nisip cerebral, dimensiunile și masa lui pot devia considerabil de la valorile medii menționate.

HIPOFIZA

Hipofiza, *hypóphysis* (*glándula pituitária*), se află în fosa hipofizară a șeii turcești a osului sfenoid și e separată de cavitatea cerebrală de către o prelungire a pahimeningelui, care formează diafragma șeii (fig. 95). Printr-un orificiu în acest diafragm hipofiza se unește cu infundibulul hipotalamusului diencefalului. Dimensiunea transversală a hipofizei e de 10—17 mm, cea anteroposterioară — 5—15 mm, verticală — 5—10 mm. La bărbat masa hipofizei e de circa 0,5 g, la femei — 0,6 g. Din exterior hipofiza este acoperită de o capsulă.

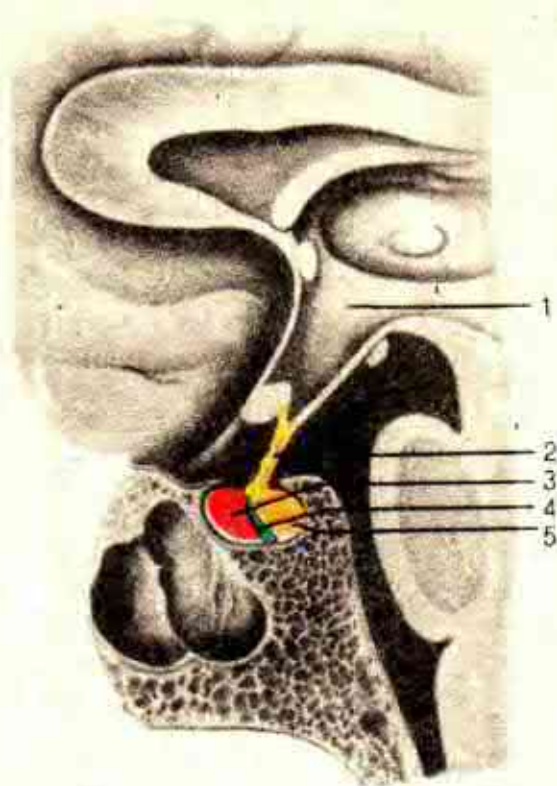


Fig. 95. Hipofiza (schemă).

1 — tuber cinereum ; 2 — infundibulum ; 3 — lobus anterior [adenohypophysis] ; 4 — pars intermedia ; 5 — neurohypophysis [lobus posterior].

Dat fiind că hipofiza se dezvoltă din două primordii diferite, în organ distingem doi lobi — anterior și posterior. **Lobul anterior (adenohipofiza), lóbus antérior (adenohypóphysis)**, mai mare, constituie 70—80% din masa hipofizei. E de consistență mai dură decât lobul posterior.

În lobul anterior distingem partea distală, *párs distális*, care ocupă partea anterioară a fosei hipofizare, partea intermediară, *párs intermédia*, situată la limită cu lobul posterior, și partea tuberală, *párs tuberalis*, care, în ascensiune, se unește cu infundibulumul hipotalamusului. Dată fiind abundența vaselor sanguine, lobul anterior are o culoare pală-gălbuie cu nuanțe roșii. Parenchimul lobului anterior al hipofizei este prezentat de câteva tipuri de celule glandulare, între traveurile cărora se dispun capilare sanguine sinusoidale.

Lobul posterior (neurohipofiza), lóbus postérior (neurohypóphysis), este alcătuit din partea nervoasă, *lóbus nervósus*, care se află în partea posterioară a fosei

hipofizare și din infundibulum, *infundibulum*, situat posterior de partea trabeculară a adenohipofizei. Lobul posterior al hipofizei este alcătuit din celule neurogliale (pituicite), din fibre nervoase, venind de la nucleii neurosecretori ai hipotalamusului spre neurohipofiză, și din corpusculi neurosecretori. Hipofiza, prin intermediul fibrelor nervoase și vaselor sanguine este legată funcțional cu hipotalamusul diencefalului, care reglează activitatea ei. Hormonii lobilor anterior și posterior ai hipofizei influențează numeroase funcții ale organismului, mai ales prin intermediul altor glande endocrine. În lobul anterior al hipofizei se elaborează hormonul somatotrop (hormon de creștere), care participă la reglarea proceselor de creștere și dezvoltare a organismului tânăr ; hormonul adenocorticotrop (A.C.T.H.), care stimulează secreția hormonilor steroizi de către suprarenale ; hormonul tireotrop (T.T.H.), care influențează dezvoltarea glandei tiroide și stimulează producerea hormonilor acesteia ; hormonii gonadotropi (foliculostimulent, gluteinizant și prolactina), care influențează maturizarea sexuală a organismului, reglează și stimulează dezvoltarea foliculelor în ovar, ovulația, creșterea glandelor mamare și secreția laptelui, procesul de spermatogeneză la bărbați.

În lobul anterior al hipofizei se elaborează de asemenea factorii lipotropi ai hipofizei, care contribuie la mobilizarea și utilizarea grăsimilor în organism. Partea intermediară a lobului anterior elaborează hormonul melanocitostimulent, care controlează formarea pigmentilor (melaninelor) în organism.

Celulele neurosecrete ale nucleilor supraoptic și paraventricular ai hipotalamusului elaborează vazopresină și oxitocină. Acești hormoni sînt transportați spre celulele lobului posterior al hipofizei prin axonii care alcătuiesc tractul hipotalamo-hipofizar. Din lobul superior al hipofizei aceste substanțe nimeresc în sânge. Hormonul vazopresină posedă facultăți vasoconstrictoare și antidiuretice, pentru care fapt mai e numit și hormon antidiuretic (A.D.H.). Oxitocina exercită o influență stimulatorie

asupra facultăților contractile ale musculaturii uterine, intensifică secreția de lapte a glandei mamare în lactație, frânează dezvoltarea și funcționarea corpului galben, modifică tonusul mușchilor nestriați ai tractului gastro-intestinal.

Dezvoltarea hipofizei. Peretele anterior al hipofizei se dezvoltă din epiteliul dorsal al peretelui depresiunii bucale sub formă de excrescență dactiloidă (recesul Ratke). Această excrescență ectodermală se îndreaptă spre fundul viitorului ventricul III. În întâmpinarea acestuia de la fața inferioară a veziculei II cerebrale (fundul viitorului ventricul III) crește un apendice din care se dezvoltă tuberul cenușiu, infundibulul și lobul posterior al hipofizei.

Vasele și nervii hipofizei. De la arterele carotide interne și vasele cercului arterial al creierului mare spre hipofiză se îndreaptă arterele hipofizare superioare și inferioare. Arterele hipofizare superioare se îndreaptă spre tuberul cenușiu și infundibulul hipotalamusului, anastomozează aici și formează capilarele care penetrează țesutul cerebral — rețeaua hemocapilară primară. Din ansele lungi și scurte ale acestei rețele se formează venulele porte care se îndreap-

tă spre lobul anterior al hipofizei. În parenchimul lobului anterior al hipofizei aceste venule se ramifică în capilare sinusoidale extinse care formează rețeaua hemocapilară secundară. Lobul posterior al hipofizei este irigat cu sînge mai ales din arterele hipofizare inferioare. Între arterele hipofizare superioare și inferioare există anastomoze arteriale lungi (D. A. Jdanov, M. R. Sapin, I. G. Acmaev).

La inervarea hipofizei participă fibrele simpatică, care penetrează în organ împreună cu arterele. Pe lângă acestea în lobul posterior al hipofizei există numeroase terminații ale prelungirilor celulelor neurosecretoare localizate în nucleeele hipotalamusului.

Particularitățile de vîrstă ale hipofizei

Masa medie a hipofizei la nou-născut atinge 0,12 g. La vîrsta de 10 ani masa organului dublează și la 15 ani triplează. La vîrsta de 20 de ani masa hipofizei înregistrează valori maxime (530—560 mg) și în următoarele perioade de vîrstă aproape că nu se modifică. După 60 de ani se observă o reducere ușoară în masa acestei glande endocrine.

STUDIUL SISTEMULUI VASCULAR — ANGIOLOGIE (Angiologia)

Din sistemul vascular fac parte sistemele sanguin și limfatic. Frecvent el este denumit și sistem cardiovascular, accentuând astfel rolul deosebit al cordului ca organ central al sistemului vascular. Sistemul execută funcțiile de transportare a sîngelui care vehiculează substanțe nutritive și stimulente spre organe și țesuturi (oxigen, glucoză, proteine, hormoni, vitamine etc.) iar de la organe și țesuturi prin vasele sanguine (vene) și limfatice realizează drenarea reziduurilor metabolice. Vasele limfatice lipsesc doar în tegumentul epitelial al pielii și tunicilor mucoase, în firele de păr, unghii, corneea globului ocular și în cartilajele articulare.

În sistemul sanguin distingem cordul ca organ principal al circulației sanguine, contracțiile ritmice ale căruia asigură propulsarea sîngelui. Vasele prin care sîngele iese din cord pentru a fi propulsat spre organe se numesc artere, iar vasele prin care se realizează aportul sîngelui spre cord se numesc vene.

Cordul este un organ cu 4 camere situat în cavitatea toracică. Jumătatea dreaptă a cordului (atriul drept și ventriculul drept) e separată definitiv de jumătatea lui stîngă (atriul stîng și ventriculul stîng). Atriul drept prin venele cave superioară și inferioară, precum și prin venele proprii ale cordului primește sînge venos. Trecînd prin orificiul drept atrioventricular pe marginile cărora e racordată valvula dreaptă atrioventriculară (tricuspidă) sîngele nimerește în ventriculul drept, iar de aici în trunchiul pulmonar și în continuare prin arterele pulmonare — în plămîni. În capilarele pulmonare, aflate în contact nemijlocit cu pereții alveolelor, se realizează schimbul de gaze dintre aerul inspirat în plămîni și sînge. Asociînd oxigenul, sîngele arterial prin venele pulmonare este propulsat în atriul stîng. Trecînd apoi prin orificiul atrioventricular stîng, pe marginile cărora e racordată valvula atrioventricu-

lară mitrală (bicuspidă), el este propulsat în ventriculul stîng și de aici în cea mai mare arteră a corpului numită aortă (fig. 96). Ținîndu-se cont de particularitățile de structură și funcție ale cordului, și vaselor sanguine, în corpul uman distingem două circulații sanguine — marea circulație și mica circulație.

Marea circulație sanguină începe în ventriculul stîng din care pornește aorta și se termină în atriul drept, în care se varsă venele cave superioară și inferioară. Prin aortă și ramurile ei sîngele arterial îmbogățit cu oxigen și alte materii se îndreaptă spre toate părțile corpului. La fiecare organ vine una sau cîteva artere. Din organe ies vene care, conflund unele cu altele, formează în definitiv vasele venoase magistrale ale corpului uman — venele cave superioară și inferioară, care se varsă în atriul drept. Între artere și vene se află partea distală a sistemului cardiovascular — patul microcirculator (fig. 97), care constituie căi sanguine locale la nivelul cărora se realizează corelație dintre sînge și țesuturi (V. V. Cuprianov). Patul microcirculator începe cu cele mai mici vase arteriale numite arteriole. Din el fac parte elementul capilar (precapilarele, capilarele și postcapilarele), din care se formează venulele. În limitele patului microcirculator există vase prin care sîngele trece direct din arteriole în venule — anostomoze arteriole-venulare.

De obicei, la rețeaua capilară vine un vas de tip arterial (arteriolă), iar din ea iese o venulă. Însă unele organe (rinichiul, ficatul) fac excepție din această regulă. De exemplu, la glomerulul corpusculului renal vine o arteră (vas aferent (*vas afferens*), însă din glomerul iese de asemenea o arteră (ca vas eferent, *vas efferens*). Rețeaua capilară intercalată între două vase similare (artere), se numește rețea-minune, *réte mirabile arteriósom*. După tipul de rețea-

minune este construită rețeaua capilară aflată între vena centrală și interlobulară în lobul ficatului — rețea-minune a venelor, *rețea mirabile venosum*. Din mica circulație, care începe în ventriculul drept, din care iese trunchiul pulmonar și se termină în atrium stâng, unde se varsă venele pulmonare, fac parte doar vasele, care transportă sînge venos de la inimă spre plămîni (trunchiul pulmonar) și vasele care transportă sînge arterial spre cord (venele pulmonare). Din această cauză mica circulație se mai numește și pulmonară.

De la oartă (sau de la ramurile ei) încep toate arterele mării circulații.

În funcție de calibrul (diametrul) lor arterele se împart convențional în magistrale (mari), medii și mici. La fiecare arteră distingem trunchiul și ramurile ei.

Arterele, care irigă cu sînge pereții corpului se numesc parietale. Arterele organelor interne se numesc viscereale. Printre artere distingem de asemenea cele extraorganice, care aduc sînge la organ, și intraorganice, care se ramifică în limitele organului, irigînd anumite porțiuni ale acestora (lobi, segmente, lobuli). În denumirea acestora din urmă există elemente din denumirea organului pe care îl irigă (artera hepatică, artera pancreatică). Unele artere au primit numirea în funcție de nivelul de deviere (originea) de la vasele cu calibrul mai mare (artera mezenterică inferioară, artera mezenterică superioară), după denumirea osului cu care vine în adiacență vasul dat (artera radială), după direcția vasului (artera medială, circumfemurală), precum și după profunzimea poziției ei: artera superficială sau artera profundă. Vasele de calibrul mic, ce nu posedă denumiri speciale, sînt desemnate ca ramuri (*rami*).

În calea spre organ sau chiar în interiorul organului arterele se ramifică în vase de calibrul mai mic. Distingem tip magistral de ramificare a arterelor și tip răsfirat. În cazul tipului magistral există un trunchi principal — o arteră magistrală, și ramuri laterale care deviază de la ea pe parcurs. Pe măsura devierii ramurilor laterale de la artera magist-

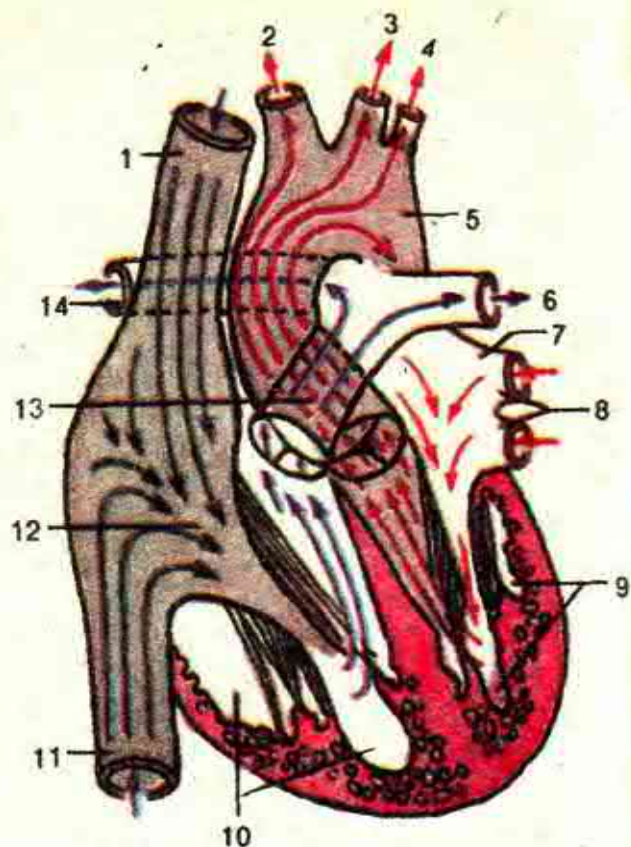


Fig. 96. Schema mișcării sîngelui prin cord (direcțiile sînt indicate prin săgeți).

1 — v. cava superior; 2 — trunchiul brachiocefalic; 3 — a. carotis comunis sinistra; 4 — a. subclavia sinistra; 5 — pars descendens aortae; 6 — a. pulmonalis sinistra; 7 — atrium sinistrum; 8 — vv. pulmonales sinistri; 9 — ventriculus sinister; 10 — ventriculus dexter; 11 — v. cava inferior; 12 — atrium dextrum; 13 — trunchiul pulmonalis; 14 — a. pulmonalis dextra.

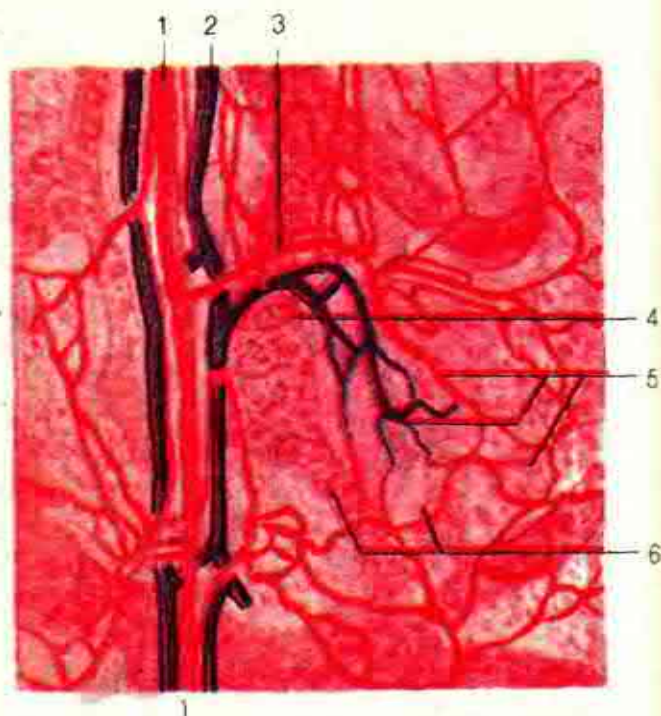


Fig. 97. Spațiul microcirculator al peritoneului.

1 — artera; 2 — venă; 3 — arteriolă; 4 — venulă; 5 — rețea de capilare sanguine; 6 — capilare și vase limfatice.

rală diametrul ei se reduce treptat. Tipul răsfirat de ramificare a arterelor constă în faptul, că trunchiul de bază (artera) se împarte în două sau mai multe ramuri terminale, ale căror plan, privit în ansamblu, amintește coroana unui arbore de specii foioase.

Distingem de asemenea artere care asigură un torent colateral în irigarea cu sânge, evitînd calea magistrală (vase colaterale). În caz de deficiere în trecerea sîngelui prin artera magistrală, acesta poate trece prin vasele colaterale, care (unul sau mai multe) deviază fie de la sursă comună cu vasul magistral, fie de la diferite surse și se termină într-o rețea vasculară comună pentru cele magistrale și cele colaterale.

Vasele colaterale, care anastomozează cu ramurile altor artere execută rolul de anastomoze arteriale. Distingem anastomoze arteriale dintre sisteme — anastomoze dintre diferite ramuri ale diferitelor artere — și anastomoze în interiorul sistemului — între ramurile aceleiași artere.

Peretele fiecărei artere este alcătuit din trei tunici. Tunica internă sau intimă, *tunica intima*, e formată din endoteliu, tunică bazală și strat subendotelian. Ea este delimitată de tunica medie printr-o membrană elastică. Tunica medie, *tunica media*, e formată în fond din celule musculare spiralate, precum și din fibre elastice și colagene. Ea este delimitată de tunica externă prin membrana elastică externă. Tunica externă sau adventiția, *tunica externa*, este formată din țesut conjunctiv lax. Ea conține vase, care alimentează pereții arterei, vase ale vaselor (*vasa vasorum*) și nervi, *nn. vasorum*. Arterele de calibru mare în tunica medie a cărora fibrele elastice predomină asupra celulelor musculare se numesc artere de tip elastic (aorta, trunchiul pulmonar). Prezența în număr mare a fibrelor elastice contracționează extinderea excesivă a pereților vasului sub presiunea sîngelui în timpul contracției (sistolei) ventriculelor cordului. Forțele elastice ale pereților arterelor umplute cu sânge refulant de asemenea contribuie la propulsarea sîngelui prin vase în momentul relaxării

(diastolei) ventriculelor. Cu alte cuvinte, asigură propulsarea neconținută adică circulația sîngelui prin vasele circulațiilor mare și mică (pulmonară). O parte din arterele de calibru mediu și toate arterele de calibru mic sînt de tip muscular. În tunica lor medie celulele musculare prevalează fibrele elastice. Tipul III de artere este mixt (musculoelastic). Din acestea fac parte majoritatea arterelor medii (carotidă, subclavie, femurală etc.).

Topografia arterelor nu este haotică ci respectă anumite regularități (P. F. Lesgaft). Arterele se îndreaptă spre organ pe calea cea mai scurtă. De exemplu, pe membre ele respectă suprafețele de flexie și nu cele de extensie care sînt mai lungi; primele ramuri ale aortei sînt arterele coronariene, care irigă cordul aflat în imediată vecinătate. Aici importă nu poziția definitivă a organului, ci locul de formare a primordiului lui la embrion. De exemplu, spre testicul, care apare inițial în regiunea lombară, pe calea cea mai scurtă vine o ramură a aortei abdominale, numită arteră a testiculului. Pe măsura discensiunii testiculului în scrot odată cu el coboară și artera irigantă, începutul căreia la omul matur se află la o distanță mare de la testicul. Însă scrotul, care se formează și se dezvoltă în porțiunile caudale ale embrionului, este irigat de ramurile arterelor care trec în imediată vecinătate.

Spre organe arterele vin dinspre interior pe fețele lor orientate spre sursa de irigare — aortă sau alt vas de calibru mare, iar în organ artera sau ramurile penetră în majoritatea cazurilor prin hilul lui (*hilus*).

Între planul de structură a scheletului și numărul de artere magistrale există o anumită coincidență. Coloana vertebrală este însoțită de aortă, clavicula — de artera subclavie. Lîngă humerus (alcătuit dintr-un singur os) există o arteră humerală, în antebraț (alcătuit din două oase — radius și ulnă) — există două artere omonime oaselor.

În calea lor spre articulații de la arterele magistrale deviază artere colaterale, iar în întîmpinarea lor — de la porțiunile subiacente ale arterelor magistra-

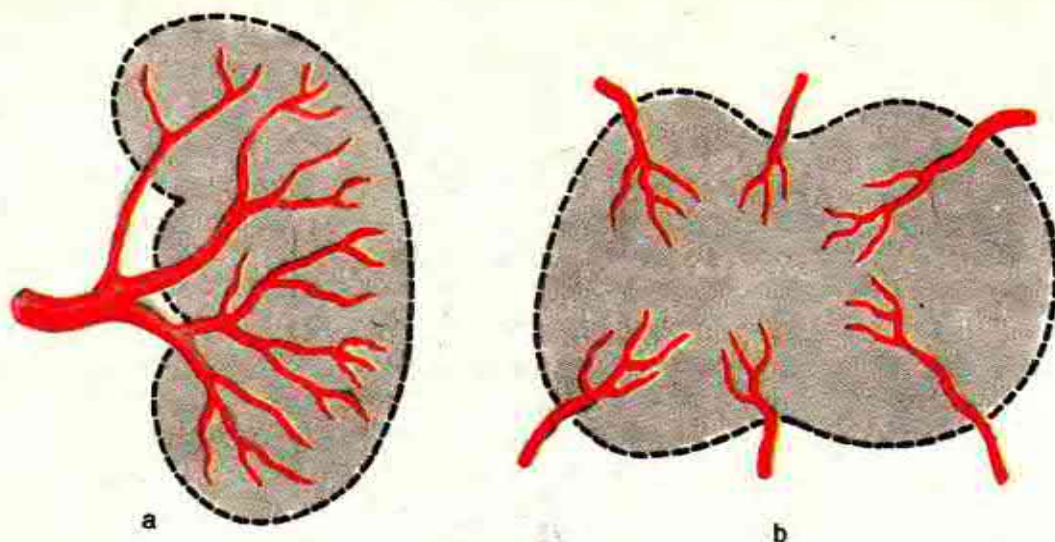


Fig. 98. Tipuri de ramificare a arterelor în organele parenchimotoase.
a — de la hil spre periferiile organelor ; b — tip radiat.

le — se îndreaptă arterele recurente. Anastomozînd pe circumferința articulațiilor, ele formează rețele arteriale articulare, care asigură irigarea necontenită cu sînge în timpul mișcărilor din articulație.

Numărul de artere care pătrund în organ și diametrul lor depind nu numai de volumul organului, ci și de intensitatea activității lui funcționale.

Regularitățile ramificării arterelor în organe sînt determinate de planul de structură a organului, de repartizarea și orientarea fasciculelor de țesut conjunctiv în el. În organele cu structură lobară (plămîni, ficat, rinichi), artera intră în hil și apoi se ramifică conform numărului de lobi, segmente și lobuli (fig. 98). În organele care se formează, bunăoară sub aspect de tub (intestin, uter, salpinge), arterele irigante vin spre o singură parte a tubului, iar ramurile lor se orientează circular sau longitudinal (fig. 99).

Penetrînd în organ, arterele se ramifică multiplu pînă la nivel de arteriole. Venulele, ca ultim element al patului microcirculator, conflund treptat, sporesc în calibru și formează **vene**. Printre vene distingem : de calibru mic, de calibru mediu și de calibru mare. Peretele venei este mai fin decît la artere. Ca și la artere în peretele venei există trei tunici : internă, medie și externă. Tun-

ca medie a venei, conține puține celule musculare și fibre elastice, din care cauză pereții venelor sînt maleabili și lumenul venei pe secțiune nu este hiant. Venele de calibru mic, mediu și unele de calibru mare comportă valvule venoase, *valvulae venosae*, constituite din pliuri semilunare, racordate pe tunica lor internă, mai ales, aranjare binar (fig. 100).

Numărul maxim de valvule se înregistrează în venele membrilor inferioare. Valvulele lasă să treacă sîngele în direcție spre cord, împiedicînd refularea lui în sens opus. Ambele vene cave, venele cerebrale și cervicale, venele renale, vena portă, venele pulmonare nu au valvule. Sinusurile venoase în care se scurge sîngele de la encefal sînt situate în profunzimea pachimeningelui și au pereți incolababili, ceea ce asigură circulația nestingherită a sîngelui din cavitatea craniului în venele extracraniene (jugulare interne).

În conformitate cu topografia și poziția venelor în corp și organe ele se împart în superficiale și profunde. Venele superficiale (subcutane), *venae superficiales*, ca regulă, sînt solitare. Venele profunde, *venae profundae*, binare, însoțesc arterele omonime ale membrilor, din care cauză se mai numesc vene-satelite. Denumirile venelor profunde fac analogie cu denumi-

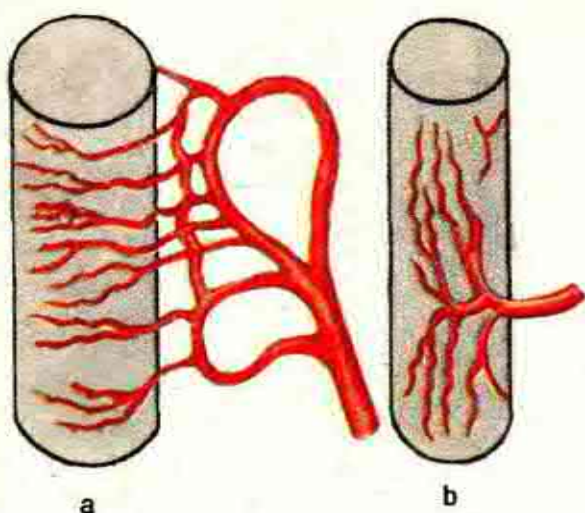


Fig. 99. Tipuri de ramificare a arterelor în pereții organelor cavitare.

a — circumcinct (circular); b — longitudinal

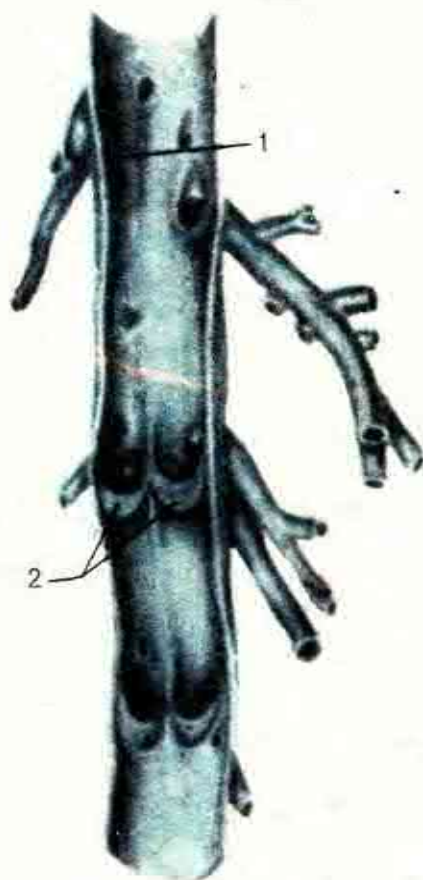


Fig. 100. Valvule venoase. Secțiune unilateral longitudinală cu desfacere a venei.

1 — lumenul venei; 2 — valvule valvulei venoase

rile arterelor cu care vin în adiacență (artera radială — vene radiale, artera humerală — vene humerale). Din venele profunde împare fac parte jugulara internă, subclavia, axilara, venele iliace (comună, externă, internă), femurala și încă

cîteva vene. Venele superficiale se unesc cu venele profunde prin așa-numitele vene penetrante, care joacă rol de anastomoze. Venele învecinate deseori se unesc prin numeroase anastomoze, formînd în ansamblu un *plex venos pléxus venosus*, care se vede lesne pe suprafața sau în pereții unor organe interne (vezicii urinare, rectului). În genere numărul de vene depășește numărul de artere.

Cele mai mari vene din marea circulație sînt vena cavă superioară și vena cavă inferioară. În aceasta din urmă se scurg venele renale și afluențele lor. Fluxul colateral de sînge se realizează prin venele, prin care sîngele venos se scurge ocolind calea magistrală. Afluențele unei vene magistrale se unesc, formînd anastomoze venoase în interiorul sistemului. Între afluențele venelor mari din sisteme diferite (vene cave superioară și inferioară, vena portă), există anastomoze venoase intersistemice (cavo-cavale, cavo-portale, cavo-cavo-portale), care constituie căi colaterale pentru fluxul sîngelui venos, evitînd venele magistrale.

Pereții vaselor sanguine beneficiază de o puternică enervație senzitivă (aferezentă) și motoare (eferentă). În pereții unor vase de calibru mare (partea ascendentă a aortei, arcul aortei, locul de bifurcație a arterei carotide comune în carotida externă și carotida internă, vena cavă superioară și vena jugulară etc.) există deosebit de numeroase terminații senzitive, din care cauză aceste regiuni se numesc zone reflexogene. La drept vorbind toate vasele sanguine beneficiază de inervație bogată, aceasta jucînd un rol important în reglarea tonusului muscular și fluxului sanguin.

CORDUL ȘI VASELE SANGUINE

CORDUL

Cordul, *cor*, este un organ muscular cav, care propulsează sîngele în artere și primește sîngele venos. Cordul este situat în cavitatea toracică împreună cu organele mediastinului mediu; are o formă conoidă. Axul longitudinal al cordului e orientat oblic din dreapta spre stînga

superoinferior și posteroanterior, din care cauză 2/3 din volumul cordului se află în jumătatea stîngă a cavității toracice. Apexul cordului, *apex cordis*, este orientat în jos în stînga și înainte, iar baza cordului, *basis cordis*, — în sus și posterior.

Fața anterioară, sternocostală, a cordului, *facies sternocostalis (anterior)* (fig. 101) e mai convexă, orientată spre fața posterioară a sternului și coastelor; cea inferioară — este supraiacentă la diafragm și se numește diafragmală, *facies diafragmatica (inferior)* (fig. 102). În practica clinică această față a cordului e numită în mod obișnuit posterioară. Fețele laterale ale cordului sînt orientate spre plămîni; fiecare din ele se numește p u l m o n a r ă, *facies pulmonalis (lateralis)*. În întregime aceste fețe sînt vizibile doar la îndepărtarea plămînilor de la cord. Pe radiografii aceste fețe au aspectul de contururi numite margini ale cordului; marginea dreaptă — acuminată, și stîngă — mai rotunjită. Masa medie a cordului la bărbați e de 300 g, la femei — 250 g. Dimensiunea transversală maximă a cordului echivalează cu 9—11 cm, dimensiunea, anteroposterioară — 6—8 cm. Lungimea cordului e de 10—15 cm. Grosimea pereților atriolelor e de 2—3 mm, a ventriculului drept — 5—8 mm, și a ventriculului stîng — 12—15 mm.

Pe suprafața cordului distingem ș a n ță u l c o r o n a r i u s, care constituie limita dintre atrii și ventricule. În anterior șanțul e întrerupt de trunchiul pulmonar și de partea ascendentă a aortei (vezi fig. 101), posterior de care se află atriolele. Superior de acest șanț pe suprafața anterioară a cordului se află o parte din atriu drept cu auricula sa dreaptă și auricula atriuului stîng, în retroiacență deplină la trunchiul pulmonar. Pe fața sternocostală anterioară a cordului vedem ș a n ță u l c u s i n t e r v e n t r i c u l a r i s (c o r d i s) a n t e r i o r, iar pe fața inferioară — șanțul interventricular posterior (inferior) al cordului, *sulcus interventricularis (cordis) posterior*. Șanțul interventricu-

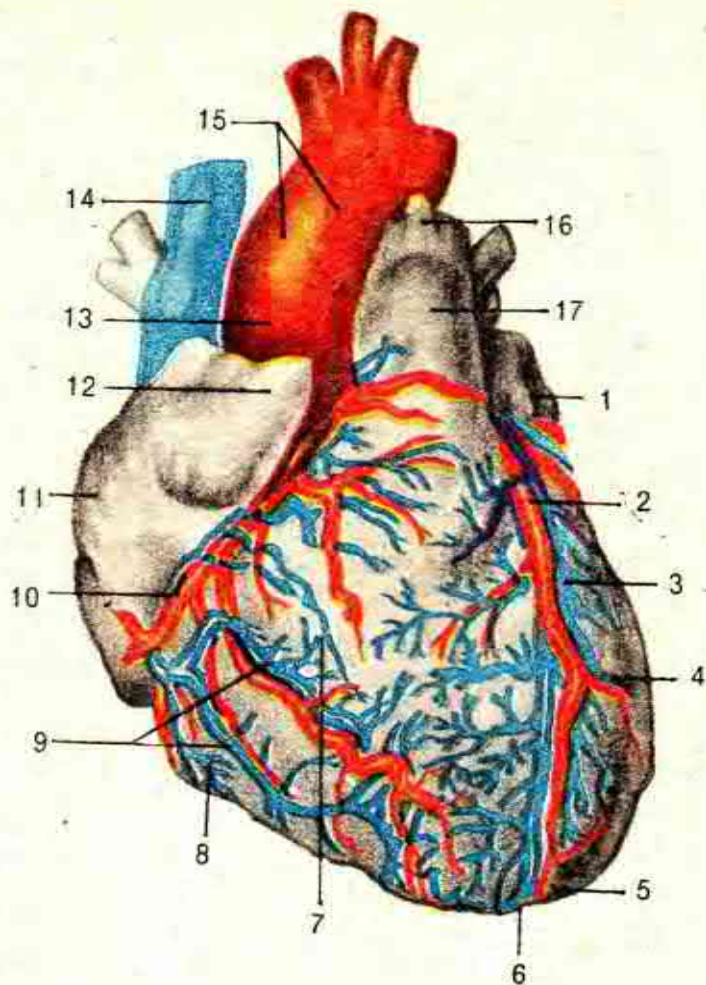


Fig. 101. Cordul, aspect anterior.

1 — auricula sinistra; 2 — r. interventricularis anterior a. coronariae sinistrae; 3 — v. cordis magna; 4 — ventriculus sinister; 5 — apex cordis; 6 — incisura apicis cordis; 7 — facies sternocostalis [anterior]; 8 — ventriculus dexter; 9 — vv. cordis anteriores; 10 — a. coronaria dextra; 11 — atrium dextrum; 12 — auricula dextra; 13 — pars ascendens aortae; 14 — v. cava superior; 15 — arcus aortae; 16 — lig. arteriosum; 17 — truncus pulmonalis.

lar anterior longitudinal împarte fața cordului în două părți, una extinsă dreaptă, care corespunde ventriculului drept, și una mai restrînsă, aparținînd ventriculului stîng, constituind în majoritatea ei fața posterioară a cordului. Șanțul interventricular posterior (inferior) începe de la fața posterioară a cordului la nivelul implantării sinusului coronarian în atriu drept, ajunge pînă la apexul cordului, unde prin incisura apicală a cordului, *incisura apicis cordis*, se unește cu șanțul anterior. Cordul este alcătuit din 4 camere: 2 atrii și 2 ventricule — drepte și stîngi. Atriolele primesc sînge din vene și îl propulsează în ventricule; ventriculele propulsează sîngele în artere: ventriculul drept — prin trunchiul pulmonar în arterele pulmonare,

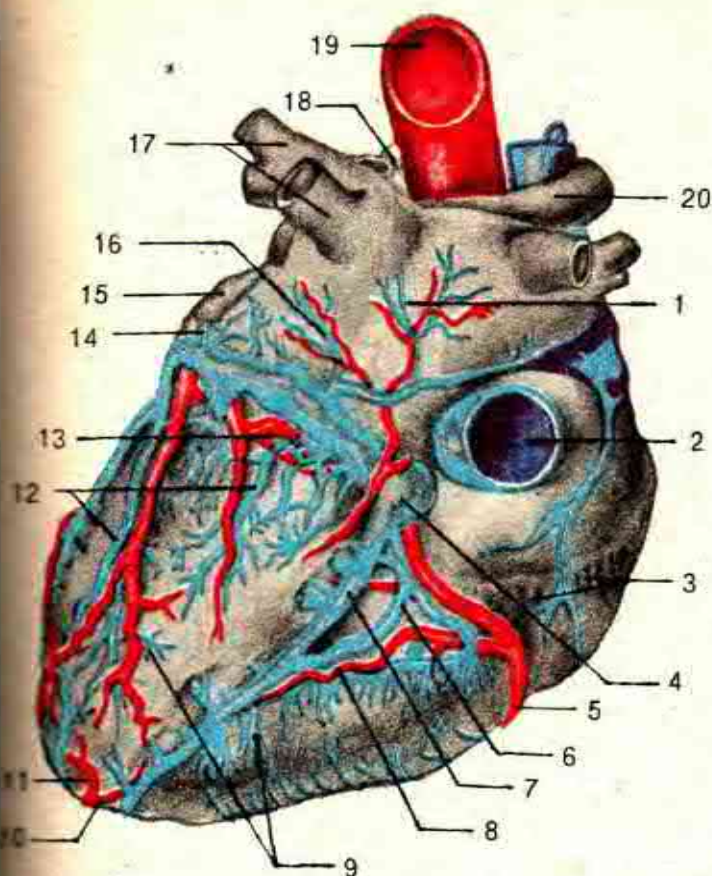


Fig. 102. Cordul, aspect posterior.

1 — atrium sinistrum; 2 — v. cava inferior; 3 — atrium dextrum; 4 — sinus coronarius; 5 — a. coronaria dextra; 6 — v. cordis parva; 7 — v. cordis media; 8 — r. interventricularis posterior a. coronariae dextrae; 9 — facies diaphragmatica [inferior]; 10 — incisura apicis cordis; 11 — apex cordis; 12 — v. posterior ventriculi sinistri; 13 — sul. coronarius; 14 — v. cordis magna; 15 — auricula sinistra; 16 — v. obliqua atrii sinistri; 17 — vv. pulmonales sinistralae; 18 — lig. arteriosum; 19 — aorta; 20 — vv. pulmonales dextrae.

iar cel stîng — în aortă, de la care deviază numeroase artere spre organele și pereții cordului. Jumătatea dreaptă a cordului conține sînge venos, iar jumătatea lui stîngă — sînge arterial. Aceste jumătăți nu comunică între ele. Fiecare atriu este unit cu ventriculul respectiv printr-un orificiu atrioventricular (drept și stîng), care se închid cu valvule cuspidale. Trunchiul pulmonar și aorta la începutul lor sînt înzestrate cu valvule semilunare.

CAMERELE CORDULUI

Atrium drept, *atrium dextrum*, ca formă amintește un cub și este înzestrat cu o cavitate suplimentară numită auriculă dreaptă, *auricula dextra*; el este separat de atrium stîng de către septul inte-

atrial, *septum interatriale*, (fig. 104). Pe acest sept se vede bine o depresiune de formă ovală — *fossa ovalis*, în limitele căreia septul este mai fin. Această fosă constituie vestigiile orificiului oval după concreșterea marginilor lui, și este delimitată de limbul fosei ovale, *limbus fossae ovalis*. În atrium drept observăm orificiul venei cave superioare, *ostium venae cavae superioris*, și orificiul venei cave inferioare, *ostium venae cavae inferioris*. De-a lungul marginii inferioare a acestuia se întinde un pliu semilunar de dimensiuni mici numit valvulă a venei cave inferioare (*valvula Eustache*), *valvula venae cavae inferioris*, care în perioada intrauterină îndreaptă fluxul de sînge din atrium drept în cel stîng prin orificiul oval. Între orificiile venelor cave se observă tuberculul intervenos (tuberculul Lower), *tuberculum intervenosum*, care se consideră un vestigiu al valvei care la embrion îndreaptă fluxul de sînge din cava superioară în orificiul atrioventricular drept. Porțiunea posterioară dilatată a cavității atriumului drept în care se varsă ambele vene cave se numește sinusul venelor cave, *sinus venarum cavarum*. Pe fața internă a auriculului drept și pe porțiunea învecinată a peretelui anterior al atriumului drept se văd bureletele longitudinale ale mușchilor pectinali, *mm. pectinati*, care proeminează în cavitatea atriumului. În partea de sus ei se termină cu *creasta terminală*, *crista terminalis*, care separă sinusul venos de cavitatea atriumului drept (la embrion aici trecea limita dintre atrium comun și sinusul venos al cordului). Atriumul comunică cu ventriculul prin orificiul atrioventricular drept, *ostium atrioventriculare dextrum*, între acesta și orificiul venei cave inferioare se află orificiul sinusului coronarian, *sinus coronarius*. În acest orificiu se vede un pliu fin falciform, care constituie valvula sinusului coronarian (valvula Tebesius), *valvula sinus coronarii*. Lîngă orificiul sinusului coronarian se deschid orificiile punctiforme ale venelor minimale ale cordului, *forâmi-*

na venarum minimarum, care se varsă în atriu drept fiecare în parte; numărul lor poate varia. Pe circumferința sinusului arterial mușchii pectinați lipsesc.

Ventriculul drept, ventriculus dexter, (vezi fig. 103, 104), este situat spre dreapta și anterior de ventriculul stâng, amintind ca formă o piramidă triunghiulară cu vârful orientat în jos. Peretele lui medial (stâng) ușor bombat, este alcătuit din septul interventricular, *septum interventriculare*, o mare parte din care este musculară, *pars muscularis*, iar partea mai mică, situată în porțiunea superioară extremă, mai aproape de atrii, alcătuiește partea membranacee, *pars membranacea*.

Peretele inferior al ventriculului, care vine în adiacență la centrul tendinos al diafragmului, este opłatisat, iar peretele anterior este bombat în sens ventral. În partea de sus, mai vastă, a ventriculului există două orificii: orificiul atrioventricular drept, dispus posterior, prin care sângele venos vine în ventricul din atriu drept; și orificiul trunchiului pulmonar, *ostium trunci pulmonalis*, dispus anterior, prin care sângele e propulsat în trunchiul pulmonar. Porțiunea ventriculului, care avansează infundibuliform spre stânga și în sus în întâmpinarea acestui trunchi se numește con arterial sau infundibul, *conus arteriosus (infundibulum)* (vezi fig. 101). Creasta supra-ventriculară, *crista supra-ventricularis*, îl delimitează în interior de restul ventriculului drept. Orificiul atrioventricular drept, *ostium atrioventriculare dextrum*, se închide cu valva atrioventriculară dreaptă (tricuspidă), *valva atrioventricularis dextra (tricuspidalis)* (fig. 105), racordată pe un inel fibroconjunctiv compact, țesuturile cărui continuă în cuspidale valvei. Acestea din urmă au aspect de lame tendinoase triunghiulare. Bazele lor sînt fixate pe circumferința orificiului atrioventricular, iar marginile libere sînt orientate în cavitatea ventriculului. Pe arcul anterior al orificiului e fixată cuspidă anterioară a valvei, *cuspidă anterioară*, pe arcul posterolateral — cuspidă

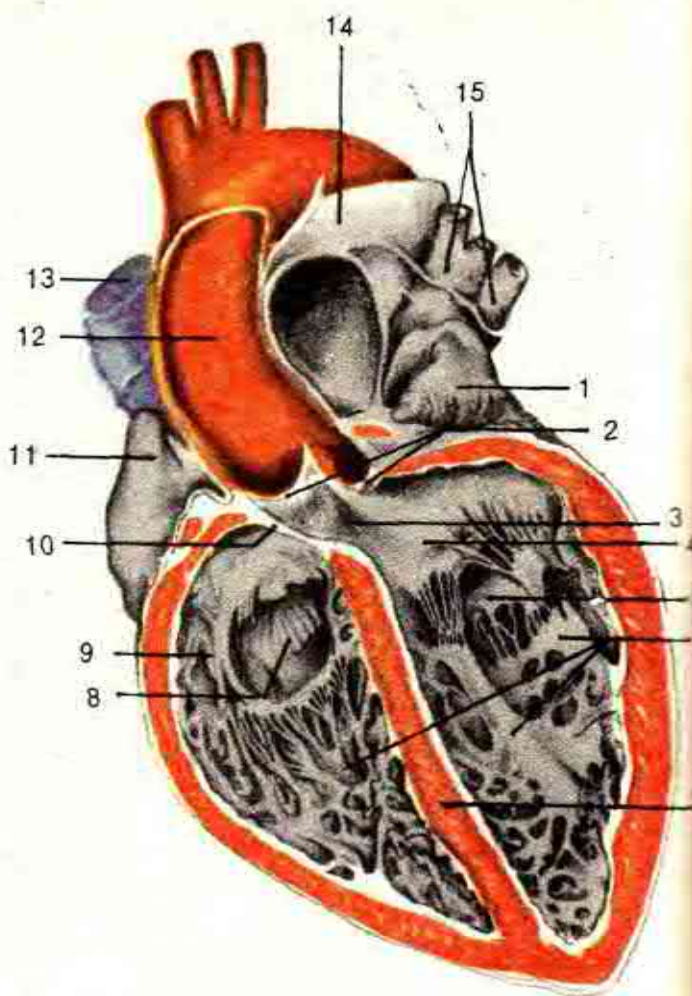


Fig. 103. Cordul (secțiune longitudinală), aspect anterior.

1 — auricula sinistra; 2 — valva aortae; 3 — ostium aorticum; 4 — cuspidă anterior valvae atrioventricularis sinistrae; 5 — cuspidă posterior valvae atrioventricularis sinistrae; 6 — mm. papilares; 7 — septum interventriculare (pars muscularis); 8 — cuspidă septalis valvae atrioventricularis dextrae; 9 — cuspidă posterior valvae atrioventricularis dextrae; 10 — septum interventriculare (pars membranacea); 11 — auricula dextra; 12 — pars ascendens aortae; 13 — v. cava superior; 14 — truncus pulmonalis; 15 — vv. pulmonales sinistrae.

posterioară, *cuspidă posterior*, și în fine pe arcul medial — cuspidă cea mai mică medială numită cuspidă septală, *cuspidă septalis*. În timpul contracției atriilor cuspidale valvei sînt împinse de curentul de sânge spre pereții ventriculului și nu împiedică trecerea sîngelui în cavitatea ventriculară. Cînd se contractă ventriculele, marginile libere ale cuspidalelor se închid, dar nu trec în cavitatea atriului, deoarece dinspre ventricul sînt reținute de coarde tendinoase, *hordae tendineae*, viguroase și tenace. Suprafața internă a ventriculului drept (cu excepția conului arterial) este rugoasă, aici se văd trabeculele cărnoase, *trabeculae carnae*, și for-

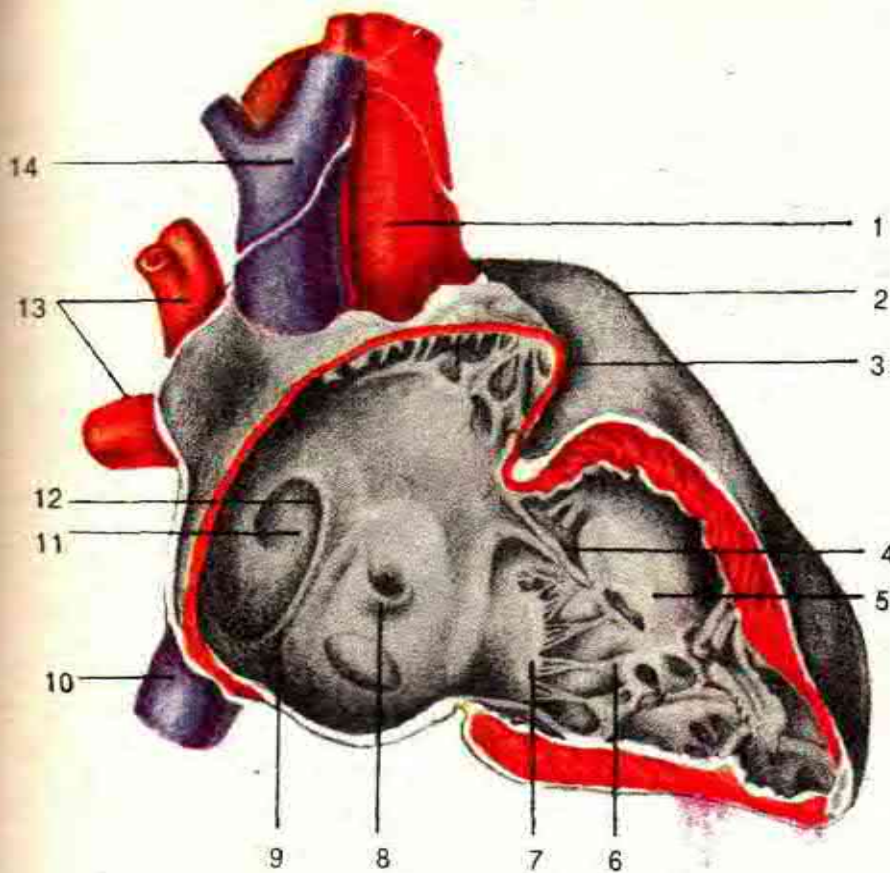


Fig. 104. Atriu drept și ventricul drept (secționat); aspect anterior.

1 — pars ascendens aortae; 2 — septum interatriale; 3 — auricula dextra; 4 — cuspis anterior valvae atrioventricularis dextrae; 5 — septum interventriculare; 6 — mm. papillares septales; 7 — cuspis septalis valvae atrioventricularis dextrae; 8 — valvula sinus coronarii; 9 — valvula venae cavae inferioris; 10 — v. cava inferior; 11 — fossa ovalis; 12 — limbus fossae ovalis; 13 — vv. pulmonales dextrae; 14 — v. cava superior.

mațiunile conoide ale mușchilor papilari, *mm. papillares*. De la vârful fiecăruia din acești mușchi — anterior (cel mai mare) și posterior (*mm. papillares anterior et posterior*) (vezi fig. 103) își iau originea majoritatea coardelor tendinoase (cîte 10—12); un număr mai redus din ele își iau originea de la trabeculele cărnoase ale septului interventricular (mușchii papilari septali, *mm. papillares septales*). Aceste coarde se inseră simultan pe marginile libere a două cuspidate învecinate, precum și pe fețele lor orientate în cavitatea ventriculului.

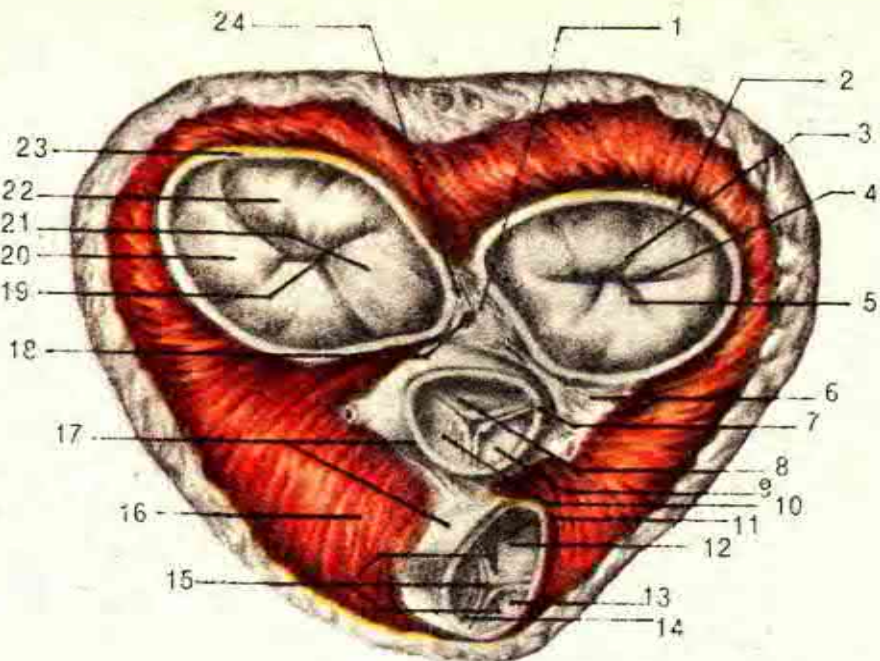
Nemijlocit mai sus de orificiul trunchiului stîng în acesta e situată valva trunchiului pulmonar, *valva trunci pulmonalis* (*valva pulmonaria*), alcătuită din trei valvule semilunare — anterioară, stîngă și dreaptă, *valvula semilunaris anterior*, *valvula semilunaris sinistra*, et *valvula semilunaris dextra*, dispuse pe circumferință (vezi fig. 105). Fața lor convexă (inferioară) e orientată în cavitatea ventriculului drept, iar cea concavă (superioară) și marginea liberă — în lumenul trunchiului pulmonar. În partea me-

die a marginii libere a fiecărei valvule se observă o îngroșare care constituie nodulul valvulei semilunare, *nódulus valvulae semilunaris*. Acești noduli contribuie la buna etanșare a valvulelor semilunare în timpul închiderii lor. Între peretele trunchiului pulmonar și fiecare din valvulele semilunare există un reces de dimensiuni mici numit sinus al trunchiului pulmonar, *sinus trunci pulmonalis*. În timpul contracției musculaturii ventriculului valvulele semilunare sînt presate de torrentul sanguin către peretele trunchiului pulmonar și nu împiedică propulsarea singelui din ventricul; la relaxare, cînd presiunea din cavitatea ventriculară coboară, singele în reflux umple sinusurile și redresează valvulele. Marginile lor etanșează și închid trecerea singelui în direcția cordului.

Atriu stîng, *atrium sinistrum* (vezi fig. 102), de formă cuboidă imperfectă este delimitat de atriu drept printr-un sept interatrial neted. Fosa ovală aflată pe acest sept este mai pronunțată din partea atrului drept. Din cele cinci orificii existente în atriu stîng, patru sînt situate superior și posterior. Acestea sînt

Fig. 105. Valvulele cordului (atriile, aorta și trunchiul pulmonar sînt rezecate). Formațiunile de suport ale cordului situate între atrii și ventricule.

1 — trigonum fibrosum dextrum; 2 — anulus fibrosus sinister; 3 — cuspis posterior valvae atrioventricularis sinistrae; 4 — ostium atrioventriculare sinistrum; 5 — cuspis anterior; 6 — trigonum fibrosum sinistrum; 7 — ostium aortae; 8 — valvula semilunaris posterior valvae aortae; 9 — valvula semilunaris sinistra; 10 — valvula semilunaris dextra; 11 — ostium trunci pulmonalis; 12 — valvula semilunaris sinistra valvae trunci pulmonalis; 13 — valvula semilunaris anterior; 14 — valvula semilunaris dextra; 15 — noduli valvularum semilunarium; 16 — myocardium ventriculi; 17 — fascicule fibroase care sînt situate în jurul orificiilor trunchiului pulmonar și aortei; 18 — fasc. atrioventricularis; 19 — ostium atrioventriculare dextrum; 20 — cuspis anterior valvae atrioventricularis dextrae; 21 — cuspis septalis; 23 — anulus fibrosus dexter; 24 — pars membranacea septi interventricularis.



orificiile venelor pulmonare, *ostia venarum pulmonalium*. Venele pulmonare nu comportă valve. Al cincilea, cel mai mare, este orificiul atrioventricular stîng, *ostium atrioventriculare sinistrum*, care asigură comunicarea atrului cu ventriculul omonim. Peretele anterior al atrului comportă o dilatare conoidă orientată anterior, numită auricul stîng, *auricula sinistra*. Din partea cavitară peretele atrului stîng este neted, deoarece mușchii pectinați sînt situați doar în auriculul atrului.

Ventriculul stîng, *ventriculus sinister* (vezi fig. 103), are o formă conoidă cu baza orientată în sus. În porțiunea superioară, cea mai largă, a ventriculului, există următoarele orificii: posterior și spre stînga se află orificiul atrioventricular, stîng spre dreapta de el — orificiul aortei, *ostium aorticum*. Primul încorporează valva atrioventriculară stîngă (valva mitrală), *valva atrioventricularis sinistra (valva mitralis)* (vezi fig. 105), alcătuită din 2 cuspidă de forma triunghiulară; cuspidă anterioară, *cuspis anterior*, care începe de la semicercul medial al orificiului (lîngă septul interventricular) și cuspidă posterioară, *cuspis posterior*, (mai mică decît cea precedentă), începe de la semicercul lateral al orificiului.

Pe fața internă a ventriculului (mai ales în regiunea apicală) întilnim în număr mare trabecule cărnoase și doi mușchi papilari: anterior, *m. papillaris anterior*, și posterior, *m. papillaris posterior*, care se inseră prin coardele lor tendinoase tenace pe cuspidăle valvei atrioventriculare. Lîngă intrarea în orificiul aortei suprafața ventriculului este netedă. Valva aortică, *valva aortae, (valva aortica)*, aflată chiar la începutul ei, este alcătuită din trei valvule semilunare: posterioară, *valvula semilunaris posterior*, dreaptă, *valvula semilunaris dextra*, și stîngă, *valvula semilunaris sinistra*. Între fiecare valvulă și peretele aortei există cîte un sinus, *sinus aortae*. Valvulele aortale sînt mai groase, iar nodulii valvulelor semilunare situate pe porțiunea medie a marginilor lor libere sînt mai masive decît în trunchiul pulmonar.

Structura pereților cordului. Peretele cordului este alcătuit din 3 straturi: stratul interior, fin, numit endocard, stratul mediu, muscular, masiv — miocard, și stratul extern, fin — epicard, care constituie foia viscerală a tunicii seroase a cordului, adică a pericardului.

Endocardul, *endocardium*, tapetează din interior cavitatea cordului, repetînd configurația ei complicată, și acoperă mușchii papilari împreună cu coardele

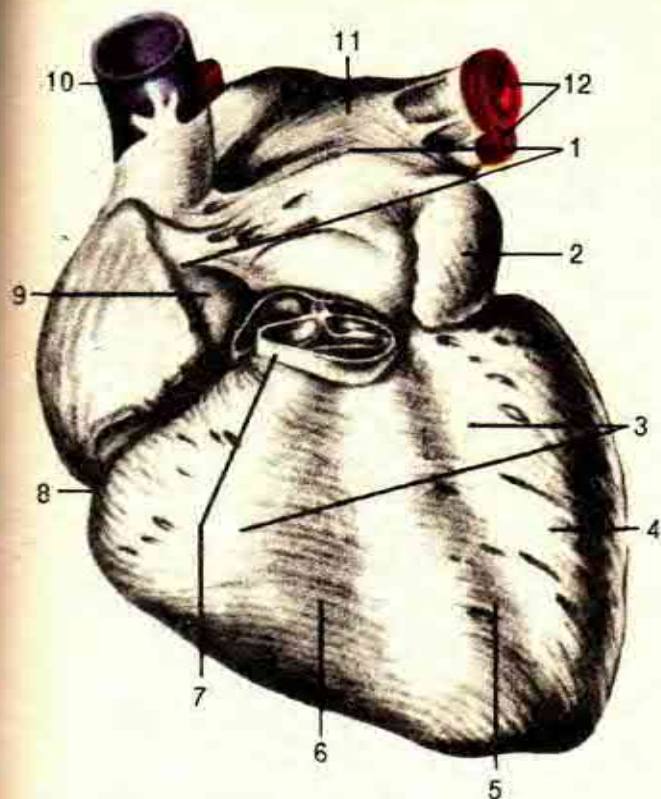


Fig. 106. Miocardul atriilor și ventriculelor (epi-cardul e înlăturat); aspect anterior.

1 — myocardium atriorum ; 2 — auricula sinister ; 3 — myocardium ventriculorum ; 4 — ventriculus sinister ; 5 — sul. interventricularis anterior ; 6 — ventriculus dexter ; 7 — truncus pulmonalis ; 8 — sul. coronarius ; 9 — atrium dextrum ; 10 — v. cava superior ; 11 — atrium sinister ; 12 — vv. pulmonales sinistrae.

lor tendinoase. Valvele atrioventriculare, valva aortei și valva trunchiului pulmonar, precum și valvulele venei cave inferioare și sinusului coronar sînt formate din duplicaturi de endocard, în interiorul cărora se află fibre de țesut conjunctiv.

Stratul mediu al peretelui cordului — **miocardul, myocardium** (fig. 106, 107), este format din țesut muscular striat și este alcătuit din celule musculare striate (cardiomiocite), unite între ele prin numeroase bride (discuri intercalare) cu ajutorul cărora ele se unesc în complexe musculare sau fibre ce formează o rețea densă. Această rețea musculară densă asigură contracția ritmică deplină a atriilor și ventriculelor. Grosimea miocardului e minimală în atri și maximală în ventriculul stîng.

Fibrele musculare ale atriilor și ventriculelor își iau originea de pe inelele fibroase, care separă definitiv miocardul

atriilor de miocardul ventriculelor. Aceste inele fibroase ca și celelalte formațiuni de țesut conjunctiv ale cordului fac parte din scheletul moale al acestuia. La scheletul cordului (vezi fig. 105) se referă inelele fibroase drept și stîng unite între ele, *annuli fibrosi (dexter et sinister)*, care înconjoară orificiile atrioventriculare drept și stîng și constituie baza de racordare pentru valvele atrioventriculare dreaptă și stîngă (proiecția lor pe exterior corespunde șanțului coronarian al cordului) ; inelele fine legate între ele prin bride de țesut conjunctiv, care înconjoară orificiul trunchiului pulmonar și orificiul aortei ; *trigona fibroase drept și stîng, trigonum fibrosum dextrum et trigonum fibrosum sinisterum*, niște lamele tenace, care din dreapta și din stînga sînt adiacente la arcul posterior al aortei și se formează din coalescența inelului fibros stîng și inelul conjunctiv al orificiului aortei. Trigonul drept fibros, cel mai masiv, care de fapt leagă împreună inelele fibroase drept și stîng și inelul conjunctiv al aortei, la rîndul său este unit cu partea membranacee a septului interventricular, *pars membranacea septi interventricularis*. În trigonul fibros drept există o depresiune mică, prin care trec fibrele fasciculului atrioventricular al sistemului conductil al cordului.

Miocardul atriilor (vezi fig. 106) este separat prin inele fibroase de miocardul ventriculelor. Sincronia contracțiilor miocardului este asigurată de sistemul conductil al cordului, care este unic pentru atri și ventricule. În atri miocardul este alcătuit din două straturi : superficial, comun pentru ambele straturi, și profund, separat pentru fiecare din ele. Primul strat conține fibre musculare situate transversal, iar stratul II conține două tipuri de fascicule musculare — longitudinale, cu originea pe inelele fibroase, și circulare, care cuprind în ansă orificiile venelor ce se scurg în atri, amintind niște sfinctere. Fasciculele dispuse longitudinal prolabează sub formă de traveuri verticale în interiorul cavităților auriculelor atriale și formează mușchii pectinali.

Miocardul ventriculelor (vezi fig. 107) este alcătuit din 3 straturi musculare variate: extern (superficial), mediu și intern (profund). Stratul extern e prezentat de fascicule musculare orientate oblic, care avînd originea pe inelele fibroase, continuă în jos spre apexul cordului, unde formează un vârtej numit vortex al cordului, *vortex cordis*, și trece în stratul intern profund al miocardului, fasciculele de fibre ale căruia sînt situate longitudinal. Din acest strat se formează și mușchii papilari și trabeculele cărnoase. Straturile extern și intern ale miocardului sînt comune pentru ambele ventricule, iar stratul mediu cuprins între ele este format din fascicule circulare de fibre musculare și separat pentru fiecare din ventricule. Septul interventricular în cea mai mare parte a lui (musculară) este format din miocard și acoperit de endocard; la baza porțiunii superioare a acestui sept (partea membranacee) se află o lamelă de țesut fibros.

Tunica externă a cordului, **epicardul**, *epicardium*, care aderă intim la miocard din exterior, constituie foița viscerală a pericardului seros și este construită după tipul tunicilor seroase, fiind alcătuită dintr-o lamelă fină de țesut conjunctiv, tapetată cu mezoteliu. Epicardul acoperă cordul, porțiunile inițiale ale părții ascendente a aortei și trunchiului pulmonar, porțiunile terminale ale venelor cave și pulmonare. Pe suprafața acestor vase epicardul trece în foița parietală a pericardului seros.

Sistemul conductil al cordului

Reglarea și coordonarea funcției contractile a cordului e realizată de sistemul conductil. El este constituit din fibre musculare atipice (fibre miocardice conductile) alcătuite din miocite cardiace conductile inervate puternic, avînd un conținut redus de miofibrile, și, din abundență, sarcoplasme, care posedă facultatea de a conduce excitația de la nervii cordului spre miocardul atriilor și ventriculelor. Centrele sistemului conductil al cordului sînt alcătuite din doi noduli: 1) nodulul sinoatrial, *nodus sinuatrialis* (nodul Keith—Flack) (fig.

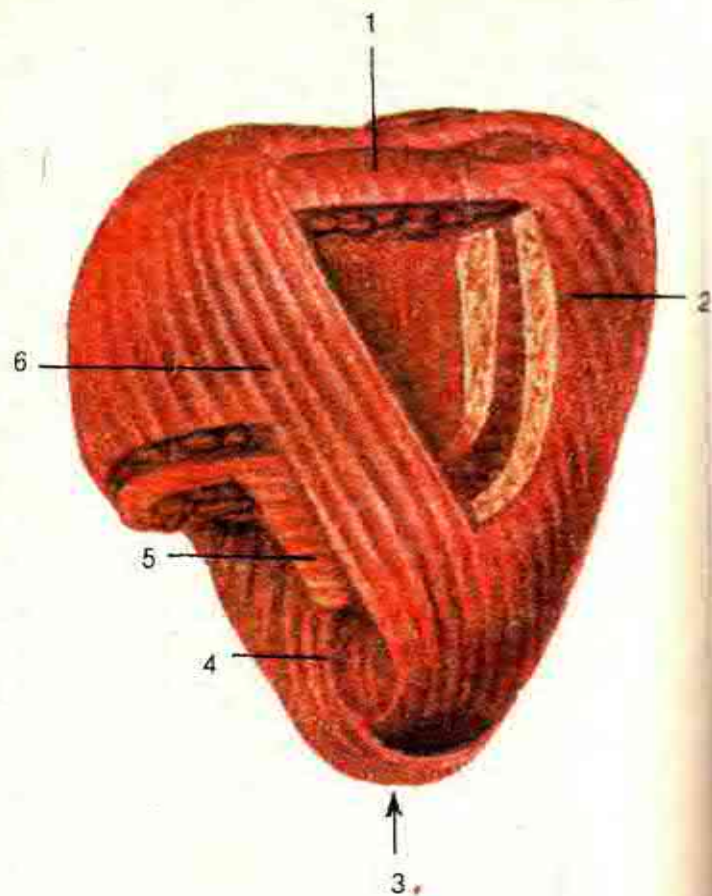


Fig. 107. Straturile miocardului ventriculelor; aspect posterior.

1 — fibrele miocardului (stratul superficial), avînd originea pe inelul fibros stîng și inserția pe ventriculul drept; 2 — stratul superficial (longitudinal) al miocardului în peretele ventriculului drept; 3 — vertexul cordului; 4 — stratul profund (longitudinal) al miocardului în peretele ventriculului stîng; 5 — stratul mediu (inelar) al miocardului în peretele ventriculului stîng; 6 — stratul superficial (longitudinal) al miocardului în peretele ventriculului stîng.

108), situat în peretele atriului drept între orificiul venei cave superioare și auriculul drept; de la acest nodul pornesc ramuri spre miocardul atriilor, 2) nodulul atrioventricular, *nodus atrioventricularis* (nodul Aschoff-Tawara), situat în profunzimea porțiunii inferioare a septului interatrial. Posterior acest nodul trece în fasciculul atrioventricular, *fasciculus atrioventricularis* (fasciculul Hîs), care leagă miocardul atriilor cu miocardul ventriculelor. În partea musculară a septului interventricular acest fascicul se împarte în doi pedunculi, drept și stîng, *crus dextrum* et *crus sinistrum*. Ramificațiile terminale ale fibrelor sistemului conductil al cordului, care sînt de fapt extremitățile răsfirate ale acestor pedunculi, se inseră în miocardul ventriculelor.

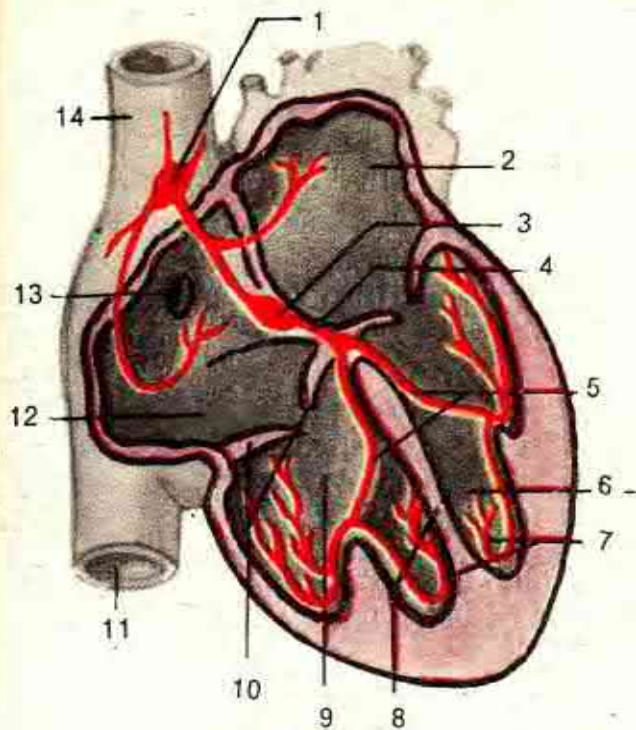


Fig. 108. Schema sistemului conductil al cordului uman.

1 — nodus sinuatrialis; 2 — atrium sinistrum; 3 — nodus atrioventricularis; 4 — fasc. atrioventricularis; 5 — crura (dextrum et sinistrum) fasciculi atrioventricularis; 6 — ventriculus sinister; 7 — myofibrae conducentes purkinjienses (fasciculele conductoare Purkinje); 8 — septum interventriculare; 9 — ventriculus dexter; 10 — valva atrioventricularis dextra; 11 — v. cava inferior; 12 — atrium dextrum; 13 — sinus coronarius (orificiu); 14 — v. cava superior.

Vasele sangvine și limfatice ale cordului

Arterele cordului (vezi fig. 101, 102). Arterele cordului deviază de la **bulbul aortei**, *bulbus aortae*, care constituie porțiunea inițială dilatată a părții ascendente a aortei, și cuprind ca o coroană cordul, din care cauză se numesc artere coronariene. Artera coronară dreaptă începe la nivelul sinusului drept al aortei, iar cea stângă — la nivelul sinusului stâng al acesteia. Deoarece ambele artere deviază de la aortă, mai jos de marginile libere (superioare) ale valvulelor semilunare, în timpul sistolei ventriculelor valvulele acoperă orificiile arterelor, împiedicând aproape definitiv trecerea sîngelui spre cord. În timpul diastolei ventriculelor sinusurile se umplu cu sînge, împiedicînd refularea lui în ventriculul stîng și deschizîndu-i simultan accesul în vasele cordului.

Artera coronară dreaptă, *a. coronaria dextra*, pornește în dreapta sub auriculul

atriului drept, urmează șanțul coronarian, cuprinde fața pulmonară dreaptă a cordului, apoi se îndreaptă pe fața lui posterioară spre stînga, unde cu extremitatea ei anastomozează cu ramura circumcinctă a arterei coronare stîngi. Ramura cu cel mai mare calibru a arterei coronare drepte e constituită de **ramura interventriculară posterioară**, *r. interventricularis posterior*, care se îndreaptă prin șanțul omonim al cordului spre apexul acestuia. Ramurile arterei coronare drepte irigă cu sînge peretele ventriculului drept și atrului drept, porțiunea posterioară a septului interventricular, mușchii papilari ai ventriculului drept, mușchiul papilar posterior al ventriculului stîng, nodulii sinuatrial și atrioventricular ai sistemului conductil al cordului.

Artera coronară stîngă, *a. coronaria sinistra*, are un calibru ceva mai mare decît cea dreaptă. Fiind situată între începutul trunchiului pulmonar și auriculul atrului stîng, ea se împarte în două ramuri — **interventriculară anterioară** și **ramura circumflexă**, *r. interventricularis anterior* et *r. circumflexus*. Aceasta din urmă constituie o continuare a trunchiului magistral al arterei coronare stîngi, care cuprinde cordul din stînga, situîndu-se în șanțul lui coronarian, unde pe fața posterioară a organului anastomozează cu artera coronară dreaptă. Ramura interventriculară anterioară urmează șanțul omonim al cordului spre apexul acestuia. În regiunea incizurii cardiace ea trece uneori pe fața diafragmatică a cordului, unde anastomozează cu porțiunea terminală a ramurii posterioare interventriculare a arterei coronare drepte. Ramurile arterei coronare stîngi irigă cu sînge peretele ventriculului stîng, inclusiv mușchii papilari, partea maximă a septului interventricular, peretele anterior al ventriculului drept, precum și peretele atrului stîng.

Ramurile arterelor coronare dreaptă și stîngă, unindu-se, formează în cord două inele arteriale: transversal, situat în șanțul coronarian, și longitudinal, vasele cărui se află în șanțurile interventriculare anterior și posterior.

Ramurile arterelor coronare asigură irigarea cu sînge a tuturor straturilor din pereții cordului. În miocard, unde nivelul proceselor oxidative este deosebit de înalt, anastomozele microvasculare respectă traiectul fibrelor musculare din straturile lui. În miocardul ventriculelor, care se expun unor sollicitații funcționale sporite, rețeaua de capilare sangvine este de două ori mai densă decît în musculatura scheletică.

Există diverse variante de repartizare a ramurilor arterelor coronare, acestea fiind numite tipuri de irigare a cordului. Principalele tipuri sînt: dextrocoronarian, cînd majoritatea compartimentelor cordului sînt irigate din ramurile arterei coronare drepte; levocoronarian, cînd cea mai mare parte a cordului este irigată din ramurile arterei coronare stîngi; și tipul mediu, sau omogen, cînd ambele artere coronariene participă echitabil la irigarea pereților cordului. Distingem de asemenea tipuri de tranziție în irigarea cordului — dextromediu și levomediu. Se obișnuiește a considera (Naddacina T.A., Smolianicov A.V., 1963), că printre toate tipurile de irigare cu sînge a cordului predomină totuși tipul dextromediu.

Se cunosc variante și anomalii topografice și de ramificare a arterelor coronare. Ele se traduc prin modificări în locul de origine și în numărul arterelor coronariene. Bunăoară, acestea pot devia de la aortă imediat superior de valvele semilunare sau distanțat superior — de la artera subclavie stîngă, și nu de la aortă. Artera coronară poate fi solitară, adică impară, pot exista 3—4 artere coronare și nu două; cîte două artere pornesc în dreapta și în stînga de la aortă sau 2 de la aortă și 2 de la artera subclavie stîngă.

Pe lîngă arterele coronariene la cord, mai ales la pericard, vin și artere facultative, accesorii. Acestea pot fi ramuri mediastinopericardiale (superioară, medie și inferioară) ale arterei toracice interne (Șvețov I.M., 1967), ramuri ale arterei pericardiodiafragmatice, ramuri care deviază de la fața concavă a arcului aortei etc.

Venele cordului. Venele cordului sînt mai numeroase decît arterele lui. Majori-

tatea venelor de calibru mare ale cordului sînt confluențe la un vas venos larg comun numit **sinus coronarian**, *sinus coronarius* (vestigiu al venei cardiace stîngi comune embrionare) și se varsă în atriumul drept. Sinusul este situat în șanțul coronarian pe fața posterioară a cordului și se deschide în atriumul drept inferoanterior de orificiul venei cave inferioare (între valva ei și septul interatrial). Afluențele sinusului coronarian numără 5 vene: 1) **vena mare a cordului**, *v. cordis magna*, care începe în regiunea apexului cordului pe fața lui anterioară, respectă șanțul interventricular anterior alături de ramura anterioară a arterei coronare interventriculare stîngi, apoi la nivelul șanțului coronar întoarce spre stînga, trece sub ramura circumflexă a arterei coronare stîngi, respectă șanțul coronarian pe fața posterioară a cordului, unde continuă în sinusul coronarian; această venă colectează sînge din venele feței anterioare a ambelor ventricule și septului interventricular. În vena mare a cordului se scurg de asemenea venele feței posterioare a atriumului stîng și ventriculului stîng; 2) **vena medie a cordului**, *v. cordis media*, se formează în regiunea feței posterioare a apexului cordului, pornește în sus respectînd șanțul interventricular posterior (aderă la ramura posterioară interventriculară a arterei coronare drepte și se varsă în sinusul coronarian; 3) **vena mică a cordului**, *v. cordis parva*, începe pe fața pulmonară dreaptă a ventriculului drept, se îndreaptă în sus, respectă șanțul coronarian pe fața diafragmatică a cordului și se varsă în sinusul coronarian; ea colectează sînge mai ales din jumătatea dreaptă a cordului; 4) **vena posterioară a ventriculului stîng**, *v. posterior ventriculi sinistri*, se formează din cîteva vene pe fața posterioară a ventriculului stîng, aproape de apexul cordului, și se varsă în sinusul coronarian sau în vena mare a cordului; 5) **vena oblică a atriumului stîng**, *v. obliqua atrii sinistri*, trece superoinferior pe fața posterioară a atriumului stîng și se varsă în sinusul coronarian.

Pe lîngă venele care se varsă în sinusul coronarian în cord există vene care

se deschid nemijlocit în atriul drept. Acestea sînt venele anterioare ale cordului, *vv. cordis anteriores*, care colectează sîngele din peretele anterior al ventriculului drept. Ele se îndreaptă în sus spre baza cordului și se deschid în atriul drept. Venele minime ale cordului (vene Tebesius), *vv. cordis minimae*, 20—30 la număr, încep în profunzimea pereților cordului și se varsă nemijlocit în atriul drept, și, parțial, în ventricule și în atriul stîng prin orificiile venelor minime, *foramina venarum minimarum*.

Patul limfatic al pereților cordului este alcătuit din capilare limfatice, dispuse în formă de rețele prin endocard, miocard și epicard. Din endocard și miocard limfa se scurge în rețeaua superficială de capilare limfatice situate în epicard și în plexul de vase limfatice. Unuindu-se între ele, vasele limfatice devin de calibru tot mai mare și formează două vase principale ale cordului, prin care limfa se scurge spre ganglionii limfatici regionali. Vasul limfatic stîng al cordului se formează din confluența vaselor limfatice ale feței anterioare a ventriculelor drept și stîng, ale fețelor stîngă pulmonară și posterioară ale ventriculului stîng. El pornește de la ventriculul stîng spre dreapta, trece posterior de trunchiul pulmonar și se varsă în unul din ganglionii limfatici traheobronhiali inferiori. Vasul limfatic drept al cordului se formează din vasele limfatice ale fețelor anterioară și posterioară ale ventriculului drept, trece din dreapta spre stînga pe semicercul anterior al trunchiului pulmonar și se varsă în unul din ganglionii limfatici mediastinali anteriori, situat lîngă ligamentul arterial. Vasele limfatice de calibru mic, prin care se scurge limfa de la pereții atriilor se varsă în ganglionii limfatici mediastinali anteriori proximali.

Nervii cordului

Cordul primește inervație senzitivă simpatică și parasimpatică. Fibrele simpaticе, care intră în componența nervilor cardiaci poartă impulsuri care accelerează ritmul contracțiilor cardiace și dilată lumenul arterelor coronariene. Fibrele

parasimpatice (parte constitutivă a ramurilor cardiace ale nervilor vagi) conduc impulsuri, care reduc cadența ritmului cardiac și îngustează lumenul arterelor coronare. Fibrele senzitive de la receptorii peretelui cordului și vaselor lui intră în componența nervilor cardiaci și ramurilor cardiace corelate cu centrele respective ale encefalului și măduvei spinării.

Schema de inervație a cordului (după V. P. Vorobiov) poate fi prezentată precum urmează: sursele de inervație a cordului — nervii cardiaci și ramurile cardiace, care vin spre cord; plexurile cardiace extraorganice (superficiale și profunde) situate lîngă arcul aortic și trunchiul pulmonar, plexul cardiac intraorganic, aflat în peretele cordului, și repartizat în toate straturile lui.

Nervii cardiaci (superior, mediu și inferior cervicali și toracici) încep de la ganglionii cervicali și toracici superiori (II—V) ai trunchiului simpatic (vezi „Sistemul nervos vegetativ“). Ramurile cardiace încep de la nervul vag (vezi: „Nervul vag“).

Plexul cardiac superficial extraorganic se află pe peretele anterior al trunchiului pulmonar și pe fața concavă a arcului aortei; plexul cardiac extraorganic profund se află posterior de arcul aortei (anterior de bifurcația traheei). În plexul cardiac extraorganic superficial intră nervul cardiac cervical superior stîng (din ganglionul simpatic cervical superior stîng) și ramura superioară cardiacă stîngă (din nervul vag stîng). Ceilalți nervi cardiaci enumerați mai sus și ramurile cardiace intră în plexul cardiac extraorganic profund.

Ramurile extraorganice ale plexurilor cardiace formează în definitivă plexul cardiac intraorganic unitar. În funcție de stratul cardiac în care este situat, acest plex cardiac intraorganic unitar e subdivizat convențional în plexuri intim corelate: subepicardial, intramuscular și subendocardial. În componența plexului intraorganic al cordului intră celule nervoase și conglomerate de celule, care formează ganglionii nervoși car-

diaci, *ganglia cardiaca*, de dimensiuni mari. Celulele nervoase sînt deosebit de numeroase în plexul cardiac infraepicardial. După V. P. Vorobiov nervii care intră în componența plexului cardiac infraepicardial au o localizare legitimă (sub formă de cimpuri nodulare) și inervează anumite porțiuni ale cordului. Conform acestui postulat distingem 6 plexuri cardiace infraepicardiale: 1) dextroanterioară și 2) levoanterioară, situate în profunzimea peretilor anterior și laterali ai ventriculelor drept și stîng, 3) plexul anterior al atriiilor — în peretele anterior al atriiilor, 4) plexul dextroposterior — în peretele posterior al atriiului drept, între orificiile venelor cave (de la el se inervează nodul sinoatrial al sistemului conductil al cordului), 5) plexul levoposterior — în profunzimea peretelui lateral al atriiului stîng, trece levodextroinferior pe traiecul venei oblice a atriiului stîng (pentru a inerva nodul atrioventricular și fasciculus atrioventricular al sistemului conductil al cordului), 6) plexul posterior al atriiului stîng (plexul sinusului Haller) — în porțiunea superioară a peretelui posterior al atriiului stîng (între orificiile venelor pulmonare).

Topografia și radioanatomia cordului. Cordul împreună cu pericardul e situat în cavitatea toracică făcînd parte din organele mediastinului mediu; 2/3 ale cordului sînt dispuse spre stînga de planul median și 1/3 spre dreapta. Din părți și lateral din anterior (cea mai mare parte a cordului) cordul este acoperit de plămîni incorporați în sacii pleurali și o parte mult mai mică din suprafața lui anterioară vine în adiacență la stern și la cartilajele costale (fig. 109). Limita superioară a cordului trece pe linia care unește marginile superioare ale cartilajelor III costale, drept și stîng. *Limita dreaptă* coboară de la nivelul marginii superioare a cartilajului III costal din dreapta (cu 1—2 cm spre dreapta de la marginea sternului) trecînd vertical în jos pînă la cartilajul V costal din dreapta. *Limita inferioară* trece pe linia de proiecție a cartilajului V costal din dreapta pînă la apexul cordului; ea se proiectează pe

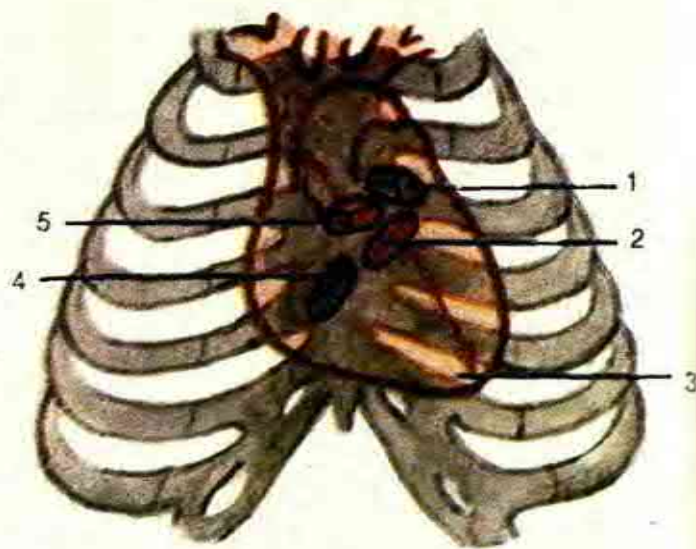


Fig. 109. Proiecția orificiilor cordului, valvulelor cuspidale și semilunare pe fața anterioară a cutiei toracice.

1 — ostium trunci pulmonalis; 2 — ostium atrioventriculare sinistrum; 3 — apex cordis; 4 — ostium atrioventriculare dextrum; 5 — ostium aortae;

spațiul V intercostal din stînga cu 1—1,5 cm spre interior de linia medioclaviculară. *Limita stîngă* a cordului se întinde de la marginea superioară a coastei III din stînga, începînd la nivelul mijlocului distanței dintre marginea stîngă a sternului și linia mediosternală stîngă, și continuă pînă la apexul cordului. *Orificiile atrioventriculare, drept și stîng*, se proiectează pe peretele toracic anterior, respectînd linia oblică care unește extremitatea sternală a cartilajului coastei III din stînga spre cartilajul VI costal din dreapta. Orificiul stîng se află pe această linie la nivelul cartilajului II costal din stînga, iar orificiul drept — superior de locul de fixare a cartilajului costal V din dreapta pe stern. *Orificiul aortei* e situat posterior de marginea stîngă a sternului la nivelul spațiului III intercostal, *orificiul trunchiului pulmonar* — superior de locul de fixare a cartilajului III costal din stînga la stern.

La oamenii maturi în funcție de constituția lor, cordul îmbracă forme diferite. La indivizii de tip dolicomorf, la care axul cordului este orientat vertical, organul amintește o picătură („cord în picătură“). La indivizii de tip brahimorf, la care diafragma ocupă o poziție relativ

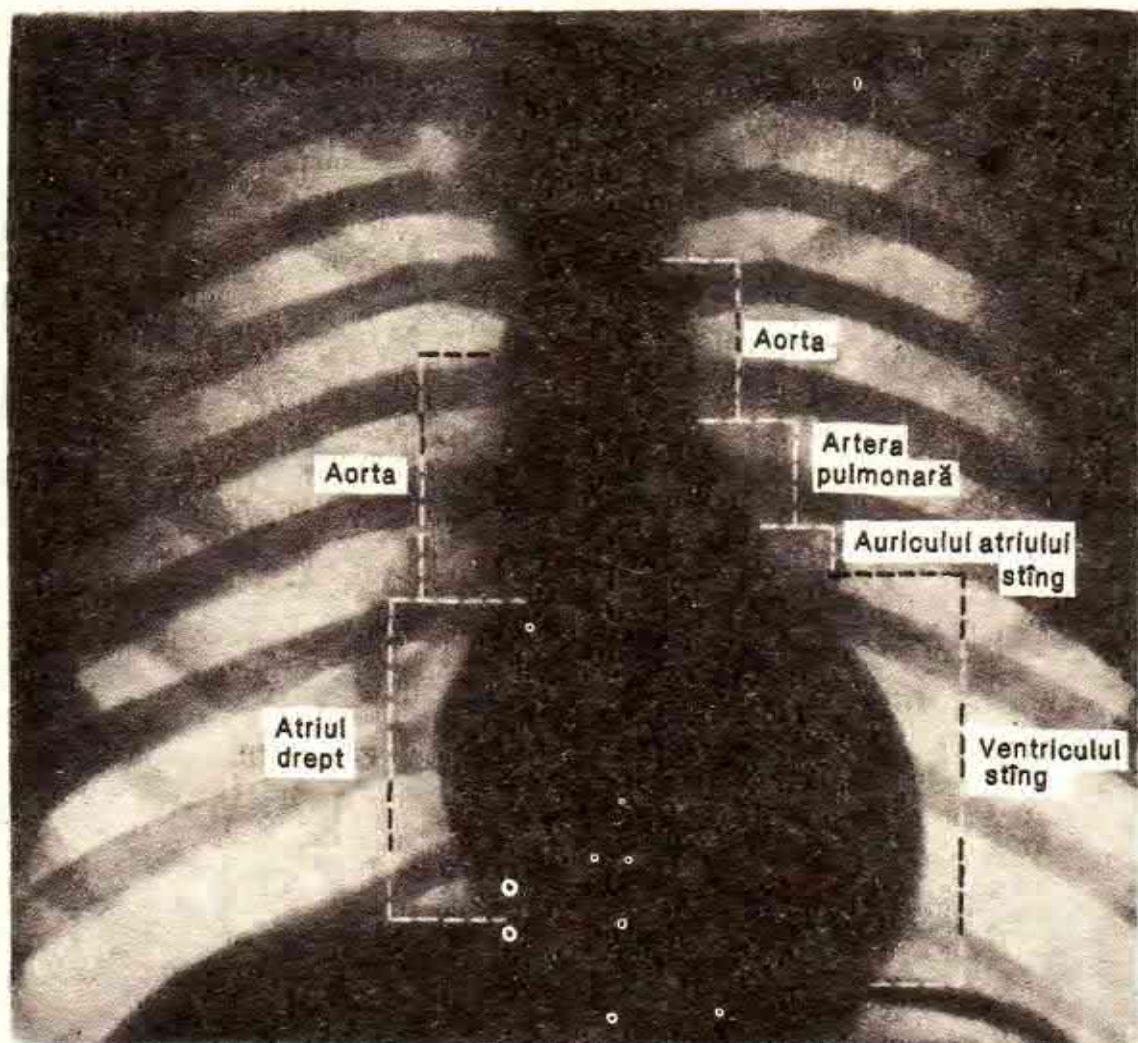


Fig. 110. Radiografia cordului și vaselor de calibru mare din cavitatea toracică cu indicarea arcurilor ce alcătuiesc contururile cordului și vaselor.

înaltă, iar unghiul dintre axul longitudinal al cordului și planul median al corpului se apropie de 90° , cordul ocupă o poziție orizontală (cord transversal). La femei poziția orizontală a cordului se înregistrează mai frecvent decât la bărbați. La indivizii de tip constituțional mezo-morf cordul ocupă o poziție oblică (unghiul menționat mai sus echivalând cu $43-48^\circ$).

În examenul radiologic (fig. 110, 111) cu raze orientate posteroanterior (clișeu anterior de ansamblu) cordul omului viu se prezintă ca o opalescență intensă situată între cîmpurile deschise ale plămînilor. Această umbră are forma de triunghi imperfect cu baza orientată spre diafragm. Pe umbra cordului și vaselor lui de calibru mare se suprapun de asemenea umbrele organelor situate anterior

și posterior de cord, (sternului, organelor mediastinului posterior și porțiunii toracice a coloanei vertebrale). Contururile umbrei cordului comportă o serie de proeminente, numite arcuri. Pe conturul drept al cordului se văd clar arcul superior neted, care în porțiunea lui superioară corespunde venei cave superioare, iar în porțiunea lui inferioară corespunde convexității părții ascendente a aortei, și arcul inferior, format de atriul drept. De asupra arcului superior se mai observă un arc de dimensiuni reduse, format de conturul exterior al venei brahiocefalice drepte. Conturul stîng al cordului formează 4 arcuri: a) inferior — cel mai mare, care trece pe marginea ventriculului stîng, b) arcul de proeminență a auriculului atrului stîng, c) arcul trunchiului pulmonar și d) arcul superior

ce corespunde arcului aortei și începutului părții descendente a acesteia. În regiunea arcurilor formate de ventriculul stâng și auriculul stâng conturul cordului are o depresiune (strangulație) numită talie a cordului, care îl separă de vasele lui mari.

La omul matur, în normă, cordul poate ocupa pe radiografie trei poziții diferite: 1) oblică, caracteristică pentru majoritatea indivizilor, 2) orizontală și 3) verticală („cord în picătură”) (fig. 112).

PERICARDUL

Pericardul, *pericardium* (fig. 113), delimitează cordul de organele circumiacente și constituie o pungă fibroasă-seroasă fină, dar rezistentă, în care e situat cordul. Pericardul e alcătuit din două straturi diferite ca structură: exterior — fibros, și interior — seros. Stratul exterior — pericardul fibros, *pericardium fibrosum*, lângă vasele de calibru mare ale cordului (la baza acestuia) trece în adventiție. Pericardul seros, *pericardium serosum*, are 2 foițe — parietală — *lamina parietalis*, care tapetează din interior pericardul fibros, și foița viscerală, *lamina visceralis*, care acoperă cordul constituind tunica lui externă sau epicardul. Foițele parietală și viscerală (epicardul) trec una în alta în regiunea bazei cordului în locul, unde pericardul fibros concrește cu adventiția vaselor mari (aortei, trunchiului pulmonar, venelor cave) între foița parietală a pericardului seros, din exterior, și foița lui viscerală (epicard) există un spațiu în formă de fisură numit *cavitate pericardială*, *cavitas pericardialis*, care cuprinde cordul din toate părțile și conține o cantitate mică de lichid seros.

Ca formă, pericardul amintește un con imperfect, baza căruia concrește intim (în porțiunea inferioară) cu centrul tendinos al diafragmului, iar superior (la vârful conului) cuprinde porțiunile inițiale ale vaselor magistrale (porțiunea ascendentă a aortei, trunchiul pulmonar, precum și venele cave superioară și inferioară și cele pulmonare).

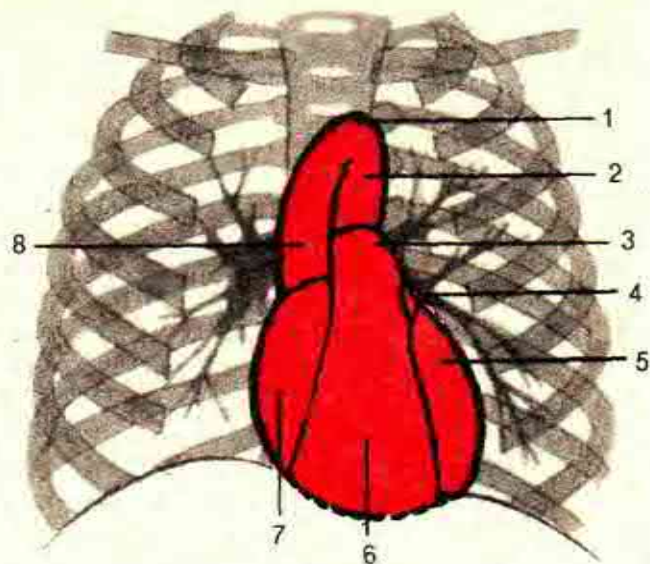


Fig. 111. Schema de proiecție a camerelor cordului și vaselor de calibru mare (referințe la fig. 110).

1 — arcus aortae; 2 — pars descendens aortae; 3 — truncus pulmonalis; 4 — auricula sinistra; 5 — ventriculus sinister; 6 — ventriculus dexter; 7 — atrium dextrum; 8 — pars ascendens aortae.

În pericard distingem 3 porțiuni: anterioară — sternocostală, care e unită cu fața posterioară a peretelui toracic anterior prin ligamentele sternopericardiacă, *ligg. sternopericardiacă*, ocupînd aria dintre pleurile mediastinale dreaptă și stîngă; inferioară — diafragmală, concreșcută cu centrul tendinos al diafragmului; mediastinală, dreaptă și stîngă, care este cea mai extinsă din toate trei. Bilateral și anterior această porțiune a pericardului concrește intim cu pleura mediastinală. În stînga și în dreapta, între pericard și pleură, trec nervul diafragmal și vase sangvine. Posterior, porțiunea mediastinală a pericardului vine în adiacență la esofag, la partea toracică a aortei, la venele impară și semiimpară încorsetate în țesut conjunctiv lax și situate în mediastinul posterior.

În cavitatea pericardului între el și suprafețele cordului și vaselor mari există niște sinusuri destul de adînci. Acestea sînt sinusul transversal al pericardului, *sinus transversus pericardii*, situat la baza cordului, care de sus și de jos e delimitat de porțiunea inițială a aortei ascendente și de trunchiul pulmonar, iar pos-

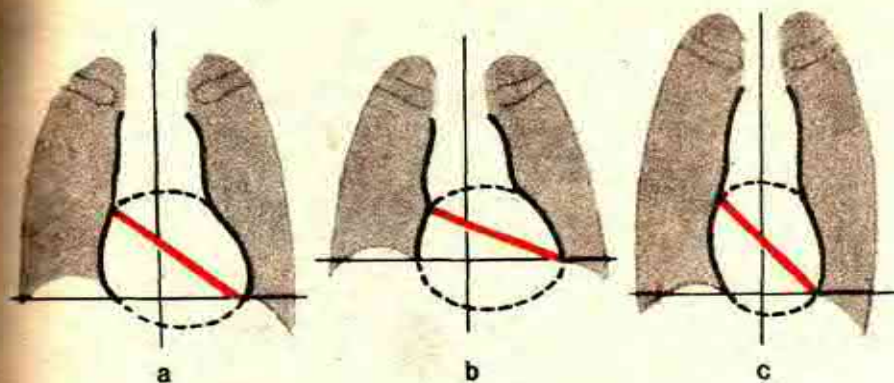


Fig. 112. Variante schematice de dispoziție a cordului.

a — oblică; b — orizontală; c — verticală (în „picătură”)

terior — de fața anterioară a atrului drept și de vena cavă superioară; sinusul oblic al pericardului, *sinus obliquus pericardii*, se află pe fața diafragmală a cordului, e delimitat de baza venelor pulmonare stîngi, dinspre stînga, și de vena cavă inferioară, dinspre dreapta. Peretele anterior al acestui sinus este format de fața posterioară a atrului stîng, iar cel posterior — de pericard.

Vasele și nervii pericardului. La irigația cu sînge a pericardului participă ramurile pericardiale ale părții toracice a aortei, ramurile arterei pericardiodiafragmatice (din *a. thorácica internă*) și ramurile arterelor diafragmatice superioare. Venele pericardului care însoțesc arterele omonime se varsă în venele brahiocefalică, impară și semiimpară. Vasele limfatice ale pericardului se îndreaptă spre ganglionii limfatici laterali pericardiali, anteropericardiali, anteriori și posteriori mediastinali. Nervii pericardului sînt constituiți din ramurile nervilor diafragmatici și vagi, precum și din ramurile nervilor cervicali și cardiotoracali, emergenți din ganglionii respectivi ai trunchiului simpatic.

Particularitățile de vîrstă ale cordului și pericardului

La nou-născut cordul are o formă sferoidă. Diametrul lui transversal echivalează cu 2,7—3,9 cm, lungimea cordului constituind în medie 3,0—3,5 cm. Dimensiunea anteroposterioară e de 1,7—2,6 cm. Atriile comparativ cu ventriculele sînt destul de mari, dreptul fiind mult mai extins decît stîngul. Cordul crește deosebit de intens pe parcursul

primului an de viață, mai ales în lungime. Anumite compartimente ale cordului se transformă în diferite perioade de vîrstă neuniform: în primul an de viață atriile cresc mai intens decît ventriculele. În vîrsta de la 2 la 5 ani și mai ales la 6 ani creșterea atriilor și ventriculelor se desfășoară cam cu aceeași intensitate. După vîrsta de 10 ani ventriculele se dezvoltă mai intens decît atriile. Masa totală a cordului la nou-născut e de 24,0 g, spre finele primului an de viață aproape că dublează, la 4—5 ani — triplează, la 9—10 ani e de 5 ori mai mare și la 15—16 ani — de 10 ori. Masa cordului pînă la vîrsta de 5—6 ani e mai mare la băieți decît la fete. La vîrsta de 9—13 ani, din contra, ea e mai mare la fete, iar la 15 ani masa cordului e din nou mai mare la băieți decît la fete.

Miocardul ventriculului stîng crește și se dezvoltă mai repede decît miocardul ventriculului drept. Spre finele celui de al doilea an de viață masa ventriculului stîng e de 2 ori mai mare decît a celui drept. La vîrsta de 16 ani corelațiile sînt aceleași. La copiii de vîrstă sub un an trabeculele carnoase acoperă aproape toată suprafața internă a ambelor ventricule. Cele mai dezvoltate sînt trabeculele în vîrsta de adolescență (17—20 de ani). După 60—75 de ani rețeaua trabeculară se aplatisează și caracterul ei reticulat persistă doar în regiunea apexului cordului.

La nou-născut și la copiii de toate grupele de vîrstă valvele atrioventriculare sînt elastice, cu valvule lucitoare. La vîrsta de 20—25 de ani valvulele acestor valve se indurează, marginile lor devin neregulate. În senescență are loc atrofia parțială a mușchilor papilari, ceea ce

poate provoca tulburări în funcția valvelor.

La nou-născuți și sugari cordul e dispus înalt și ocupă o poziție transversală. Trecerea cordului din poziția transversală în cea oblică începe spre finele primului an de viață a copilului. La copiii de 2—3 ani predomină poziția oblică a cordului. Limita inferioară a cordului la copiii de vîrstă sub un an se află cu un spațiu intercostal mai sus decît la oamenii maturi, limita superioară — la nivelul spațiului II intercostal, apexul cordului se proiectează în spațiul IV intercostal stîng (spre exterior de linia mediosternală). Limita dreaptă a cordului e situată mai frecvent respectînd proiecția marginii drepte a sternului sau cu 0,5—1,0 cm în dreapta de ea. Odată cu vîrsta copilului se modifică și corelația dintre fața sternocostală (anterioară) a cordului și perețele toracic: la nou-născuți această față a cordului e formată de atriul drept, de ventriculul drept și de cea mai mare parte a ventriculului stîng. Cu peretele anterior toracic contactează mai ales ventriculele. La copiii trecuți de doi ani pe lîngă aceasta, la perețele toracic anterior vine în adiacență și o parte a atriului drept.

La nou-născut pericardul are o formă sferoidală. Volumul cavității pericardului e mic, deoarece acesta încorsetează strîns cordul. La nou-născuți limita superioară a pericardului e dispusă foarte înalt pe linia imaginară care ar uni articulațiile sternoclaviculare; limita lui inferioară corespunde cu limita inferioară a cordului. Pericardul la nou-născut este mobil, deoarece ligamentele sternopericardiale, care la adult fixează pericardul, la această vîrstă sînt subdezvoltate. La vîrsta de 14 ani limitele pericardului și raporturile lui spațiale cu organele mediastinului sînt aceleași ca și la omul matur.

VASELE MICII CIRCULAȚII (PULMONARE)

Mica circulație (pulmonară) asigură schimbul de gaze dintre sîngele capilarelor pulmonare și aerul din alveolele pulmonare. El include: trunchiul pul-

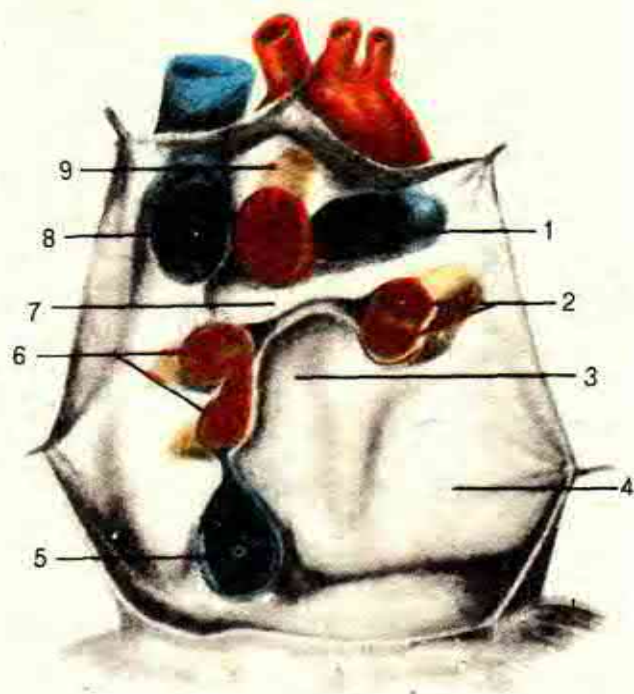


Fig. 113. Pericard (după extrirparea cordului: se văd orificiile vaselor de calibru mare).

1 — truncus pulmonalis; 2 — vv. pulmonales sinistrae; 3 — sinus obliquus pericardii; 4 — lam. parietalis pericardii; 5 — v. cava inferior; 6 — vv. pulmonales dextrae; 7 — sinus transversus pericardii; 8 — v. cava superior; 9 — aorta.

monar, emergent din ventriculul drept, arterele pulmonare dreaptă și stîngă împreună cu ramurile lor, patul microcircular al plămînilor de la care sîngele e colectat în două vene pulmonare drepte și două vene pulmonare stîngi, care se varsă în atriul stîng. Prin trunchiul pulmonar sîngele venos e propulsat din cord în plămîni, iar prin venele pulmonare sîngele arterial se îndreaptă din plămîni spre cord.

Trunchiul pulmonar și ramurile lui

Trunchiul pulmonar, *truncus pulmonalis*, de 30 mm în diametru, începe de la ventriculul drept al cordului, fiind limitat de acesta cu o valvă proprie. Începutul trunchiului pulmonar, deci și orificiului lui, se proiectează pe perețele toracic anterior de asupra nivelului de fixare a cartilajului III costal din stînga pe stern. Trunchiul pulmonar e situat anterior de celelalte vase de calibru mare de la baza cordului (aortă și vena cavă superioară). Din dreapta și posterior

de el se află porțiunea ascendentă a aortei, iar din stînga vine în adiacență auriculul stîng. El se îndreaptă anterior de aortă spre stînga și posterior, la nivelul vertebrei IV toracice se împarte în arterele pulmonare dreaptă și stîngă. Locul acesta se numește bifurcația trunchiului pulmonar *bifurcătio trunci pulmonales*. Între bifurcația trunchiului pulmonar și arcul aortei e situat un ligament arterial, *lig. arteriosum*, scurt, care constituie un vestigiu al canalului arterial Botallo obturat (vezi fig. 101).

Artera pulmonară dreaptă, *a. pulmonalis dextra*, de 21 mm în diametru, trece în dreapta spre hilul plămînului, posterior de porțiunea ascendentă a aortei și porțiunea terminală a venei cave superioare. În regiunea hilului, antero-inferior de bronhia principală dreaptă, artera pulmonară dreaptă se împarte în trei ramuri lobale, fiecare separîndu-se la rîndul ei în ramuri segmentare. În lobul superior al plămînului drept distingem ramura apicală, *r. apicalis*, ramurile descendentă și ascendentă posterioare, *rr. posteriores descendens et ascendens*, ramurile anterioare descendentă și ascendentă, *rr. anteriores descendens et ascendens*, emergente spre segmentele apical, posterior și anterior ale plămînului drept.

Ramura lobului mediu, *r. lobi medii*, se împarte la rîndul ei în trei ramuri: laterală, medială, *rr. lateralis et medialis*, și ramura apicală (superioară) a lobului inferior, *r. apicalis (superior) lobi inferioris*, primele două plecînd spre segmentele lateral și medial ale lobului mediu din plămînul drept, iar a treia ramură — spre segmentul apical (superior) al lobului inferior din plămînul drept. Și, în fine, partea bazală *pars basalis* (a treia — ramura inferioară a arterei pulmonare drepte) la rîndul său se împarte în 4 ramuri: medială (cardiacă), anterioară, laterală și posterioară, *rr. basales medialis (cardiacus), anterior, lateralis et posterior*, care transportă sîngele spre segmentele bazale ale lobului inferior din plămînul

drept: medial (cardial), anterior, lateral și posterior.

Artera pulmonară stîngă, *a. pulmonalis sinistra*, este mai scurtă și mai subțire decît cea dreaptă, pornește de la bifurcația trunchiului pulmonar pe cea mai scurtă cale spre hilul plămînului stîng pe traiect transversal. Pe parcurs el intersectează mai întîi bronhia principală stîngă, iar în hilul plămînului se dispune sub ea. În conformitate cu cei doi lobi ai plămînului stîng, artera pulmonară stîngă se divizează în două ramuri. Una din ele se ramifică generînd ramuri segmentare în limitele lobului superior, cealaltă — partea bazală — irigă prin ramurile sale segmentele lobului inferior al plămînului stîng. În lobul superior al plămînului stîng distingem următoarele ramuri: apicală, *r. apicalis*, anterioare ascendentă și descendentă, *rr. anteriores ascendens et descendens*, posterioară, *r. posterior*, lingulară, *r. lingularis*, și în fine ramura apicală (superioară) a lobului inferior, *r. apicalis (superior) lobi inferioris*. Toate ramurile enumerate, cu excepția ultimei, se îndreaptă în segmentele lobului superior al plămînului stîng (apical, posterior, anterior, precum și lingulari, superiori și inferiori). Ramura apicală (superioară), ca și în plămînul drept, penetră în lobul inferior al plămînului stîng spre segmentul lui apical (superior). A doua ramură lobară — partea bazală — se împarte în 4 ramuri bazale segmentare: medială, laterală, anterioară și posterioară, *rr. basales medialis, lateralis, anterior et posterior*, care se ramifică în segmentele bazale medial, lateral, anterior și posterior ale lobului inferior din plămînul stîng.

În țesutul plămînilor (sub pleură și în regiunea bronhiolilor respiratorii) ramurile mici ale arterei pulmonare și ramurilor bronhiale ale părții toracice a aortei formează un sistem de anastomoze interarteriale. Ele constituie unicul loc în sistemul vascular, în care e posibilă propulsarea sîngelui pe cea mai scurtă cale din marea circulație nemijlocit în mica circulație.

Venele pulmonare

Capilarele pulmonare continuă în venele care, conflund în vene de calibru din ce în ce mai mare, formează în definitivă cîte două vene pulmonare în fiecare plămîn.

Din două vene pulmonare drepte cea superioară are un diametru mai mare, deoarece ea colectează sîngele din doi lobi ai plămînului drept (superior și mediu). Însă din cele două vene pulmonare stîngi vena inferioară are un diametru mai mare decît cea superioară. În hilurile plămînilor drept și stîng venele pulmonare ocupă partea lor inferioară. În rădăcina plămînului drept, posterosuperior, e situată bronhia principală dreaptă, iar anteroinferior de ea — artera pulmonară dreaptă. La plămînul stîng în dispoziție superioară se află artera pulmonară, iar posteroinferior de ea — bronhia principală stîngă. Venele pulmonare ale plămînului drept sînt situate mai jos de artera omonimă, trec cvaziorizontal și în calea lor spre cord se dispun posterior de vena cavă superioară. Ambele vene pulmonare stîngi, care sînt ceva mai scurte decît cele din dreapta sînt situate sub bronhia principală stîngă și urmează spre cord în sens transversal. Venele pulmonare drepte și stîngi, penetrînd pericardul, se varsă prin orificii separate în atriu stîng (porțiunile lor terminale sînt acoperite de epicard).

Vena pulmonară superioară dreaptă, *v. pulmonalis sup̄erior d̄extra*, colectează sînge nu numai din lobul superior, ci și din cel mediu ai plămînului drept. De la lobul superior al plămînului drept sîngele se varsă prin trei ramuri ale ei (afuente), apicală, anterioară și posterioară. Fiecare din ele se formează la rîndul ei prin confluența a două părți: ramura apicală, *r. apicalis*, — din partea intrasegmentală, *pars intrasegmentalis*, și subsegmentară (intersegmentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*; ramura anterioară, *r. anterior*, — din partea intrasegmentară, *pars intrasegmentalis*, și subsegmentară (interseg-

mentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)* și, în fine, ramura posterioară, *r. posterior*, — din partea infralobară, *pars infralobaris*, și intralobară (intersegmentară), *pars intralobaris (intersegmentalis)*. De la lobul mediu al plămînului drept sîngele se scurge prin ramurile lobului mediu, *r. lobi medii*, confluențe din două părți, — laterală, *pars lateralis*, și medială, *pars medialis*.

Vena pulmonară inferioară dreaptă, *v. pulmonalis inf̄erior dextra*, colectează sîngele din 5 segmente ale lobului inferior din plămînul drept: apical (superior), și bazale — medial, lateral, anterior și posterior. De la cel superior sîngele se scurge prin ramura apicală (superioară), *r. apicalis (sup̄erior)*, care se formează în urma confluenței a două părți — intrasegmentară, *pars intrasegmentalis*, și infrasegmentară (intersegmentală), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*. De la toate segmentele bazale sîngele e colectat de vena bazală comună, *v. bazalis communis*, care se formează din două afuente — superioară și inferioară, *vv. basales sup̄erior et inf̄erior*. Vom menționa că în vena bazală superioară se varsă ramura bazală anterioară, *r. basalis anterior*, care e confluentă din două părți — intrasegmentară, *pars intrasegmentalis*, și infrasegmentară (intersegmentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*. Vena bazală comună în confluență cu ramura apicală (superioară) a lobului inferior formează vena pulmonară inferioară dreaptă.

Vena pulmonară superioară stîngă, *v. pulmonalis sup̄erior sinistra*, care colectează sîngele din lobul superior al plămînului stîng (din segmentele lui apical, posterior și anterior, precum și din cel superior și inferior lingulare) are 3 afuente — postapicală, anterioară și lingulară. Fiecare din acestea este formată din confluența a două părți: ramura posteroapicală, *r. apicoposterior*, — din partea intra-

segmentară, *pars intrasegmentalis*, și infrasegmentară (intersegmentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*; ramura anterioară, *ramus anterior*, din intersegmentară, *pars intersegmentalis*, și infrasegmentară (intersegmentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*, și ramura lingulară, *ramus lingularis*,— din superioară, *pars superior*, și inferioară, *pars inferior*.

Vena pulmonară inferioară stângă, *v. pulmonalis inferior sinistra*, de calibru mai mare decât omonima dreaptă, colectează sânge din lobul inferior al plămînului stîng. De la segmentul apical (superior) al lobului inferior din plămînul stîng pornește ramura apicală (superioară), *r. apicalis (superior)*, formată prin confluența a două părți — intrasegmentară, *pars intrasegmentalis*, și infrasegmentară (intersegmentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*. De la toate segmentele bazale ale lobului inferior al plămînului stîng, ca și în plămînul drept, sângele se varsă prin vena bazală comună, *v. basalis communis*. Ea este formată prin confluența venelor bazale superioară și inferioară *vv basales superior et inferior*. În cea superioară se varsă ramura bazală anterioară, *r. basalis anterior*, care la rîndul ei constituie confluența a două părți — intrasegmentară (intersegmentară), *pars intrasegmentalis (intersegmentalis)*, și infrasegmentară (intersegmentară), *pars infrasegmentalis (intersegmentalis)*. De pe urma confluenței ramurii apicale (superioare) și venei bazale comune se formează vena pulmonară inferioară.

VASELE SANGVINE ALE CIRCULAȚIEI MARI

Din vasele sangvine ale mării circulații fac parte aorta, emergentă din ventriculul stîng al cordului, arterele capului, gîtului, trunchiului și membrelor, emergente de la ea, ramurile acestor

artere, vasele patului microcirculator din organe, inclusiv capilarele, venele de calibru mic și mare, care pe măsura confluenței se varsă în venele cave inferioară și superioară, și acestea, la rîndul lor — în atricul drept.

AORTA

Aorta, *aorta* (fig. 114), e cel mai mare vas arterial impar din marea circulație. Se obișnuiește a împărți aorta în trei compartimente: partea ascendentă a aortei, arcul aortei și partea descendentă a aortei, care la rîndul ei se divide în părțile toracică și abdominală.

Partea ascendentă a aortei, *pars ascendens aortae*, iese din ventriculul stîng posterior de marginea stîngă a sternului la nivelul spațiului III intercostal; în porțiunea inițială ea comportă o dilatare numită *bulb al aortei, bulb aortae*, (de 25—30 mm în diametru). La nivelul amplasării valvei aortei pe fața internă a acesteia există trei sinusuri, *sinus aortae*. Fiecare din ele e situat între valvula semilunară respectivă și peretele aortal. De la începutul părții ascendente a aortei deviază arterele coronare dreaptă și stîngă. Partea ascendentă a aortei e situată posterior și întrucîtva spre dreapta de trunchiul pulmonar, se ridică în sus și la nivelul joncțiunii cartilajului II costal din dreapta cu sternul trece în arcul aortei (aici diametrul ei se reduce pînă la 21—22 mm). **Arcul aortei**, *arcus aortae*, torsionează spre stînga și posterior de fața posterioară a cartilajului II costal în direcția laturii stîngi a corpului vertebrei IV toracice, unde trece în partea descendentă a aortei. La acest nivel aorta comportă o constricție ușoară numită *istm al aortei, isthmus aortae*. La semicercul anterior al aortei din dreapta și din stînga vin marginile receselor pleurale respective. Spre latura convexă a arcului aortei și spre porțiunile inițiale ale vaselor mari emergente de la ea (trunchiul brahiocefalic, arterele stîngi carotidă comună și subclaviculară) aderă din anterior vena brahiocefalică stîngă, iar sub arcul aortei rezidă porțiunea inițială a arte-

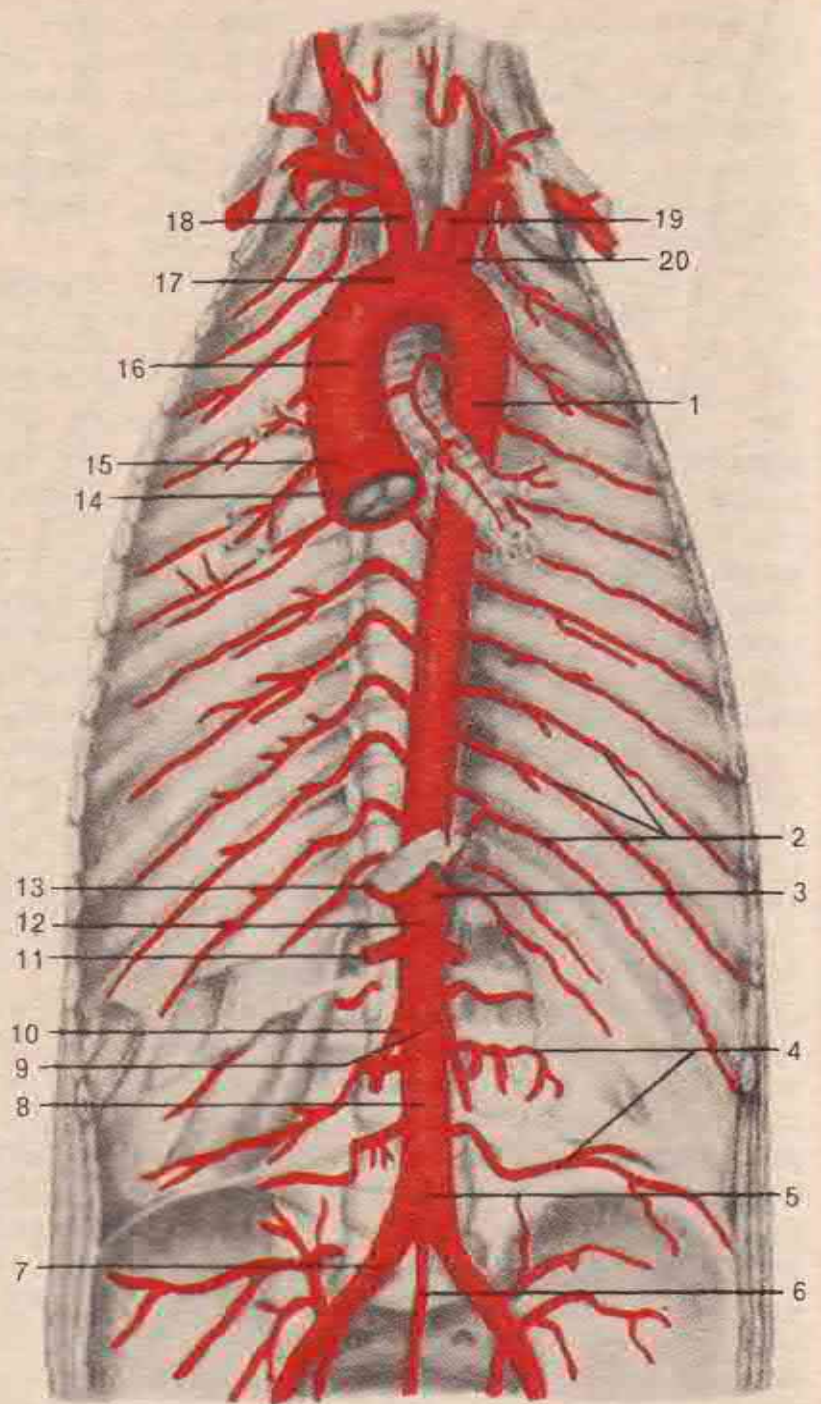


Fig. 114. Aorta și ramurile ei.

1 — pars thoracica aortae; 2 — aa. intercostales posteriores; 3 — truncus coeliacus; 4 — aa. lumbales; 5 — bifurcatio aortae; 6 — a. sacralis mediana; 7 — a. iliaca communis dextra; 8 — pars abdominalis aortae; 9 — a. mesenterica inferior; 10 — a. testicularis dextra; 11 — a. renalis dextra; 12 — a. mesenterica superior; 13 — a. phrenica inferior dextra; 14 — bulbos aortae; 15 — a. coronaria dextra; 16 — pars ascendens aortae; 17 — arcus aortae; 18 — truncus brachiocephalicus; 19 — a. carotis communis sinistra; 20 — a. subclavia sinistra.

rei pulmonare drepte, inferior și ceva spre stînga se află bifurcația trunchiului pulmonar. Posterior de arcul aortei se află bifurcația traheei. Între semicerul convex al arcului aortal și trunchiul pulmonar sau începutul arterei pulmonare stîngi există un ligament arterial, *lig. arteriosum*. La acest nivel de la arcul aortei deviază niște artere fine spre trahee și bronhii. De la semicerul convex al arcului aortei încep trei artere magistrale: trunchiul brahiocefalic, artera carotidă comună stîngă și artera subclaviculară stîngă.

Partea descendentă a aortei, *pars descéndens aórtae*, fiind cea mai lungă porțiune a aortei, pornește de la nivelul vertebrei IV toracice ajungînd pînă la vertebra IV lombară, unde se bifurcă în arterele iliace comune dreaptă și stîngă; acest loc se numește bifurcație a aortei, *bifurcátio aórtica*. Partea descendentă a aortei, la rîndul ei, e subdivizată în părțile toracică și abdominală (vezi fig. 114).

Partea toracică a aortei, *pars thorácica aórtae*, e situată în cavitatea toracică, în mediastinul posterior. Pe traiect,

în partea ei superioară ea trece la început anterior, apoi spre stînga de esofag. În continuare, la nivelul vertebrelor VIII—IX toracice aorta evită esofagul din stînga și trece paralel cu fața lui posterioară. În dreapta de la partea toracică a aortei sînt situate vena împără și canalul toracic, în stînga de la ea vine în adiacență pleura parietală, în locul unde aceasta trece în porțiunea posterioară a pleurei mediastinale din stînga. Pe traiectul ei în cavitatea toracică, partea toracică a aortei cedează ramuri parietale pare — artere intercostale posterioare, precum și ramuri viscereale spre organele mediastinului posterior.

Partea abdominală a aortei, *pars abdominalis aortae*, fiind o continuare a părții toracice a aortei, începe la nivelul vertebrei XII toracice, unde penetră prin orificiul aortal al diafragmului și continuă pînă la nivelul medial al corpului vertebrei IV lombare. Partea abdominală a aortei e situată pe fețele anterioare ale corpurilor vertebrelor lombare, spre stînga de mediană și e dispusă retroperitoneal. În dreapta de partea abdominală a aortei se află vena cavă inferioară, anterior — pancreasul, partea orizontală (inferioară) a duodenului și rădăcina mezenterului. Partea abdominală a aortei cedează ramuri parietale pare diafragmului și pereților cavității abdominale, ea însăși continuîndu-se în artera coccigiană mediană subțire. Ramurile viscereale ale părții abdominale a aortei sînt: trunchiul celiac, arterele mezenterice superioară și inferioară (ramuri impare), precum și artere pare — renale, suprarenale medii, testiculare (ovariene).

Ramurile arcului aortei

Trunchiul brahiocefalic, *truncus brachiocephalicus*, deviază de la arcul aortei la nivelul cartilajului II costal din dreapta.

Anterior de el se află vena brahiocefalică dreaptă, iar posterior — trahea. Îndreptîndu-se în sens dextrosuperior, trunchiul nu cedează ramuri, și doar la nivelul articulației sternoclaviculare

drepte se bifurcă în două ramuri terminale — carotida comună dreaptă și artera subclavie dreaptă.

Artera carotidă comună, *artéria carótis communis* (fig. 115, 116). **Artera carotidă comună dreaptă, *a carótis communis dextra***, este o ramură a trunchiului brahiocefalic, iar **artera carotidă comună stîngă, *a. carótis communis sinistra***, deviază nemijlocit de la arcul aortei. Artera carotidă comună stîngă de obicei e mai lungă decît cea dreaptă cu 20—25 mm. Artera carotidă comună e situată posterior de mușchii sternocleidomastoidian și omohioidian, trece vertical în sus, anterior de apofizele transversale ale vertebrelor cervicale, fără a ceda ramuri pe traiectul său. Spre exterior de artera carotidă comună sînt situate vena jugulară internă, nervul vag, spre interior — la început traheea și esofagul, iar mai sus — laringele, faringele, glandele tiroidă și paratiroide.

La nivelul marginii superioare a cartilajului tiroid fiecare din arterele carotide comune se bifurcă în externă și internă, avînd cam același diametru. Acest loc se numește bifurcația arterei carotide comune. O dilatație mică la începutul arterei carotide externe e desemnată ca *sinus carotid*, *sinus caroticus*. În regiunea bifurcației arterei carotide comune e situat un corp de dimensiuni mici, 2,5 mm lungime și 1,5 mm grosime, denumit *ghem carotic*, *glomus caroticum* (glandă carotidă, ghem intercarotic), dotat cu o rețea capilară densă și numeroase terminațiuni nervoase (hemoreceptori).

Artera carotidă externă, *a. carótis externa*, constituie una din ramurile terminale ale arterei carotide comune. Ea deviază de la artera carotidă comună în parametrele trigonului carotid la nivelul marginii superioare a cartilajului tiroid. La început ea este situată medial de artera carotidă internă, apoi trece lateral de aceasta. Porțiunea inițială a arterei carotide externe este acoperită din exterior de mușchiul sternocleidomastoidian, iar în regiunea trigonului carotid — de foița superficială a fasciei cervicale și de platismă. Aflîndu-se spre

interior de mușchiul stilohioidian și de venterul posterior al mușchiului digastric, artera carotidă externă la nivelul colului mandibulei (în profunzimea glandei parotide) se împarte în ramurile sale terminale — arterele maxilară și temporală superficială.

Pe traiectul său artera carotidă externă cedează o serie de ramuri, care deviază de la ea în câteva direcții. Din grupul de ramuri anterior fac parte arterele tiroidă superioară, linguală și facială. Cel posterior e compus din arterele sternocleidomastoidiană, occipitală și auriculară posterioară. În sens medial se îndreaptă artera faringiană ascendentă.

Ramurile anterioare ale arterei carotide externe. Artera tiroidă superioară, *a. thyroidea superior*, deviază de la artera carotidă externă la debutul acesteia, se îndreaptă anteroinferior și la polul superior al lobului glandei tiroide se bifurcă în ramurile anterioară și posterioară, *rr. anterior et posterior*. Ramurile anterioară și posterioară se repartizează în glanda tiroidă, anastomozând pe fața posterioară a fiecărui lob tiroid, precum și în profunzimea organului, cu ramurile arterei tiroide inferioare. Pe traiect spre glanda tiroidă de la artera tiroidă superioară deviază următoarele ramuri laterale: artera laringiană superioară, *a. laryngea superior*, care împreună cu nervul omonim penetrează membrana tirohioidiană și irigă mușchii și tunica mucoasă a laringelui; ramura infrahioidă, *r. infrahyoideus*, vine spre osul hioid, cit și ramurile sternocleidomastoidiene și cricotiroidiene și cricothyreoidee, care alimentează cu sânge mușchii omonimi.

Artera linguală, *a. lingualis*, deviază de la artera carotidă externă la nivelul cornului mare al osului hioid. Artera trece inferior de mușchiul hioglos în regiunea trigonului submandibular, apoi se îndreaptă în profunzimea mușchilor linguali, cedând ramuri dorsale, *rami dorsales linguae*.

Ramura ei terminală, care pătrunde

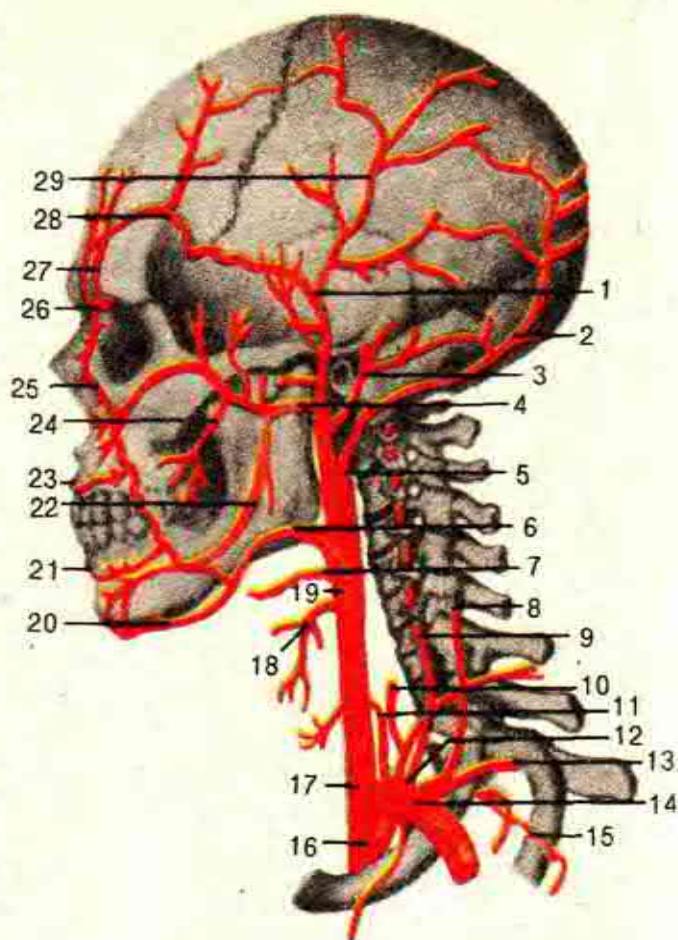


Fig. 115. Schema arterelor capului și gâtului; aspect din stînga.

1 — a. temporalis superficialis; 2 — a. occipitalis; 3 — a. auricularis posterior; 4 — a. maxillaris; 5 — a. carotis interna; 6 — a. facialis; 7 — a. lingualis; 8 — a. cervicalis profunda; 9 — a. vertebralis; 10 — a. cervicalis ascendens; 11 — a. thyroidea inferior; 12 — truncus thyrocervicalis; 13 — a. transversa colli; 14 — a. suprascapularis; 15 — a. intercostalis suprema; 16 — a. subclavia; 17 — a. carotis communis; 18 — a. thyroidea superior; 19 — a. carotis externa; 20 — a. submentalis; 21 — a. labialis inferior; 22 — a. alveolaris inferior; 23 — a. labialis superior; 24 — a. buccalis; 25 — a. angularis; 26 — a. supra-trochlearis; 27 — a. supraorbitalis; 28 — r. frontalis a. temporalis superficialis; 29 — r. parietalis a. temporalis superficialis.

pînă la apexul limbii se numește artera profundă a limbii, *a. profunda linguae*. Pînă a penetra în limbă, de la artera linguală deviază o ramură fină suprahioidiană, *r. suprahyoideus*, care anastomozează pe marginea superioară a osului hioid cu ramura analoagă, venită din partea opusă; mai deviază și artera sublinguală, *a. sublingualis*, de calibru relativ mare, spre glanda salivară omonimă și mușchii adiacenți.

Artera facială, *a. facialis* (vezi fig. 115, fig. 117), începe de la artera carotidă externă cu 3—5 mm superior

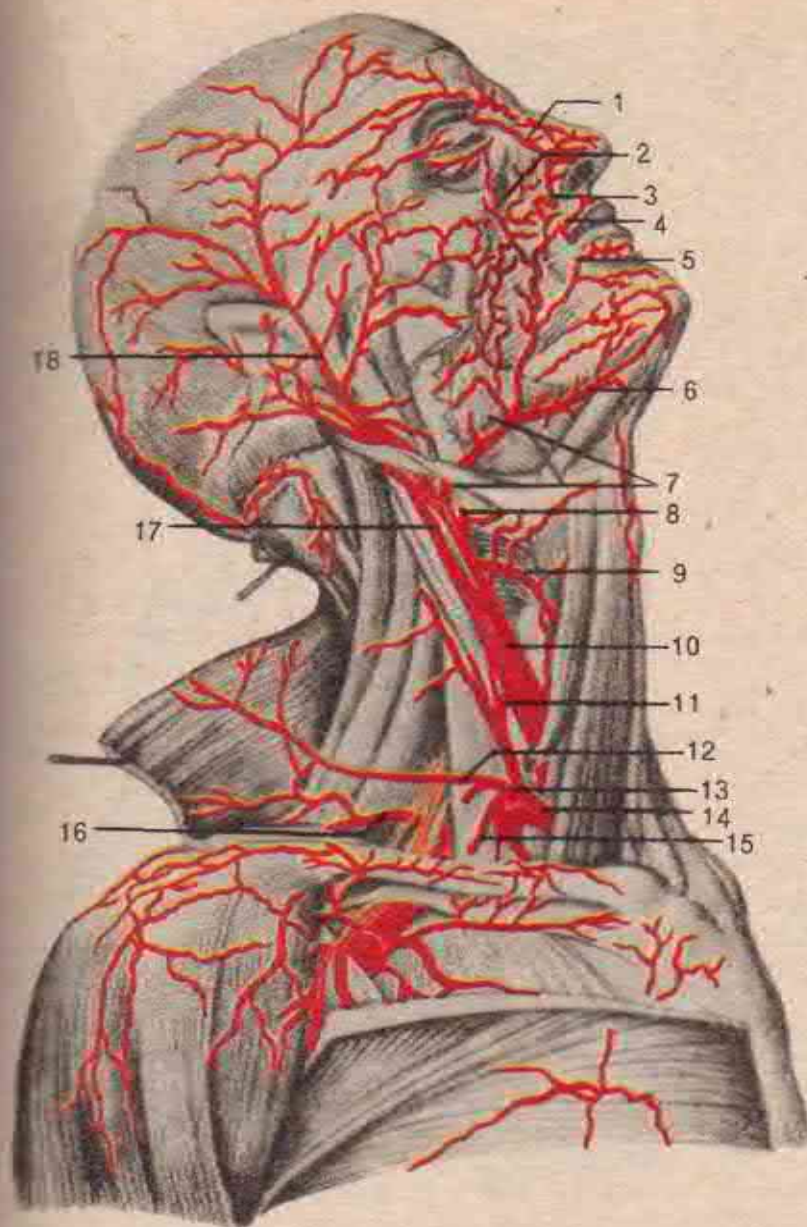


Fig. 116. Arterele capului și gîtului, aspect din dreapta.

1 — a. dorsalis nasi; 2 — a. infraorbitalis; 3 — a. angularis; 4 — a. labialis superior; 5 — a. labialis inferior; 6 — a. submentalis; 7 — a. facialis; 8 — a. lingualis; 9 — a. thyroidea superior; 10 — a. carotis communis; 11 — a. thyroidea inferior; 12 — a. cervicalis superficialis; 13 — truncus thyrocervicalis; 14 — a. subclavia; 15 — a. suprascapularis; 16 — a. transversa colli; 17 — a. carotis interna; 18 — a. temporalis superficialis.

de artera lingvală, la nivelul unghiului mandibulei. Arterele lingvală și facială pot debuta printr-un trunchi comun numit lingvofacial, *truncus linguofaciális*. În regiunea trigonului inframandibular artera facială este adiacentă la glanda submandibulară (sau o penetrează), cedîndu-i ramuri glandulare, *rami glandulares*, apoi trece circumflex peste marginea mandibulei (anterior de mușchii mase-teri) în partea facială și se îndreaptă superoanterior spre colțul gurii. Pe gît de la artera facială deviază artera palatină ascendentă, *a. palatina ascēdens*, spre palatul moale; ramura tonsilară, *r. tonsillaris*, spre amigdala palatină; precum și artera submentală, *a. submen-*

talis, care respectă fața posterioară a mușchii omohioidian pînă la regiunea mentală mușchii cervicali situați superior de osul hioid. Pe față artera facială în regiunea colțului gurii cedează arterele labiale inferioară și superioară, *aa. labiales infērior et supērior*, care anastomozează cu arterele analoge venite din partea opusă. În continuare artera facială în ascensiune medială spre unghiul ochiului, fiind numită arteră unghiulară, *a. angularis*, anastomozează cu artera nazală dorsală, care e o ramură a arterei oftalmice (din sistemul arterei carotide interne).

Ramurile posterioare ale arterei carotide externe. Artera occipitală, *a. occipitalis* (fig. 118), deviază

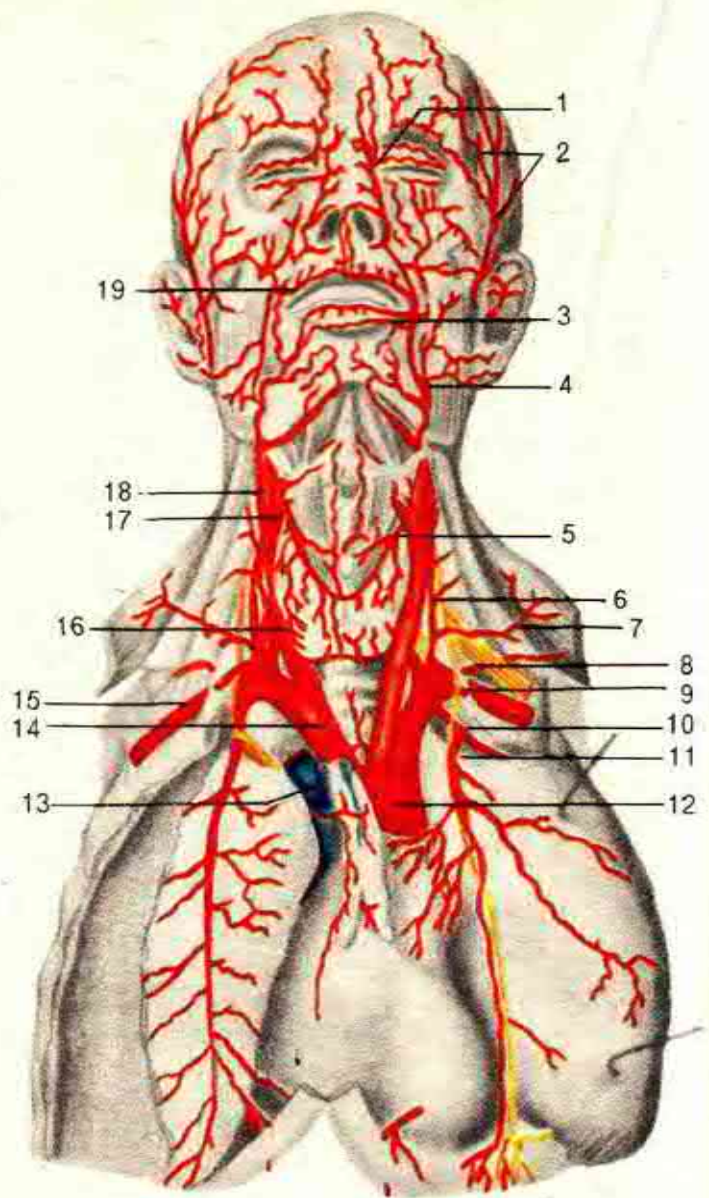


Fig. 117. Arterele capului, gîtului și cavității toracice (parțial).

1 — a. angularis ; 2 — a. temporalis superficialis ; 3 — a. labialis inferior ; 4 — a. facialis ; 5 — a. thyroidea superior ; 6 — a. cervicalis ascendens ; 7 — a. cervicalis superficialis ; 8 — a. transversa colli ; 9 — a. supracapularis ; 10 — a. thoracica interna ; 11 — a. pericardiacophrenica ; 12 — arcus aortae ; 13 — v. cava superior ; 14 — truncus brachiocephalicus ; 15 — a. subclavia dextra ; 16 — a. carotis communis dextra ; 17 — a. carotis externa dextra ; 18 — a. carotis interna dextra ; 19 — a. labialis superior.

de la artera carotidă externă la același nivel cu artera facială. Îndreptîndu-se posterior, ea trece sub venterul posterior al mușchiului digastric, apoi respectă șanțul omonim al osului temporal. După aceasta artera occipitală iese printre mușchii sternocleidomastoidian și trapezoid pe fața posterioară a capului, unde se ramifică în pielea regiunii occipitale în ramuri occipitale, *rr. occipitales*. Ramurile occipitale ale arterei omonime anastomozază cu arterele analoge din partea opusă, precum și cu ramurile musculare ale arterelor cervicală profundă și vertebrală (din sistemul arterei subclaviculare). De la artera occipitală deviază ramuri laterale: ramurile sternocleidomastoidiene, *rr. ster-*

nocleidomastoidei, spre mușchiul omonim: ramura auriculară, *r. auricularis*, care vine în anastomoză cu ramurile arterei auriculare posterioare, — spre pavilionul urechii; ramura mastoidiană, *r. mastoideus*, care penetrează prin orificiul omonim în pachimeningele encefalului; și ramura descendentă, *r. descendens*, — spre mușchii regiunii posterioare a gîtului.

Artera auriculară posterioară, *a. auricularis posterior*, deviază de la carotida externă, inferior de marginea superioară a venterului posterior al mușchiului digastric. Se îndreaptă oblic posterior și cu ramurile ei auriculară și occipitală, *rr. auricularis et occipitalis*, irigă cu

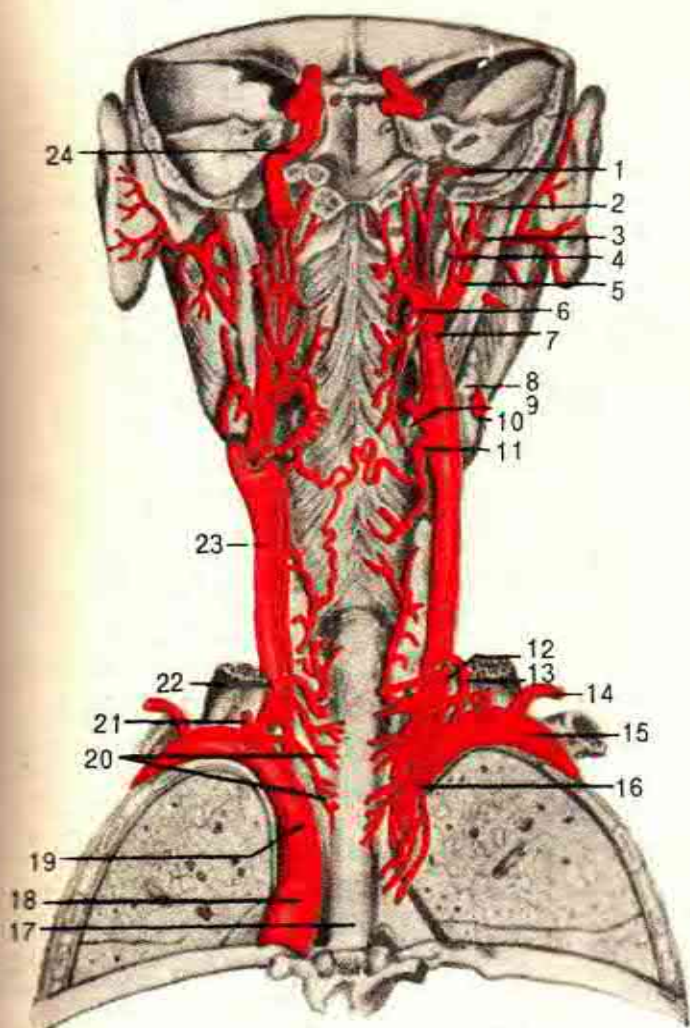


Fig. 118. Arterele capului și gâtului, aspect posterior (coloana vertebrală și o parte din cutia toracică sînt extirpate).

1 — a. meningea posterior; 2 — a. occipitalis; 3 — a. stylomastoidea; 4 — a. auricularis posterior; 5 — a. carotis externa; 6 — a. pharyngea ascendens; 7 — a. carotis interna; 8 — gl. submandibularis; 9 — a. lingualis; 10 — a. facialis; 11 — a. thyroidea superior; 12 — a. vertebralis; 13 — truncus thyrocervicalis; 14 — a. transversa colli; 15 — a. subclavia dextra; 16 — truncus brachiocephalicus; 17 — esophagus; 18 — pars descendens aortae; 19 — a. subclavia sinistra; 20 — rr. esophageales et tracheales; 21 — truncus costocervicalis; 22 — a. thyroidea inferior; 23 — a. carotis communis; 24 — a. carotis interna.

sînge pielea regiunii apofizei mastoidiene, pavilionului urechii și regiunii occipitale. Una din ramurile arterei auriculare posterioare o constituie artera stilomastoidiană, *a. stylomastoidea*, care penetrează prin orificiul omonim în canalul nervului facial al osului temporal, unde cedează o arteră numită timpanică posterioară, *a. tympanica posterior*, spre tunică mucoasă a cavității timpanice și spre alveolele apofizei mastoidiene. Artera stilomastoidiană, prin ramurile sale terminale ajunge pînă la pahimeninge.

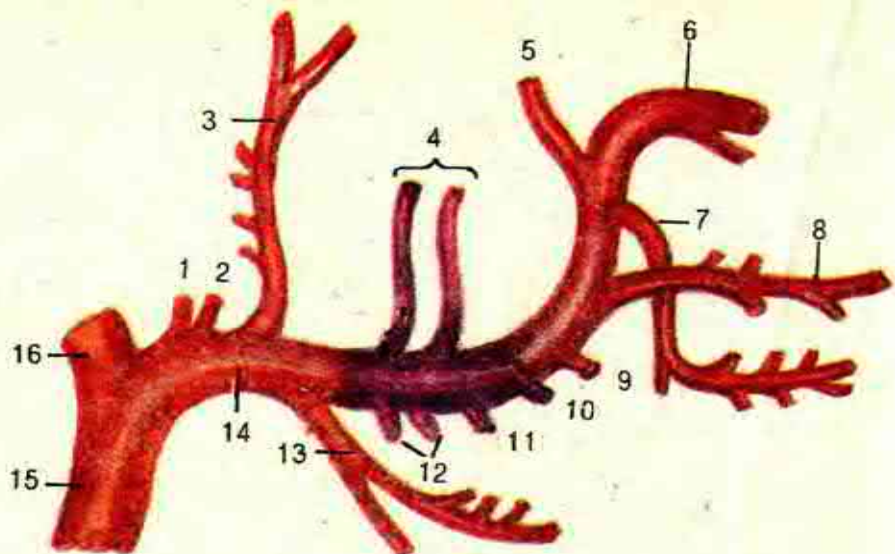
Ramura medială a arterei carotide externe. Artera faringiană ascendentă, *a. farýngea ascéndens*, e un vas relativ îngust, care deviază de la semicercul interior al arterei carotide externe, la debutul acesteia, ridicîndu-se în sus spre peretele lateral al laringelui, unde cedează ramuri faringiale, *rr. pharyngeales*, muș-

chilor faringieni și mușchilor cervicali profunzi. De la artera faringiană ascendentă deviază de asemenea artera meningială posterioară, *a. meningea posterior*, care urmează în cavitatea craniană prin orificiul jugular, și artera timpanică inferioară, *a. tympanica inferior*, care prin orificiul inferior al canaliculului timpanic penetrează în cavitatea timpanică.

Ramurile terminale, rr. terminales, ale arterei carotide externe. Artera temporală superficială, *a. temporalis superficialis*, este o continuare a trunchiului arterei carotide externe, ea trece superoanterior de pavilionul urechii (e acoperită parțial la nivelul tragusului de partea posterioară a glandei parotide) în regiunea temporală, unde, sub arcul mandibular, la omul viu se palpează pulsația ei. La nivelul marginii supraorbitale a osului

Fig. 119. Schema arterei maxilare și a ramurilor ei (porțiunea pterigoidă a arterei este nuanțată).

1 — a. auricularis profunda; 2 — a. tympanica anterior; 3 — a. meningea media; 4 — aa. temporales profundae; 5 — a. canalis pterygoidei; 6 — a. sphenopalatina; 7 — a. palatina descendens; 8 — a. infraorbitalis; 9 — a. alveolaris superior posterior; 10 — a. buccalis; 11 — r. pterygoideus; 12 — a. masseterica; 13 — a. alveolaris inferior; 14 — a. maxillaris; 15 — a. carotis externa; 16 — a. temporalis superficialis.



frontal artera temporală superficială se bifurca în ramurile frontală și parietală, *rr. frontális et parietális*, care irigă mușchiul epicranian, pielea frunții și regiunii parietale, anastomozînd cu ramurile arterei occipitale. Pe traiect *a. temporalis superficialis* cedează o serie de ramuri. Sub arcul mandibular de la ea deviază ramurile glandei parotide, *rr. parotidei*, spre glanda salivară omonimă. Spre mușchii mimici și spre pielea regiunilor jugală și infraorbitală se îndreaptă artera transversală a feței, *a. transversa faciiei*, dispusă între arcul mandibular și canalul carotid. Ramurile auriculare anterioare, *rr. auriculares anteriores*, trec spre pavilionul urechii și meatul auditiv extern, unde anastomozează cu ramurile arterei auriculare posterioare. Superior de arcul mandibular de la artera temporală superioară deviază artera zigomatico-orbitală, *a. zygomaticoorbitalis*, care, îndreptîndu-se spre unghiul lateral al orbitei, irigă cu sînge mușchiul orbicular al ochiului; și artera temporală medie, *a. temporalis media*, care alimentează mușchiul temporal.

Artera maxilară, *a. maxillaris*, este și ea o ramură terminală a arterei carotide externe, însă are un calibru mai mare decît artera temporală superficială. Artera maxilară, în porțiunea ei inițială, este acoperită lateral de ramura mandibulei și ajunge (la nivelul mușchiului pterigoidian lateral)

pînă la fosa infratemporală și în continuare pînă la cea pterigopalatină, unde disociază în ramuri terminale. În conformitate cu topografia arterei maxilare pe ea distingem trei porțiuni (fig. 119): maxilară, pterigoidă și pterigopalatină. De la artera maxilară, în limitele porțiunii ei maxilare, deviază: 1) artera auriculară profundă, — spre articulația temporomandibulară, spre meatul auditiv extern și spre timpan; 2) artera timpanică anterioară, *a. tympanica anterior*, care prin fanta piramidotimpanică a osului temporal urmează spre tunica mucoasă a cavității timpanice; 3) artera alveolară inferioară, *a. alveolaris inferior*, de calibru relativ mare, care avansează în canalul mandibulei și cedează pe traiect ramuri spre dinți, *rr. dentales*. *A. alveolaris inferior* iese din canal prin orificiul mental numită deja artera mentală, *a. mentális*, ramificîndu-se în mușchii mimici și în pielea regiunii mentale. Pînă a ieși din canal, de la artera alveolară inferioară deviază o ramură fină milohioidiană, *r. mylohyoideus*, care se îndreaptă spre mușchiul omonim și spre venterul anterior al mușchiului digastric; 4) artera meningea medie, *a. meningea media*, care este cea mai importantă dintre toate arterele care irigă pahimeningele cerebral. Ea penetrează prin orificiul spinos al aripii mari a osului sfenoid în cavitatea cerebrală, cedînd aici artera timpanică supe-

rioară, *a. tympanica superior*, spre tunica mucoasă a cavității timpanice; ramurile frontală și parietală, *rr. frontális et parietális*, spre pahimeningele cerebral. Înainte de a intra în orificiul spinos, de la artera meningeală medie deviază o ramură meningeală accesorie, *r. meningeus accessorius*, care, la început, pînă a penetra în cavitatea craniului, irigă cu sînge mușchii pterigoizi și canalul auditiv, apoi trecînd prin orificiul oval, în interiorul craniului, cedează ramuri spre pahimeningele cerebral și spre ganglionul trigemen.

În limitele celui de-al doilea compartiment, pterigoid, de la artera maxilară deviază ramuri care irigă mușchii masețeri, notamente: artera masețerică, *a. masseterica*, care se îndreaptă spre mușchiul omonim; arterele temporale profunde, *aa. temporales profundae*, care pătrund în profunzimea mușchiului temporal, ramurile pterigoidiene, *rr. pterygoidei*, îndreptate spre mușchii omonimi; artera bucală, *a. buccalis*, spre mușchiul buccinator și spre mucoasa jugală. De la porțiunea pterigoidiană a arterei maxilare deviază de asemenea artera alveolară posterioară superioară, *a. alveolaris superior posterior*, care prin orificiul omonim în tuberculul omonim al maxilei penetrează în sinusul maxilar pentru a iriga tunica mucoasă care îl tapetează, iar prin ramurile dentale, *rr. dentales*, irigă dinții și gingiile.

De la porțiunea III, pterigopalatină, a arterei maxilare deviază trei ramuri terminale: 1) artera infraorbitală, *a. infraorbitalis*, aceasta constituind ramura terminală a arterei maxilare, care penetrează în orbită prin fanta orbitală inferioară, unde cedează ramuri spre mușchii orbitali inferiori drept și oblic. Apoi *a. infraorbitalis* prin orificiul infraorbital iese prin canalul omonim în regiunea facială și irigă cu sînge mușchii mimici situați în profunzimea buzei superioare, în regiunea nasului și în regiunea palpebrală inferioară, precum și în pielea care le acoperă. La acest nivel *a. infraorbitalis* anastomozează cu ramurile faciale și superfi-

ciale ale arterei temporale. În canalul infraorbital de la artera infraorbitală deviază arterele alveolare anterioare superioare, *aa. alveolares superiores anteriores*, cedînd ramuri dentale, *rr. dentales*, spre dinții maxilei; 2) artera palatină descendentă, *a. palatina descendens*, un vas fin, care, cedînd inițial artera canalului pterigoidian, *a. canalis pterigoidei*, spre porțiunea superioară a faringelui și spre canalul auditiv și trecînd prin canalul palatin mare, irigă cu sînge palatul dur și palatul moale, *aa. palatinae major et minores*, și anastomozează cu ramurile arterei palatine descendente; 3) artera sfenopalatină, *a. sphenopalatina*, trece prin orificiul omonim în cavitatea nazală, cedînd ramurile posterioare nazale laterale și septale, *aa. nasales posteriores laterales et septi*, spre tunica mucoasă a cavității nazale.

Artera carotidă internă, *a. carotis interna*, irigă encefalul și organul văzului. În porțiunea inițială a arterei, partea ei cervicală, *pars cervicalis*, este situată lateral și posterior, apoi medial de artera carotidă externă. Între vena jugulară internă și faringe artera trece vertical în sus (fără a ceda ramuri) spre orificiul extern al canalului carotid. Posterolateral de ea se află trunchiul simpatic și nervul vag, anterolateral de ea — nervul hipoglos, superior de ea — nervul glosofaringian. În canalul carotid se află partea stîncoasă, *pars petrosa*, a arterei carotide, care formează o flexură, și cedează cavității timpanice niște artere caroticotimpanice, *aa. carotico-tympanicae*, fine. Ieșită din canal, *a. carotis interna* realizează o flexură în sus și respectă șanțul omonim scurt al osului sfenoid, apoi porțiunea lui cavernoasă, *pars cavernosa*, și trece prin sinusul cavernos al pahimeningelui cerebral. La nivelul canalului optic partea cerebrală a arterei, *pars cerebralis*, mai realizează o flexură, cu partea arcuată orientată anterior, cedează artera oftalmică și la marginea internă a apofizei oblice an-

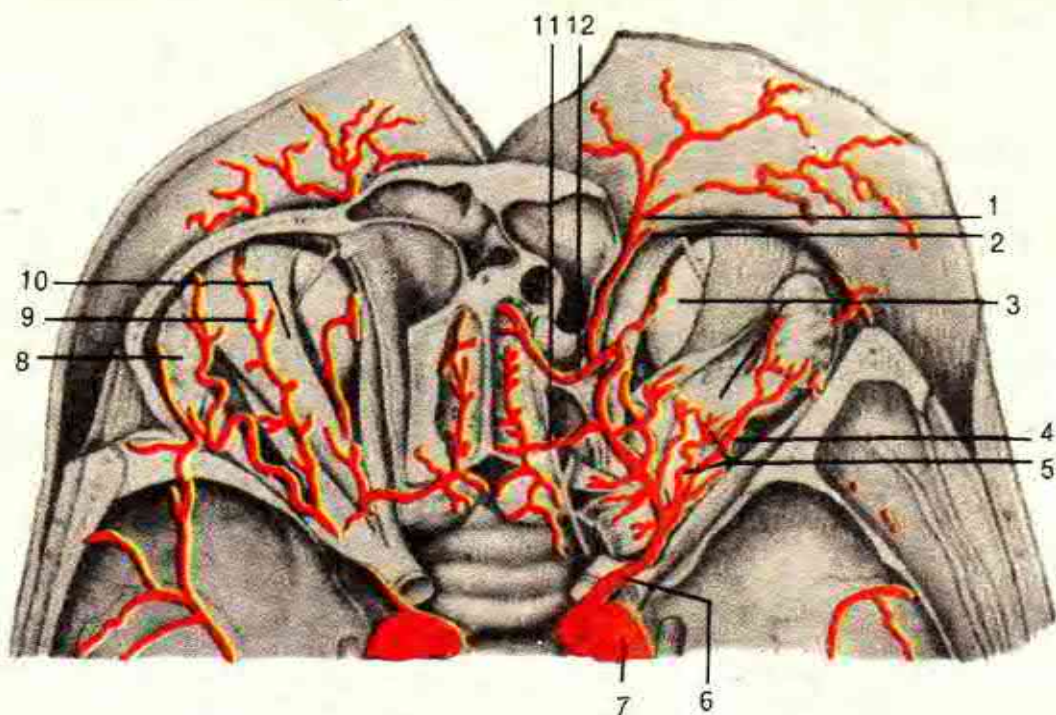


Fig. 120. Artera oftalmică și ramurile ei; aspect superior (peretele superior al orbitei drepte și stângi este extirpat).

1 — a. supratrochlearis ; 2 — a. dorsalis nasi ; 3 — bulbus oculi ; 4 — a. lacrimalis ; 5 — aa. ciliare posterior. 6 — a. oftalmica ; 7 — a. carotis interna dăxtra ; 8 — gl. lacrimalis ; 9 — a. supraorbita-
lis ; 10 — m. levator palpebrae ; 11 — a. ethmoidalis posterior ; 12 — a. ethmoidalis anterior.

terioare se bifurcă, formînd ramuri terminale : arterele cerebrale anterioară și medie.

Artera oftalmică, *a. oftalmica* (fig. 120), deviază în regiunea ultimei flexuri a arterei carotide interne, și împreună cu nervul oftalmic penetrează prin canalul optic în orbită. Apoi artera oftalmică trece pe peretele medial al orbitei spre unghiul medial al ochiului, unde disociază în ramuri terminale : arterele palpebrale mediale și artera dorsală a nasului.

Ramurile laterale ale arterei oftalmice : 1) artera lacrimală, *a. lacrimalis*, trece printre mușchii recti superior și lateral ai ochiului (cedîndu-le ramuri) spre glanda lacrimală, de la ea deviază de asemenea arterele palpebrale laterale fine, *aa. palpebrales laterales* ; 2) arterele ciliare posteriore lungi și scurte, *aa. ciliare posterior. longae et breves*, care penetrează sclerotica și pătrund în tunica vasculară a ochiului ; 3) artera centrală a retinei, *a. centralis retinae*, intră ca componentă în nervul

optic, și, odată cu el, ajunge la retină ; 4) arterele musculare, *aa. musculares*, spre mușchii rect și oblici ai globului ocular ; 5) artera etmoidală posterioară, *a. ethmoidalis posterior*, trece spre mucoasa alveolelor posteriore ale osului etmoid prin orificiul etmoid posterior ; 6) artera etmoidală, *a. ethmoidalis anterior*, trece prin orificiul etmoid anterior și disociază în ramuri terminale. Una din ele — artera meningeală anterioară, *a. meningea anterior*, penetrează în cavitatea craniului și irigă pachimeningele cerebral, celelalte trec sub lama cribroasă a osului etmoid și alimentează tunica mucoasă a alveolelor etmoide, precum și a cavității nasului și a părții anterioare a septului acestuia ; 7) arterele ciliare anterioare, *aa. ciliare anterior.*, prin câteva ramuri însoțesc mușchii ochiului. Unele ramuri penetrează în sclerotica sub denumirea de artere episclerale, *aa. episclerales*, altele — conjunctivale anterioare, *aa. conjunctivales anterior.*, irigă conjunctiva ; 8) arte-

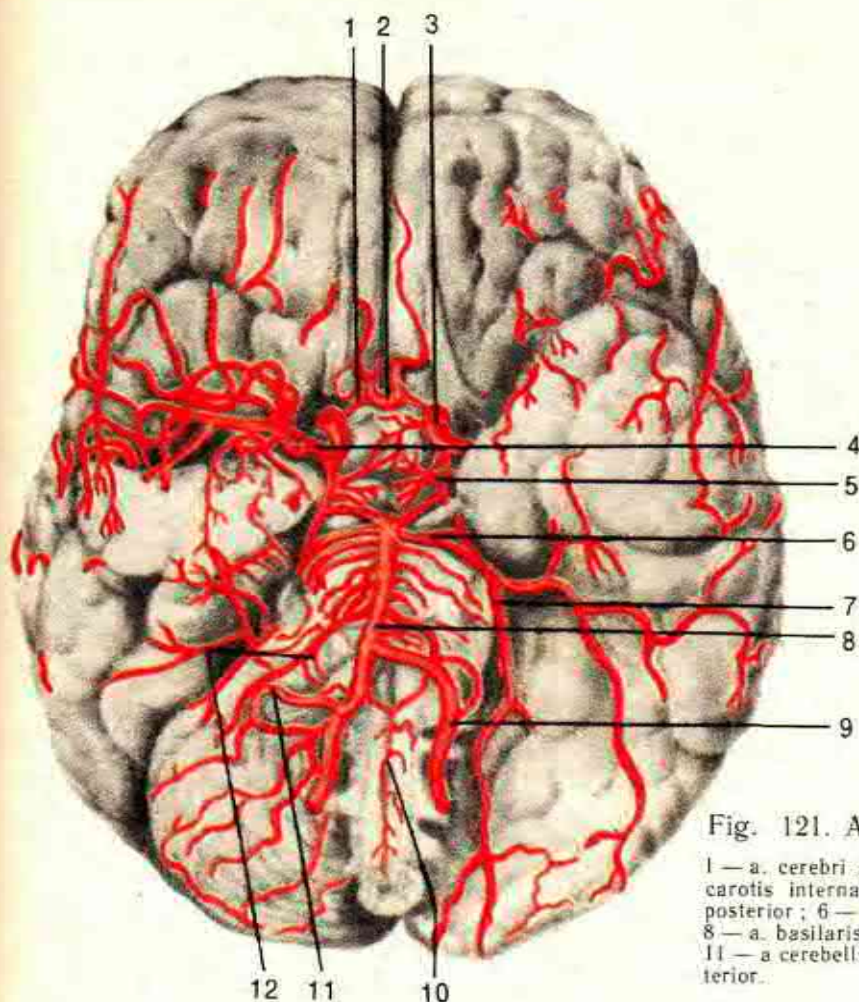


Fig. 121. Arterele encefalului; aspect inferior.

1 — a. cerebri anterior; 2 — a. comunicans anterior; 3 — a. carotis interna; 4 — a. cerebri media; 5 — a. comunicans posterior; 6 — a. cerebelli superior; 7 — a. cerebri posterior; 8 — a. basilaris; 9 — a. vertebralis; 10 — a. spinalis anterior; 11 — a. cerebelli inferior posterior; 12 — a. cerebelli inferior anterior.

ra supratrohleară, *a. supratrohleâris*, iese din orbită prin orificiul frontal (împreună cu nervul omonim), ramificindu-se în mușchii și pielea frunții.

Ramurile terminale ale arterei oftalmice: 9) arterele palpebrale mediale, *aa. palpebrâles mediâles*, se îndreaptă spre unghiul medial al ochiului, anastomozînd cu arterele palpebrale laterale (venite din artera lacrimală) pentru a forma două arcuri: arcu palpebral superior și arcu palpebral inferior, *ârcus palpebrâlis supêrior et ârcus palpebrâlis inferior*; 10) artera dorsală a nasului, *a. dorsâlis nâsi*, penetrează mușchiul rotund al ochiului spre unghiul ocular, unde anastomozează cu artera unghiulară (ramura terminală a arterei faciale).

Artera cerebrală anterioară, *a. cérébri antêrior* (fig. 121), deviază de la artera carotidă internă ceva mai sus de artera oftalmică, se

apropie de artera omonimă din partea opusă cu care se unește printr-o arteră comunicantă anterioară, *a. comunicans antêrior*, impară și scurtă. În continuare *a. cérébri antêrior* respectă șanțul corpului calos al emisferei encefalului, înconjoară corpul calos (fig. 122) și se îndreaptă spre lobul occipital al emisferei encefalului, irigînd fața medială a lobilor frontal, parietal și, parțial, occipital, precum și bulbii și tractele olfactive, corpul striat. Artera cerebrală anterioară cedează substanței cerebrale două grupuri de ramuri — corticale și centrale.

Artera cerebrală medie, *a. cérébri médiâ* (vezi fig. 121), e cea mai mare ramură a arterei carotide interne. Pe artera cerebrală medie distingem partea sfenoidală, *pars sphenoidalis*, adiacentă la aripa mare a osului sfenoid, și partea insulară, *pars insularis*. Aceasta din urmă în ascensiune superioară urmează adiacent la insulă, prin șanțul lateral al en-

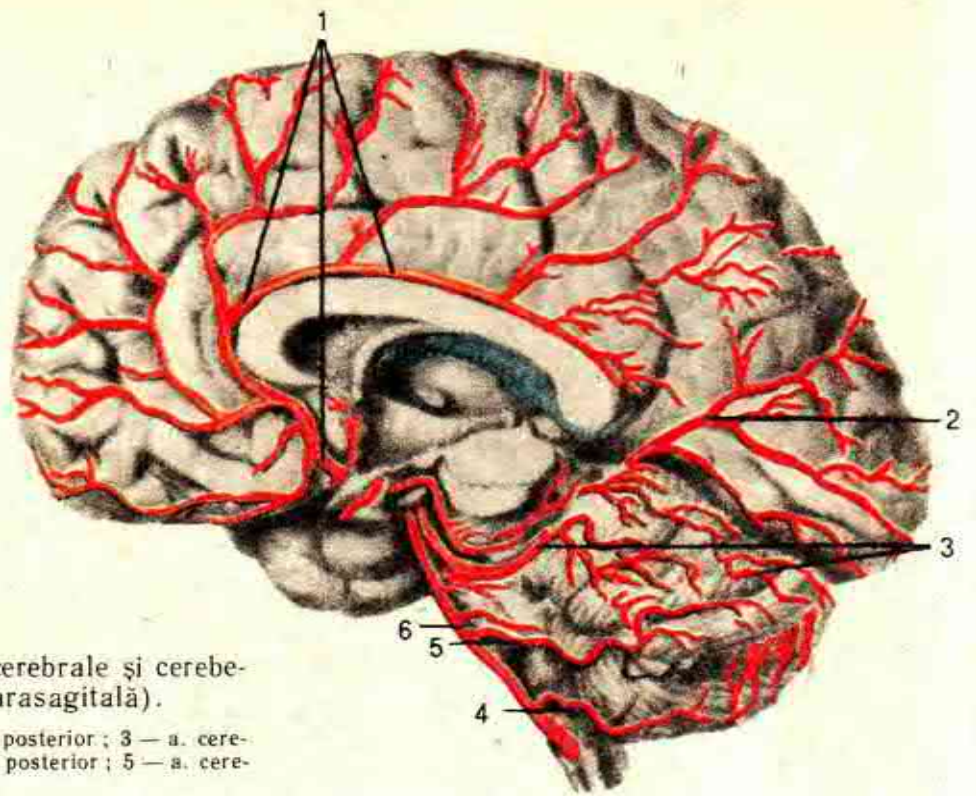


Fig. 122. Arterele emisferelor cerebrale și cerebelare. Fața medială (secțiune parasagitală).

1 — a. cerebri anterior; 2 — a. cerebri posterior; 3 — a. cerebelli superior; 4 — a. cerebelli inferior posterior; 5 — a. cerebelli inferior anterior; 6 — a. basilaris.

cefalului. În continuare ea trece în partea sa terminală (corticală), *pârs terminális (pars corticális)*, care se ramifică pe fața superolaterală a emisferei encefalului. Artera cerebrală medie cedează de asemenea ramuri corticale și centrale.

Artera comunicantă posterioară, *a. comunicans postérior*, deviază de la extremitatea arterei carotide interne pină la bufurcarea acesteia în arterele cerebrale anterioară și medie. Artera comunicantă posterioară se îndreaptă spre punte și la marginea ei anterioară se varsă în artera cerebrală posterioară (ramură a arterei bazilare).

Artera coroidă anterioară, *a. choróidea antérior*, constituie un vas fin, care deviază de la artera carotidă internă, posterior de artera comunicantă posterioară, penetră în cornul inferior al ventriculului lateral, apoi în ventriculul III. Această arteră cu ramurile sale coroide participă la formarea plexurilor vasculare ale acestor ventricule (*plexus choroideus*). Ea cedează de asemenea numeroase ramuri fine substanței cenușii și albe a encefalului (spre tractul optic, corpul geniculat lateral, capsula internă, ganglionii bazilari, nucleii hipotalamici și spre nucleul roșu).

La formarea anastomozelor dintre ramurile arterelor carotide internă și externă participă următoarele artere: *a. dorsális nâsi* (de la artera oftalmică) și *a. angulâris* (de la artera facială), *a. supratrochleâris* (din artera oftalmică) și *r. frontális* (din artera temporală superficială), *a. carótis internă* și *a. cerebri postérior* (prin artera comunicantă posterioară) (vezi fig. 121).

Artera subclavie, a. subclávia, este a treia ramură a arcului aortic (din stînga) și ramură a trunchiului brahiocefalic (din dreapta). Artera subclaviculară stînga este aproape cu 4 cm mai lungă decît cea dreaptă. *A. subclávia* iese din cutia toracică prin apertura superioară a acesteia, ocolește cupola pleurei, străbate (împreună cu plexul brahial) spațiul interscalen, apoi trece pe sub claviculă, pe fața superioară a coastei I (în șanțul omonim) și la marginea externă a acestei coaste pătrunde în fosa axilară, unde se prelungeste cu artera axilară.

La *a. subclávia* se disting trei porțiuni: 1. de la locul de origine pină la marginea anterioară a mușchiului scalen anterior. 2. În spațiul interscalen și 3. după ieșirea ei din spațiul interscalen. De la prima porțiune deviază trei ramuri: artera vertebrală și toracică inter-

nă, trunchiul tireo-cervical; de la porțiunea a doua — trunchiul costo-cervical, și de la porțiunea a treia — artera transversă cervicală.

1. Artera vertebrală, *a. vertebralis* — este una din ramurile mai bine pronunțate ale arterei subclavie, pornește de la semicircumferința ei superioară la nivelul vertebrei a VII cervicale. La artera vertebrală distingem 4 porțiuni: partea prevertebrală, *pars prevertebralis*, situată în intervalul dintre mușchii scalen anterior și lung al gâtului. Apoi artera vertebrală se îndreaptă spre vertebra a VI cervicală — partea transversală (cervicală), *pars transversalis*, (cervicalis), ce se ridică prin orificiile apofizelor transversale ale vertebrelor VI—II cervicale. Mai departe, trecând prin orificiul transversal al atlasului — partea atlantă (*pars atlantis*), ea ocolește de partea posterioară tață articulară superioară, străpunge membrana atlantooccipitală posterioară și pahimegingele rahidian (În canalul coloanei vertebrale) și prin orificiul occipital mare pătrunde în cavitatea craniului — partea intracranială, (*pars intracranialis*) a arterei vertebrale. Posterior de puntea encefalului ambele artere vertebrale confluează, formind artera bazilară. De la partea a doua a arterei vertebrale, partea transversală, se desprind ramurile spinale (radiculare) *rr. spinales (radiculares)*, care pătrund prin orificiile intervertebrale către măduva spinării, și ramuri musculare, (*rr. musculares*) spre mușchii profunzi ai gâtului. De la porțiunea intracranială pornesc următoarele ramuri:

1) ramurile meningeale anterioară și posterioară, *rr. meningeales anterior et posterior*; 2) artera spinală posterioară, *a. spinalis posterior*, care ocolind bulbul rahidian coboară pe suprafața posterioară a măduvei spinării, anastomozind cu artera omonimă de partea opusă; 3) artera spinală anterioară, *a. spinalis anterior*, se contopește cu artera omonimă de partea opusă, formind un singur trunchi ce coboară în adîncul fi-

surii mediane anterioare a măduvei spinării; 4) artera cerebelară inferioară posterioară, *a. cerebelli inferior posterior*, care, ocolind bulbul rahidian, se ramifică pe partea posterioară a cerebelului.

Artera bazilară, *a. basilaris* (fig. 121, 122), este impară și se situează în șanțul bazilar al punții. La marginea anterioară a punții ea se împarte în două ramuri finale — arterele cerebrale posterioare dreaptă și stîngă. De la trunchiul *a. basilaris* pornesc următoarele ramuri: 1) arterele cerebelare inferioare anterioare, *a. cerebelli inferiores anteriores*, (dreaptă și stîngă) ce se ramifică pe suprafața inferioară a cerebelului; 2) artera labirintului, *a. labyrinthi* (dreaptă și stîngă) trec împreună cu nervul vestibulo-cochlear (perechea a opta de nervi cranieni) prin meatul acustic intern în urechea internă; 3) arterele punții, *aa. pontis* (ramuri spre punte); 4) arterele mezencefalului, *aa. mesencephalici* (ramuri spre mezencefal); 5) arterele cerebelare superioare (dreaptă și stîngă), *a. cerebelli superiores*, se ramifică pe părțile superioare ale cerebelului.

Artera cerebrală posterioară, *a. cerebri posterior*, ocolește pedunculul cerebral și se ramifică pe fețele inferioare ale lobilor temporal și occipital ai emisferelor encefalului și trimite ramuri corticale și centrale. În artera cerebrală posterioară se varsă *a. comunicans posterior* (de la artera carotidă internă). Astfel se formează inelul arterial (Willis) al encefalului, *circulus arteriosus cerebri*. La formarea lui participă arterele cerebrale posterioare dreaptă și stîngă, care se unește cu artera carotică internă, alcătuiind partea posterioară a inelului arterial. Partea anterioară a inelului arterial al encefalului este formată de arterele cerebrale anterioare ce se desprind de la arterele carotice interne dreaptă și stîngă și se unesc între ele prin intermediul arterei comunicante anterioare. Inelul arterial este amplasat pe baza encefalului în spațiul subarahnoidian. El cuprinde anterolateral chiasmă optică: arterele

comunicante posterioare trec pe părțile laterale ale hipotalamusului, arterele cerebrale posterioare trec anterior de punte.

2. Artera toracică internă, *a. thoracica internă* (fig. 123), pornește de la semicircumferința inferioară a arterei subclavie contrapusă (și puțin lateral) arterei vertebrale. Artera se îndreaptă în jos pe peretele anterior al toracelui, venind în contact cu cartilajele coastelor I—VIII, și la marginea inferioară a coastei VII dă naștere la două ramuri terminale — musculo-frenică și epigastrică superioară. De la artera toracică internă pornesc următoarele ramuri: 1) mediastinale, *rr. mediastinales*, care vascularizează pleura mediastinală și țesutul conjunctiv al mediastinului superior și anterior; 2) timice, *rr. thymici*; 3) bronhiale, *rr. bronchiales*, pentru partea inferioară a traheei și bronhiile principale; 4) artera pericardio-frenică, *a. pericardiofrenică*, deviază de la artera toracică internă la nivelul coastei I și împreună cu nervul frenic, descendind pe suprafața laterală a pericardului (între el și pleura mediastinală), pleacă spre diafragm unde anastomozează cu arterele ce vascularizează diafragmul; 5) ramurile sternale, *rr. sternales*, ce vascularizează sternul și anastomozează cu ramurile părții opuse; 6) ramurile perforante, *rr. perforantes*, penetrează primele 5—6 spații intercostale și alimentează mușchii pectoral mare, pielea, iar a 3-a, a 4-a și a 5-a dau naștere la ramurile glandei mamare (la femei), *rr. mammarii*; 7) ramurile intercostale anterioare, *rr. intercostales anteriores* (I—V), trec prin primele cinci spații intercostale (în direcția laterală) spre mușchii intercostali.

Artera toracică internă dă naștere la două ramuri terminale; 8) artera musculo-frenică, *a. musculo-frenică*, se întinde lateral și în jos pe linia de inserție a diafragmului. Pe parcurs de la ea deviază ramuri intercostale către mușchii ultimelor cinci spații intercostale; 9) artera epigastrică superioară, *a. epigastrică superioară*, pătrunde în teaca mușchiului rect al

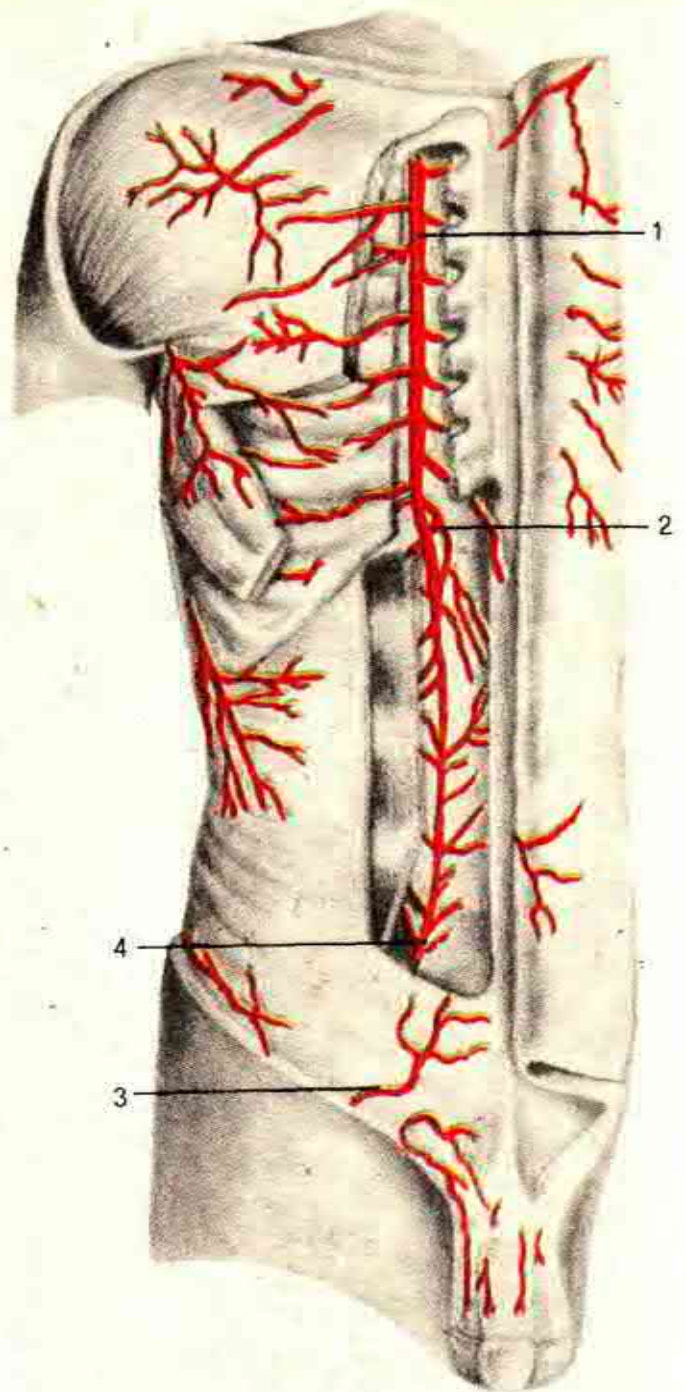


Fig. 123. Artera jumătății drepte a peretelui anterior al cavităților toracică și abdominală (o parte din peretele cutiei toracice și teaca mușchiului drept abdominal sînt deschise).

1 — a. thoracica internă; 2 — a. epigastrică superioară; 3 — a. epigastrică superficialis; 4 — a. epigastrică inferioară.

abdomenului, penetrînd peretele ei posterior, alimentează mușchiul rect și la nivelul ombilicului anastomozează cu artera epigastrică inferioară (de la artera iliacă externă). 3. Trunchiul tireocervical, *truncus tyrocervicalis*, pornește de la artera subclavie lingă

marginea medială a mușchiului scalen anterior. Trunchiul are o lungime de 1,5 cm și se divizează în 4 ramuri: tiroidiană inferioară, cervicală ascendentă, suprascapulară și cervicală superficială. Artera tiroidiană inferioară, *a. thyroidea inferior*, pornește în sus pe suprafața anterioară a mușchiului lung al gâtului spre glanda tiroidă și dă naștere la ramuri glandulare, *rr. glandulares*. În calea sa ea trimite ramuri (faringiene și esofagiene) spre faringe și esofag, *rr. pharyngeales et esophageales*, spre trahee, *rr. tracheales* precum și *a. laryngea inferior*, care sub lamela cartilajului tiroid formează un șunt arterial cu artera laringiană superioară (ramură *a. thyroidea superior*). Artera cervicală ascendentă, *a. cervicālis ascēdens*, trece în sus și medial de nervul frenic, irigă mușchii profunzi ai gâtului, dă ramuri spinale, *rr. spināles*, măduvei spinării. Artera suprascapulară, *a. suprascapulāris*, trece pe după claviculă spre incizura scapulei, prin care pătrunde în fosa suprascapulară și infrascapulară, se ramifică în mușchii dorsali ai scapulei. Formează un șunt arterial cu artera circumflexă a scapulei (ramură a arterei subcapulare). Ramura acromială, *a. acromiālis*, a arterei suprascapulare anastomozează cu ramura omonimă a arterei toraco-acromiale. Artera cervicală superficială, *a. cervicālis superficiālis* (instabilă), pe un sector scurt trece suprafața anterioară a mușchilor scaleni, transmitându-le o ramură bine pronunțată cu o direcție ascendentă. Trunchiul arterei se îndreaptă lateral și trecând prin triunghiul omoclavicular se ramifică în mușchii trapez, romboid, și dințat superior posterior.

4. Trunchiul costo-cervical, *truncus costo-cervicālis*, deviază în spațiul interscalen de la artera subclavie unde se împarte în două ramuri — artera cervicală profundă și intercostală supremă. Artera cervicală profundă, *a. cervicālis profūnda*, pătrunde în mușchii semispinali ai capului și ai gâtului, trecând între prima coastă și apofiza transversală a vertebrei VII

cervicale. Artera intercostală supremă, *a. intercostālis suprema*, trece în jos, anterior de colul coastei I și se ramifică în spațiile intercostale I și II sub denumirea de artere intercostale posterioare I—II, (*aa. intercostāles posteriores I—II*).

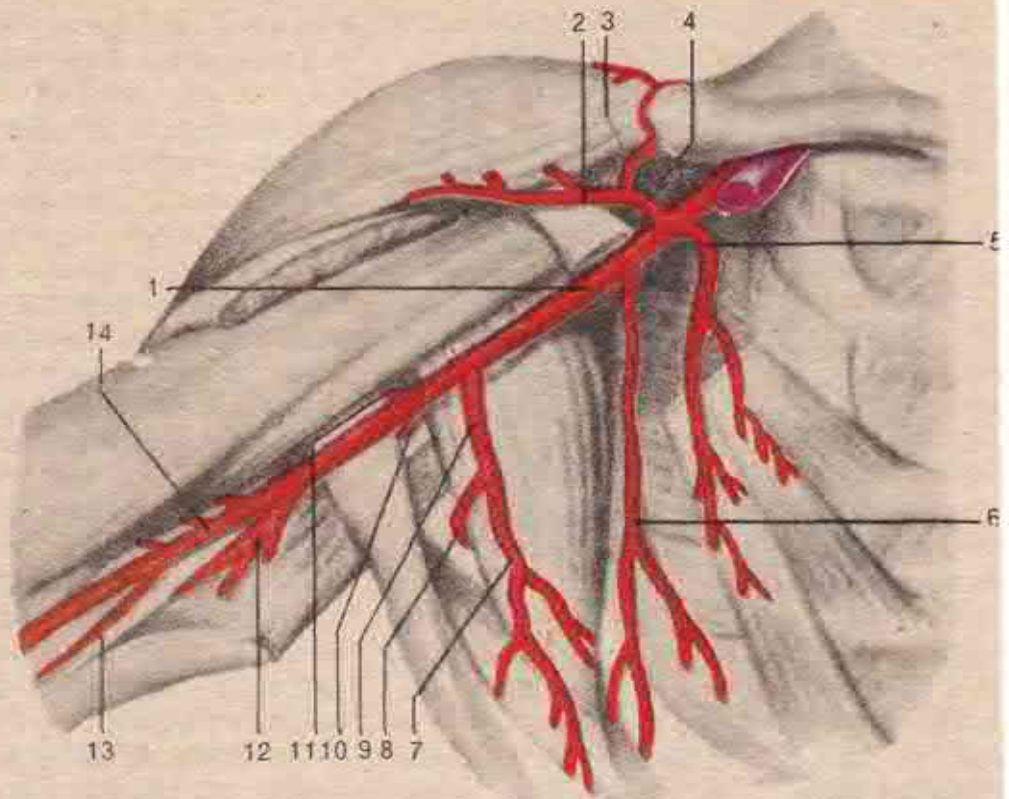
5. Artera transversă cervicală, *a. transversa colli (cervicālis)* pornește de la semicircumferința superioară a arterei subclavie spre marginea laterală a mușchii scalen anterior. Ea pătrunde printre trunchiurile plexului brahial și la nivelul extremității mediale a spinei scapulei se divide în ramura superficială (ascendentă) (*r. superficiālis*) pentru mușchii spinării, și ramura profundă sau artera dorsală a scapulei (*a. scapulāris dorsālis*) (ramura descendentă), care trece de-a lungul marginii mediale a scapulei, vascularizând mușchii și pielea spinării. Ambele aceste ramuri anastomozează cu ramurile arterei occipitale (de la artera carotidă externă), arterele intercostale posterioare (de la partea toracică a aortei), cu artera subscapulară (de la artera axilară) și artera suprascapulară (de la trunchiul tireo-cervical).

Artera axilară, *a. axillāris* (fig. 124), reprezintă o prelungire a arterei subclavie (de la nivelul coastei I), este situată în adâncul cavității axilare, fiind înconjurată de fasciculele plexului brahial. La nivelul marginii inferioare a tendonului mușchiului dorsal mare a spinării artera axilară continuă cu artera brahială. Pe baza topografiei peretelui anterior al fosei axilare la artera axilară distingem trei porțiuni. În prima porțiune de la artera axilară la nivelul triunghiului clavipectoral pornesc următoarele ramuri:

1) subscapulare, *rr. subscapulāres*, ce se ramifică în mușchiul cu același nume; 2) artera toracală superioară, *a. thorācică supērior*, se ramifică în ramuri ce alimentează mușchii intercostali I și II, mușchii pectorali; 3) artera toraco-acromială, *a. thoracoacromiālis*, începe la nivelul marginii superioare a mușchiului pectoral mic și se divide în 4 ramuri: a) acromială, *r. acromiālis*, ia parte la formarea rețelei acromiale ce vascu-

Fig. 124. Arterele fosei axiale și brațului.

1 — a. axillaris; 2 — r. deltoideus; 3 — r. acromialis; 4 — a. thoracoacromialis; 5 — r. pectoralis; 6 — a. thoracica lateralis; 7 — a. thoracodorsalis; 8 — a. circumflexa scapulae; 9 — a. subscapularis; 10 — a. circumflexa humeri posterior; 11 — a. circumflexa humeri anterior; 12 — a. profunda brachii; 13 — a. collateralis ulnaris superior; 14 — a. brachialis.



larizează articulația acromio-claviculară, parțial capsula articulației umărului; b) claviculară, *clavicularis*, instabilă, alimentează clavicula și mușchiul subclavicular; c) deltoidă, *r. deltoideus*, alimentează mușchii deltoid, pectoral mare și porțiunile corespunzătoare ale pielii; d) pectorale, *rr. pectorales*, se îndreaptă spre mușchii pectorali mare și mic. La nivelul triunghiului de la artera axilară pornește 4) artera toracală laterală, *a. thoracica lateralis*. Ea descinde pe suprafața laterală a mușchiului dințat anterior, în care și se ramifică. De la ea pornesc ramurile laterale ale glandei mamare, *rr. mammarii lateralis*. În triunghiul subpectoral pornește cea mai mare ramură colaterală a arterei axilare — 5) artera subscapulară, *a. subscapularis*. Ea se împarte în — artera toracodorsală, *a. thoracodorsalis*, ce trece de-a lungul marginii laterale a scapului, vascularizând mușchii dințat anterior, rotund mare și dorsal mare. A doua ramură, numită *arteria circumflexa scapulae*, ce pleacă prin orificiul trilater pe fața dorsală a scapulei, unde se ramifică în mușchiul

infraspinos, mușchii vecini, și în pielea din regiunea omoplatului; 6) artera circumflexă humerală anterioară, *a. circumflexa humeri anterior*, ocolește din față colul chirurgical al humerusului și se ramifică în mușchiul deltoid și articulația umărului; 7) artera circumflexă humerală posterioară, *a. circumflexa humeri posterior* — este mai pronunțată ca cea precedentă, împreună cu nervul axilar trece prin orificiul patruleter spre mușchiul deltoid și anastomozând cu ramurile arterei circumflexe humerale anterioare, vascularizează articulația umărului și mușchii vecini.

Artera brahială, *a. brachialis* (fig. 124, fig. 125), constituie o continuare a arterei axilare ce se află la nivelul marginii inferioare a mușchiului pectoral mare, unde trece anterior de mușchiul coraco-brahial. Apoi artera se întinde în șanțul bicipital medial și în fosa cubitală, la nivelul colului radiusului se împarte în ramurile sale terminale — arterele radială și ulnară.

Artera brahială trimite următoarele ramuri: 1) artera brahială profundă, *a. profunda brachii* (se desprin-

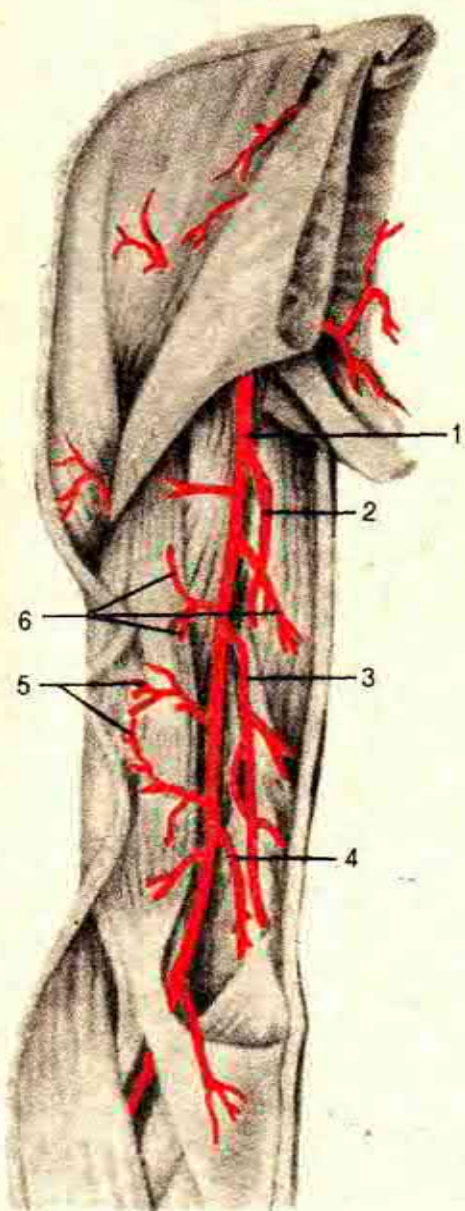


Fig. 125. Artera brahială.

1 — a. brachialis ; 2 — a. profunda brachii ; 3 — a. collateralis ulnaris superior ; 4 — a. collateralis ulnaris inferior ; 5, 6 — ramuri spre piele și mușchi.

de la nivelul treimeii superioare a humerusului), împreună cu nervul radial trece în canalul humeromuscular, delimitat de suprafața posterioară a humerusului și mușchiul triceps brahial, unde cedează câteva ramuri: arterele nutritive humerale, *aa. nutritivae (nutrientes) humeri*, ramura deltoidea, *r. deltoideus*, către mușchiul omonim și mușchiul brahial, artera colaterală medie, *a. collateralis media*, care ramificându-se în mușchiul triceps brahial, trece prin șanțul posterolateral ulnar unde anastomozează cu artera

interosoasă recurentă, *a. interossea recurrens*. De la artera brahială profundă pornește și artera colaterală radială, *a. collateralis radiialis*, care trece prin șanțul anterolateral ulnar, unde anastomozează cu artera recurentă radială (*a. recurrens radiialis*); 2) artera colaterală ulnară superioară, *a. collateralis ulnaris superior*, se desprinde puțin mai jos de artera profundă brahială. Ea însoțește nervul ulnar, trece prin șanțul posteromedial ulnar, unde anastomozează cu ramura posterioară a arterei recurente ulnare; 3) artera colaterală ulnară inferioară, *a. collateralis ulnaris inferior*, devine de la artera brahială puțin mai sus de epicondilul medial al humerusului, traversează oblic în direcție medială suprafața anterioară a mușchiului brahial și anastomozează cu ramura anterioară a arterei recurente ulnare (*a. recurrens ulnaris*). Toate arterele colaterale numite mai sus iau parte la formarea rețelei vasculare a articulației (cotului) care alimentează articulația cotului, mușchii și pielea din regiunea acestei articulații.

Artera radială, *a. radiialis* (fig. 126), cu 1—3 cm mai distal de articulația humeroradială după direcție constituie o continuare a arterei brahiale. Ea trece printre mușchii pronator rotund și brahioradial, iar în treimea inferioară a antebrațului artera radială este acoperită numai de către fascie și piele. Deaceastă regiune servește pentru explorarea pulsului. În regiunea distală a antebrațului artera radială, ocolind apofiza stiloidă a radiusului, trece pe fața dorsală a mîinii, pe urmă prin spațiul interosos pătrunde pe fața palmară a mîinii. Partea distală a arterei radiale formează arcada palmară profundă, (*arcus palmaris profundus*, care anastomozează cu ramura palmară profundă a arterei ulnare. De la această arcadă pornesc arterele metacarpiene palmare, *aa. metacarpeae palmares*, care vascularizează mușchii interosoși și se varsă în arterele digitale palmare comune (ramuri ale arcadei palmare superficiale). *Aa. metacarpeae palmares* dau ramuri perforante, *rr. perforantes*,

care anastomozează cu arterele metacarpene dorsale, ce deviază de la rețeaua dorsală a carpului.

De la artera radială deviază de la 9 pînă la 11 ramuri, inclusiv și musculare. Cele mai principale din ele sînt: 1) artera recurentă radială, *a. recurrens radialis* (fig. 126, 127), pornește de la porțiunea inițială a arterei radiale, primind o direcție laterală și ascendentă în șanțul anterolateral ulnar formează o anastomoză cu artera colaterală radială (*a. collateralis radiális*) (fig. 128); 2) ramura palmară superficială, *r. palmáris superficialis*, trec în palmă, unde adeseori (în grosimea mușchilor eminentei tenare (policelui), sau medial de flexorul scurt al policelui) anastomozează cu arcul palmar superficial (*arcus palmaris superficialis*), care reprezintă o prelungire a arterei ulnare; 3) ramura carpiană palmară, *r. carpeus palmaris*, își ia originea de la partea distală a arterei radiale și pleacă pe partea medială, unde anastomozează cu ramura (similară) omonimă a arterei ulnare, luînd parte la formarea rețelei carpiene palmarie; 4) ramura carpiană dorsală, *r. cárpeus dorsális*, își ia originea de la artera radială pe partea dorsală a mîinii, se îndreaptă medial și anastomozînd cu ramura omonimă a arterei ulnare formează împreună cu ramurile arterelor interosoase rețeaua carpiană dorsală (*rețe cárpi dorsále*). De la această rețea deviază 3—4 artere metacarpene dorsale, *aa. metacárpeae dorsáles*, iar de la ele — cite două artere, *a.a. digitales dorsales* ce vascularizează suprafața dorsală a degetelor II—V. Pe partea dorsală a mîinii de la artera radială începe prima arteră metacarpiană dorsală, *a. metacárpea dorsális*, de la care pleacă ramuri spre partea radială a degetului I și spre părțile adiacente ale degetelor I și II. Și în sfîrșit, penetrînd spre fața palmară, artera radială dă naștere arterei princeps a policelui (*a. princeps póllicis*), care se divide în două artere digitale volare spre ambele părți ale policelui și artera volară radială a indicelui (*a. radialis indicis*).

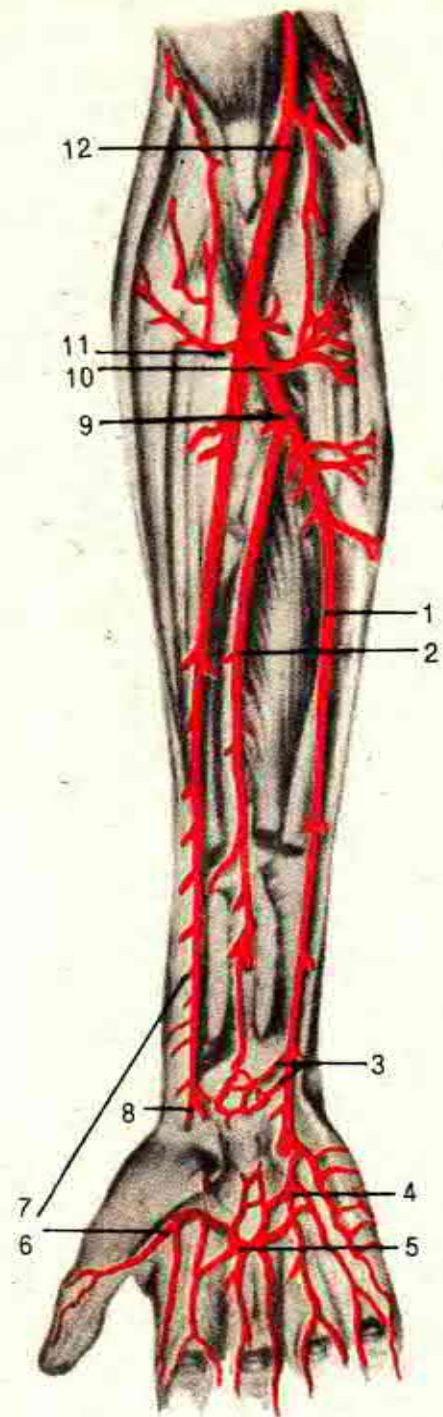


Fig. 126. Arterele antebrățului.

1 — a. ulnaris; 2 — a. interossea anterior; 3 — r. carpeus palmaris; 4 — r. palmareis profundus a. ulnaris; 5 — arcus palmaris profundus; 6 — a. princeps pollicis; 7 — a. radialis; 8 — r. palmaris superficialis a. radialis; 9 — a. interossea posterior; 10 — a. recurrens ulnaris; 11 — a. recurrens radialis; 12 — a. brachialis.

Artera ulnară, *a. ulnaris* (fig. 126), din fosa cubitală trece pe sub mușchiul pronator rotund, pe care îl vascularizează, și mai departe, fiind însoțită de nervul ulnar, se îndreaptă printre mușchii flexori superficiali și profund al degetelor spre partea distală a ante-

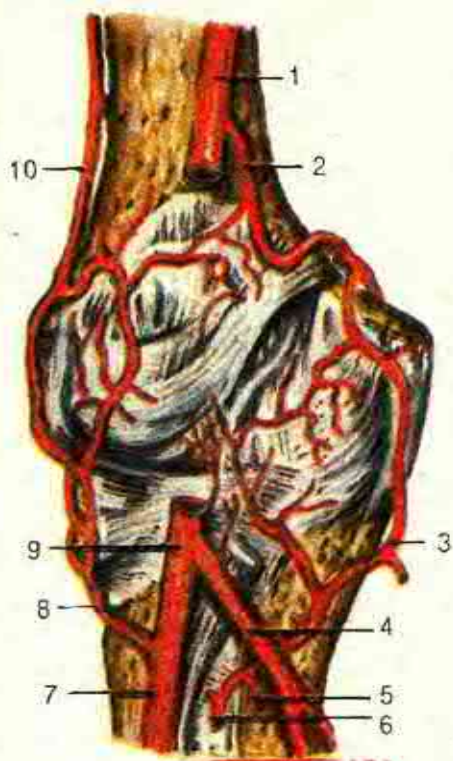


Fig. 127. Schema rețelei arteriale cubitale; aspect anterior. O parte a arterei brahiale este extirpată.

1, 9 — a. brachialis; 2 — a. collateralis ulnari inferior; 3 — a. recurrens ulnaris (r. anterior); 4 — a. ulnaris; 5 — a. comitans n. mediani; 6 — a. interossea anterior; 7 — a. radialis; 8 — a. recurrens radialis; 10 — a. collateralis radialis.

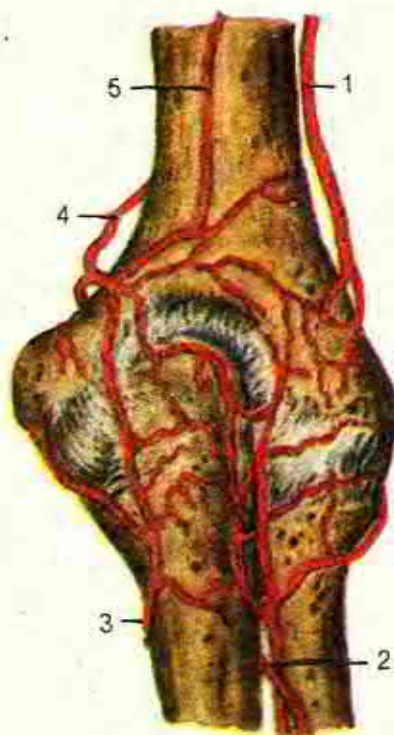


Fig. 128. Schema rețelei arteriale cubitale; aspect posterior.

1 — a. collateralis radialis; 2 — a. interossea recurrens; 3 — a. recurrens ulnaris (r. posterior); 4 — a. collateralis ulnaris superior; 5 — a. collateralis media.

brațului. Apoi printr-o fisură a părții mediale a ligamentului transversal al carpului și pe sub mușchii eminentei hipotenare artera ulnară trece în palmă, unde formind arcada palmară superficială (*arcus palmaris superficialis*), anastomozează cu ramura palmară superficială (*r. palmaris superficialis*) de la artera radială (fig. 129).

Ramurile arterei ulnare: 1) artera recurentă ulnară, *a. recurrens ulnaris*, se desprinde printr-un trunchi comun și se divide în ramura anterioară și posterioară. Ramura anterioară, *r. anterior*, mai bine pronunțată, se plasează proximal prin șanțul antero-medial ulnar unde anastomozează cu artera colaterală ulnară inferioară (*a. collateralis ulnaris inferior*) — ramură a arterei brahiale. Ramura posterioară, *r. posterior*, a arterei recurente ulnare trece pe suprafața posterioară a articulației cotului și anastomozează în șanțul posteromedial ulnar cu artera colaterală ulnară superioară (*a. collateralis ulnaris superior*) — ramură a arterei brahiale; 2) artera interosoasă comună, *a. interossee communitis*, un trunchi scurt, ce se îndreaptă spre membrana interosoasă și se divide în artera interosoasă anterioară și posterioară. Artera interosoasă anterioară sau volară, *a. interossea anterior*, pe fața anterioară a membranei interosoase ajunge pînă la mușchiul patrat pronator, unde trimite o ramură către rețeaua carpiană palmară, pe urmă străpunge membrana și ia parte la formarea rețelei carpiene dorsale (*rețe carpi dorsale*). Pe antebrăț *a. interossea anterior* trimite o arteră ce însoțește nervul median (*a. comitans n. mediani*). Artera interosoasă posterioară, *a. interossea posterior*, trece prin orificiul superior al membranei interosoase pe fața dorsală și se îndreaptă printre extensorii antebrățului spre partea lui distală. De la artera interosoasă posterioară se divide artera recurentă interosoasă, *a. interossea recurrens*, care ascendind prin șanțul ulnar posterolateral, anastomozează cu artera colaterală mijlocie (*a. collateralis media*), (de la artera brahială profundă) și împreună cu toate arterele

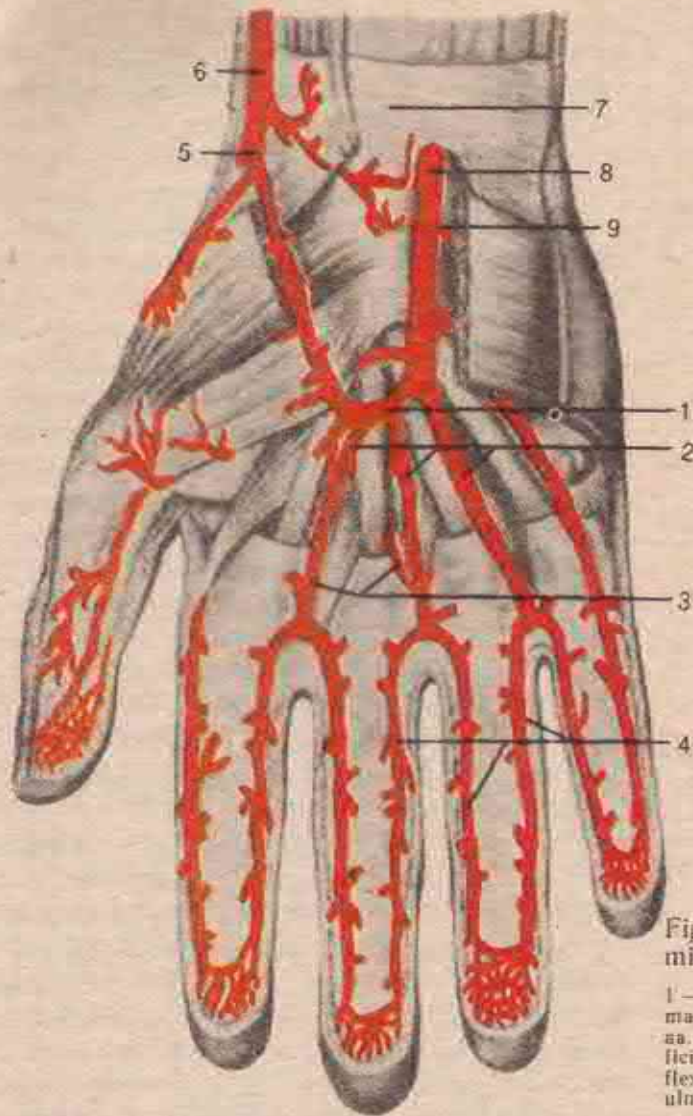


Fig. 129. Arterele suprafeței palmare a mîinii. Arcul palmar superficial.

1 — arcus palmaris superficialis ; 2 — aa. digitales palmares communes ; 3 — aa. metacarpe palmare ; 4 — aa. digitales palmares propriae ; 5 — r. palmaris superficialis a. radialis ; 6 — a. radialis ; 7 — retinaculum flexorum ; 8 — a. ulnaris ; 9 — r. palmaris profundus a. ulnaris.

recurente descrise mai sus participă la formarea rețele periarticulare a cotului. Artera interosoasă dorsală prin ramificațiile sale terminale, anastomozînd cu artera interosoasă anterioară (volară) și cu ramurile carpiene dorsale (*rr. carpei dorsales*) a arterei ulnare și radiale, ia parte la formarea rețelei carpiene dorsale (*rețe carpi dorsale*), de la care pornesc arterele metacarpiene dorsale (*a.a. metacarpea dorsales*) descrise mai sus ; 3) ramura carpiană palmară *r. carpeus palmaris* (fig. 126), porneste de la artera ulnară la nivelul apofizei stiloide a ulnei și împreună cu ramura omonimă a arterei radiale și o ramură a arterei interosoase anterioare ia parte la formarea rețelei carpiene palmare (volare), care alimentează articulațiile carpiene ; 4) ramura palmară

profundă, *r. palmaris profundus*, se ramifică de la artera ulnară lîngă osul pisiform, penetrează mușchiul opozant al degetului mic și vascularizează mușchii și pielea eminentei hipotenare. Cîte odată ramura palmară profundă se unește cu sectorul distal al arterei radiale — arcada palmară profundă. Sectorul distal al arterei ulnare adeseori anastomozează cu ramura superficială (*r. palmaris superficialis*) a arterei radiale, luînd parte la formarea arcadei palmare superficiale (fig. 129). Din partea distală convexă a arcadei pornesc arterele digitale palmare comune, *aa. digitales palmares communes*. Fiecare ramură se împarte în două artere digitale palmare proprii, *aa. digitales palmares propriae*, către fețele alterne ale degetelor vecine.

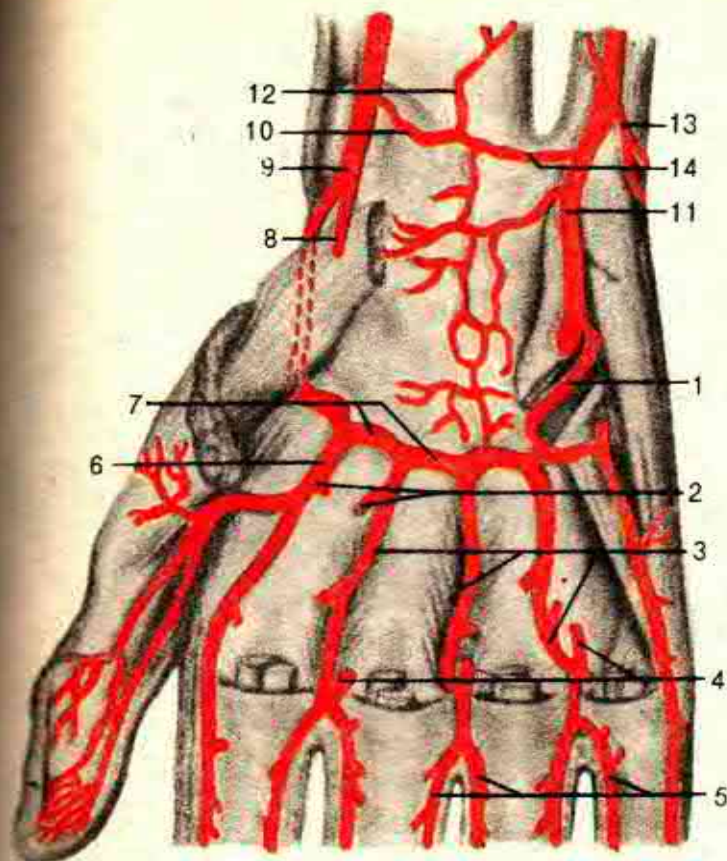


Fig. 130. Arterele suprafeței palmare a mîinii. Arcul palmar profund.

1 — r. palmaris profundus a. ulnaris; 2 — rr. perforantes; 3 — aa. metacarpeae palmares II—IV; 4 — aa. digitales palmares communes, 5 — aa. digitales palmares propriae; 6 — a. metacarpe palmaris I; 7 — arcus palmaris profundus; 8 — r. palmaris superficialis a. radialis; 9 — a. radialis; 10 — r. carpeus palmaris a. radialis; 11 — a. ulnaris; 12 — a. interossea anterior (ramura terminală); 13 — r. carpeus dorsalis a. ulnaris; 14 — r. carpeus palmaris a. ulnaris.

Anastomozele arterelor membrului superior. Pentru arterele membrului superior este caracteristică prezența anastomozelor bine pronunțate în sistemul arterelor subclavii, axilare, brahiale, radiale și ulnare, care asigură circulația colaterală a singelui arterial și vascularizarea articulațiilor lor: 1) în jurul articulației scapulo-humerale și în fosele suprascapuloasă și infrascapuloasă anastomozază *a. suprascapularis* (de la artera subclavie) cu *a. circumflexa scapulae* (de la artera axilară); 2) în regiunea acromionului, *a. suprascapularis*, (de la artera subclavie) cu *a. thoracoacromialis* (de la artera axilară). În jurul gâtului humerusului *a. circumflexa humeri anterior* și *a. circumflexa humeri posterior* anastomozază între ele și cu ramurile *a. profunda brachii* (de la artera brahială); 3) în jurul articulației cotului la formarea rețele periarticulare (*rete articulare cubiti*) participă: *aa. collaterales radialis et media* (de la artera humerală profundă), *aa. collaterales ulnaris superior et inferior* (de la artera brahială), *aa. recurrentes* (de la arterele radială, ulnară și interosoasă posteroa-

ră); 4) în jurul carpului distingem următoarele anastomoze; rețeaua carpiană palmară este formată de: *rr. carpei palmares* (de la arterele radială și ulnară) și *a. interossea anterior* (de la artera interosoasă comună); rețeaua carpiană dorsală, *rete carpi dorsale*, este formată de anastomozele: *rr. carpei dorsales* (de la arterele radială și ulnară) cu ramurile arterelor interosoase anterioare și posteroare; 5) pe suprafața palmară a mîinii distingem două arcade arteriale: superficială și profundă. Arcada palmară superficială, *arcus palmaris superficialis* (fig. 129), care se proiectează la mijlocul corpului oaselor metacarpiene, este formată de porțiunea distală a arterei ulnare (*a. ulnaris*) și ramura palmară superficială (*r. palmaris superficialis*) a arterei radiale. Arcada palmară profundă, *arcus palmaris profundus* (fig. 130), ce este situată sub tendoanele flexorilor degetelor la nivelul bazelor metacarpienilor și mușchilor interosoși, este formată de porțiunea terminală a arterei radiale (*a. radialis*) și ramura palmară profundă (*r. palmaris profundus*) a arterei ulnare.

Ramurile porțiunii toracice a aortei

Deosebim ramuri parietale și viscerale ale porțiunii toracice a aortei.

Ramurile parietale. Arterele frenice superioare, *aa. phrenicae superiores*, pornesc de la aortă nemijlocit de asupra diafragmului, vascularizează partea lui lombară și pleură ce îl acoperă.

Arterele intercostale posterioare, *aa. intercostales posteriores* (fig. 131), pornesc, în număr de 10 de fiecare parte (III—XII), se îndreaptă spre spațiile intercostale corespunzătoare, vascularizând mușchii intercostali, costele, pielea toracelui. Fiecare arteră intercostală posterioară trece prin șanțul subcostal între mușchii intercostali interni și externi. Arterele intercostale inferioare iau parte și la vascularizarea mușchilor peretelui ventral al abdomenului. De la fiecare arteră intercostală posterioară pornesc următoarele ramuri: ramura dorsală, *r. dorsalis*, porneste de la artera intercostală la nivelul marginii inferioare a capului coastei și alimentează mușchii și pielea spinării. De la ramura dorsală porneste ramura spinală (*r. spinalis*), care, trecând prin orificiul intervertebral, alimentează măduva spinării și meningele ei. Ramurile cutanate mediale și laterale, *rr. cutanei mediális et laterális*, vascularizează pielea toracelui și abdomenului; pe parcurs arterele intercostale posterioare a patra — a șasea trimit ramuri spre glanda mamară, *rr. mammării (mediáles et lateráles — BNA)*. Artera intercostală posterioară XII trece sub marginea inferioară a coastei a XII și se numește arteră subcostală (*a. subcostális*).

Ramurile viscerale. Ramurile bronșice, *rr. bronchiales* (2—3), pornesc spre trahee și bronhii, anastomozând cu ramurile arterei pulmonare. Ele vascularizează pereții bronhilor și plămîinii.

Ramurile esofagiene, *rr. esophageales* (1—5), deviază de la aortă la nivelul vertebrelor toracale IV—VIII. Ramurile esofagiene inferioare anastomozează cu ramurile arterei gastrice stîngi.

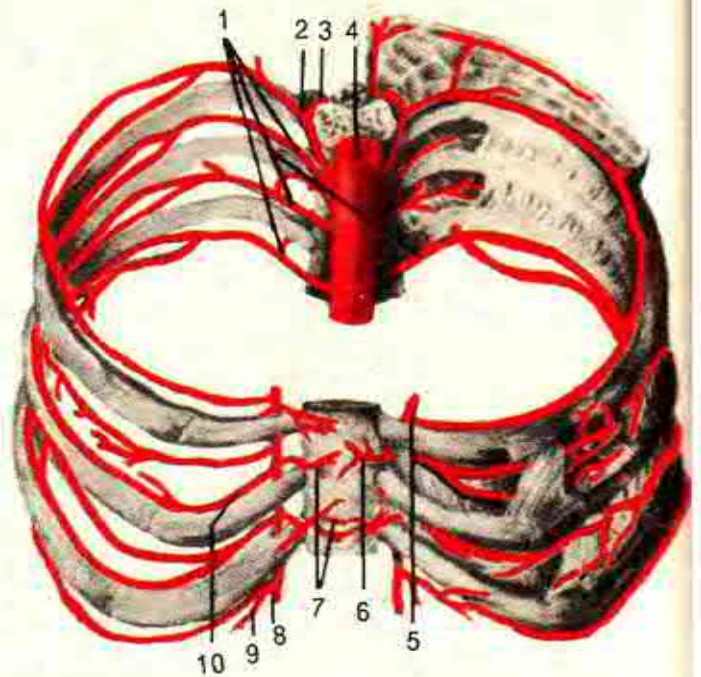


Fig. 131. Schema de ramificare a arterelor peretelui toracic (fragment).

1 — *aa. intercostales posteriores*; 2 — *r. dorsalis a. intercostalis posterioris*; 3 — *r. spinalis a. intercostalis posterioris*; 4 — *pars thoracica aortae*; 5 — *a. thoracica interna*; 6 — *r. perforans a. thoracicae internae*; 7 — *rr. sternales a. thoracicae internae*; 8 — *a. epigastrica superior*; 9 — *a. musculophrenica*; 10 — *r. intercostalis anterior*.

Ramurile pericardice, *rr. pericardici*, irigă partea posterioară a pericardului.

Ramurile mediastinale, *rr. mediastinales*, vascularizează țesutul conjunctiv și ganglionii limfatici din mediastinul posterior.

Ramurile aortei toracice formează anastomoze cu arterele care sînt origine din alte locuri. *Rr. bronchiáles* anastomozează cu ramurile arterei pulmonare (*a. pulmonális*) (vezi „Arterele circulației mici pulmonare“). *Rr. spináles* (de la arterele intercostale posterioare) anastomozează în canalul coloanei vertebrale cu ramurile omonime de partea opusă. De-a lungul măduvei spinării se află o anastomoză dintre ramurile spinale ale arterelor intercostale posterioare cu ramurile spinale (*rr. spináles*) a arterei vertebrale, cervicale ascendente și lombare (*aa. vertebrális, cervicális ascéndens et lumbáles*). *A.a. intercostales posteriores* (I—VIII) anastomozează cu ramurile intercostale anterioare (*rr. intercostales anteriores*) de la artera toracică

internă (*a. thoracica interna*). *A.a. intercostales posterior* (IX—XI) anastomozează cu ramurile arterei epigastrice superioare (*a. epigastrică superior*) (de la artera toracică internă).

Ramurile părții abdominale a aortei

Ramurile parietale ale aortei abdominale (fig. 114, 136). Artera frenică inferioară, *a. phrenică inferior*, pară, deviază de la aortă la nivelul orificiului aortic al diafragmului și al trunchiului celiac (*truncus coeliacus*). În calea sa spre diafragm ea trimite de la 1 pînă la 24 artere suprapenale superioare (*aa. suprarenâles superiôres*).

Arterele lombare, *aa. lumbales* (4 perechi), pornesc de la semicircumferința posterioară a aortei și se îndreaptă spre mușchii abdomenului (corespund arterelor intercostale posterioare). Fiecare arteră trimite câte o ramură dorsală (*r. dorsalis*) către mușchii și pielea spinării din regiunea lombară. De la ramura dorsală diviază ramura spinală, *r. spinâlis*, care prin orificiul intervertebral alimentează măduva spinării.

Ramurile viscerale ale aortei abdominale. Ramurile viscerale se subdivizează în ramuri pare și ramuri impare. La ramurile impare se referă trunchiul celiac, artera mezenterică superioară și inferioară. Ramurile viscerale pare—artera suprarenală medie, artera renală, artera testiculară (ovariană).

Ramurile viscerale impare a aortei abdominale. **Trunchiul celiac, *truncus coeliacus*** (fig. 132)—constituie un trunchi scurt (1,5—2 cm) care are originea pe fața anterioară a aortei la nivelul vertebrei toracice XII. La marginea superioară a corpului pancreasului trunchiul celiac se divizează în trei ramuri: artera gastrică stîngă, artera hepatică comună și artera lienală (tripul Halleri, *tripus Halleri*). Artera gastrică stîngă, *a. gâstrică sinistra*, se îndreaptă în sus și la stînga către partea cardiacă a stomacului, pe urmă merge de-a lungul curburii mici a stomacului (între foițele epiploonului mic) unde anastomozează cu artera gastrică dreaptă. Artera

gastrică stîngă trimite ramuri părții abdominale a esofagului, ramuri esofagiene, *rr. esophageâles*. Ramurile arterei gastrice stîngi de la curbura mică trec pe suprafața anterioară și posterioară a stomacului unde anastomozează cu ramurile arterelor ce trec de-a lungul curburii mari.

Artera hepatică comună, *A. hepatica comunis* (fig. 132), pornind de la trunchiul celiac în dreapta, se ramifică în două artere: artera hepatică proprie și artera gastroduodenală. Artera hepatică proprie, *a. hepatica propria*, situată între foițele ligamentului hepato-duodenal se îndreaptă spre hilul ficatului, unde se ramifică în două ramuri—dreaptă și stîngă (*r. dexter et r. sinister*). De la ramura dreaptă pornește artera cistică, *a. cystica*, ce vascularizează vezica biliară. De la a. hepatică proprie pornește artera gastrică dreaptă, *a. gâstrică dextra*, care pe curbura mică a stomacului anastomozează cu artera gastrică stîngă (*a. gastrica sinistra*). Artera gastroduodenală, *a. gastroduodenâlis*, trece pe după pilorul stomacului și se ramifică în două ramuri: artera gastroepiploică dreaptă și artera pancreaticoduodenală superioară. Artera gastroepiploică dreaptă, *a. gastroepiploică dextra*, care pornește spre stînga de-a lungul curburii mari a stomacului anastomozează cu ramura omonimă stîngă, oferind o sumedenie de ramuri stomacului și omentului mare (ramuri omentale, *rr. epiplôici*). Arterele pancreaticoduodenale superioare anterioare și posterioară, *aa. pancreaticoduodenâles superiôres anterior et postêrior* trimit ramuri către duoden (ramuri duodenale, *rr. duodenâles*) și la pancreas (ramuri pancreatice, *rr. pancreâtici*). Artera lienală, *a. lienâlis (splênica)*, este cea mai voluminoasă dintre ramurile trunchiului celiac. Trece pe marginea superioară a corpului pancreasului spre splină, trimițînd ramuri spre fundul stomacului—arterele gastrice scurte, *aa. gâstricâe brêves* și spre pancreas (ramuri pancreatice, *rr. pancreâtici*). Întrînd în hilul splinei, *a. lienâlis* se ramifică în ramuri terminale cu un diamet-

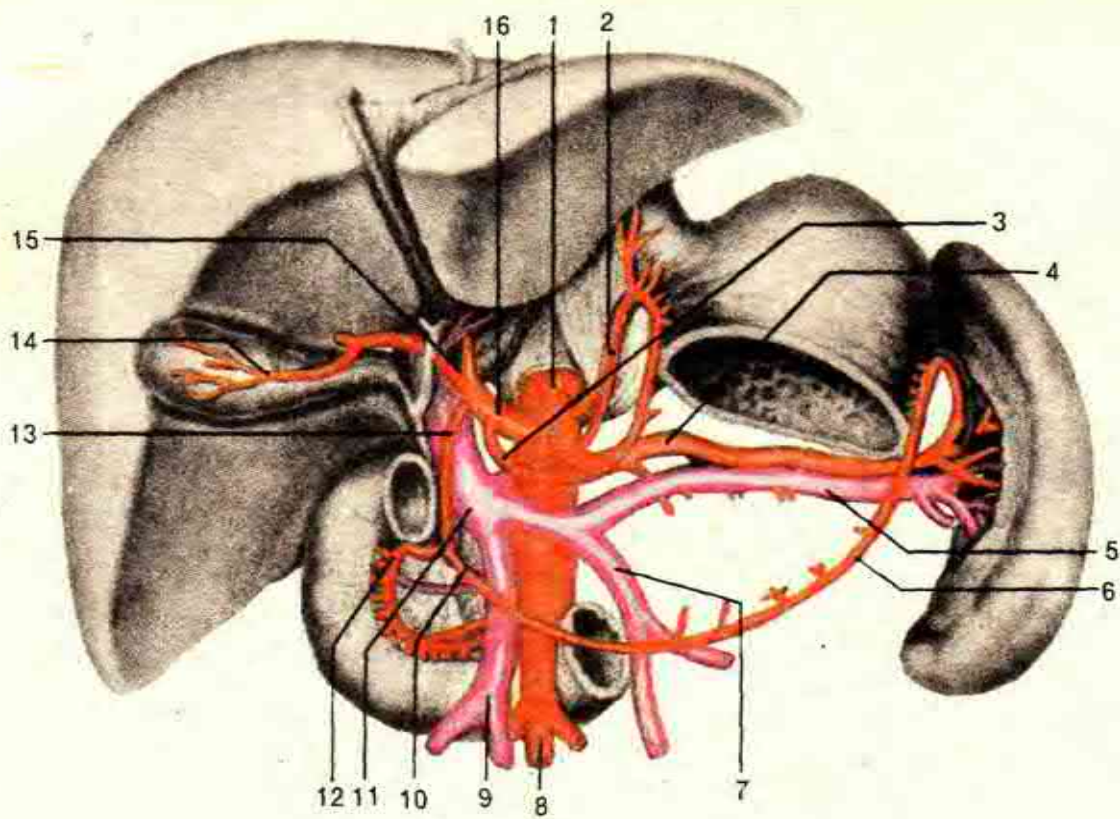


Fig. 132. Trunchiul celiac și ramurile lui. Vena portă și afluențele ei (o parte din stomac și din duoden sînt extirpate) (semischematic).

1 — trunciul coeliacus ; 2 — a. gastrica sinistra ; 3 — a. gastrica dextra ; 4 — a. lienalis ; 5 — v. lienalis ; 6 — a. gastroepiploica sinistra ; 7 — v. mesenterica inferior ; 8 — a. mesenterica superior ; 9 — v. mesenterica superior ; 10 — a. gastroepiploica dextra ; 11 — v. portae ; 12 — a. pancreaticoduodenalis superior ; 13 — a. gastro-duodenalis ; 14 — a. cystica ; 15 — a. hepatica propria ; 16 — a. hepatica communis.

ru mai mic. În regiunea hilului splinei de la artera lienală deviază artera gastro-epiploică stîngă, *a. gastro-epiploică sinistra*, care trece de-a lungul curburii mari a stomacului de la stînga la dreapta. De la ea pleacă ramuri la stomac (ramuri gastrice, *rr. gastrici*) și la omentul mare (ramuri omentale, *rr. epiploici*). Partea distală a arterei gastro-epiploice stîngi de-a lungul curburii mari a stomacului anastomozează cu artera gastroepiploică dreaptă.

Artera mezenterică superioară, *a. mesenterica superior* (fig. 133), pornește de la aorta abdominală la nivelul vertebrelor toracală XII, lombară I, posterior de corpul pancreasului. Descinzînd printre capul pancreasului și partea inferioară a duodenului ea pătrunde în rădăcina mezenterului intestinului subțire, unde se ramifică în următoarele ramuri: 1) arterele pancreaticodu-

denale inferioare, *aa. pancreaticoduodenales inferiores*, care pornesc de la artera mezenterică superioară cu 2 cm mai jos de punctul ei de origine, și se îndreaptă spre capul pancreasului și duoden, unde anastomozează cu arterele pancreaticoduodenale superioare (ramuri ale arterei gastroduodenale); 2) arterele jejunale, *aa. jejunales et aa. ileales*, în număr de 12—18 pornesc de la semicircumferința stîngă a arterei mezenterice superioare, se îndreaptă către ansele intestinului mezenterial, formînd în mezenter numeroase arcade vasculare îndreptate cu convexitatea spre intestin, asigurînd în așa fel circulația permanentă a singelui în timpul mișcării peristaltice a intestinului; 3) artera ileocolică, *a. ileocolică*, pornește în jos și în dreapta spre intestinul orb. În calea sa ea trimite arterele cecale anterioare și posterioară (*aa.*

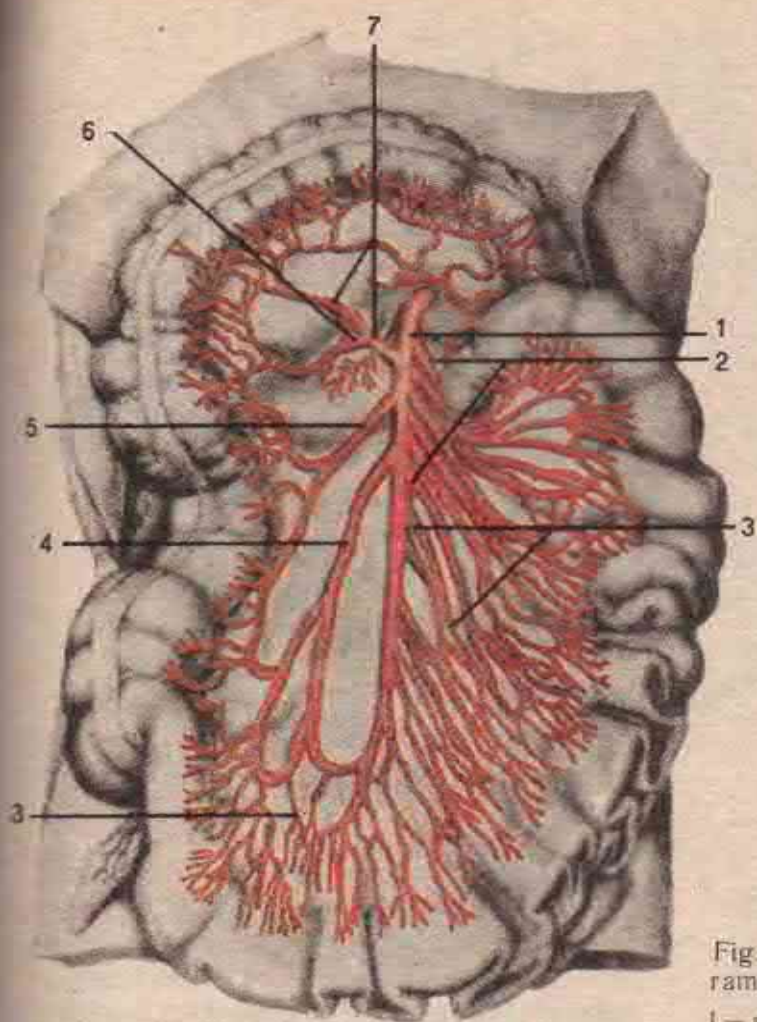


Fig. 133. Artera mezenterică superioară și ramurile ei.

1 — a. mezenterică superior; 2 — aa. jejunales; 3 — aa. ileales; 4 — a. iliocolică; 5 — a. colică dreaptă; 6 — a. pancreaticoduodenalis inferior; 7 — a. colică medie.

caecales anterior et posterior), o arteră apendiculară (*a. appendicularis*) și artera colică ascendentă (*a. ascendens*) spre colonul ascendent; 4) artera colică dreaptă, *a. colica dextra*, se desprinde puțin mai sus de cea precedentă (câte odată pornește de la artera ileocolică), are un traiect orizontal, se îndreaptă spre colonul ascendent, unde anastomozează cu artera ascendentă (ramură a arterei ileocolică) și cu ramurile arterei colice medii; 5) artera colică medie, *a. colica media*, pornește de la artera mezenterică superioară, puțin mai sus de artera colică dreaptă, în ascensiune la colonul transvers; unde se bifurcă în ramura dreaptă și stângă. Ramura dreaptă anastomozează cu artera colică dreaptă, iar cea stângă de-a lungul intestinului gros formează anastomoza cu ramurile arterei colice stângi (de la artera

mezenterică inferioară).

Artera mezenterică inferioară, *a. mezenterica inferior*, se desprinde de la semicircumferința stângă a aortei abdominale la nivelul vertebrei lombare III, posterior de peritoneu, în ascensiune laterală stângă, unde trimite numeroase ramuri la colonul sigmoid, colonul descendent și partea stângă a colonului transvers (fig. 135). Artera mezenterică inferioară se ramifică în următoarele ramuri: artera colică stângă, *a. colica sinistra*, care vascularizează colonul descendent și sectorul stâng al colonului transvers. Această arteră anastomozează cu ramura stângă a arterei colice medii (*a. colica media*), formind de-a lungul intestinului gros arcada vasculară a lui Riolan (*arcus Riolani*); 2) arterele sigmoidiene, *aa. sigmoideae* (2—3) se îndreaptă spre intestinul sigmoid; 3) artera rectală,

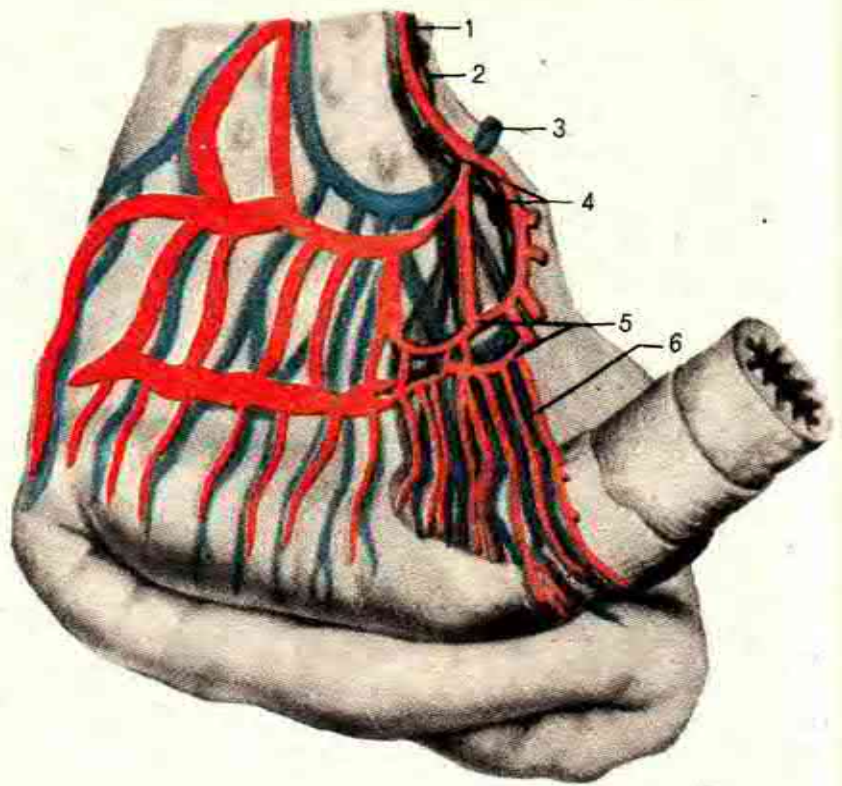


Fig. 134. Vasele intestinului subțire (o ansă cu mezou).

1 — a. jejunalis ; 2 — vas lymphat ; 3 — v. intestinalis ; 4 — nodi lymphatici mesenterici ; 5 — arcadele intestinale ; 6 — vase rectilunii.

superioară, *a. rectalis superior* — o ramură distală a arterei mezenterice inferioare care descinde în cavitatea bazinului mic, unde vascularizează segmentul superior și mediu al rectului. În cavitatea bazinului mic artera rectală superioară anastomozează cu ramurile arterei rectale medii (*a. rectalis media*) — ramură a arterei iliace interne (*a. iliaca internă*).

Ramurile viscerele pare ale aortei abdominale. Artera suprarenală medie, *a. suprarenalis media*, pornește de la aortă la nivelul vertebrei lombare I și se îndreaptă spre hilul glandei suprarenale. În calea sa ea anastomozează cu arterele suprarenale superioare (*aa. suprarenales superiores*) (de la artera frenică inferioară) și cu artera suprarenală inferioară (*a. suprarenalis inferior*) (de la artera renală).

Artera renală, a. renalis (fig. 136), pornește de la aortă la nivelul vertebrelor lombare I—II, puțin mai jos de artera precedentă. Pleacă în direcție laterală spre hilul rinichiului respectiv. Artera renală dreaptă se plasează în spatele venei cave inferioare. Pe parcurs de la artera renală pleacă artera suprarenală inferioară (*a. suprarenalis in-*

ferior) și ramuri ureterice, *rr. ureterici*. În parenchimul renal artera renală se ramifică corespunzător structurii segmentare și lobulare a rinichiului.

Artera testiculară (ovariană), a. testicularis (a. ovarica) — constituie un trunchi subțire și lung, care pornește sub un unghi ascuțit, de la aortă, mai jos de originea arterei renale (artera testiculară (ovariană) dreaptă poate fi o ramură a arterei renale drepte). La bărbați artera testiculară trece prin canalul inghinal în componența funiculului spermatic spre testicul la femei artera ovariană ajunge la ovar, trecând în componența ligamentului suspensor al ovarului. *A. ovarica* anastomozează cu ramura ovariană a arterei uterine (vezi mai jos). *A. testicularis* anastomozează cu artera cremasterică (*a. cremasterica*) (de la artera epigastrică inferioară) și cu artera deferențială (*a. ductus deferentis*) (de la artera ombilicală).

La nivelul corpului vertebrei lombare IV aorta abdominală se împarte în două artere iliace comune, formând astfel bifurcația aortei (*bifurcătio aortica*), iar ca o continuare rudimentară a aortei în descendență pe suprafața pelviană a sacrului, în bazinul mic trece *a. sacralis mediăna*.

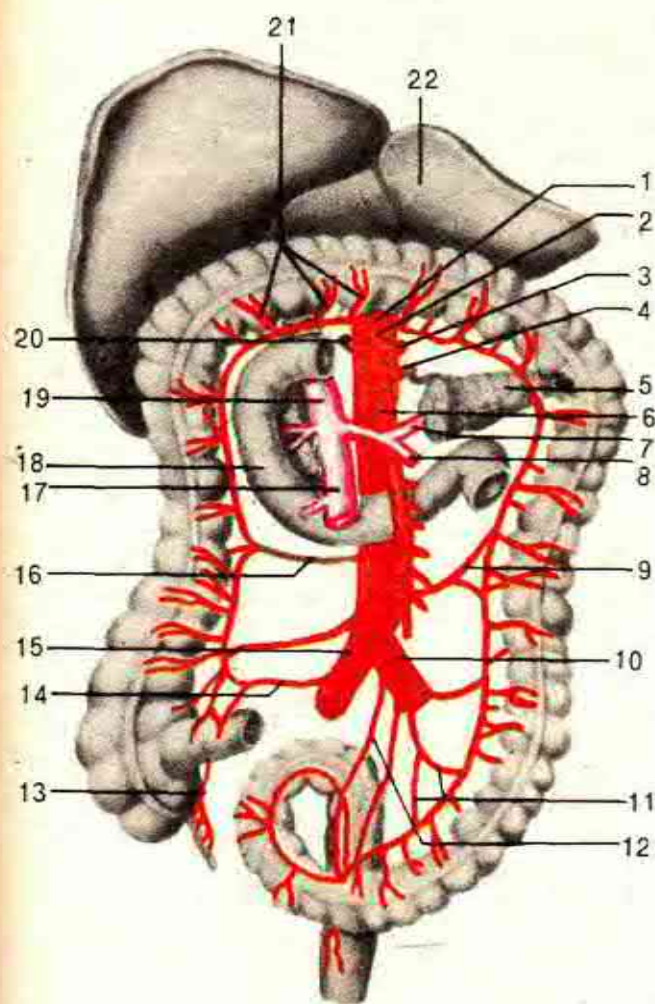


Fig. 135. Ramurile impare ale părții abdominale a aortei (semischematic).

1 — pars abdominalis aortae; 2 — truncus coeliacus; 3 — a. gastrica sinistra; 4 — a. lienalis; 5 — cauda pancreatis; 6 — a. mesenterica superior; 7 — v. lienalis; 8 — v. mesenterica inferior; 9 — a. colica sinistra; 10 — a. mesenterica inferior; 11 — aa. sigmoideae; 12 — a. rectalis superior; 13 — a. appendicularis; 14 — a. ileocolica; 15 — a. iliaca communis dextra; 16 — a. colica dextra; 17 — v. mesenterica superior; 18 — duodenum; 19 — v. portae; 20 — a. hepatica communis; 21 — rami a. colicae mediae; 22 — hepar.

Anastomozele ramurilor viscerale ale aortei abdominale (tab. 5). Ramurile viscerale ale aortei abdominale sînt unite între ele prin numeroase anastomoze. Printre ele pot fi evidențiate următoarele: 1) anastomoza dintre arterele esofagiene (de la aorta toracică) și artera gastrică stîngă (de la trunchiul celiac); 2) artera gastrică stîngă și artera gastrică dreaptă (ramură a arterei hepatice proprii) anastomozează de-a lungul curburii mici a stomacului; artera gastroepiploică dreaptă (de la artera gastroduodenală) și artera gastroepiploică stîngă (ramură a arterei lienale) anas-

tomozează de-a lungul curburii mari a stomacului; 3) anastomozele intramurale (în grosimea pancreasului); arterele pancreaticoduodenale superioare (de la artera gastroduodenală) anastomozează cu arterele pancreaticoduodenale inferioare (de la artera mezenterică superioară); 4) anastomoze în mezenterul intestinului mezenterial: arterele intestinale se unesc între ele și cu arterele ileocolice; arterele ileocolice anastomozează între ele și cu arterele colice; 5) anastomoze între ramurile arterelor intestinului gros: artera ileocolică se unește cu arterele colice dreaptă și medie (toate pornesc de la artera mezenterică superioară); artera colică medie anastomozează cu artera colică stîngă (de la artera mezenterică inferioară); 6) anastomozele arterelor rectului: artera rectală superioară (de la artera mezenterică inferioară) cu artera rectală medie (de la iliacă internă) și cu artera rectală inferioară (o ramură a arterei pudende interne); 7) anastomozele arterelor suprarenale: arterele suprarenale superioare (de la artera frenică inferioară), artera suprarenală medie (ramură a aortei abdominale) și artera suprarenală inferioară (de la artera renală).

Artera iliacă comună

Artera iliacă comună, a. iliacă comunis (diametru de 11—12 mm) (fig. 136; fig. 137), se îndreaptă spre bazinul mic și la nivelul articulației sacroiliace se ramifică în artera iliacă internă și externă.

Artera iliacă internă, a. iliaca interna, alimentează pereții și organele pelvisului. Descendînd pe marginea medială a mușchiului psoas mare, în cavitatea bazinului mic la nivelul orificiului ischiatic mare ea se divide în două ramuri (trunchiuri) — anterioară și posterioară, care vascularizează pereții și organele pelvisului mic. De la artera iliacă internă pornesc următoarele ramuri — ilio-lombară, sacrală laterală, fesieră superioară și inferioară, ombilicală, vezicală inferioară, uterină, pudendă internă (rușinoasă internă) și artera obturatoare.

Artera ilio-lombară, a. ilio-

lumbális, trece posterior de mușchiul psoas mare în sus și lateral, unde se ramifică în două ramuri: 1) l o m b a r ă (*r. lumbális*) pentru mușchiul psoas mare și mușchiul patraț lombar (de la ramura lombară pornește ramura spinală, *r. spinalis*, ce se îndreaptă în canalul sacral) și 2) ramura iliacă (*r. iliácus*), care vascularizează osul iliac și mușchiul omonim și anastomozează cu artera circumflexă iliacă profundă (*a. circumplexa ilium profunda*) din artera iliacă externă.

Arterele sacrale laterale, *aa. sacrales laterales*, superioară și inferioară, se îndreaptă spre oasele și mușchii regiunii sacrale. De la ele pornesc ramurile spinale, *rr. spinales*, care trec prin orificiile sacrale anterioare spre meningele spinale pe care le vascularizează.

Artera fesieră superioară, *a. glútea superior*, iese din bazin prin orificiul suprapiriform, unde se divide în ramura superficială (*r. superficialis*), spre mușchii fesieri și piele, și profundă (*r. profundus*). Ultima la rândul ei se divide în ramurile superioare și inferioară (*rr. superior et inferior*), care vascularizează mușchii fesieri și alți mușchi din vecinătate. Ramura inferioară ia parte și la vascularizarea articulației coxo-femorale. Ea anastomozează cu ramurile arterei circumflexe femurale laterale (de la artera femurală profundă). Artera ombilicală, *a. umbilicális* (pe toată distanța funcționează numai la embrion), ascendind pe suprafața posterioară a peretelui anterior al abdomenului (pe sub peritoneu) se îndreaptă înainte și în sus spre ombilic. La adult se obliteriază și se transformă în ligamentul ombilical lateral. În locul de origine de la ea deviază arterele vezicale superioare (*aa. vesicales superiores*, care trimit ramuri ureterice, *rr. ureterici*, spre partea distală a ureterelor, la fel și artera diferențială, *a. ductus deferentis*).

Artera vezicală inferioară, *a. vesicális inferior*, la bărbați trimite ramuri spre vezicule și prostată, la femei spre vagin.

Artera uterină, *a. uterina*, discen-

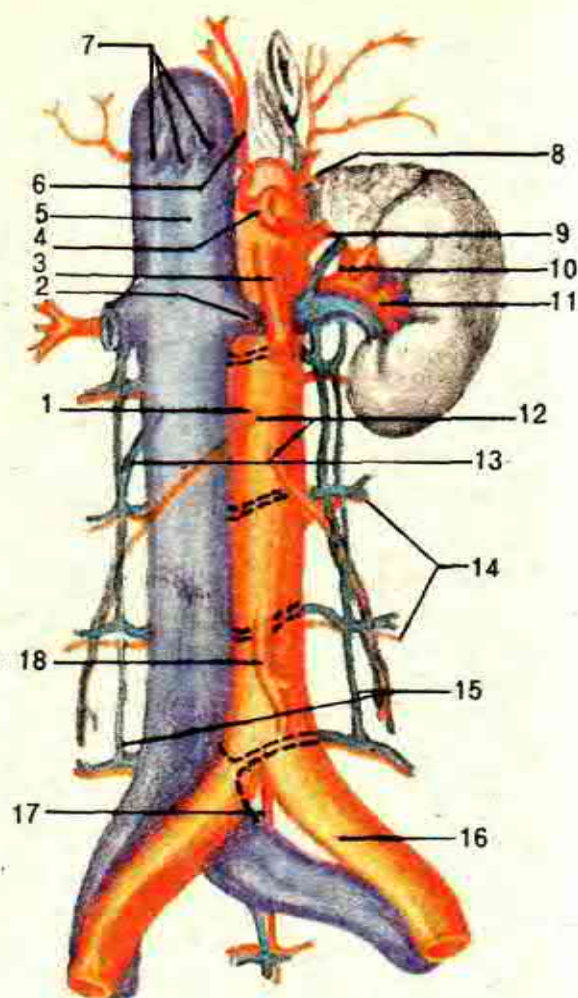


Fig. 136. Partea abdominală a aortei și vena cavă inferioară (în stînga e prezentat și rinichiul împreună cu suprarenala) (semischematic).

1 — pars abdominalis aortae; 2 — v. renalis sinistra; 3 — a. mesenterica superior; 4 — truncus coeliacus; 5 — v. cava inferior; 6 — a. phrenica inferior dextra; 7 — vv. hepaticae; 8 — a. suprarenalis superior sinistra; 9 — a. suprarenalis media sinistra; 10 — a. suprarenalis inferior sinistra; 11 — a. renalis sinistra; 12 — aa. testiculares; 13 — v. testicularis dextra; 14 — aa. lumbales; 15 — vv. lumbales ascendentes; 16 — a. iliaca communis sinistra; 17 — a. sacralis mediana; 18 — a. mesenterica inferior.

dînd în cavitatea bazinului mic traversează ureterul și printre foițele ligamentului lat a uterului ajunge la colul uterului. De la ea se divid artera vaginală (*a. vaginalis*), ramurile tubare și ovariene (*r. tubarius et ovaricus*). *R. ovaricus* în grosimea mezoovarului anastomozează cu ramurile arterei ovariene (*a. ovarica*) (de la oarta abdominală).

Artera rectală medie (*a. rectalis média*) se îndreaptă spre peretele lateral al ampulei rectului și spre mușchiul levator anal, iar la bărbați ea trimite ramuri spre veziculele seminale și

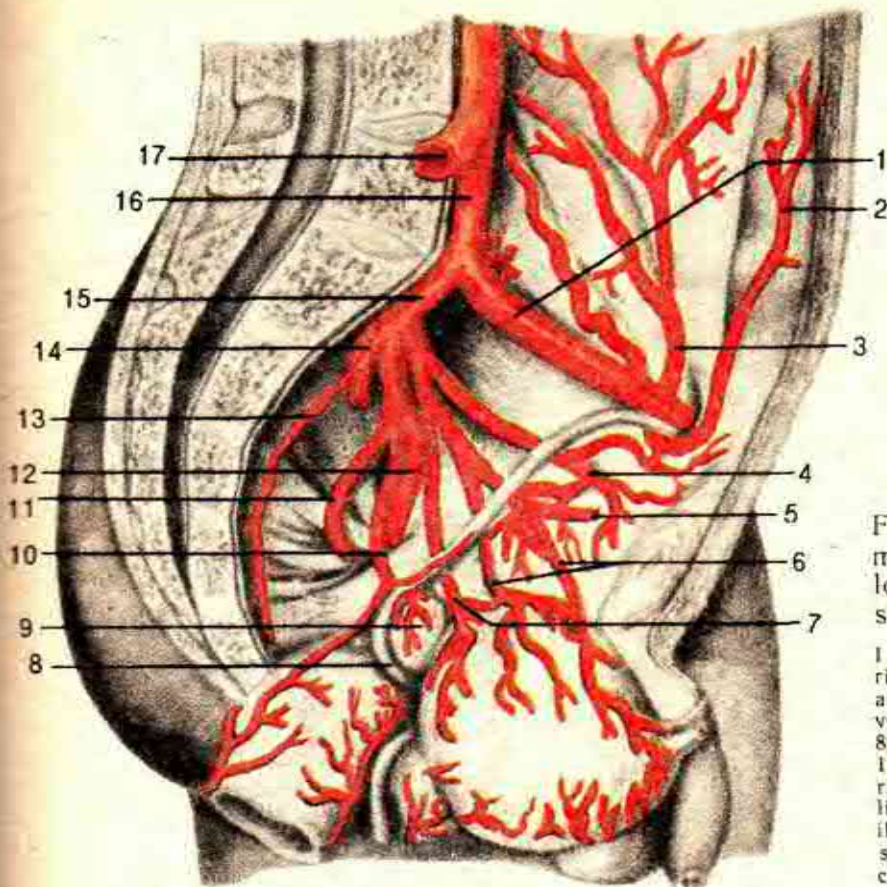


Fig. 137. Arterele iliace stângă comună, externă și internă și ramurile lor (intestinul rect și vezica urinară sînt deplasate (rezecată).

1 — a. iliaca externă; 2 — a. epigastrică inferior; 3 — a. circumflexa ilium profundă; 4 — a. obturatoria; 5 — a. umbilicalis; 6 — aa. vesicales superiores; 7 — a. vesicalis inferior; 8 — ductus deferens; 9 — vesicula seminalis; 10 — a. rectalis media; 11 — a. glútea inferior; 12 — a. pudenda internă; 13 — a. sacralis lateralis; 14 — a. glútea superior; 15 — a. iliaca internă; 16 — a. iliaca comunis stîngă; 17 — a. iliaca comunis dextra (rezecată).

prostată, la femei — spre vagin. Ea anastomozează cu ramurile arterelor rectale superioare și inferioare.

Artera pudendă internă, *a. pudenda interna*, iese din bazin prin orificiul infrapiriform, și apoi prin orificiul ischiatic mic nimereste în fosa ischio-rectală, unde aderă la suprafața internă a mușchiului obturator intern. În fosa ischio-rectală de la ea pornește artera rectală inferioară (*a. rectalis inferior*) și apoi se ramifică în artera perineală (*a. perinealis*) și alte vase, la bărbați — artera uretrală, *a. urethralis*, artera bulbului penisului, *a. búlbi pennis*, artera profundă și dorsală a penisului, *aa. profundă et dorsalis penis*, la femei — artera uretrală, *a. urethralis*, artera bulbului vestibular (*a. vaginului*), *a. búlbi vestibuli (vaginae)*, artera profundă și superficială a clitoisului, *aa. profundă et dorsalis clitoridis*.)

Artera obturatoare, *a. obturatoria*, împreună cu nervul omonim se îndreaptă pe peretele lateral al bazinului

mic și prin canalul obturator trece pe coapsă, unde se împarte în ramura anterioară (*r. anterior*) care irigă mușchiul obturator extern, și abductorii coapsei și pielea organelor genitale externe; ramura posterioară, *r. posterior*) care la fel vascularizează mușchiul obturator extern și trimite ramura acetabulară (*r. acetabularis*) articulației coxo-femorale. Această ramură nu numai că irigă pereții cavității acetabulare, dar intrînd în componența ligamentului capului femurului ia parte la vascularizarea acestuia. În cavitatea bazinului *a. obturatoria* dă ramura pubiană, *r. pubicus*, care de partea medială a inelului, canalului femural anastomozează cu ramura obturatorie (*r. obturatorius*) (de la artera epigastrică inferioară). Cînd această anastomoză este bine pronunțată (30%) *r. obturatorius* se dezvoltă considerabil și poate fi traumatată în caz de herniotomie (așa numita *corona mortis*).

Artera fesieră inferioară, *a. glútea inferior*, prin orificiul infrapiriform, împreună cu artera pudendă internă și cu nervul sciatic se îndreaptă

spre mușchiul fesier mare și trimite o arteră lungă și subțire ce însoțește nervul sciatic (*a. cômîtans n. ischiâdici*).

Artera iliacă externă, *a. iliaca extérna* (fig. 137) constituie o prelungire a arterei iliace comune. Trecînd prin lacuna vasculară pe coapsă ea primește denumirea de artera femurală. De la artera iliacă externă deviază următoarele ramuri: 1) artera epigastrică inferioară, *a. epigastrica inferior*, este situată retroperitoneal și ascendează pe suprafața posterioară a peretelui anterior al abdomenului spre mușchiul rect al abdomenului; de la porțiunea inițială a acestei artere pornește r a m u r a p u b i a n ă, *r. púbicus*, spre osul pubian și periostul acestui os; de la această ramură la rîndul ei pornește o r a m u r ă subțire obturatorie, *r. obturatórius*, care anastomozează cu ramura pubiană de la artera obturatorie (privește mai sus), și artera cremasterică, *a. cremastérica* (la bărbați). La nivelul inelului inghinal profund de la artera epigastrică inferioară începe artera cremasterică, care vascularizează tunicile cordonului spermatic și ale testiculului, și mușchiul cremaster. La femei analogic acestei artere pornește artera ligamentului rotund al uterului, *a. lig. térétiis úteri*, care în componența acestui ligament ajunge la organele genitale externe; 2) artera circumflexă iliacă profundă, *a. circumfléxa ílium profúnda*, trece de-a lungul marginii posterioare a crestei iliace și trimite ramuri spre mușchii abdomenului, mușchii din vecinătatea bazinei, și anastomozează cu ramurile arterei iliolombare.

Artera femurală, *a. femoralis* (fig. 138), reprezintă o prelungire a arterei iliace externe și trece pe sub ligamentul inghinal (prin lacuna vasculară) lateral de vena omonimă prin șanțul ileopectinat (prin triunghiul femural), fiind acoperită numai de fascie și piele. În acest loc poate fi palpată pulsația arterei femurale. Pe urmă artera pătrunde în canalul adductor pe care îl părăsește pe suprafața posterioară a coapsei în fosa poplitee.

Ramurile arterei femurale: 1) a r t e-

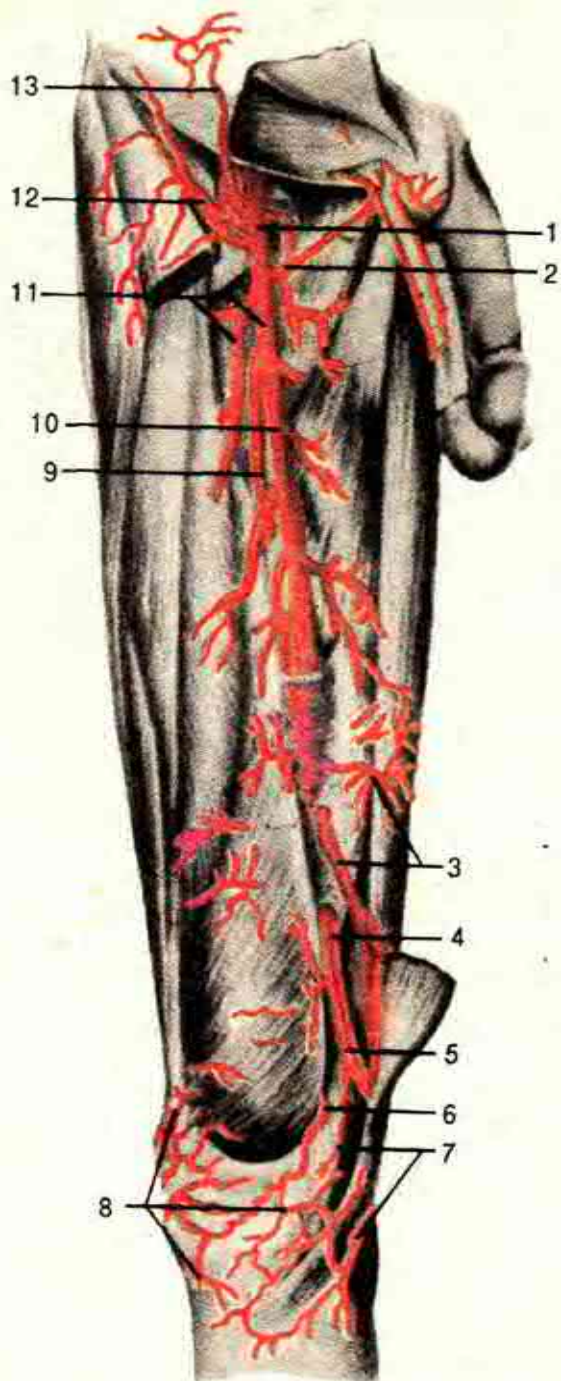


Fig. 138. Arterele coapsei; aspect anterior. O parte din sartoriu este extirpată.

1 — *a. femoralis*; 2 — *a. circumflexa femoris medialis*; 3 — *rr. musculares*; 4 — *n. saphenus*; 5 — *a. genus descendens*; 6 — *a. genus superior medialis*; 7 — *rr. articulares a. genus descendens*; 8 — *rete articulare genus*; 9 — *a. perforans*; 10 — *r. muscularis*; 11 — *a. profunda femoris*; 12 — *a. circumflexa ileum superficialis*; 13 — *a. epigastrica superficialis*.

ra epigastrică superficială, *a. epigastrică superficialis*, trece prin fascia ciuruită (sau *lâmina cribriformis*) pe suprafața anterioară a coapsei, pe urmă ascendează pe peretele anterior al abdomenului, unde vascularizează

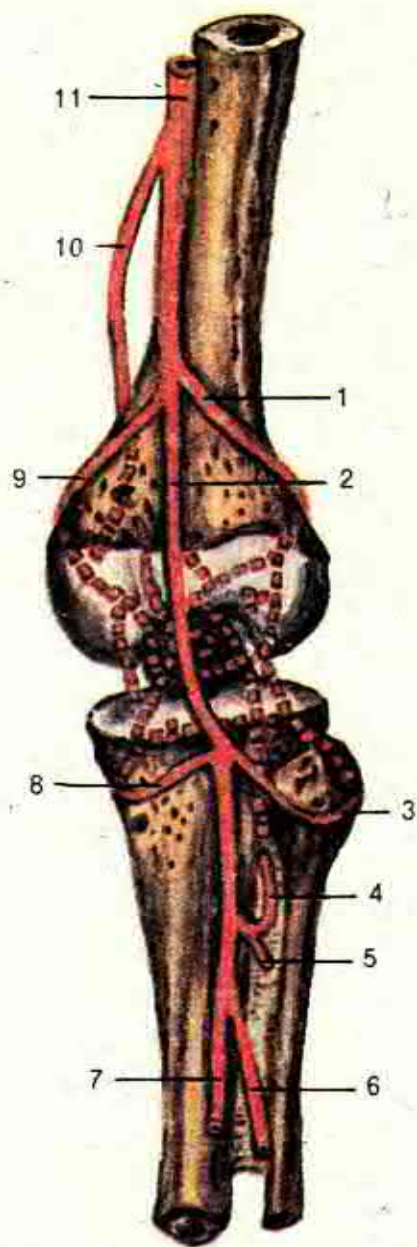


Fig. 139. Schema rețelei articulare a genunchiului; aspect posterior.

1 — a. genus superior lateralis; 2 — a. poplitea; 3 — a. genus inferior lateralis; 4 — a. recurrens tibialis posterior; 5 — a. tibialis anterior; 6 — a. peronea (fibularis); 7 — a. tibialis posterior; 8 — a. genus inferior medialis; 9 — a. genus superior medialis; 10 — a. genus descendens; 11 — a. femoralis.

partea inferioară a aponevrozei mușchiului oblic extern al abdomenului, țesutul subcutant și pielea; anastomozează cu ramurile arterei epigastrice superioare (de la artera toracică internă); 2) artera circumflexă iliacă superficială, *a. circumflexa ilium superficialis*, se îndreaptă lateral de-a lungul ligamentului inghinal spre spina iliacă anterioară superioară și se ramifică în mușchii adiacenți și piele. Ea anasto-

mozează cu artera circumflexă iliacă profundă (*a. circumflexa ilium profunda*) (de la artera iliacă externă) și cu ramura ascendentă a arterei circumflexe femurale laterale (*a. circumflexa femoris lateralis*); 3) arterele rușinoase externe, *aa. pudendae externae* (2—3), prin (*hiatus saphenus*) trec pe sub pielea coapsei și se îndreaptă spre scrot, la bărbați (ramurile scrotale anterioare, *rr. scrotales anteriores*, și spre labiile mari, la femei (ramurile labiale anterioare, *rr. labialis anteriores*); 4) artera femurală profundă, *a. profunda femoris* (fig. 138) (una din cele mai mari ramuri ale arterei femurale) pornește de la fața ei posterioară cu 3—4 cm mai jos de ligamentul inghinal și vascularizează coapsa. De la artera femurală profundă pornesc arterele circumflexe femurale mediale și laterale, perforante. Artera circumflexă femurală medială, *a. circumflexa femoris medialis*, îndreptându-se medial, înconjoară colul femurului și se împarte în ramurile ascendentă, profundă și transversală (*rr. ascendens, profundus et transversus*) spre mușchii ilopsoas, pectineu, obturator extern, piriform și mușchiul patrat femural). Artera circumflexă femurală medială anastomozează cu ramurile arterei obturatorie, circumflexă femurală, și cu prima perforanță (de la artera femurală profundă) și trimite ramura acetabulară (*r. acetabularis*) spre articulația coxo-femurală.

Artera circumflexă femurală laterală, *a. circumflexa femoris lateralis*, cu ramura sa ascendentă (*r. ascendens*) vascularizează mușchiul gluteu mare și mușchiul tensor al fasciei late, anastomozează cu ramurile arterelor fesiere. Ramurile descendentă și transversală, *rr. descendens et transversus*, a arterei circumflexe femurale laterale, alimentează mușchii coapsei (croitor și quadriceps).

Ramura descendentă, trecând printre mușchii coapsei, ajunge până la articulația genunchiului, unde anastomozează cu ramurile arterei poplitee.

Arterele perforante, *aa.*

perforantes (1,2 și 3) trec pe fața posterioară a coapsei, unde vascularizează mușchii biceps, semitendinos și semimembranos.

Prima arteră perforantă penetrează coapsa mai jos de mușchiul pectineu, a doua — mai jos de mușchiul adductor mic și a treia — mai jos de adductorul lung.

Aceste artere vascularizează mușchii suprafeței posterioare a coapsei și anastomozează cu ramurile arterei poplitee; 5) artera descendentă a genunchiului, *a. genus descendens*, deviază de la artera femurală, când aceasta trece prin canalul adductor, perforând peretele acestui canal trece pe suprafața anterioară a coapsei (prin hiatul tendinos al mușchiului adductor mare) împreună cu nervul safen, și descind spre articulația genunchiului ia parte la formarea rețelei arteriale a articulației genunchiului.

Artera poplitee, *a. poplitea* (fig. 139) reprezintă prelungirea directă a arterei femurale. La nivelul marginii inferioare a mușchiului popliteu ea se împarte în două ramuri terminale — artera tibială anterioară și posterioară.

Ramurile arterei poplitee: 1) artera superioară laterală a genunchiului, *a. genus superior lateralis*, începe la nivelul marginii superioare a condilului femural lateral, vascularizează mușchiul vast lateral și biceps al coapsei și anastomozează cu celelalte artere a genunchiului, luând parte la formarea rețelei articulare, care alimentează articulația genunchiului; 2) artera superioară medială a genunchiului, *a. genus superior mediales*, porneste la același nivel cu cea precedentă, ocolește condilul medial al femurului și vascularizează mușchiul vast medial al coapsei; 3) artera medie a genunchiului, *a. genus media*, se ramifică și vascularizează capsula articulației genunchiului, ligamentele încrucișate, meniscurile și plicele sinoviale; 4) artera inferioară laterală a genunchiului, *a. genus inferior lateralis*, porneste cu 3—4 cm mai distal de cea superioară laterală, ocolește condilul lateral al tibiei și vasu-

larizează venterul lateral al mușchiului gastrocnemian și mușchiul plantar; 5) artera inferioară medială a genunchiului, *a. genus inferior medialis*, porneste la același nivel cu cea precedentă, ocolește condilul medial al tibiei, vascularizează venterul medial al mușchiului gastrocnemian și ca toate celelalte ramuri ale arterei poplitee, ia parte la formarea rețelei articulare (*réte articuláris genus*).

Artera tibială posterioară, *a. tibiális posterior*, reprezintă o prelungire directă a arterei poplitee, trece în canalul cruro-popliteu, pe care îl părăsește (la nivelul dintre treimea mijlocie și inferioară a gambei) sub marginea medială a mușchiului soleus. Pe urmă artera se deplasează medial și trece posterior de maleola medială, fiind acoperită numai de fascie și piele. Mai departe printr-un canal fibros separat sub retinaculul mușchilor flexori, ea se deplasează în regiunea plantară a piciorului.

Ramurile arterei tibiale posterioare: 1) ramura circumflexă fibulară, *r. circumflexus fibulae*, se divide de la partea inițială a arterei tibiale posterioare, se îndreaptă spre capul fibulei, alimentează mușchii din vecinătate și anastomozează cu arterele genunchiului; 2) artera fibulară, *a. perónea (fibuláris)*, se îndreaptă în jos și lateral, sub flexorul lung al halucelui (adiacentă la fibulă), și pătrunde în canalul musculoperoneu inferior. Trecând pe suprafața posterioară a membranei interosoase a gambei ea vascularizează mușchiul tripceps sural, mușchiul fibular lung și scurt, și de partea posterioară a maleolei laterale se divide în ramurile sale finale; ramurile maleolare laterale, *rr. malleoláres laterális*, ramurile calcaneale, *rr. calcanei*, ce iau parte la formarea rețelei arteriale calcaniene (*réte calcáneum*). De la artera fibulară pornesc și ramuri perforante, *r. perforans*, care anastomozează cu artera maleolară laterală anterioară (*a. malleoláris antérior laterális* — de la artera tibială anterioară), și ramura comunicantă, *r. comunicans*, care în regiunea treimei inferioare a gambei

unește artera fibulară cu tibiala posterioară; 3) artera plantară medială, *a. plantaris medialis* (fig. 140), — una din ramurile terminale ale arterei tibiale posterioare. Ea trece sub mușchiul abductor al halucelui, fiind situată în șanțul plantar medial se împarte în ramura superficială și profundă (*r. superficialis* și *r. profundus*).

Ramura superficială alimentează mușchiul abductor al halucelui, iar cea profundă — același mușchi și flexorul scurt al degetelor. Artera plantară medială anastomozează cu prima arteră metatarsiană dorsală; 4) artera plantară laterală, *a. plantaris lateralis* (fig. 140), este mai groasă decât artera precedentă, trece prin șanțul plantar lateral pînă la baza osului metatarsian V, unde întoarce brusc în partea medială și formează arcul plantar (*arcus plantaris*) (fig. 140), așezat pe bazele oaselor metatarsiene. Arcada se termină pe marginea laterală a osului metatarsian I prin anastomoză cu ramura plantară profundă a arterei dorsale a piciorului și cu artera plantară medială. Artera plantară laterală trimite ramuri spre mușchii, oasele și ligamentele piciorului. De la arcada plantară pornesc patru artere metatarsiene plantare, *aa. metatarsae plantares I—IV*. În spațiile interosoase în aceste artere se varsă ramurile perforante ale arterelor metatarsiene dorsale. De la *aa. metatarsae plantares* se divid ramuri perforante (*rr. perforantes*) spre arterele metatarsiene dorsale. Fiecare arteră metatarsiană plantară se prelungește în artera digitală plantară comună (*a. digitalis plantaris communis*). La nivelul falangelor proximale ale degetelor fiecare arteră digitală plantară comună (în afară de prima) se divide în două artere digitale plantare proprii, *aa. digitales plantares propriae*. Artera plantară digitală comună (I) se ramifică în trei artere digitale plantare proprii: spre ambele părți ale policelui și spre marginea medială a degetului II; *aa. digitales plantares propriae* II, III, IV alimentează suprafețele adiacente ale degetelor II, III, IV, V. La nivelul capului oaselor metatarsiene de la arterele digitale plantare comune

spre arterele digitale dorsale pornesc ramurile perforante.

Artera tibială anterioară, *a. tibiális anterior*, în fosa poplitee se divide de la artera poplitee (la nivelul marginii inferioare a mușchiului popliteu) pătrunde în canalul cruropopliteu, pe care imediat îl și părăsește prin orificiul anterior al membranei interosoase. Pe urmă descendează pe suprafața anterioară a membranei și continuă pe picior sub denumirea de artera dorsală a piciorului (fig. 141).

Ramurile arterei tibiale anterioare: 1) artera recurentă tibială posterioară, *a. recurrens tibialis posterior*, deviază în regiunea fosei poplitee, anastomozează cu artera inferioară medială a genunchiului, luînd parte la formarea rețelei articulației genunchiului (*réte articulare genu*), alimentează articulația genunchiului și mușchiul popliteu; 2) artera recurentă tibială anterioară, *a. recurrens tibiális anterior*, începe de la artera tibială anterioară imediat după apariția ei pe suprafața anterioară a gambei, ascendează și anastomozează cu arterele ce iau parte la formarea rețelei articulare a genunchiului. Participă la alimentarea articulației genunchiului, articulației tibiofibulare, mușchiul tibial anterior și exteriorului lung al degetelor; 3) artera maleolară anterioară laterală, *a. malleolaris anterior laterális*, pornește mai sus de maleola laterală, vascularizează maleola laterală, articulația talocrurală și oasele tarsiene, anastomozînd cu ramurile maleolare laterale (*rr. malleolaris laterális*) (de la artera peronee); participă la formarea rețelei maleolare laterale (*réte malleolaris laterale*); 4) artera maleolară anterioară medială, *a. malleolaris anterior mediális*, pleacă de la artera tibială anterioară la același nivel cu cea precedentă, trimite ramuri spre capsula articulației tibio-fibulo-talară și anastomozează cu ramurile maleolare mediale (*rr. malleolaris mediáles*) de la artera tibială posterioară), participă la formarea rețelei maleolare mediale (*réte malleolare mediáles*); 5) artera dorsa-

lă a piciorului, *a. dorsalis pedis* (reprezintă prelungirea arterei tibiale anterioare) trece printr-un canal fibros separat anterior de articulația tibio-fibulo-talară, printre tendoanele mușchilor extensor al policelului și extensorul lung al degetelor. Pe acest sector artera se află nemijlocit sub piele și aici se poate determina pulsul. Pe partea dorsală a piciorului, *a. dorsalis pedis*, se îndreaptă spre primul spațiu interosos, unde se ramifică în ramurile terminale: 1) artera metatarsiană dorsală I (*a. metatarsae dorsalis I*), de la care pornesc trei artere digitale dorsale (*aa. digitales dorsales*) spre ambele părți ale suprafeței dorsale a policelului și spre suprafața medială a degetului II; 2) ramura plantară profundă (*r. plantaris profundus*) care prin spațiul intermetatarsian I trece pe suprafața plantară a piciorului, perforând primul mușchi interosos dorsal și anastomozează cu arcada plantară. De la *a. dorsalis pedis* diviază arterele tarsiene laterală și medială (*aa. tarseae lateralis et medialis*) spre marginea laterală și medială a piciorului; artera arcuată (*a. arcuata*), la nivelul articulațiilor metatarsofalangiene anastomozează cu artera metatarsiană laterală. De la artera arcuată pornesc arterele metatarsiene dorsale I—IV, *aa. metatarsae dorsales I—IV* (fig. 141), fiecare din ele în partea inițială a spațiilor interdigitale se ramifică în două artere digitale dorsale (*aa. digitales dorsales*) ce se îndreaptă spre partea dorsală a degetelor vecine. De la fiecare arteră digitală dorsală pleacă ramuri perforante, prin spațiile intermetatarsiene spre arterele metatarsiene plantare.

Anastomozele dintre ramurile arterelor bazinului și a membrului inferior (tab. 5). Pentru arterele bazinului și a membrului inferior este caracteristică prezența anastomozelor dintre ramurile arterelor iliace, femurale, poplitee și tibiale, care asigură circulația colaterală a singelui arterial și vascularizează articulațiile lor. Distingem următoarele anastomoze dintre ramurile arterei iliace interne și celei femurale: ramura pubiană (de la artera obturatorie) cu ramura

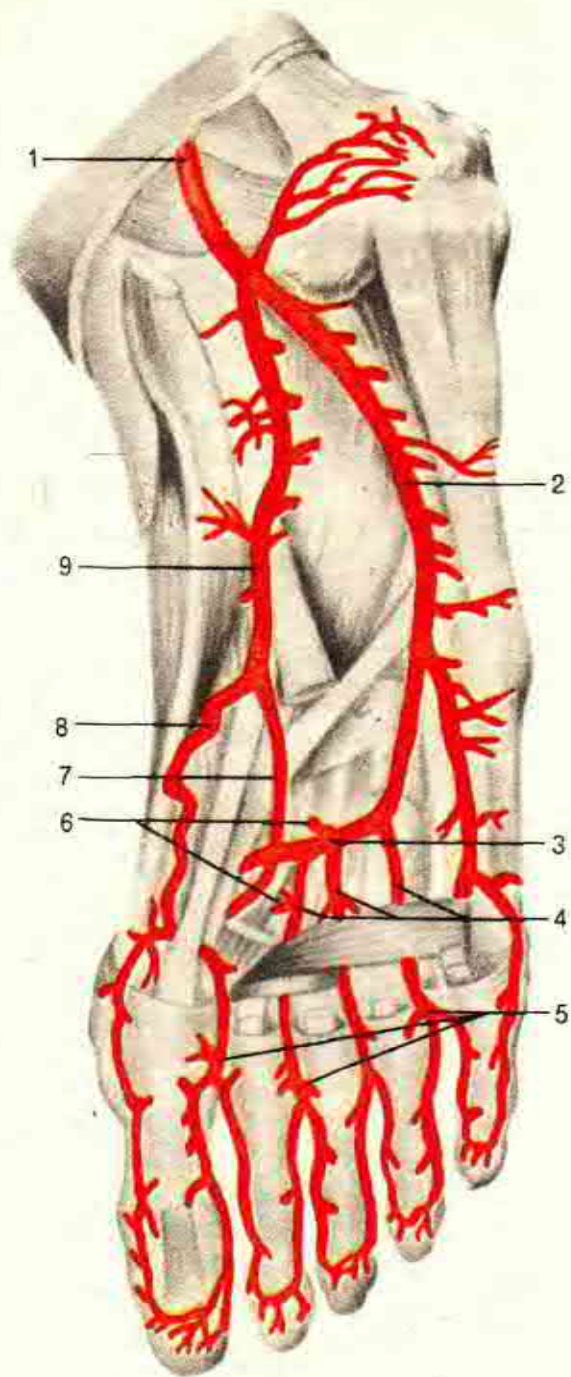


Fig. 140. Arterele plantare.

1 — *a. tibialis posterior*; 2 — *a. plantaris lateralis*; 3 — *arcus plantaris*; 4 — *a. metatarsae plantares*; 5 — *aa. digitales plantares communes*; 6 — *rr. perforantes*; 7 — *r. profundus a. plantaris medialis*; 8 — *r. superficialis a. plantaris medialis*; 9 — *a. plantaris medialis*.

obturatorie de la artera epigastrică inferioară.

În jurul articulației coxo-femorale anastomozează ramura acetabulară a arterei obturatorie cu ramurile arterei glutee inferioare (de la artera iliacă internă) și cu artera circumflexă femurală me-

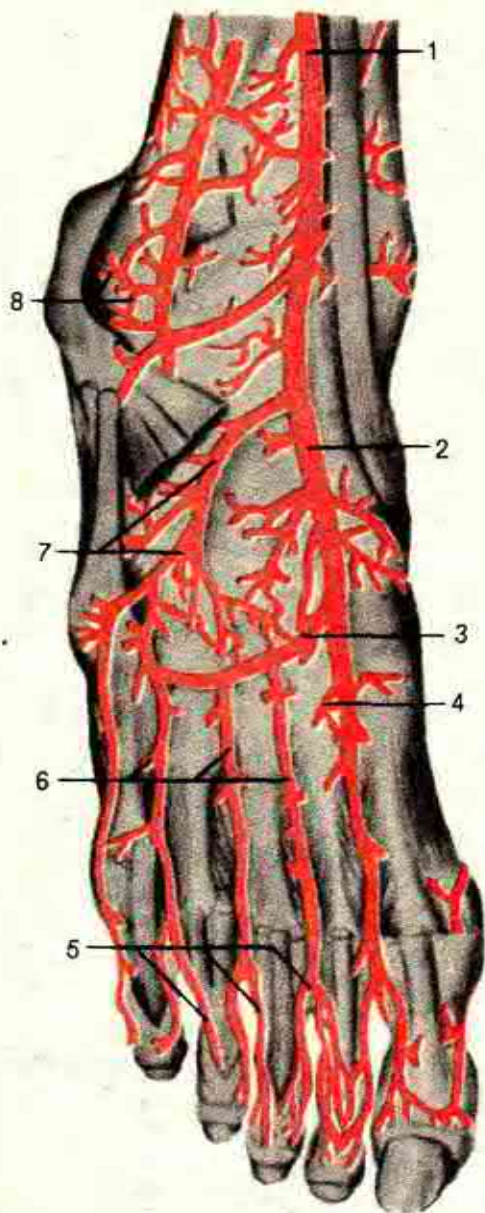


Fig. 141. Arterele dorsale ale piciorului.

1 — a. tibialis anterior; 2 — a. dorsalis pedis; 3 — a. arcuata; 4 — r. plantaris profundus; 5 — aa. digitales dorsales; 6 — aa. metatarsale dorsales; 7 — a. tarsea lateralis; 8 — rete malleolare laterale.

dială (de la artera femurală profundă), tot așa și cu arterele glutee superioară și inferioară (ambele de la artera iliacă internă) și cu artera circumflexă femurală medială și laterală (de la artera femurală profundă).

Anastomozele dintre ramurile arterei femurale cu ramurile arterelor ce pornesc din alte izvoare: artera epigastrică superficială (de la artera femurală) cu artera epigastrică superioară (de la artera toracică internă) în grosimea peretelui anterior al abdomenului.

Arterele genunchiului superioară medială și laterală și inferioară medială și laterală (de la artera poplitee) anastomozează între ele și cu artera descendentă a genunchiului (de la artera femurală) la fel și cu arterele recurente anterioară și posterioară (ramuri ale arterei tibiale anterioare), formând în jurul articulației genunchiului o rețea articulară (*réte articulaire génus*).

Artera maleolară anterioară medială (ramură a arterei tibiale anterioare), ramurile maleolare mediale (de la artera tibială posterioară) și arterele tarsiene mediale (de la artera dorsală a piciorului) aproape de maleola medială formează rețeaua maleolară medială (*réte malleolaire médiale*).

Lângă maleola laterală se află rețeaua maleolară laterală (*réte malleolaire latérale*). La formarea ei iau parte: artera maleolară anterioară laterală (de la artera tibială anterioară), ramurile maleolare laterale, ramura perforantă (de la artera peronee).

Rețeaua calcanee (*réte calcaneum*) se formează din anastomozele ramurilor calcanee ale arterei tibiale posterioare și ramurile calcanee ale arterei peronee.

Pe suprafața plantară a piciorului anastomozele arterelor formează două arcade arteriale. Una din ele — arcada plantară, *arcus plantaris*, este situată în plan orizontal; ea este formată de partea distală a arterei plantare laterale (*a. plantaris lateralis*) și artera plantară medială (*a. plantaris mediális*) — ambele de la artera tibială posterioară (*a. tibiális postérieur*). A doua arcadă este situată în plan vertical, și este formată de anastomoză dintre arcada plantară (*arcus plantaris*) și ramura plantară profundă (*r. plantaris profundus*) a arterei dorsale a piciorului. Prezența acestor anastomoze asigură circulația singelui spre degete în orice poziție a piciorului.

Venele marii circulații

Venele marii circulații sînt întrunite în trei sisteme:

1) sistemul venos al cordului (vezi „Cordul”), 2) sistemul venei cave su-

perioare și 3) sistemul venei cave inferioare, în care se varsă cea mai mare venă din corpul uman — vena portă. Vena portă cu afluențele ei formează sistemul venei porte. Fiecare sistem are un trunchi principal, în care se varsă venele ce colectează sânge de la un anumit grup de organe. Aceste trunchiuri (*sínus coronárius córdís*, *v. cáva supérior*, *v. cáva inférior*) se varsă, fiecare separat, în atriul drept. Între sistemele venelor cave și sistemul venei porte există anastomoze (vezi tab. 8).

Sistemul venei cave superioare

Vena cavă superioară, *v. cáva supérior* (fig. 142), constituie un vas masiv și scurt (5—8 cm lungime, 21—25 mm în diametru), lipsit de valve, care se formează prin confluența venelor brahiocefalice dreaptă și stîngă posterior de locul unirii cartilajului coastei I din dreapta cu sternul. *V. cáva supérior* trece perpendicular în jos și la nivelul unirii cartilajului coastei III din dreapta cu sternul se varsă în atriul drept. Anterior de venă se află timusul și partea mediastinală a plămînilui drept acoperit de pleură. Din dreapta la venă vine în adiacență pleura mediastinală, din stînga — partea ascendentă a aortei. Posterior, vena cavă superioară vine în contact cu fața anterioară a rădăcinii plămînilui drept. În vena cavă superioară se varsă din dreapta vena impară iar din stînga — ramurile mediastinale și pericardiale, de calibru mic. *V. cáva supérior* colectează sânge din trei grupuri de vene: venele capului și gîtului, venele ambelor membre superioare și venele parietale ale cavităților toracică și, parțial, abdominală, cu alte cuvinte, din acele regiuni, care sînt irigate de ramurile arcului și părții toracice a aortei.

Vena impară, *v. ázygos*, constituie o prelungire în cavitatea toracică a venei lombare ascendente drepte, *v. lumbális ascédens dextra*, care se află posterior de mușchiul mare al lombelor și, pe traiect, anastomozează cu venele lombare din dreapta, care se varsă în vena cavă inferioară. Trecînd printre fasciculele musculare ale pedun-

culului drept a părții lombare a diafragmului spre mediastinul posterior, *v. lumbális ascédens dextra* capătă denumirea de venă impară, *v. ázygos*. Posterior și spre stînga de ea se află coloana vertebrală, partea toracică a aortei și ductul toracic, precum și arterele intercostale posterioare drepte. Anterior de venă se află esofagul. La nivelul vertebrelor IV—V toracice *v. ázygos* ocolește posterior rădăcina plămînilui drept, trece anteroinferior și se varsă în vena cavă superioară. Vena impară comportă două valve în orificiul său. În vena impară pe traiectul său spre vena cavă superioară se varsă venele peretelui posterior al cavității toracice: vena intercostală superioară dreaptă, *v. intercostális supérior dextra*, venele intercostale posterioare, *vv. intercostáles postérieures*, 4—11; vena semiimpară, iar prin acestea — venele plexurilor venoase vertebrale externe, și interne, *pléxus venósi vertebráles extérni et intérni*, precum și venele organelor din cavitatea toracică: venele esofagiene, *vv. esophageáles*; venele bronhiale, *vv. bronchiáles*; venele pericardiale, *vv. pericardiácae*; și venele mediastinale, *vv. mediastináles*.

Vena semiimpară, *v. hemiázygos* (uneori ea e numită vena impară mică sau vena impară stîngă), este mai subțire decît vena impară, deoarece în ea se varsă doar 4—5 vene intercostale inferoposterioare din stînga. Vena semiimpară constituie o prelungire a venei lombare ascendente stîngi, *v. lumbális ascédens sinistra*, trece printre fasciculele musculare ale pedunculului stîng al diafragmului spre mediastinul posterior, în adiacență la fața stîngă a vertebrelor toracice. În dreapta de vena semiimpară se află partea toracică a aortei, posterior de ea — arterele intercostale posterioare din stînga, la nivelul vertebrelor VII—X toracice vena semiimpară cotește brusc spre dreapta, intersectează anterior coloana vertebrală (trecînd posterior de aortă, esofag și ductul toracic) și se varsă în vena impară, *v. ázygos*. În vena semiimpară se

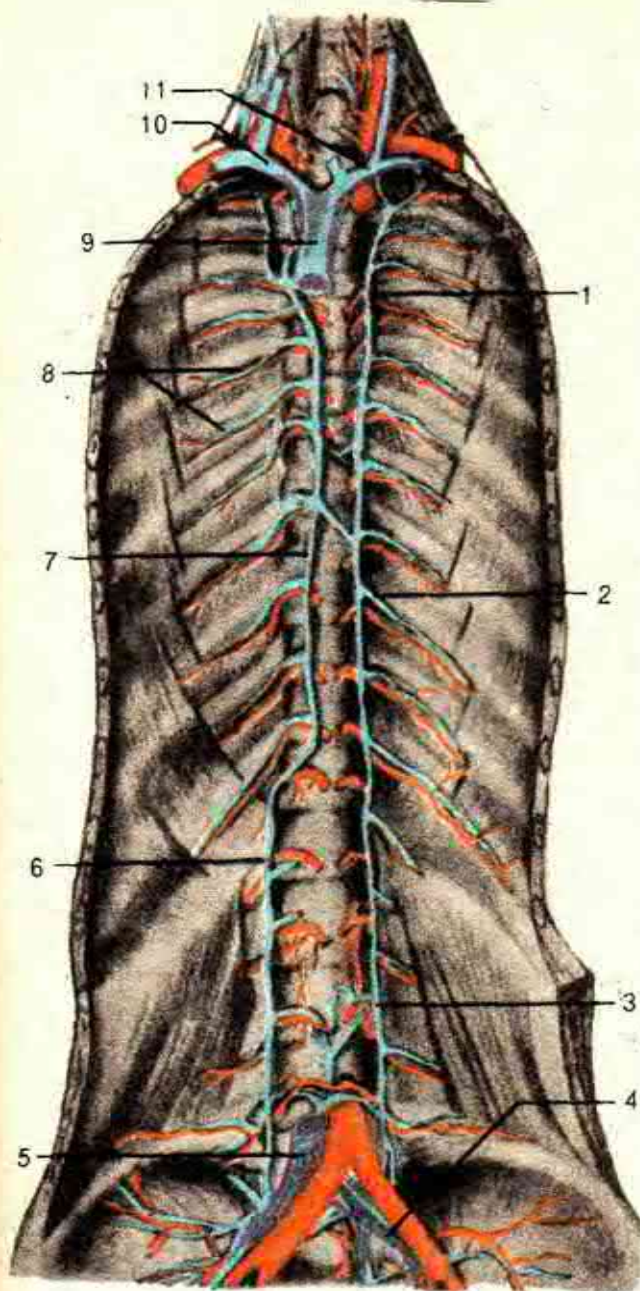


Fig. 142. Venele impară, semiimpară și semiimpară accesorie.

1 — v. hemiazygos accessoria ; 2 — v. hemiazygos ; 3 — v. lumbalis ascendens sinistra ; 4 — v. iliaca communis sinistra ; 5 — v. cava inferior (rezecată) ; 6 — v. lumbalis ascendens dextra ; 7 — v. azygos ; 8 — vv. intercostales posteriores ; 9 — v. cava superior (rezecată) ; 10 — v. brachiocephalica dextra ; 11 — v. brachiocephalica sinistra.

varsă venind de sus în jos vena semiimpară accesorie, *v. hemiazygos accessoria* (vezi fig. 142), care colectează sânge de la 6—7 vene intercostale posterioare, *vv. intercostales posteriores*, precum și venele esofagiene și mediastinale, *vv. esophageales et mediastinales*. Principalele afluențe ale venei impare

și semiimpare sînt venele intercostale posterioare, fiecare din acestea unindu-se prin extremitatea anterioară cu vena intercostală anterioară, *v. intercostalis anterior*, afluentă a venei toracice interne, *v. thoracica interna*, ceea ce face posibilă scurgerea sîngelui venos de la pereții cavității toracice îndărăt în venele impară și semiimpară și înainte — în venele toracice interne.

Venele intercostale posterioare, *vv. intercostales posteriores*, sînt situate în spațiile intercostale alături de arterele omonime, în șanțul de sub coasta respectivă, și colectează sânge din țesuturile pereților cavității toracice și, parțial, de la peretele abdominal anterior (vene intercostale inferioare posterioare). În fiecare venă intercostală se varsă o ramură dorsală, *r. dorsalis*, care se formează în pielea și în mușchii regiunii dorsale; vena intervertebrală, *v. intervertebralis*, care se formează din venele externe și interne ale plexurilor venoase vertebrale; în fiecare venă intervertebrală se varsă o ramură spinală, *r. spinalis*, care împreună cu alte vene (vertebrale, lombare și sacrale) participă la colectarea sîngelui venos din măduva spinării.

Plexurile venoase vertebrale interne (anterior și posterior), *plexus venosi vertebrales interni (anterior et posterior)* (fig. 143, 144), sînt situate în interiorul canalului vertebral (între pahimeningele măduvei spinării și periost) și sînt prezentate de vene cu anastomoze multiple. Plexurile se întind de la orificiul mare occipital în partea de sus pînă la apexul cocisului în partea de jos. În plexurile vertebrale interne se varsă venele spinale, *vv. spinales*, și venele substanței spongioase a vertebrelor. Din aceste plexuri sângele prin venele intervertebrale care trec prin orificiile intervertebrale (alături de nervii spinali) se varsă în venele impară, semiimpară și semiimpară accesorie, precum și în plexurile vertebrale venoase externe (anterior și posterior), *plexus venosi vertebrales externi (anterior et posterior)*, care sînt situate pe fața anterioară a ver-

tebrelor prinzînd în rețea arcurile și apofizele acestora. Refluxul sîngelui de la plexurile venoase externe se realizează prin venele posterioare intercostale lombare și sacrale, *vv. intercostales posteriores lumbales et sacrales*, precum și nemijlocit în venele impară, semiimpară și semiimpară accesorie. La nivelul porțiunii superioare a coloanei vertebrale venele plexurilor se varsă în venele vertebrale și occipitale, *vv. vertebrales, vv. occipitales*.

Venele brahiocefalice, dreaptă și stîngă, *vv. brachiocephalicae, dextra et sinistra* (fig. 145), nu sînt înzestrate cu valve. Ele constituie rădăcinile venei cave superioare, colectează sînge de la organele capului, gîtului și membrilor superioare. Fiecare venă brahiocefalică se formează din 2 vene — subclaviculară și jugulară internă.

Vena brahiocefalică stîngă se formează posterior de articulația sternoclaviculară stîngă, are o lungime de 5—6 cm, trece de la nivelul formării sale oblic în jos și spre dreapta posterior de manubriul sternal și timus. Posterior de venă se află trunchiul brahiocefalic, arterele stîngi comune carotidă și subclaviculară. La nivelul cartilajului coastei I din dreapta vena brahiocefalică stîngă se unește cu vena dreaptă omonimă, formînd vena cavă superioară.

Vena brahiocefalică dreaptă se formează posterior de articulația sternoclaviculară dreaptă (avînd o lungime de 3 cm), coboară cvazivertical în jos, posterior de marginea dreaptă a sternului în adiacență la bolta pleurei drepte. În fiecare din aceste vene se varsă vene de calibru mai mic venite de la organele interne: vene timice, *vv. thymicae*; vene pericardiace, *vv. pericardicae*; vene pericardiodiafragmatice, *vv. pericardiacophrenicae*; vene bronhiale, *vv. bronchiales*; vene esofagiene, *vv. esophageales*; vene mediastinale, *vv. mediastinales* (de la ganglionii limfatici și de la țesutul conjunctiv din mediastin).

Cele mai mari afluențe ale venelor brahiocefalice dreaptă și stîngă sînt venele tiroidiene inferioa-

re, *vv. thyroideae inferiores*, în număr de 1—3, prin care sîngele vine de la plexul tiroidian impar, *plexus thyroideus impar*; vena laringiană inferioară, *v. laryngea inferior*, care aduce sîngele de la laringe și anastomozează cu venele tiroidiene superioară și medie.

Vena vertebrală și vena cervicală profundă, *v. vertebralis et v. cervicalis profunda*. Prima din ele însoțește artera vertebrală, trece împreună cu ea prin orificiile transversale ale vertebrelor cervicale spre vena brahiocefalică, *v. brachiocephalica*, primind pe traiect venele interioare ale plexurilor vertebrale. Vena cervicală profundă începe de la plexurile vertebrale exterioare și de asemenea colectează sînge de la mușchii situați în regiunea occipitală. Această venă trece posterior de apofizele transversale ale vertebrelor cervicale și se varsă în vena brahiocefalică la distanță mică de orificiul venei vertebrale sau nemijlocit în vena vertebrală.

Venele toracice interne, *vv. thoracicae internae*. Acestea însoțesc artera toracică internă cîte două de fiecare parte a acesteia. Rădăcinile lor sînt constituite de venele superioare epigastrice și venele musculodiafragmatice, *vv. epigastricae superiores, et vv. musculophrenicae*. Primele din acestea anastomozează în profunzimea peretelui abdominal anterior cu venele epigastrice inferioare, care se varsă în vena iliacă externă. În venele toracice interne se varsă venele intercostale anterioare, *vv. intercostales anteriores*, situate în porțiunile anterioare ale spațiilor intercostale. Aceste vene anastomozează cu venele intercostale posterioare, *vv. intercostales posteriores*, care se varsă în venele impară și semiimpară.

De ambele părți în vena brahiocefalică se varsă vena intercostală supremă, *v. intercostalis suprema*, care colectează sînge din spațiile intercostale III—IV superioare.

Venele capului și gâtului

Vena jugulară internă, *v. jugularis interna* (vezi fig. 145), constituie un vas, care împreună cu vena jugulară externă, *v. jugularis externa*, colectează sânge de la cap și gât, de la regiunile corespunzătoare ramificațiilor arterelor vertebrale și carotide, internă și externă.

V. jugularis interna constituie prelungirea nemijlocită a sinusului sigmoid al pahimeningelui. Ea începe la nivelul orificiului jugular, inferior pe care se află o dilatare mică numită **bulbul superior al venei jugulare**, *bulbus venae jugularis superior*. La început vena e situată posterior de artera carotidă internă, apoi trece lateral posterior de artera carotidă printr-o teacă fascială împreună cu nervul vag. Înainte de confluență cu vena subclaviculară, *v. subclavia*, se află a doua dilatare numită **bulbul inferior al venei jugulare**, *bulbus venae jugularis inferior*; mai sus și mai jos de acesta se află câte o valvă pară în interiorul venei.

Prin sinusul sigmoid de la care își ia începutul vena jugulară internă, sângele venos se scurge din sistemul sinusurilor pahimeningelui cerebral. În aceste sinusuri (vezi „Tunicile encefalului”) se varsă venele superficiale și profunde cefalice, care colectează sânge de la encefal (vezi „Vasele encefalului”), adică vene diploice, precum și venele oftalmice și venele labirintului, care pot fi considerate ca afluențe intracraniene ale venei jugulare interne.

Venele diploice, *vv. diploicae*, nu sînt dotate cu valve, ele colectează sânge de la oasele craniului. Aceste vene cu pereți fini și lumen relativ larg, încep în substanța spongioasă a bolții craniene (odinioară ele se numeau vene ale substanței spongioase). În cavitatea craniului ele comunică cu venele meningeale și sinusurile pahimeningelui encefalului, iar în exterior de craniu prin venele emisare comunică cu venele tegumentelor exterioare ale capului. Cele mai mari dintre aceste vene sînt următoarele: vena diploică frontală, *v. diploica frontalis*, se varsă în sinusul

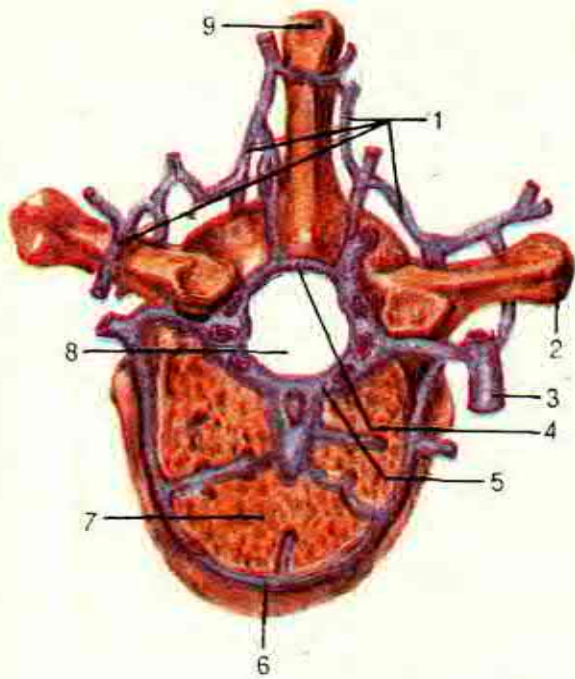


Fig. 143. Venele vertebrei toracice; aspect superior (secțiune transversală).

1 — plexus venosus vertebralis externus posterior; 2 — processus transversus; 3 — r. dorsalis v. intercostalis posterioris; 4 — plexus venosus vertebralis internus posterior; 5 — plexus venosus vertebralis internus anterior; 6 — plexus venosus vertebralis externus anterior; 7 — corpus vertebrae; 8 — canalis vertebralis; 9 — processus spinosus.

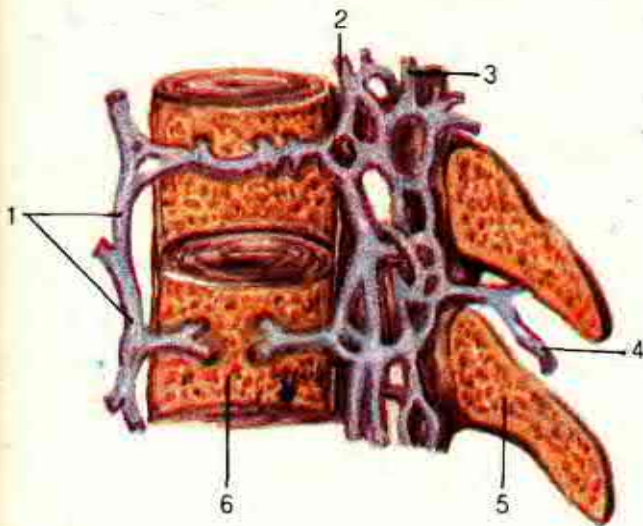


Fig. 144. Venele coloanei vertebrale. Secțiune sagitală într-un fragment de coloană vertebrală. Aspect pe secțiune.

1 — plexus venosus vertebralis externus anterior; 2 — plexus venosus vertebralis internus anterior; 3 — plexus venosus vertebralis internus posterior; 4 — plexus venosus vertebralis externus posterior; 5 — processus spinosus; 6 — corpus vertebrae.

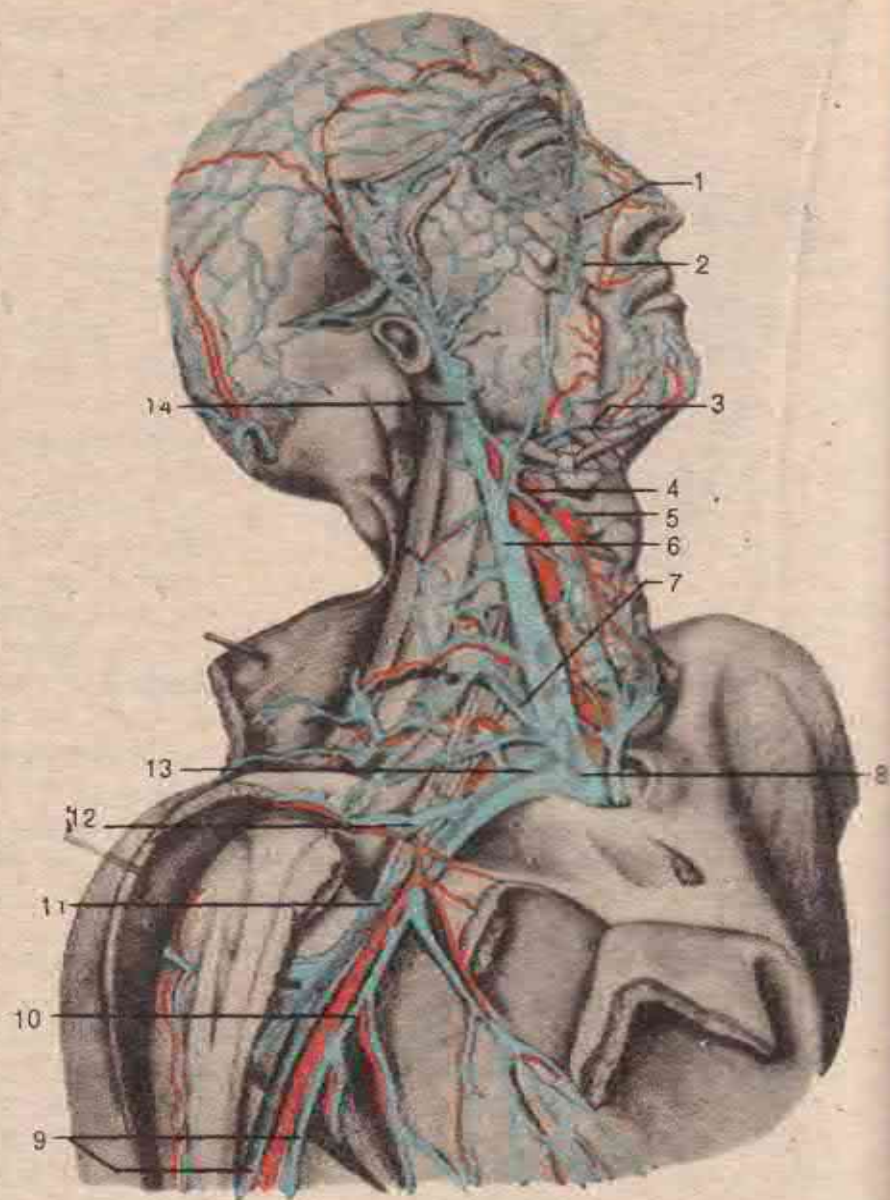


Fig. 145. Venele jugulară internă și subclaviculară și afluențele lor.

1 — v. angularis; 2 — v. facialis; 3 — v. submentalis; 4 — v. thyroidea superior; 5 — v. laryngea superior; 6 — v. jugularis interna; 7 — v. jugularis externa (tezecală); 8 — v. brachiocephalica dextra; 9 — vv. brachiales; 10 — v. brachialis medialis; 11 — v. axillaris; 12 — v. cephalica; 13 — v. subclavia; 14 — v. retromandibularis.

sagital superior; vena diploică temporală anterioară, *v. diploica temporalis anterior*, care se varsă în sinusul sfenoparietal; vena diploică temporală posterioară, *v. diploica temporalis posterior*, care se varsă în vena emisară mastoidiană; și vena diploică occipitală, *v. diploica occipitalis*, care se varsă în sinusul transvers sau în vena emisară occipitală.

Venele oftalmice superioară și inferioară, *vv. ophthalmicae superior et inferior*, nu posedă valve. În prima din acestea care e cea mai mare, se varsă venele nasului și frunții, vena palpebrală superioară, vena osului etmoidal, vena glandei lacrimale,

vene membranei globului ocular și majorității mușchilor acestuia. *V. ophthalmica superior* în regiunea unghiului medial al ochiului anastomozează cu vena facială, *v. facialis*. *V. ophthalmica inferior* se formează din venele palpebrei inferioare ale mușchilor învecinați ai ochiului, trece pe peretele inferior al orbitei sub nervul oftalmic și se varsă în vena oftalmică superioară, care părăsește orbita prin fanta orbitală superioară și se varsă în sinusul cavernos.

Venele labirintului, *vv. labyrinthi*, părăsesc labirintul prin meatul auditiv intern și se varsă în sinusul stîncos inferior.

Sinusurile pahimeningelui encefalului prin intermediul venelor emisare, *vv.*

emissariae, se unesc cu venele situate în tegumentele exterioare ale capului. Venele emisare sînt situate în niște canale osoase mici, prin ele sîngele se varsă din sinusuri spre exterior, adică la venele care colectează sîngele de la tegumentele externe ale capului. Distingem vena emisară parietală, *v. emissaria parietalis*, care trece prin orificiul parietal al osului omonim și unește sinusul sagital superior cu venele externe ale capului; vena emisară mastoidiană, *v. emissaria mastoidea*, e situată în canalul apofizei mastoidiene a osului temporal; vena emisară condilară, *v. emissaria condylaris*, pătrunde prin canalul condilar al osului occipital. Venele emisare parietală și mastoidiene unesc sinusul sigmoid cu afluențele venei occipitale, iar vena condilară pe lîngă acestea, realizează unirea și cu plexul vertebral extern.

Din afluențele extracraniene ale venei jugulare interne fac parte: 1) venele faringiene, *vv. pharyngeae*, fără valve, colectează sîngele din plexul faringian, *plexus pharyngeus*, care e situat pe fețele posterioară și laterale ale faringelui. În acest plex vine sîngele venos nu numai de la faringe, ci și de la tubul auditiv, de la palatul moale și de la partea posterioară a pahimeningelui encefalului; 2) vena linguală, *v. lingualis*, care se formează din venele dorsale și profundă ale limbii, *vv. dorsales linguae et v. profunda linguae*, și vena sublinguală, *v. sublingualis*; 3) vena tiroidiană superioară, *v. thyroidea superior* (uneori se varsă în vena facială), însoțește artera omonimă și e dotată cu valve. În vena tiroidiană superioară se varsă vena laringiană superioară, *v. laryngea superior*, și vena sternocleidomastoidiană, *v. sternocleidomastoidea*. În unele cazuri una din venele tiroidiene se îndreaptă lateral spre vena jugulară internă și se varsă separat în ea ca vena tiroidiană medie, *v. thyroidea media*; 4) vena facială, *v. facialis*, se varsă în vena jugulară internă la nivelul osului hioidian. În ea se varsă venule de calibru mai

mic, care se formează în țesuturile moi ale feței (vena unghiulară, *v. angularis*, vena supraorbitală, *v. supraorbitalis*; venele palpebrale superioare și inferioare, *vv. palpebrales superiores et inferiores*; venele nazale externe, *vv. nasales externae*; venele labiale superioară și inferioară, *vv. labiales superior et inferior*, vena palatină, *v. palatina*; vena submentală, *v. submentalis*; ramurile glandei parotide, *rr. parotidae*; vena profundă a feței, *v. faciei profunda*); 5) vena retromandibulară, *v. retromandibularis*, e un vas de calibru destul de mare. Ea trece anterior de pavilionul urechii, penetrează glanda parotidă posterior de ramura inferioară a mandibulei (spre exterior de artera carotidă externă), se varsă în vena jugulară internă. *V. retromandibularis* colectează sînge de la pavilionul urechii (*vv. auriculares anteriores*), de la regiunile temporală și parietală (*vv. temporales superficiales, media, profundae*), venele articulației temporomandibulare, (*vv. articulares temporomandibulares, plexului venos pterigoidian, plexus pterygoideus*, în care se varsă venele meningeale medii, *vv. meningeae mediae*, de la glanda parotidă (*vv. parotidae*), de la urechea medie (*vv. tympanicae*).

Vena jugulară externă, *v. jugularis externa* (vezi fig. 145), se formează la marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian prin confluența a două afluențe — anterioară, ce se prezintă ca o anastomoză cu vena retromandibulară *v. retromandibularis*, care se varsă în vena jugulară internă, și posterioară, formată prin confluența venelor occipitală și auriculară posterioară, *v. occipitalis et v. auricularis posterior*. Vena jugulară externă se îndreaptă în jos pe fața anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian pînă la claviculă care penetrează foita pretraheală a fasciei cervicale și se varsă în unghiul de confluență a venelor subclaviculară și jugulară internă sau, formînd trunchi comun cu ultima, se varsă în artera subclaviculară. La nivelul orificiului său și în profunzimea gîtului această venă are două valve pare. În ea se varsă vena suprascapulară, *v. suprascapularis*, vena jugu-

lară anterioară, și venele transversale ale gâtului, *vv. transversae colli*.

Vena jugulară anterioară, v. jugularis anterior (vezi fig. 145), se formează din venule mici în regiunea mentonieră, trece în jos în regiunea anterioară a gâtului, penetrează foița pretraheală a fasciei gâtului și pătrunde în spațiul interfascial supratoracic. În acest spațiu venele jugulare anterioare stînga și dreaptă comunică printr-o anastomoză transversală constituită de *arcul venos jugular, arcus venosus juguli*. Acest arc în dreapta și în stînga se varsă în vena jugulară externă a părții respective.

Vena subclaviculară, vena subclavia, constituie un trunchi impar ca o continuare a venei axilare, trece anterior de mușchiul scalen anterior de la marginea laterală a coastei I pînă la articulația sternoclaviculară, posterior de care vine în confluență cu vena jugulară internă. La începutul și la capătul ei vena subclaviculară are cîte o valvă, nu are afluențe constante. Mai frecvent, în vena subclaviculară se varsă *vene pectorale, vv. pectorales*, de calibru mic, și *vena scapulară dorsală, v. scapularis dorsalis*.

Venele membrului superior

În membrul superior distingem vene superficiale și profunde. Ele se unesc printr-un număr mare de anastomoze și comportă numeroase valve. Venele superficiale (subcutanate) (fig. 146) sînt mai dezvoltate decît cele profunde (mai ales pe dorsul mîinii). De la ele încep căile venoase principale ale pielii și țesutului celuloadipos subcutanat al membrului superior: venele subcutanate laterală și medială ale mîinii, care colectează sîngele din plexul venos al suprafeței dorsale a degetelor.

Venele *metacarpiene dorsale, vv. metacarpae dorsales* (4 la număr) și anastomozele dintre ele formează pe față dorsală a degetelor, metacarpului și carpului, *rețeaua venoasă dorsală a mîinii, réte venosum dorsale manus*. Pe față palmară a mîinii venele superficiale sînt mai fine decît pe cea dorsală. Ele încep printr-un plex de

pe degete, în care distingem *vene palmar digitale, vv. digitales palmares*, prin anastomoze numeroase, situate în fond pe marginile laterale ale degetelor sîngele venos se scurge în rețeaua venoasă dorsală a mîinii.

Venele superficiale ale antebrațului, în care continuă venele mîinii formează un plex; în acesta distingem net venele subcutanate laterală și medială ale mîinii.

Vena subcutanată laterală a mîinii, vena cephalica, (vezi fig. 146) începe de la partea radială a rețelei venoase a feței dorsale a mîinii, constituind o prelungire a *vene metacarpiene dorsale I, v. metacarpa dorsalis I*, ea trece pe față dorsală a mîinii, avansînd pe față marginii radiale a antebrațului, colectînd pe parcurs sînge din numeroase vene cutanate ale antebrațului și, sporind în calibru, se îndreaptă spre fosa cubitală. Aici ea anastomozează prin vena intermediară cubitală cu vena subcutanată medială a mîinii și continuă pe braț, unde se dispune în șanțul lateral al bicepsului brațului și în continuare în șanțul dintre mușchii deltoid și marele toracic, penetrează fascia și sub claviculă, se varsă în vena subclaviculară.

Vena subcutanată medială a mîinii, *v. basilica* (vezi fig. 146, 147) constituie o continuare a venei metacarpiene dorsale IV, *v. metacarpa dorsalis IV*, trece pe față dorsală a mîinii spre latura cubitală a feței anterioare a antebrațului și trece în direcția fosei cubitale, unde primește afluența venei intermediare cubitale. În continuare vena subcutanată medială în ascensiune prin șanțul medial al bicepsului pe braț, la limita treimilor inferioară și medie a acestuia, penetrează fascia și se varsă în una din venele brahiale.

Vena intermediară cubitală, v. intermedia cubiti, lipsită de valve, e situată sub piele în regiunea cubitală anterioară. Ea trece oblic de la vena subcutanată laterală a mîinii, *v. cephalica*, spre vena subcutanată medială a mîinii, *v. basilica*, anastomozînd de asemenea cu ramurile profunde. Frecvent, în afară de venele subcutanate laterală și medială pe antebraț e situată și vena intermedială a ante-

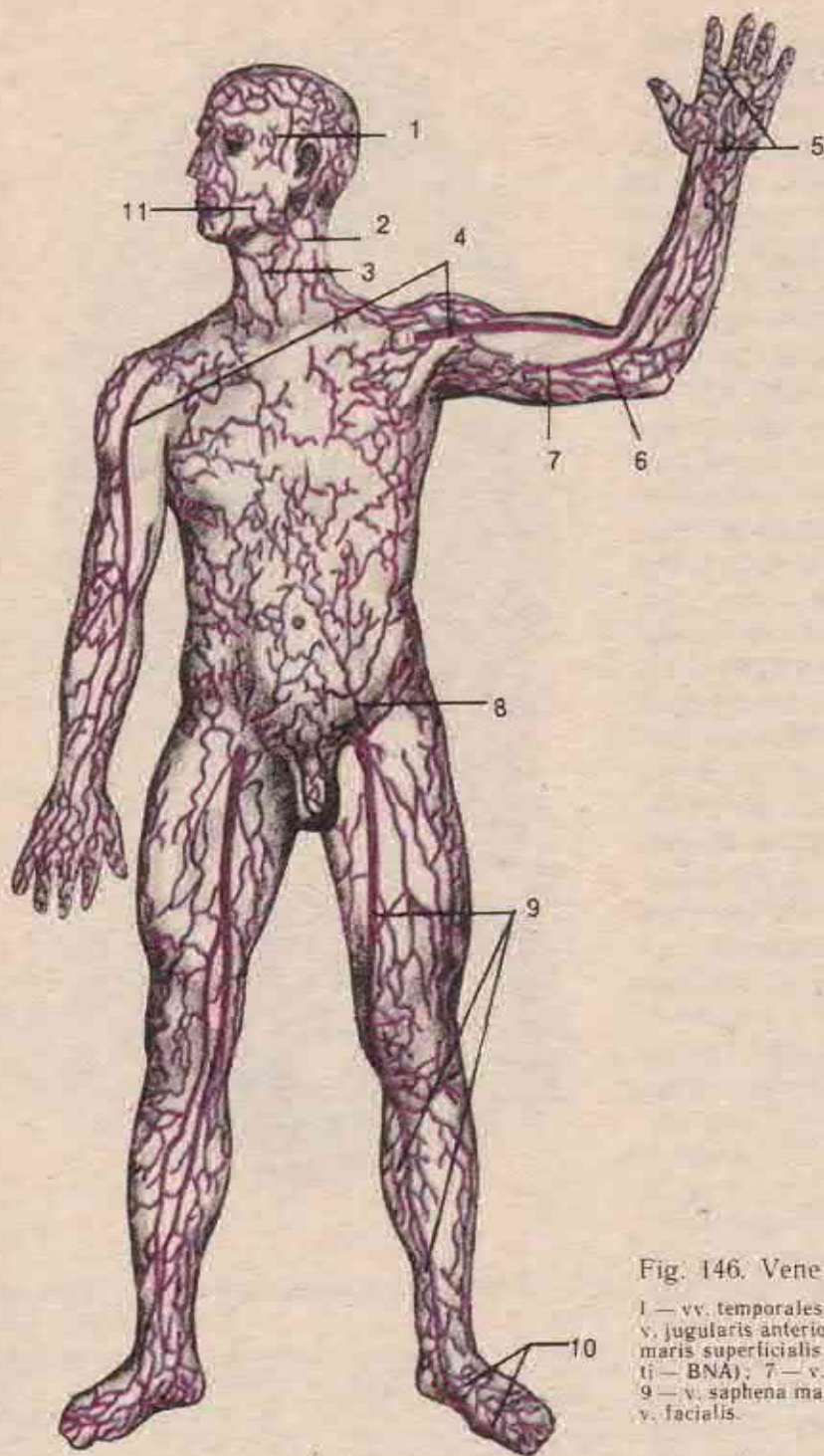


Fig. 146. Vene superficiale (subcutanate).

1 — vv. temporales superficiales ; 2 — v. jugularis externa ; 3 — v. jugularis anterior ; 4 — v. cephalica ; 5 — arcus venosus palmaris superficialis ; 6 — v. intermedia cubiti (v. mediana cubiti — BNA) ; 7 — v. basilica ; 8 — v. epigastrica superficialis ; 9 — v. saphena magna ; 10 — rete venosum dorsale pedis ; 11 — v. facialis.

brațului, *v. intermedia antebrăchii*. În regiunea cubitală anterioară ea se varsă în vena intermediară cubitală sau se bifurcă în două ramuri, care se varsă fiecare independent în venele subcutanate laterală și medială ale miiinii.

Venele profunde (pare) ale feței palmare însoțesc arterele, formează arcurile venoase superficiale și profunde.

Venele digitale palmare se varsă în arcuul venos palmar superficial, *arcus venosus palmaris superfi-*

cialis, situat lângă arcu arterial superficial palmar. Venele metacarpiene palmare, *vv. metacârpea palmâres*, pare, se îndreaptă spre arcu venos palmar profund, *arcus venosus palmaris profundus*. Arcu venos palmar profund, precum și cel superficial, continuă în venele profunde ale antebrățului — venele ulnare și venele radiale, *vv. ulnâres et vv. radiales*, pare, care însoțesc arterele omonime. Două **vene brahiale** formate din vene-

le profunde ale antebrațului, *vv. brachiâles*, fără a ajunge la vena axilară, confluează într-un singur trunchi, care, la nivelul marginii inferioare a tendonului mușchiului marele dorsal trece în **vena axilară**, *v. axilâris*. Această venă continuă pînă la marginea laterală a coastei I, unde trece în vena subclaviculară, *v. subclâvia*. *V. axilâris*, ca și afluențele ei, posedă valve; această venă vine în adiacență la semicercul anteromedial al arterei axilare. Ea colectează sînge din venele superficiale și profunde ale membrului superior. Afluențele ei corespund ramurilor arterei axilare. Cele mai importante afluențe ale venei axilare sînt vena toracică laterală, *v. thorácica laterális*, în care se varsă venele toracoepigastrice, *vv. thoracoepigastricae*, care anastomozează cu vena epigastrică inferioară, — afluentă a venei iliace externe. Vena toracică laterală, *v. thorácica laterális*, primește în afluență de asemenea niște vene fine care deviază de la venele intercostale posterioare I—VII, *vv. intercostales posteriores I—VII*. În venele toracoepigastrice se varsă vasele venoase care ies din plexul venos areolar, *pléxus venósus areolâris*, format de venele subcutanate ale glandei mamare.

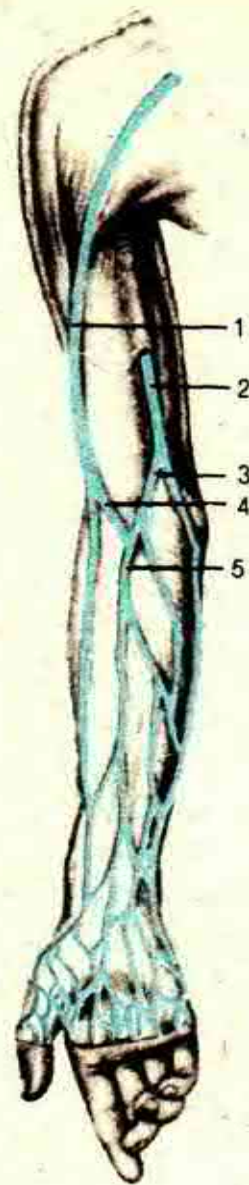


Fig. 147. Venele superficiale ale membrului superior.

1 — v. cephalica; 2 — v. basilica; 3 — v. intermedia basilica; 4 — v. intermedia cephalica; 5 — v. intermedia cubiti (v. mediana cubiti — BNA).

Sistemul venei cave inferioare

Vena cavă inferioară, *vena cava inferior* (fig. 148), este cea mai mare din vene, nu posedă valve, e situată retroperitoneal, începe la nivelul discului dintre vertebrele IV și V lombare prin confluența venelor iliace comune dreaptă și stîngă, spre dreapta și ceva mai jos de bifurcația aortei în arterele omonime. La început v. cava inferior, trece în sus pe fața anterioară a mușchiului marele psoas din dreapta. Situindu-se în partea dreaptă a aortei abdominale, vena cavă inferioară trece posterior de partea orizontală a duodenului, posterior de capul pancreasului și de rădăcina mezoului, respectă șanțul omonim al ficatului, primind în afluență venele hepatice. La ieșire din șanț trece prin orificiul propriu al centrului tendinos al diafragmului în mediasti-

nul posterior al cavității toracice, penetrează în cavitatea pericardului și, acoperită de pericard, se varsă în atrul drept. În cavitatea abdominală posterior de vena cavă inferioară se află trunchiul simpatic drept, porțiunile inițiale ale arterelor lombare drepte și artera renală dreaptă.

Afluențele venei cave inferioare: distingem afluențe parietale și viscerale ale venei cave inferioare.

Afluențele parietale: 1) 3—4 vene lombare *vv. lumbâles*; traiectele și

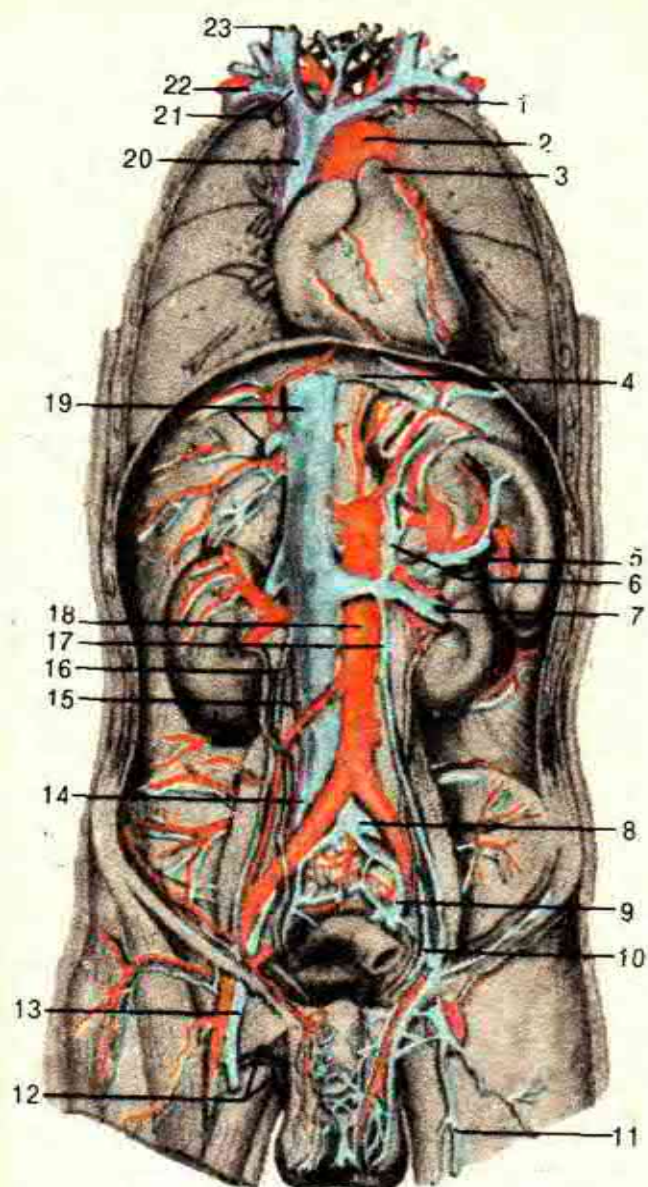


Fig. 148. Venele cave superioară și inferioară și afluențele lor.

1 — v. brachiocephalica sinistra; 2 — arcus aortae; 3 — truncus pulmonalis; 4 — v. phrenicainferior; 5 — v. lienalis (rezecată); 6 — v. suprarenalis sinistra; 7 — v. renalis sinistra; 8 — v. iliaca comunis sinistra; 9 — v. iliaca interna sinistra; 10 — v. iliaca externa sinistra; 11 — v. saphena magna; 12 — vv. pudendae externae; 13 — v. femoralis; 14 — v. iliaca comunis dextra; 15 — v. cava inferior; 16 — v. testicularis dextra; 17 — v. testicularis sinistra; 18 — pars abdominalis aortae; 19 — vv. hepaticae; 20 — v. cava superior; 21 — v. brachiocephalica dextra; 22 — v. subclavia dextra; 23 — v. jugularis interna dextra.

regiunile din care acestea colectează sânge corespund ramificațiilor arterelor lombare. Frecvent, *vv. lumbales* I et II se varsă în vena impară, *v. azygus*, și nu în vena cavă inferioară. Venele lombare de fiecare parte anastomozează între ele prin vena lombară ascendentă, *v. lumbalis ascendens* (vezi fig. 136). În venele

lombare prin ramurile spinale, *rr. spinales*, se varsă singele din plexurile venoase vertebrale; 2) venele diafragmatice inferioare, *vv. phrenicae inferiores*, drepte și stîngi, însoțesc adiacent cîte două artera omonimă, se varsă în vena cavă inferioară după ieșirea acesteia din șanțul omonim al ficatului.

Afluențele viscerale: 1) vena testiculară (ovariană), *v. testicularis (ovarica)*, pară, începe de la marginea posterioară a testiculului (de la hilul ovarului) prin numeroase vene mici, care înfășoară artera omonimă formînd plexul pampiniform, *plexus pampiniformis*, care la bărbați intră în componența funiculului spermatic. În confluență, aceste vene de calibru mic formează de fiecare parte cîte un trunchi venos. *V. testicularis (ovarica)* dextra cuplează sub un unghi ascuțit cu vena cavă inferioară, iar *v. testicularis (ovarica)* sinistra — sub un unghi drept în vena renală stîngă; 2) vena renală, *v. renalis*, pară, pleacă de la hilul rinichiului în direcție orizontală (anterior de artera renală) și se varsă la nivelul discului intervertebral dintre vertebrele I și II lombară în vena cavă inferioară. Vena renală stîngă este mai lungă decît cea dreaptă, trece anterior de aortă. Ambele vene anastomozează cu cele lombare, precum și cu venele lombare ascendente dreaptă și stîngă, *vv. lumbales*, *vv. lumbales ascendentes dextra et sinistra*; 3) vena suprarenală, *v. suprarenalis*, constituie un vas scurt fără valve, care iese din hilul suprarenalei. Vena suprarenală stîngă se varsă în vena renală stîngă, iar cea dreaptă — în vena cavă inferioară. Venele suprarenale superficiale se varsă o parte în afluențele venei cave inferioare (în venele inferioare diafragmatice, lombare, renală), altă parte — în afluențele venei porte (în venele pancreatice splenice, gastrice); 4) venele hepatice, *vv. hepaticae*, în număr de 3—4, sînt situate în parenchimul ficatului (valvele nu sînt totdeauna pronunțate). Ele se varsă în vena cavă inferioară, unde ea respectă șanțul hepatic. Una din venele hepatice (mai frecvent cea dreaptă) înainte de a se varsa în vena cavă inferioară se unește cu ligamentul venos al

ficatului, acesta fiind un vestigiu al canalului venos care la făt era funcțional.

Sistemul venei porte

Printre venele ce colectează sânge de la viscere un loc aparte revine **veneii porte**, *v. portae* (fig. 149). Pe lângă faptul că e vena viscerală de cel mai mare calibru din corpul uman (5—6 cm lungime, 10—18 mm în diametru), ea mai constituie și un element venos aferent deosebit al sistemului portal al ficatului. *V. portae* e situată în profunzimea ligamentului hepatoduodenal posterior de artera hepatică și de canalul coledoc împreună cu nervii, ganglionii limfatici și vasele respective. Ea se formează din venele organelor impare ale cavității abdominale (stomacului, intestinului subțire și gros, cu excepția canalului anal al rectului, splinei, pancreasului). Sângele venos de la aceste organe prin vena portă urmează în ficat, iar din acesta prin venele hepatice în vena cavă inferioară. Afluențele principale ale venei porte sînt venele mezenterică superioară și splenică, precum și vena mezenterică inferioară, care confluează împreună posterior de capul pancreasului. Intrînd în hilul hepatic, *v. portae* se bifurcă în ramura dreaptă, *r. dexter*, de calibru mai mare, și în ramura stîngă, *r. sinister*. Fiecare din ele disociază la rîndul lor în ramuri segmentare, apoi în ramuri din ce în ce mai mici, care trec în vene interlobulare. În interiorul lobulilor acestea disociază în capilare extinse numite vase sinusoide, care se varsă în vena centrală (fig. 150). Venele sublobulare care ies din fiecare lobul formează în confluență 3—4 vene hepatice, *vv. hepaticae*. Prin urmare, sângele, venind spre vena cavă inferioară prin venele hepatice, trece prin două rețele capilare. Una din ele e situată în peretele tubului digestiv, de unde încep afluențele venei porte, a doua se află în parenchimul ficatului și e prezentată de capilarele lobulilor lui.

Înainte de intrarea în hilul ficatului (în profunzimea ligamentului hepatoduodenal) în vena portă se varsă vena cistică, *v. cystica* (de la vezica biliară), precum și venele gastrice dreaptă și

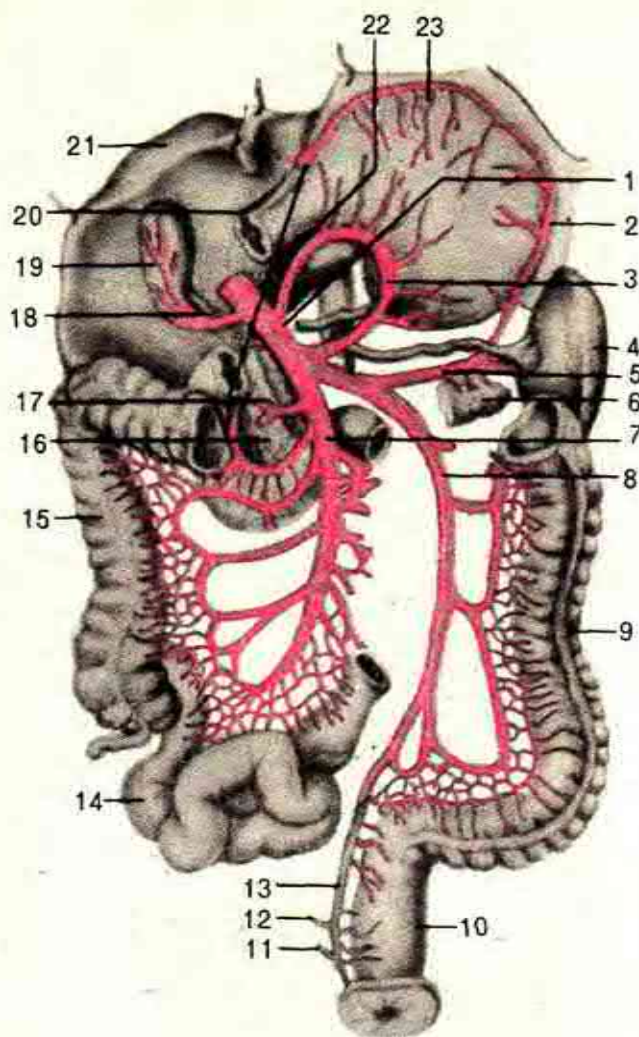


Fig. 149. Vena portă și afluențele ei.

1 — *v. portae*; 2 — *v. gastroepiploica sinistra*; 3 — *v. gastrica sinistra*; 4 — *lien*; 5 — *v. lienalis*; 6 — *cauda pancreatis*; 7 — *v. mesenterica superior*; 8 — *v. mesenterica inferior*; 9 — *colon descendens*; 10 — *rectum*; 11 — *v. rectalis inferior*; 12 — *v. rectalis media*; 13 — *v. rectalis superior*; 14 — *ileum*; 15 — *colon ascendens*; 16 — *caput pancreatis*; 17 — *v. gastroepiploica dextra*; 18 — *v. cystica*; 19 — *vesica fellea*; 20 — *doudenum* (rezezat și deplasat); 21 — *hepar*; 22 — *v. prepylorica*; 23 — *ventriculus* (deplasat).

stîngă, *vv. gastricae dextra et sinistra*, și vena prepylorică, *v. prepylorica*, care transportă sângele de la porțiunile respective ale stomacului. Vena gastrică stîngă anastomozează cu venele esofagiene, *vv. esophageales*, care sînt afluențe la vena impară din sistemul venei porte superioare. În profunzimea ligamentului rotund al ficatului spre ficat trec venele paraombilicale, *vv. paraumbilicales*, care încep în regiunea ombilicului, unde fac anastomoze cu venele epigastrice superioare, care sînt afluențe ale venelor toracice interne,

vv. thoracicae internae, (din sistemul venei porte superioare) și cu venele epigastrice superficiale și inferioară, *vv. epigastricae superficiales et inferior*, care sînt afluențe ale venelor iliace femurală și externă din sistemul venei cave inferioare (fig. 151).

Afluențele venei porte: 1) vena mezenterică superioară, *v. mezenterica superior* (vezi fig. 149), pleacă de la rădăcina mezoului intestinului subțire în dreapta de la artera omonimă. Afluențele ei sînt venele jejunului și ileonului, *vv. jejunales et ileales*; ramurile pancreatice, *vv. pancreaticae*, venele pancreaticoduodenale, *vv. pancreaticoduodenales*; vena ileocolică, *v. ileocolica*; vena gastroepiploică dreaptă, *v. gastroepiploica dextra*; venele colice dreaptă și medie și vena apendiculară, *vv. colicae media et dextra et v. appendicularis*. Vena mezenterică superioară prin venele enumerate colectează sîngele de la pereții jejunului și ileonului și de la mezoul lor, de la cec și apendicele vermicular, de la colonul ascendent și transvers, parțial, de la stomac, duoden și pancreas, de la marea epiploon; 2) vena splenică, *v. lienalis (splenica)*, este situată de-a lungul marginii superioare a pancreasului, inferior de artera lienală, trece din stînga spre dreapta, intersectînd anterior aorta, și vine în confluență cu vena mezenterică superioară posterior de capul pancreasului. Afluențele acesteia sînt venele pancreatice, *vv. pancreaticae*, venele gastrice scurte, *vv. gastricae breves*, și vena gastroepiploică stîngă, *v. gastroepiploica sinistra*. Aceasta din urmă face anastomoză pe marea curbură a stomacului cu vena omonimă dreaptă. Vena splenică colectează sînge de la splină, de la o parte a stomacului, pancreasului și marelui epiploon; 3) vena mezenterică inferioară, *v. mesenterica inferior*, se formează prin confluența venei rectale superioare, *v. rectale superior*, venei colice stîngi, *v. colica sinistra*, și venelor sigmoide, *vv. sigmoideae*. Situîndu-se alături de

artera colică stîngă, vena mezenterică inferioară se îndreaptă în sus, trece inferior de pancreas și se varsă în vena splenică (uneori în vena mezenterică superioară). Vena mezenterică inferioară colectează sîngele de la pereții părții superioare a rectului, colonului sigmoid și descendent.

Venele bazinului inferior

Vena iliacă comună, *v. iliaca communis* (vezi fig. 151), este un vas de calibru mare, impar și fără de valve, el se formează la nivelul articulației sacroiliace prin confluența venelor iliace interne și externe. Vena iliacă comună dreaptă e situată posterior, apoi lateral de artera omonimă, cea stîngă e situată medial (în ea se varsă vena sacrală mediană, *v. sacralis mediana*). Ambele vene iliace comune la nivelul discului intervertebral dintre vertebrele IV și V lombare prin confluență formează vena cavă inferioară.

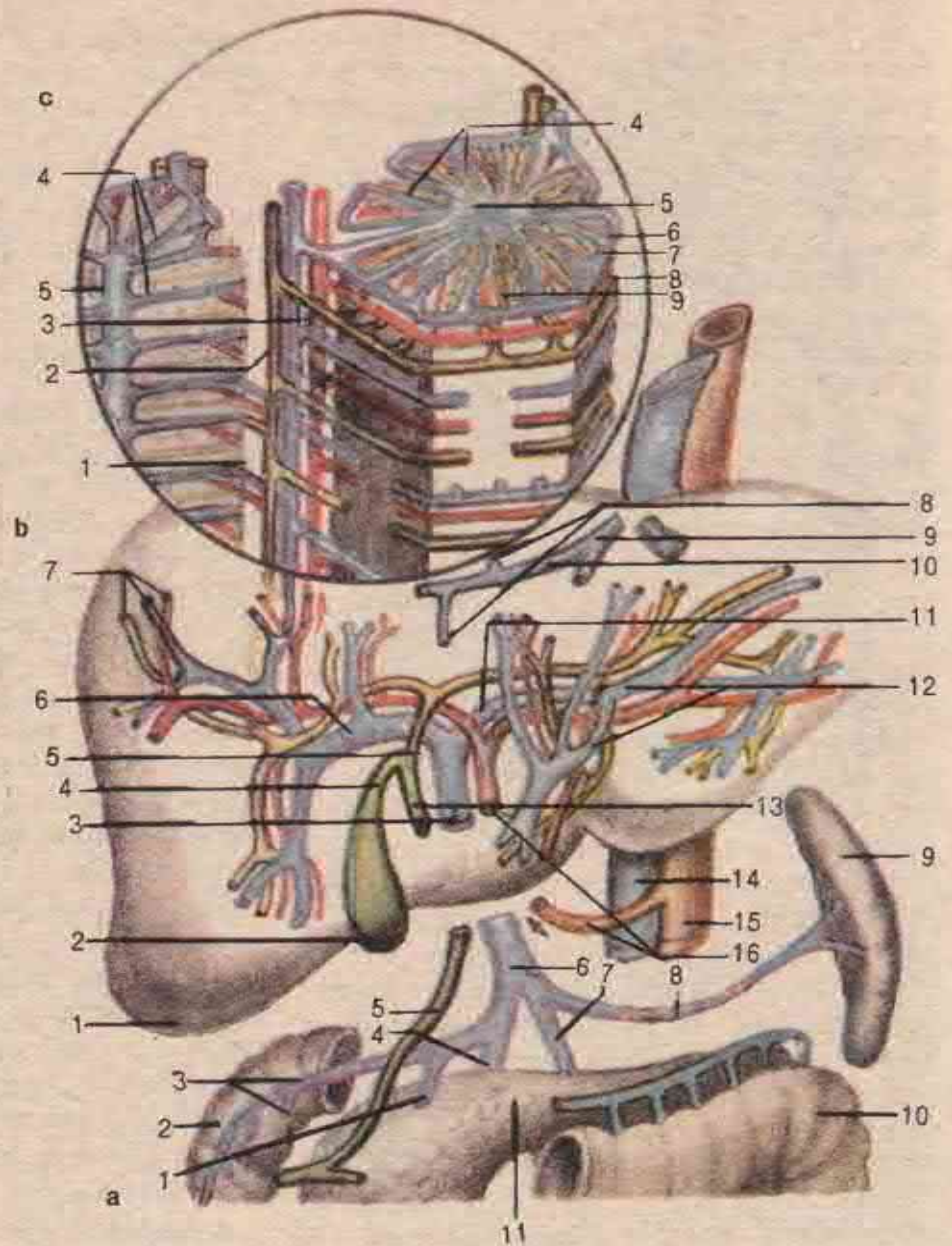
Vena iliacă internă, *v. iliaca interna* (vezi fig. 151), rareori comportă valve, e situată pe peretele lateral al micului bazin posterior de artera omonimă. Regiunile din care ea colectează sînge prin afluențele ei corespund (cu excepția venei ombilicale) ramificațiilor arterei omonime. *V. iliaca interna* are afluențe parietale și viscerele.

Afluențele parietale ale venei iliace interne: venele glutee superioare și inferioare, *vv. glutae superiores et inferiores*, venele obturatorii, *vv. obturatorie*, venele sacrale laterale, *vv. sacrales laterales*, (pare), precum și vena ileolombară, *v. ileolumbalis* (impară). Aceste vene sînt adiacente la arterele omonime și comportă valve.

Afluențele viscerele ale venei iliace interne, cu excepția venelor vezicale, nu au valve. Ca regulă, ele încep de la următoarele plexuri venoase, dispuse circumiacent la organele micului bazin: 1) de la plexul sacral, *plexus venosus sacralis*, care se formează din anastomozele rădăcinilor venelor laterale sacrale și sacrală mediană, *vv. sacrales laterales et v. sacralis mediana*; 2)

Fig. 150. Schema vaselor limfatice și căilor biliare ale ficatului.

a — formarea venei porte; artera proprie a ficatului și canalul coledoc; 1 — v. pancreatică; 2 — duodenum; 3 — vv. jejunale și ileale; 4 — v. mesenterică superior; 5 — ductus choledochus; 6 — v. portae; 7 — v. mesenterică inferior; 8 — v. lienală; 9 — lien; 10 — colon transversum; 11 — pancreas;
 b — ramificarea venei porte și arterei hepatice în ficat; formarea canalului coledoc; 1 — hepar; 2 — vesica fellea; 3 — v. portae; 4 — ductus cysticus; 5 — ductus hepaticus communis; 6 — r. dexter v. portae; 7 — arteriola, venula și ductus interlobulari; 8 — v. centralis; 9 — v. hepatică; 10 — v. sublobularis; 11 — r. sinister v. portae; 12 — rr. segmentales; 13 — ductus choledochus; 14 — v. cava inferior; 15 — pars abdominalis aortae; 16 — a. hepatică proprie;
 c — microvascele și căile biliare dintr-un lobul al ficatului: 1 — venula interlobularis; 2 — ductus interlobularis; 3 — arteriola interlobularis; 4 — vasa sinusoida; 5 — v. centralis; 6 — venula septalis; 7 — arteriola septalis; 8 — ductulus interlobularis; 9 — ductus biliferus.



de la plexul prostatic, *pléxus venósus prostáticus*, la bărbați, care constituie o rețea densă de vene mari dispuse cîpcumvâlar pe prostată și veziculele seminale, în care se varsă *vena dorsală profundă a penisului*, *v. dorsális pénis profundă*, venele profunde ale penisului, *vv. profundae pénis*, și venele scrotale posterioare, *vv. scrotáles posterióres*, care penetrează diafragma urogenital și avansează în cavitatea bazinului; la femeii există un plex venos circumscribit pe uretră, care posterior trece în plexul venos vaginal, *pléxus venósus vaginális*. În sens superior acest plex venos trece în plexul uterin, *pléxus venósus ute-*

rínus, dispus în jurul colului uterin. Refluxul singelui la aceste plexuri se realizează prin vene uterine; 3) de la plexul vezical, *pléxus venósus vesicális*, care cuprinde vezica urinară bilateral și în regiunea fundului acestuia. Singele din acest plex se scurge prin venele vezicale, *vv. vesicáles*; 4) de la plexul rectal, *pléxus venósus rectális*, adiacent la rect dorsal și bilateral, pătrunzînd de asemenea și în baza lui submucoasă. În porțiunea inferioară a rectului acest plex are o structură deosebit de complicată. De la acest plex singele se scurge printr-o venă superioară impară și două vene pare medii și inferioare ale rectului. *Vena recta-*

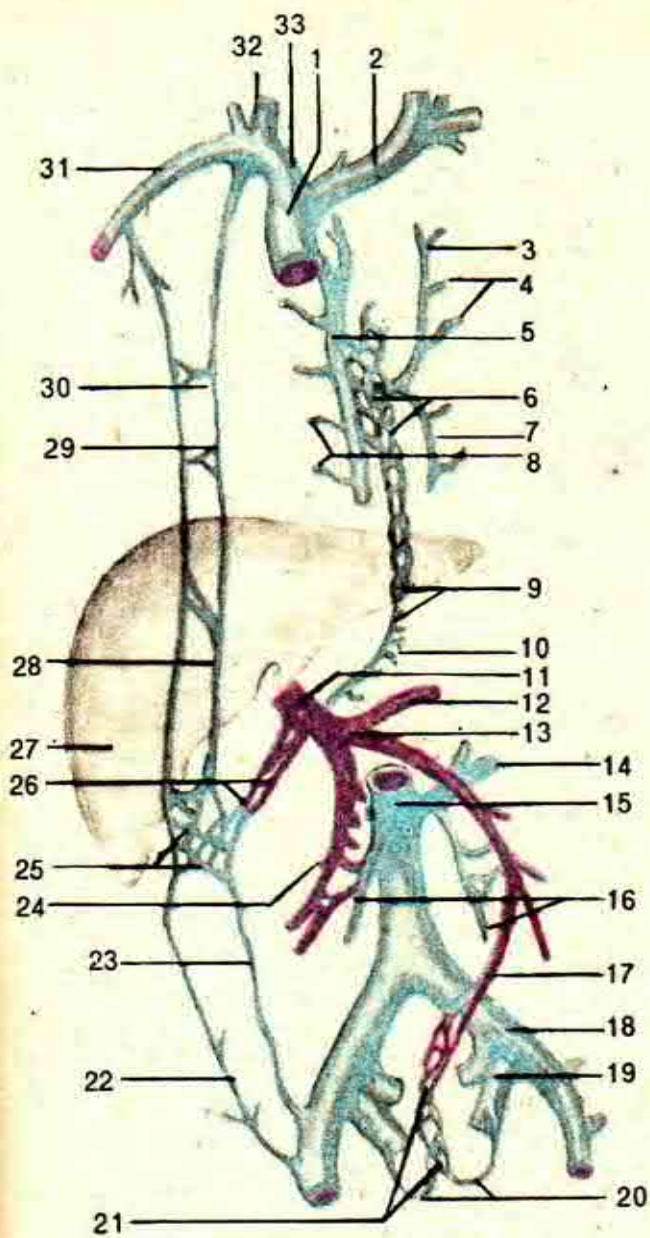


Fig. 151. Schema anastomozelor dintre vena portă și venele cave superioară și inferioară.

1 — v. cava superior; 2 — v. brachiocefalica stângă; 3 — v. hemiazygos accessoria; 4 — vv. intercostales posterioare stângi; 5 — v. azygos; 6 — plexus venosus esophageus; 7 — v. hemiazygos; 8 — vv. intercostales posterioare drepte; 9 — anastomoză dintre vena portă și vena cavă superioară; 10 — v. gastrica stângă; 11 — v. portae; 12 — v. lienalis; 13 — v. mesenterica inferioară; 14 — v. renalis stângă; 15 — v. cava inferior; 16 — vv. testiculares (ovaricae); 17 — v. rectalis superior; 18 — v. iliaca comunis stângă; 19 — v. iliaca internă stângă; 20 — vv. rectales mediae; 21 — plexus venosus rectalis (unește sistemul venei cave inferioare cu vena portă); 22 — v. epigastrica superficialis; 23 — v. epigastrica inferioară; 24 — v. mesenterica superioră; 25 — anastomoză dintre venele cave superioară și inferioară și vena portă; 26 — vv. paraumbilicales; 27 — hepar; 28 — v. epigastrica superioră; 29 — v. thoracoepigastrica; 30 — v. thoracica internă; 31 — v. subclavia dreaptă; 32 — v. jugularis internă dreaptă; 33 — v. brachiocefalica dreaptă.

lă superioară, *v. rectalis superior*, e afluentă la vena mezenterică inferioară. Venele rectale medii, *vv. rectales mediae* sînt pare, transportă sîn-

ge de la porțiunea medie a organului (sînt afluențe ale venei iliace superioare) Venele rectale inferioare, *vv. rectales inferiores*, pare, prin ele sîngele e transportat în vena pudendă internă, *v. pudenda interna*, care e afluentă a venei iliace interne.

Venele corpului uman se unesc între ele prin numeroase anastomoze. În practică un interes deosebit prezintă anastomozele venoase dintre sisteme, adică acele anastomoze care realizează legătura dintre sistemele venei cave superioare, venei cave inferioare și venei porte (tab. 5).

Vena iliacă externă, *v. iliaca externa*, nu comportă valve, constituie o prelungire a venei femurale (drept limită dintre ele servește ligamentul inghinal), colectează sînge din toate venele membrului inferior. Vena iliacă externă trece în ascensiune alături de artera omonimă în adiacență cu partea sa medială la marele psoas. La nivelul articulației ilio-sacrale se unește cu vena iliacă internă, *v. iliaca interna*, formînd vena iliacă comună, *v. iliaca comunis*. Nemijlocit de asupra ligamentului inghinal (cam în limitele lacunei vasculare) în vena iliacă externă se varsă: 1) vena epigastrică inferioară, *v. epigastrica inferior*, vas solitar, afluențele pare ale căreia comportă numeroase valve, și 2) vena circumflexă profundă a osului iliac, *v. circumflexa ilium profunda*, poziția ei și afluențele corespund cu ramificațiile arterei omonime; anastomozează cu vena ilio-lumbară, care este afluentă a venei iliace interne.

Venele membrului inferior se împart în superficiale și profunde. Venele piciorului: venele digitale dorsale ale piciorului, *vv. digitales dorsales pedis* (fig. 152), pornesc de la plexurile venoase ale degetelor și se varsă în arcul venos dorsal al piciorului, *arcus venosus dorsalis pedis*. Porțiunile medială și laterală ale arcului dau începutul venelor marginale medială și laterală. Prima din ele continuă în vena mare safenă, iar a doua — în vena mică safenă. Pe fața plantară a piciorului e situată rețeaua venoasă plantară, *rete venosum*

Tabelul 5. Cele mai importante anastomoze în sistemul vaselor sangvine

Arterele de calibru mare care anastomozează	Care artere realizează anastomoza	Topografia anastomozei	
Anastomozele arterelor cefalice și cervicale			
A. subclăvia și a. carotidă externă	A. thyroidea inferior (ramură a trunchiului tireocervical — din artera subclaviculară)	A. thyroidea superior (din artera carotidă externă)	Pe suprafața și în profunzimea glandei tiroide
A. subclăvia și a. carotidă internă	A. cerebri posterior (ramură a arterei bazilare — din artera subclaviculară)	A. comunicans posterior (din artera carotidă internă)	Pe baza encefalului (vezi: circulus arteriosus)
A. carotidă externă și a. carotidă internă	A. angularis (ramură a arterei faciale — din artera carotidă externă)	A. dorsalis nasi (ramură a arterei oftalmice — din artera carotidă internă)	În regiunea unghiului medial al ochiului
Anastomozele arterelor toracice și abdominale			
Pars thoracica și pars abdominalis aortae	Rr. esophageales (din partea toracică a aortei)	A. gastrica sinistra (ramură a trunchiului celiac — din partea abdominală a aortei)	În regiunea cardiei stomacului
Pars thoracica și pars abdominalis aortae	Aa. phrenicae superiores (din partea toracică a aortei)	Aa. phrenicae inferiores (din partea abdominală a aortei)	În diafragm
Pars thoracica aortae și a. subclăvia	Rr. spinales (ramuri ale ramificațiilor spinale ale arterelor intercostale posterioare — din partea toracică a aortei)	Aa. spinales anteriores et posteriores (ramuri ale arterei vertebrale și ramurile spinale ale arterelor cervicală ascendentă și cervicală profundă — din artera subclaviculară)	La suprafața porțiunii cervicale a măduvei spinării
Pars thoracica aortae și a. subclăvia	Aa. intercostales posteriores (din partea toracică a aortei)	Rr. intercostales anteriores (ramuri ale arterei toracice interne — din artera subclaviculară)	În peretele anterior toracic și abdominal
A. subclăvia și a. iliacă externă	A. epigastrica superior (din artera subclaviculară)	A. epigastrica inferior (din artera iliacă externă)	În peretele anterior al cavității abdominale
Truncus coeliacus și a. mesenterica superior	Aa. pancreaticoduodenales superiores anterior et posterior (ramuri ale arterei gastroduodenale — din trunchiul celiac)	Aa. pancreaticoduodenales inferiores (din artera mezenterică superioară)	Pe fața și în corpul pancreasului și peretelui duodenal
A. mesenterica superior și a. mesenterica inferior	A. colica media (din artera mezenterică superioară)	A. colica sinistra (din artera mezenterică inferioară)	În mezoul colonului transvers
A. mesenterica inferior și a. iliacă internă	A. rectalis superior (din artera mezenterică inferioară)	Aa. rectales media et inferior (din artera iliacă internă)	În peretele rectului
Pars abdominalis aortae și a. iliacă internă	A. ovarica (din partea abdominală a aortei)	A. uterina din artera iliacă internă	Pe fața laterală a uterului

Tablelul 5 (continuare — 1)

Arterele de calibru mare care anastomozează	Care artere realizează anastomoza	Topografie anastomozei	
Anastomozele arterelor centurii scapulare și ale membrului superior liber			
A. subclăvia și a. axilăris	A. suprascapulăris (ramură a trunchiului tireocervical) a. transversa colii (din artera subclaviculară)	A. circumflăxa scăpulae (ramură a arterei subscapulare), a. thoracoacromialis (din artera axilară)	În profunzimea mușchilor pe fața posterioară a scapulei și în regiunea acromionului (vezi rețele acromiale)
A. brachialis și a. radialis	A. collateralis radialis (ramură a arterei profunde a brațului — din artera brahială)	A. recurrens radialis (din artera radială)	În regiunea articulației cubitale (vezi rețele articulare cubiti)
A. brachialis și a. ulnăris	Aa. collateralis ulnăres superior et inferior, a. collateralis media (ramuri ale arterei brahiale)	Rr. anterior et posterior a. recurrens ulnăris, a. interossea recurrens (ramuri ale arterei cubitale)	În regiunea articulației cubitale (vezi rețele articulare cubiti)
A. radialis și a. ulnăris	R. carpeus dorsalis (din artera radială)	R. carpeus dorsalis și aa. interossea posterior et anterior (ramuri ale arterei cubitale)	Pe fața dorsală a carpuului (vezi rețele carpi dorsale)
A. radialis și a. ulnăris	R. carpeus palmăris (din artera radială)	R. carpeus palmăris și a. interossea anterior (ramură a arterei interosoase comune — din artera cubitală)	Pe fața palmară a carpuului (vezi rețele carpi dorsal)
A. radialis și a. ulnăris	R. palmăris superficialis (din artera radială)	Arcus palmăris superficialis (porțiunea terminală a arterei cubitale)	Pe fața palmară a mîinii (vezi arcus palmaris superficialis)
A. radialis și a. ulnăris	Arcus palmăris profundus (porțiunea terminală a arterei radiale)	R. palmăris profundus (din artera cubitală)	Pe fața palmară a mîinii (vezi arcus palmaris profundus)

Anastomozele arterelor bazinului și membrului inferior liber

A. iliăca externă și a. iliăca internă	A. circumflăxa ilium profunda (din artera iliăca externă)	A. iliolumbălis (din artera iliăca internă)	În peretele lateral al cavității abdominale
A. iliăca externă și a. iliăca internă	R. obturatorius (ramură din ramificația pubiană a arterei hipogastrice inferioare — din artera iliăca externă)	R. pubicus (ramură a arterei obturatorii — din artera iliăca internă)	Pe fața posterioară a ramurii superioare a pubisului
A. iliăca internă și a. femorălis	Aa. glutăeae superior et inferior (din artera iliăca internă)	Aa. circumflexae femoris lateralis et medialis (din artera femurală)	În regiunea articulației coxofemorale
A. femorălis și a. poplităa	Pr. perforantes (ramuri ale arterei perforante profunde), a. genus descendens (din artera femurală)	Aa. genus superiores medialis et lateralis et inferiores medialis et lateralis, a. genus media (din artera poplitee)	În regiunea fosei poplitee (vezi rețele articulare genus)
A. poplităa și a. tibialis anterior	Aa. genus superiores medialis et lateralis et inferiores mediales et lateralis, a. genus media (din artera poplitee)	Aa. recurrentes tibiales anterior et posterior (din artera tibială anterioară)	În regiunea articulației genunchiului (vezi rețele articulare genus)

Venele de calibru mare care anastomozează	Venele care realizează anastomoza	Topografia anastomozei	
A. tibiális anterior și a. tibiális posterior	A. malleoláris anterior medialis (din artera tibială anterioară)	Rr. malleoláres mediales (din artera tibială posterioară)	În regiunea maleolului medial (vezi rete malleolare mediale)
A. tibiális anterior și a. tibiális posterior	A. malleoláris anterior laterális (din artera tibială anterioară)	Rr. malleoláres laterales (ramuri ale arterei fibulare — din artera tibială posterioară)	În regiunea maleolului lateral (vezi rete malleolare laterale)
A. tibiális anterior și a. tibiális posterior	R. plantáris profúndus (ramură a arterei dorsale a piciorului — din artera tibială anterioară)	Arcus plantáris (porțiunea terminală a arterei plantare laterale — din artera tibială posterioară)	Pe fața plantară a piciorului (între oasele I și II ale metatarsului) (vezi arcus plantaris)
Anastomozele venelor			
V. căva superior și v. căva inferior	V. epigástrica superior (afluent al venei toracice interne) și v. thoracoepigástrica (afluentă a venei axilare) (sistemul venei cave superioare)	V. epigastrica inferior (afluentă a venei iliace externe) și v. epigastrica superficialis (afluentă a venei femurale) (sistemul venei cave inferioare)	În peretele anterior al abdomenului
V. căva superior și v. căva inferior	V. azygos și v. hemiazygos, (vv. lumbáles ascéndens dextra et sinistra) (sistemul venei cave superioare)	Vv. lumbales dextrae, vv. lumbales sinistrae (sistemul venei cave inferioare)	Pe peretele posterior al cavității abdominale
V. căva superior și v. căva inferior	Rr. spináles (afloente ale ramurilor spinale ale venelor intercostale posterioare) (sistemul venei cave superioare)	Rr. spinales (afloente ale venelor lombare) (sistemul venei cave inferioare)	În interiorul canalului vertebral și circumiacent la coloana vertebrală (vezi plexus venosi vertebrales interni et externi)
V. căva superior și v. pórtae	V. epigástrica superior (afluentă a venei toracice interne) (sistemul venei cave superioare)	Vv. paraumbilicales (sistemul venei porte)	În peretele anterior al abdomenului
V. căva superior și v. pórtae	Vv. esophageáles (afloente ale venei impare) (sistemul venei cave superioare)	V. gastrica sinistra (sistemul venei porte)	În regiunea cardiei stomacului
V. căva inferior și v. pórtae	V. epigástrica inferior (afluentă a venei iliace externe) (sistemul venei cave inferioare)	Vv. paraumbilicales (sistemul venei porte)	În peretele anterior al abdomenului
V. căva inferior și v. pórtae	V. rectális média (afluentă a venei iliace interne) și v. rectális inferior (afluentă a venei pudende interne) (sistemul venei cave inferioare)	V. rectális superior (afluentă a venei mezenterice inferioare (sistemul venei porte)	În peretele rectului (vezi pléxus venósus rectális)

plantare (fig. 153), care primește sînge din numeroase vene subcutanate. Ea anastomozează cu venele profunde ale degetelor și metacarpului, precum și cu arcul venos dorsal al piciorului. Sîngele din venele subcutane ale fețelor dorsală și plantară ale piciorului se scurge prin venele safene mare și mică ale piciorului. Venele profunde ale feței plantare ale piciorului încep din venele digitale plantare, *vv. digitáles plantáres*. Unindu-se între ele, formează venele metatarsiene plantare, *vv. metatárseae plantáres*, care se varsă în arcul venos plantar, *árcus venósus plantáris*. Din acest arc prin venele plantare medială și laterală sîngele se scurge în venele tibiale posterioare.

Vena safenă mare, *v. saphéna mágna*, (vezi fig. 146, 152), comportă numeroase valve, începe anterior de maleolul medial și, primind afluențe din regiunea feței plantare a piciorului, trece alături de nervul subcutanat pe fața medială a gambei în sus, ocolește posterior epicondilul medial al femurului, intersectează mușchiul sartoriu (croitor) și continuă pe fața anteromedială a femurului spre h i a t u l s a f e n, *hiátus saphénus*. Aici vena trece circumflex pe marginea falciformă, penetrează fascia cribroasă și se varsă în vena femurală. *V. saphéna mágna* primește în afluență numeroase vene subcutane de pe fața anteromedială a gambei și coapsei; deseori (înainte de a se vărsa în vena femurală) în ea se varsă venele genitalelor externe și peretelui anterior al abdomenului: venele pudende externe, *vv. pudéndae extérnae*; vena circumflexă a osului iliac, *v. circumfléxa ílium superficiális*; vena epigastrică superficială, *v. epigástrica superficiális*; venele superficiale dorsale ale penisului (clitorisului), *vv. dorsáles pénis (clitóridis) superficiáles*; venele anterioare scrotale (labiale), *vv. scrotales (labiáles) antióres*.

Vena safenă mică, *vena saphéna párva* (vezi fig. 153), comportă numeroase valve și constituie o continuare a venei laterale marginale a piciorului. Colectează sînge din arcul venos dorsal și din venele

subcutane ale feței plantare a piciorului și regiunii talare. Vena safenă mică trece în sus posterior de maleola laterală, respectă șanțul dintre capetele lateral și medial ale mușchiului gastrocnemian, alături de ramurile cutane ale nervului safen, *n. saphénus*, avansează în fosa poplitee, unde se varsă în vena poplitee. În vena safenă mică se varsă numeroase vene superficiale de pe fața posterolaterală a gambei. Afluențele ei realizează numeroase anastomoze cu venele profunde, cu vena safenă mare.

Venele profunde ale membrului inferior sînt dotate cu numeroase valve și însoțesc binar arterele omonime. Excepție face doar vena profundă a femurului, *v. profúnda femóris*. Traiectul venelor profunde și regiunile din care ele colectează sînge, corespund ramificațiilor arterelor omonime: venele tibiale anterioare, *vv. tibiáles antióres*, venele tibiale posterioare, *vv. tibiáles posterióres*; venele fibulare, *vv. peroneae (fibuláles)*; vena poplitee, *v. poplíteea* etc.

Particularitățile de vîrstă ale vaselor sangvine

Vasele micii circulații. Arterele și venele plămînilor se dezvoltă deosebit de intens în primul an de viață a copilului, ceea ce ține de instalarea funcției de respirație și de obliterarea postnatală a conductului arterial Botallo. În perioada de maturizare sexuală se înregistrează o nouă întărirea a procesului de dezvoltare a vaselor pulmonare. La 40—50 de ani arterele și venele plămînilor ating dimensiuni maxime.

Vasele marii circulații. După nașterea copilului, lumenul, circumferința, grosimea pereților arterelor și lungimea lor cresc odată cu vîrsta. Se modifică de asemenea nivelul le deviere a ramurilor arterelor magistrale și chiar tipul lor de ramificare. Diametrul arterei coronare stîngi este mai mare decît diametrul arterei coronare drepte la oamenii de orice grupă de vîrstă. Cele mai esențiale diferențe în diametrul arterelor coronare dreaptă și stîngă se observă la nou-născuți și la copii în vîrstă de 10—14 ani. La indivizii

mai în vîrstă de 75 de ani se înregistrează o creștere ușoară a diametrului arterei coronare drepte (în comparație cu cea stîngă). Diametrul arterei carotide comune la copiii de vîrstă precoce echivalează cu 3—6 mm, iar la maturi — 9—14 mm ; diametrul arterei subclaviculare sporește deosebit de intens din momentul nașterii copilului pînă la vîrstă de 4 ani. În primii 10 ani de viață diametrul maxim dintre toate arterele encefalului îl are cea medie. În vîrstă precoce arterele intestinului au un diametru cvaziegal și diferența dintre diametrul arterei magistrale și cel al ramurilor de gradele II și III este minimală, însă odată cu vîrstă copilului această diferență devine tot mai manifestă. În cursul primilor 5 ani de viață ai copilului diametrul arterei cubitale sporește mai intens decît cel al arterei radiale, însă în continuare prevalează diametrul arterei radiale. Crește de asemenea și circumferința arterelor. Bunăoară, diametrul aortei la omul matur e de 4,5 ori mai mare decît la nou-născuți.

Lungimea arterelor crește proporțional cu creșterea corpului și membrelor. De exemplu, lungimea părții descendente a aortei la vîrstă de 50 de ani sporește aproape de 4 ori, iar lungimea părții toracice sporește mai repede decît a părții abdominale. Arterele care irigă encefalul se dezvoltă deosebit de intens pînă la vîrstă de 3—4 ani, depășind alte vase prin viteza creșterii ; deosebit de repede crește în lungime artera anterioară cerebrală. Odată cu vîrstă cresc în lungime și arterele care irigă viscerele, precum și arterele membrelor superioare și inferioare. Bunăoară, la nou-născuți și la copiii de vîrstă sugară artera mezenterică inferioară are o lungime de 5—6 cm, iar la maturi — de 16—17 cm.

Nivelurile de deviere a ramurilor arteriale de la arterele magistrale la nou-născuți și copii ca regulă sînt localizate mai proximal, iar unghiurile de deviere sînt mai mari decît la adulți. În unele cazuri se modifică de asemenea și raza curburii arcurilor formate de vase. De exemplu, la nou-născuți și la copiii de toate grupurile de vîrstă pînă la 12 ani arcul aortal are o rază de curbura mai mare decît la adulți.



Fig. 152. Vena safenă mare a membrului inferior drept și afluențele ei în regiunea gambei și piciorului.

1 — v. saphena magna ; 2 — rete venosum calcaneum (BNA) ; 3 — ramura ce unește venele superficiale cu cele profunde ; 4 — vv. digitales dorsales pedis ; 5 — arcus venosus dorsalis pedis ; 6 — rete venosum dorsale pedis.

Proporțional cu creșterea corpului și membrelor și conform sporirii arterelor lor în lungime se produce o modificare parțială în topografia acestor vase. Cu cît omul este mai în vîrstă cu atît mai jos e situat arcul aortei : la nou-născut el rezidă superior de nivelul vertebrei I toracice, la persoanele de 17—20 de ani — la nivelul vertebrei II, de 25—30 de ani — la nivelul vertebrei III, la 40—45 de

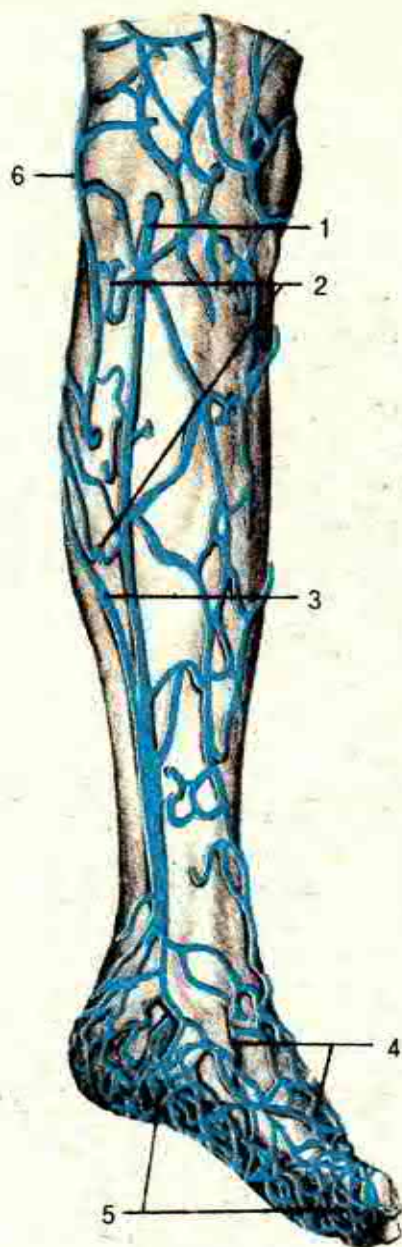


Fig. 153. Vena safenă mică a membrului inferior drept și afluențele ei.

1 — v. saphena parva ; 2 — rete venosum subcutaneum (BNA); 3 — ramura care unește vv. saphenae parva et magna ; 4 — rete venosum dorsale pedis ; 5 — rete venosum plantare ; 6 — v. saphena magna.

la nivelul vertebrei III, la 40—45 de ani — la nivelul vertebrei IV toracice, iar la persoanele de vîrstă avansată și senilă — la nivelul discului intervertebral dintre vertebrele IV și V toracice. De asemenea se modifică intrucitva și topografia arterelor membrilor. De exemplu, la nou-născut proiecția arterei cubitale corespunde marginii anteromediale a ulnei, iar a arterei radiale — marginii ante-

romediale a radiusului. Odată cu vîrsta arterele cubitală și radială se deplasează (în raport cu linia mediană a antebrațului) în sens lateral, și la copiii de vîrstă peste 10 ani aceste artere au amplasarea și proiecția caracteristice pentru indivizii maturi. Proiecția arterelor femurală și poplitee în primii ani de viață a copilului de asemenea se deplasează în sens lateral de la linia mediană a femurului, prima apropiindu-se de marginea medială a femurului, iar a doua — spre linia mediană a fosei poplitee. Se observă modificări și în topografia arcurilor palmare. Arcul palmar superficial la nou-născuți și la copiii de primă vîrstă este dispus mai proximal de mijlocul oaselor metacarpiene II și III, la maturi se proiectează la nivelul medianei osului metacarpian III.

Odată cu vîrsta intervin schimbări și în tipul de ramificație a arterelor. De exemplu la nou-născut tipul de ramificație a arterelor coronare are aspect de evantai, iar la vîrsta de 6—10 ani se constituie tipul magistral, care persistă pe parcursul vieții întregi.

Venele. Odată cu vîrsta are loc sporirea diametrului venelor, secțiunilor lor transversale și lungimii lor. De exemplu, vena cavă superioară datorită amplasării înalte a cordului la copii este scurtă, în primul an de viață a copilului, la copiii de 8—12 ani și la pubertari lungimea și suprafața secțiunii transversale a venei superioare sînt în creștere. În maturitate aceste valori rămîn aproape neschimbate, iar în vîrsta avansată și în senescență din cauza modificărilor senile în structura pereților acestei vene observăm sporirea diametrului ei. Vena cavă inferioară la nou-născut este scurtă și relativ largă (circa 6 mm în diametru). Spre finele primului an de viață diametrul ei sporește puțin, însă apoi depășește în creștere diametrul venei cave superioare; la maturi acest diametru (la nivelul de intrare a venelor renale) constituie circa 25—28 mm. Odată cu creșterea venelor cave în lungime intervin modificări în topografia afluenților lor. Vena portă și formantele ei — venele mezenterice superioară și inferioară și vena splenică la nou-născut sînt deja relativ formate.

După naștere se modifică topografia

venelor superficiale ale corpului și membrilor. La nou-născut există plexuri venoase subcutane dense și pe fondul acestora venele de calibru mare nu se profilează; la vîrsta de 1—2 ani din aceste plexuri se conturează vădit venele safene mare și mică, iar prin membrul superior — venele laterală și medială ale miinii. Diametrul venelor superficiale (safene) de la perioada de nou-născut pînă la 2 ani sporește accelerat. De exemplu, diametrul safenei mari sporește aproape de 2 ori, iar al safenei mici — de 2,5 ori.

Circulația sangvină la făt

În stabiile timpurii de dezvoltare a embrionului uman în sistemul lui vascular putem distinge trei circulații de sînge: intraembrională (în corpul embrionului), circulația vitelină, care trece spre sacul vitelin, și circulația ombilicală (numită alantoică), care trece spre corion (circulația vitelină în filogeneză devansează circulația ombilicală). Circulațiile vitelină și ombilicală, deși încep în corpul embrionului, totuși, deoarece vasele lor (arterele și venele mezenteroviteline și ombilicale) se ramifică și în tunicile extraembrionare, aceste circulații ca și vasele care le constituie se numesc în mod obișnuit extraembrionare. La embrionul uman sacul vitelin se reduce foarte curînd, deci participă la nutriția și respirația embrionului un timp scurt. Traficul în capilarele și vasele sacului vitelin încetează foarte devreme, însă unele porțiuni din vase (arterele și venele mezentericoviteline) care persistă în corpul embrionului, pe parcursul dezvoltării ulterioare a sistemului lui sangvin participă la formarea unor vase. Circulația ombilicală spre deosebire de cea vitelină se dezvoltă intens și începînd chiar din stadiile timpurii de dezvoltare a embrionului uman peste alantoisul aflat în involuție rapidă, spre fața internă a corionului cresc vase sangvine care asigură metabolismul și dezvoltarea intensă a embrionului. Spre finele lunii a 2-a de dezvoltare datorită unor transformări complicate se formează definitiv placentă, care asigură dezvoltarea ulterioară a embrionului, apoi a fătului.

Toate cele necesare pentru dezvoltarea sa fătul le obține din sîngele matern. Prin artera uterină sîngele pătrunde în placentă, din care cauză circulația sangvină la făt se numește placentară. În placentă se realizează nu numai schimbul de gaze dintre sîngele matern și fetal, adică îmbogățirea sîngelui fetal cu oxigen și drenarea bioxidului de carbon din el; la acest nivel din sîngele matern în sîngele fătului trec și materiile nutritive. Din placentă sîngele fetal trece în vena lui ombilicală, *v. umbilicalis* (fig. 154), care în componența cordonului ombilical se îndreaptă spre marginea inferioară a ficatului, respectă șanțul venei ombilicale și la nivelul hilului ficatului se bifurcă în două ramuri. Prima se varsă în vena portă, a doua — numită conduct venos, *ductus venosus*, se varsă în una din venele hepatice sau în vena cavă inferioară. În acest mod, sîngele arterial care vine de la placentă prin vena ombilicală, nîmerește parțial nemijlocit în vena cavă inferioară, iar restul — în ficat, care la făt constituie un organ hematopoetic, și în continuare prin venele hepatice se varsă de asemenea în vena cavă inferioară, unde se amestecă cu sîngele venos colectat din porțiunile inferioare ale trunchiului. Prin vena cavă inferioară sîngele amestecat nîmerește în atriu drept, iar din acesta din orificiul oval al septului interatrial — în atriu stîng, în care curentul de sînge este îndreptat de valvula venei cave inferioare care la făt este foarte pronunțată. Din atriu stîng sîngele trece în ventriculul stîng, apoi prin aortă și arterele ei se îndreaptă spre organele și țesuturile fătului.

Sîngele venos din partea superioară a corpului fetal vine în atriu drept prin vena cavă superioară. Prin orificiul atrio-ventricular drept acest sînge trece în ventriculul drept, iar din acesta — în trunchiul pulmonar și în continuare curge printr-un conduct arterial, *ductus arteriosus*, de calibru mare (numit Botallo) nemijlocit în aortă (inferior de nivelul de deviere a arterei subclaviculare stîngi). Arterele pulmonare ca și plămîinii, sînt subdezvoltate. În aortă la sîngele amestecat venit din ventriculul stîng se adaugă porțiuni noi de sînge venos. Acest sîng

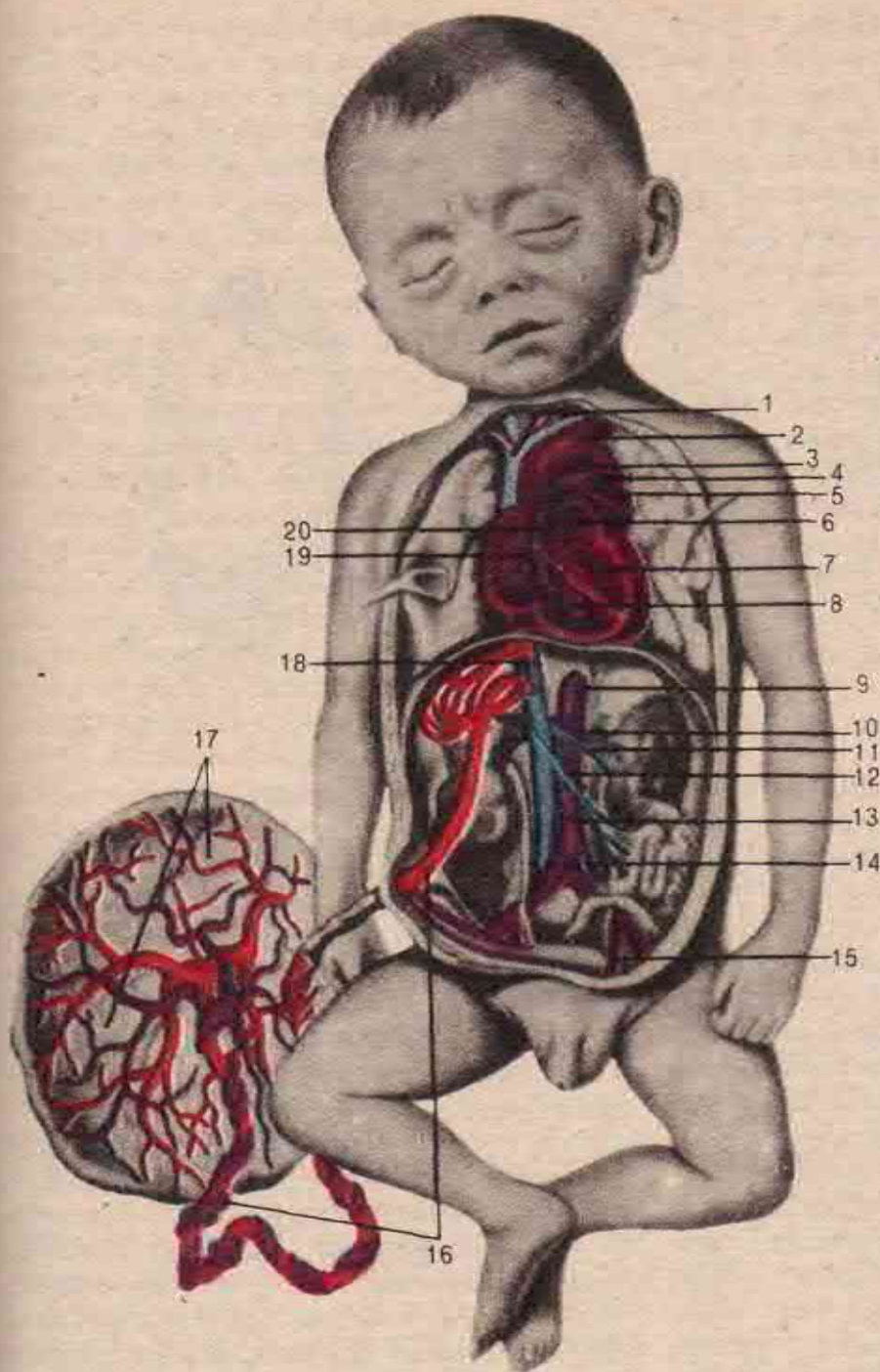


Fig. 154. Circulația singelui la făt.

1 — v. cava superior; 2 — arcus aortae; 3 — ductus arteriosus; 4 — a. pulmonalis sinistra; 5 — pars descendens aortae; 6 — atrium sinistrum; 7 — ventriculus sinister; 8 — ventriculus dexter; 9 — pars abdominalis aortae; 10 — a. renalis sinistra; 11 — v. renalis sinistra; 12 — v. portae; 13 — aorta; 14 — a. iliaca communis sinistra; 15 — a. umbilicalis sinistra; 16 — v. umbilicalis; 17 — placenta; 18 — ductus venosus; 19 — for. ovale; 20 — truncus pulmonalis.

ge amestecat trece prin ramurile aortei, ajungând la toate organele și pereții corpului fătului. Prin urmare, jumătatea superioară a corpului fetal (inclusiv encefalul), care este irigată de ramurile arcului aortal, dispuse mai sus de el încă înainte de vărsarea conductului arterial (notamente: arterele carotide comune și arterele subclaviculare) beneficiază de un singe mai bogat în oxigen și materii nutritive decât jumătatea inferioară a corpului fătului.

Îmbogățirea singelui fetal cu oxigen și materii nutritive are loc în placenta, unde singele amestecat din aortă trece prin arterele iliace interne, apoi prin ramurile lor — **artera ombilicală** pară, *a. umbilicalis*, — în placenta. De la placenta prin vena ombilicală impară spre corpul fătului vine singe arterial.

După naștere în sistemul sangvin al nou-născutului se produc modificări esențiale: are loc trecerea bruscă de la circulația placentară la cea pulmonară.

Încep să funcționeze plămîni, arterele și venele pulmonare. Traficul în vasele ombilicale ligaturate după naștere încețază : trunchiul venei ombilicale se transformă în ligamentul rotund al ficatului, *lig. tēres hēpatis*, iar arterele ombilicale — în ligamentele ombilicale laterale drept și stîng, *ligg. umbilicāles laterales*, (lumenul arterelor persistă doar în porțiunea lor inițială), care se plasează pe fața posterioară a peretelui anterior al abdomenului. Conductul venos, *dūctus venosus*, se transformă în ligamentul venos, *lig. venosum*, iar conductul arterial, care la făt unea trunchiul pulmonar cu partea concavă a arcului aortal, devine ligament arterial, *lig. arteriosum*, care unește trunchiul pulmonar (sau artera pulmonară stîngă) cu arcul aortei.

Sistemul cardiovascular în filogeneză

La toate vertebratele sistemul închis de circulație este constituit după un plan general : există cord, aortă, artere, pat microcirculator (inclusiv capilare) și vene. La nevertebrate și vertebratele inferioare sistemul circulator neînchis este de fapt hemolimfatic, deoarece execută atât funcții de sistem sangvin, cît și de sistem limfatic. În filogeneză, pornind de la pești, din sistemul sangvin s-a izolat sistemul limfatic independent.

În sistemul circulației sangvine al vertebratelor modificările evoluționale principale în structura sistemului cardiovascular țin de trecerea de la tipul branhiar de respirație la cel pulmonar (fig. 155). La pești cordul nu este separat prin septuri în compartimente ; în el vine și din el se propulsează în arterele branhiale doar singe venos. În cordul peștilor distingem un singur atriu, care comunică cu sinusul venos, și un singur ventricul, care trece în aorta ventrală. Aceasta din urmă transportă singe venos prin așa-numitele artere branhiale aferente (perechile III, IV, V și VI) la branhii, unde singele se îmbogățește cu oxigen (perechile I și II se reduc încă în stare embrionară). Singele arterial de la branhii prin arterele branhiale aferente se îndreaptă spre aorta dorsală impară, iar din ea — spre organe.

La amfibieni în atriu apare un sept longitudinal, care îl separă în compartimentul drept și stîng (atriile drept și stîng). Singele venos din venele corpului ajunge în sinusul venos, apoi în atriu drept, de aici în partea dreaptă a ventriculului comun, unde se produce o amestecare parțială a singelui arterial cu cel venos. La amfibienii maturi brahhiile sînt atrofiate, pentru că funcționează plămîni. Ca și la pești perechile I și II de artere branhiale la amfibieni se reduc încă în perioada embrională. Din perechea III de artere branhiale se dezvoltă arterele carotide, din perechea IV — arcurile aortale drept și stîng, din perechea V la amfibiile caudate — perechea II de arcuri aortale (la ecaudate acestea se reduc) ; perechea VI de artere branhiale se transformă în artere pulmonare. La amfibiile caudate aceste artere se unesc cu arcul precedent cu ajutorul unui conduct arterial.

Din ventriculul drept singele venos trece în conul arterial, apoi prin arterele pulmonare în plămîni. Singele arterial îmbogățit cu oxigen se îndreaptă prin venele pulmonare în atriu stîng, iar din el — în partea stîngă a ventriculului comun, apoi prin arterele carotide și aortele dorsale — spre organe.

În procesul evoluției în cordul reptilelor mai apar două septuri: unul interventricular care nu separă definitiv ventriculul comun și unul aortopulmonar, care separă conul arterial în aortă și trunchi pulmonar. La toate reptilele septul interventricular este incomplet, prin urmare la ele are loc amestecarea singelui arterial și venos, deși în măsură mai mică decît la amfibieni. Perechile I și II de artere branhiale la reptile se reduc. Din perechea III se dezvoltă arterele carotide, din perechea IV — două rădăcini ale aortei, din perechea VI — arterele pulmonare. La păsări și mamifere atriile și ventriculele sînt separate definitiv, deci singele arterial care se îndreaptă din plămîni prin venele pulmonare în atriu stîng, apoi în ventriculul stîng al cordului, nu se amestecă cu singele venos, care vine prin venele cave în atriu drept și în ventriculul drept.

Sistemul venos la pești e prezentat de vene precardiale, ca-

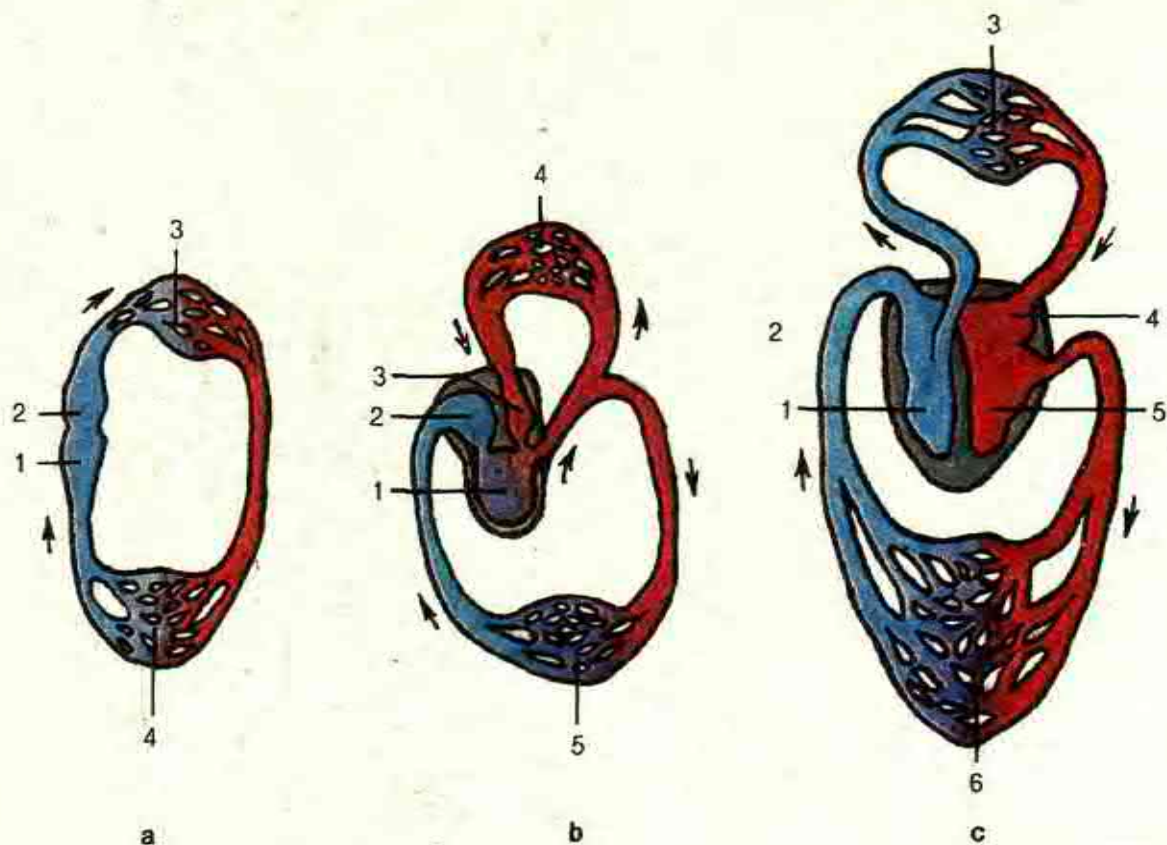


Fig. 155. Schema transformării circulațiilor sangvine și cordului la vertebrate. Săgețile indică direcția torentului sangvin.

a — pești: 1 — ventricul; 2 — atriu; 3 — capilare branhiale; 4 — capilare ale mării circulații; b — amfibieni (broască): 1 — ventricul; 2 — atriu drept; 3 — atriu stâng; 4 — capilarele pulmonare; 5 — capilarele mării circulații; c — mamifer: 1 — ventriculul drept; 2 — atriu drept; 3 — capilare pulmonare; 4 — atriu stâng; 5 — ventriculul stâng; 6 — capilarele mării circulații.

re colectează sînge de la cap, și postcardinale, care transportă sîngele din partea posterioară a trunchiului. Venele pre- și postcardinale din dreapta și din stînga, unindu-se în regiunea cordului într-un vas impar, formează venele cardinale comune dreaptă și stîngă (ducturile Cuvier), care se varsă în sinusul venos al cordului. Sîngele venos de la pereții intestinului se acumulează în vasele ce duc spre ficat. Aici vasele se divizează în capilare, formînd sistemul portal al ficatului. Din ficat sîngele se varsă nemijlocit în sinusul venos.

Sîngele venos, care la pești se scurge de la coadă, iar la vertebratele terestre (amfibieni, reptile) și de la membrele posterioare, trece prin sistemul portal al rinichilor prezentat printr-un sistem de capilare ale acestui organ. La pești curentul de sînge venos de la rinichi trece prin venele postcardinale, iar la vertebratele terestre — prin vena cavă pos-

terioară (vezi în continuare). La mamifere și om sistemul portal al rinichilor lipsește

Paralel cu venele postcardinale se dezvoltă și venele subcardinale, care primesc sînge de la rinichiul mediu (de la mezonefros). Fiecare din venele subcardinale se varsă în vena postcardinală. Pe măsura evoluției mezonefrosul, iar odată cu el și venele subcardinale la majoritatea vertebratelor terestre, spre deosebire de pești și amfibieni, aceste vene au fost substituite de un vas venos impar numit vena cavă posterioară, ce colectează sînge din partea posterioară a trunchiului. Vena cavă posterioară la început se varsă nemijlocit în sinusul venos, însă în procesul evoluției din cauza reducerii esențiale a acestui sinus orificiul venei cave posterioare s-a strămutat în atriu drept. Vena abdominală pară la mamifere constituie doar o formațiune embrională, care pun

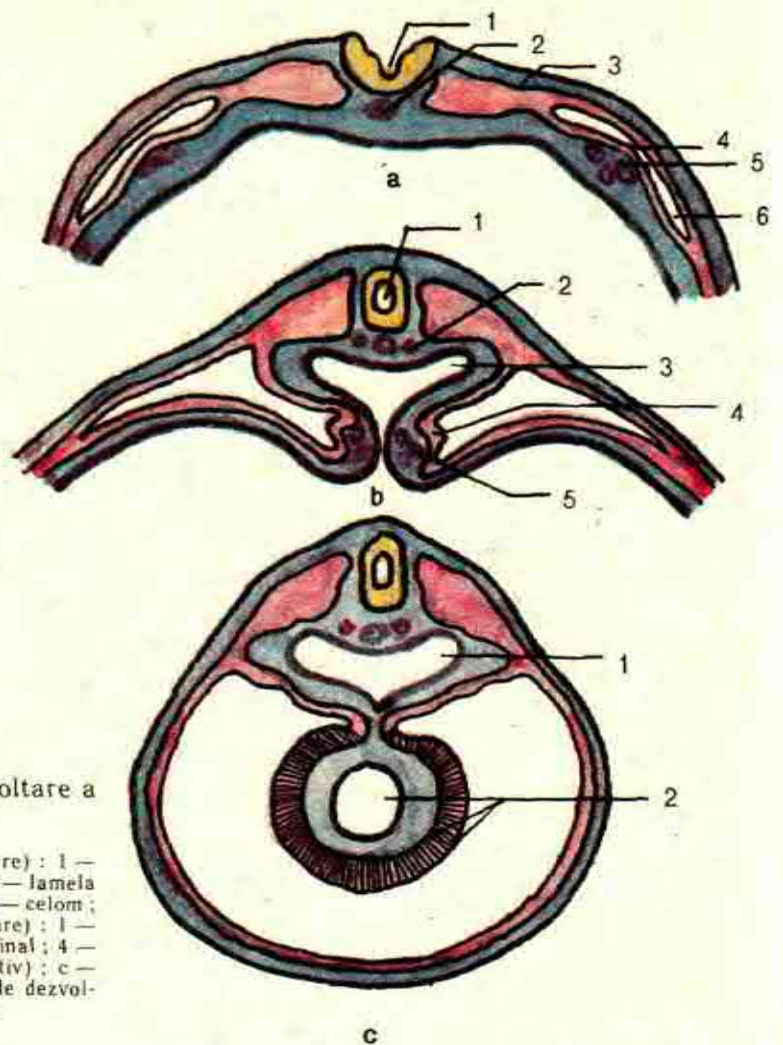


Fig. 156. Schema stadiilor inițiale de dezvoltare a cordului la embrionul uman.

a — stadiul de trei somite (ziua a 17-ea de dezvoltare): 1 — șanțul nervos; 2 — coarda; 3 — somită (primitivă); 4 — lamela mioepicardială; 5 — recesul endocardial (primitiv); 6 — celom;
 b — stadiul de 4—6 somite (ziua a 18-ea de dezvoltare): 1 — tubul neural; 2 — aorta dorsală; 3 — jgheabul intestinal; 4 — lamelă mioepicardială; 5 — reces endocardial (primitiv);
 c — stadiul de 7—9 somite (în zilele a 19-ea — a 20-ea de dezvoltare): 1 — intestin cefalic; 2 — cord tubular simplu.

începutul venelor ombilicale ale fătului. Sinusul lor venos se reduce definitiv. Vestigiile venelor postcardiale și mai ales subcardiale reduse, la mamifere se transformă în partea dreaptă în vena impară, *v. azygos*, care se varsă în vena cardinală comună dreaptă, iar în stînga — în vena semiimpară, *v. hemiazygos*, care se varsă în vena cardinală comună stîngă. Ca și la om venele impară și semiimpară comportă anastomoze transversale de calibru mare. Datorită apariției acestei anastomoze curentul de sînge din vena semiimpară (de la pereții jumătății stîngi a trunchiului) nimereste în vena impară, apoi în vena cardinală comună dreaptă; unirea venei semiimpare cu vena cardinală comună stîngă dispăre.

Pe parcursul evoluției porțiunea proximală a venei precardinale drepte și vena cardinală comună dreaptă se transformă în vena cavă anterioară

dreaptă, iar vasele analoage din partea stîngă — în vena cavă anterioară stîngă. În legătură cu acest fapt orificiul venei impare se strămută în vena cavă anterioară dreaptă. Din afluențele venelor precardinale din dreapta și din stînga se formează venele jugulare drepte și stîngi și venele subclaviculare drepte și stîngi. La unele mamifere vena cavă anterioară mai este încă pară, însă la majoritatea lor, ca și la om, între venele cave anterioare se formează o anastomoză transversală (vena brahiocefalică stîngă), prin care sîngele de la jumătatea stîngă a capului și gîtului și de la membrul stîng anterior (la om — superior) se îndreaptă în vena cavă dreaptă anterioară (la om — superioară). Vena cavă anterioară (superioară) stîngă își pierde traficul, cea mai mare parte a venei cardinale comune stîngi de asemenea se reduce,

iar din porțiunea ei rămasă se formează sinusul venos al cordului, care comunică cu atriul drept. Acesta colectează sângele exclusiv de la pereții cordului.

Cordul uman în ontogeneză

Cordul se dezvoltă din mezoderm sub formă de primordiu par la stadiul de 1—3 somite (aproximativ în a 17-a zi de dezvoltare a embrionului) (fig. 156). Din acest primordiu par se formează **cordul tubular simplu**, *cor tubuläre simplex (LNE)*¹, care e situat în regiunea cervicală. Anterior, el trece în bulbul primitiv al cordului, *bulbus cordic primitivus*, iar posterior — în sinusul venos, *sinus venosus*, dilatat. Extremitatea anterioară (cefalică) a cordului tubular simplu, se numește arterială, iar cea posterioară — venoasă. Compartimentul mediu al cordului tubular spre deosebire de compartimentele cranial și caudal, (fixate pe peretele posterior al corpului embrionului prin vestigiile mezoului dorsal al cordului, care se reduce), cresc intens în lungime, din care cauză se incurbează sub formă de ansă în sens ventral (pe plan sagital). Virful acestui arc constituie viitorul apex al cordului. Porțiunea inferioară (caudală) a ansei reprezintă compartimentul venos al cordului, iar cea superioară (cranială) — compartimentul arterial.

Din cauza că compartimentul mediu al cordului tubular continuă să crească intens în lungime, cordul tubular simplu din aspectul lui de ansă, se incurbează contrar ácelor de ceasornic în formă de S și se transformă în **cord sigmoid**, *cor sygmoideum* (fig. 157). Atriul și sinusul venos puternic redus la această etapă sînt plasate în porțiunea descendentă a cordului sigmoid, ventriculul — în porțiunea lui anterioară convexă, iar bulbul — în porțiunea ascendentă. Pe fața externă a cordului sigmoid apare șanțul atrioventricular (viitoarea brazdă coronară a cordului definitiv) și șanțul bulboventricular, care dispăre după confluența bulbului cu trunchiul arterial.

Atriul comunică cu ventriculul printr-un canal atrioventricular, *canalis atrioventricularis*, îngust, (auricular). În pereții lui apar intumescențele ventrală și dorsală care sînt torusurile endocardiale atrioventriculare, *tórus endocardiális atrioventriculäre*, din care apoi, la limita dintre camerele cordului se dezvoltă valvele bi-și tricuspide. Locul de trecere a ventriculului în bulbul primitiv al cordului se îngustează, formînd orificiul bulboventricular, *óstium bulboventriculäre*.

Atriul comun crește rapid, cuprinde posterior trunchiul arterial, *trúncus arteriósus* (care la acest timp vine în confluență cu bulbul primitiv al cordului), anterior și bilateral de care se văd două proeminente ce constituie primordiile auriculelor drept și stîng. În orificiul trunchiului arterial se formează 4 torusuri endocardiale (*tórus endocardiális*), care mai apoi se transformă în valvulele semilunare de la începutul aortei și trunchiului pulmonar.

În a 4-a săptămîină pe fața superoposterioară internă a atriului comun apare septul primar (interatrial), *septum primum*, care crește în direcția canalului atrioventricular și separă atriul comun în atriul drept și atriul stîng. Însă această separare nu este definitivă deoarece în sept persistă un orificiu primar larg (interatrial), *forámen (interatriále) primum*. În dreapta de septul primar din partea feței interne a peretelui superoposterior al atriului crește septul (interventricular) secundar, *septum secundum*, care concrește cu cel primar, separînd definitiv atriul drept de cel stîng. Partea cranială a acestui sept perforează curînd, formînd orificiul interatrial secundar, *foramen (interatriále) secundum*. Mica circulație (pulmonară) a singelui la embrion nu funcționează și atriul stîng nu primește sânge de la plămîni. Prin urmare, unicul loc de aferență a singelui prin vasele sangvine în cordul embrionului este atriul drept. Prezența orificiului interatrial secundar asigură posibilitatea trecerii unei părți de sânge din atriul

¹ Nomina Embryologica (Leningrad, 1970).

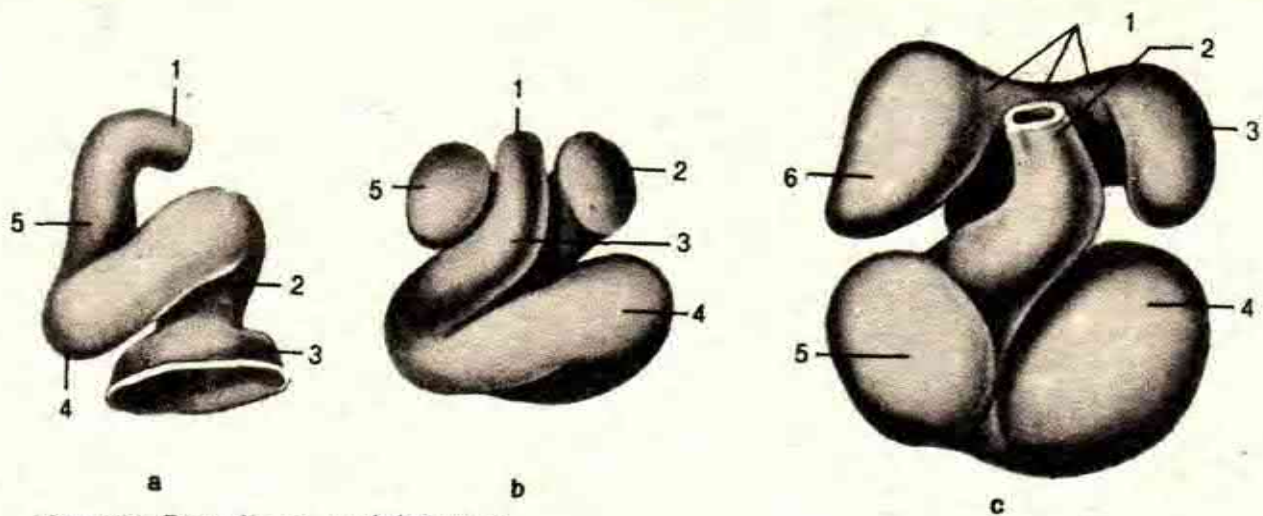


Fig. 157. Dezvoltarea cordului uman.

a — cordul unui embrion de 3 săptămâni: 1 — trunchi arterial; 2 — atriu (primitiv); 3 — sinus venos; 4 — ventricul (primitiv); 5 — bulb al cordului; b — cord la embrionul de 4 săptămâni: 1 — trunchi arterial; 2 — auricul stîng; 3 — bulb al cordului; 4 — ventricul stîng; 5 — auricul drept; c — cord al unui embrion de 5 săptămâni: 1 — atriu; 2 — trunchi arterial; 3 — auricul stîng; 4 — ventricul stîng; 5 — ventricul drept; 6 — auricul drept.

drept în cel stîng în cantitate suficientă pentru dezvoltarea normală a camerelor stîngi ale cordului. La începutul săptămîinii a 8-a de dezvoltare intrauterină în compartimentul inferoposterior al ventriculului apare un pli de formă semilunară. El crește anterosuperior spre torusurile endocardiale ale canalului atrio-ventricular și treptat separă definitiv ventriculul stîng de cel drept formînd septul interventricular. În același timp în trunchiul arterial apar două pliuri longitudinale care cresc în plan sagital unul spre altul și în sens inferior spre septul interventricular. Unindu-se aceste pliuri formează un sept care separă partea ascendentă a aortei de trunchiul pulmonar. De pe urma acestui fapt cele 4 torusuri endocardiale ale orificiului trunchiului arterial se împart și se transformă în 6 valvule semilunare (cîte 3 în fiecare vas); în aortă — posterioară dreaptă și stîngă, în trunchiul pulmonar — anterioară, drept și stîng.

După apariția septurilor interventricular și aortopulmonar la embrionul uman se constituie un cord cu 4 camere, *cor quadricameratum*. Orificiul oval mic, *foramen ovale*, (fostul orificiu interatrial secundar), prin care atriu drept comunică cu cel stîng, se închide abea după naștere, adică atunci cînd începe să funcționeze mica circulație (pulmonară) a sîngelui. Si-

nusul venos al cordului se îngustează transformîndu-se împreună cu vena cardiacă comună stîngă involutivă în sinusul coronar al cordului care se varsă în atriu drept.

Anomalii în dezvoltarea cordului

Dezvoltarea cordului fiind un proces foarte complicat, pe parcurs pot interveni anomalii congenitale, care provoacă tulburări în funcția cordului. Ca regulă, anomaliile apar de pe urma formării incorecte a cordului în perioada dezvoltării intrauterine; ele sînt mai frecvente în jumătatea dreaptă a cordului. Printre acestea se înregistrează mai frecvent următoarele: defect al septului interatrial (mai rar — interventricular); tulburări în dezvoltarea septului aortopulmonar, care duce la separarea incompletă a trunchiului arterial în partea ascendentă a aortei și trunchiul pulmonar, uneori la stenoză sau obliterarea completă (atresie) a trunchiului pulmonar, ceea ce are efecte brutale asupra circulației sangvine la făt și generează serioase anomalii de dezvoltare; neconcreșterea conductului arterial (Botallo) dintre aortă și trunchiul pulmonar. La un singur individ uneori se observă trei și chiar patru defecte combinate (numite triada sau tetrada Fallo): de exemplu, stenoză trunchiului pulmonar, formarea arcului

aortal spre dreapta în loc de stînga (dextrapozitia aortei), obliterarea incompletă a septului interventricular și hipertrofia ventriculului drept. Se întîlnesc de asemenea anomalii în dezvoltarea valvelor bicuspide, tricuspide și semilunare de pe urma dezvoltării anormale a torusurilor endocardiale. Drept cauze ale malformațiilor în dezvoltarea cordului (ca și altor organe) se consideră în primul rînd efectele agenților nocivi asupra organismului părinților și în special asupra organismului mamei la etapele timpurii ale sarcinii (alcoolul, nicotină, stupefiante, unele boli infecțioase etc.).

Vasele sangvine ale omului în ontogeneză

Dezvoltarea arterelor. În săptămîna a 3-a de dezvoltare a embrionului de la trunchiul arterial al cordului deviază două **aorte ventrale**. Cu ajutorul celor 6 perechi de **arcuri aortale**, *arcs aortici I—VI (LNE)*, sau artere branhiiale, acestea se unesc cu porțiunile inițiale ale aortelor dorsale dreaptă și stîngă. De la aortele dorsale deviază trei grupuri de artere: arterele intersegmentare dorsale, *aa. intersegmentales dorsales*, arterele segmentare laterale, *aa. segmentales laterales*, și arterele segmentare ventrale, *aa. segmentales ventrales*.

Simultan cu dezvoltarea cordului și sistemului sangvin are loc dezvoltarea encefalului, viscerelor și membrilor, ceea ce impune restructurarea patului sangvin în general și a arterelor în special. Arcurile aortale I, II și V trec curînd în involuție, deci rolul principal în formarea arterelor capului, gîtului și cavității toracice revine arcurilor aortale III, IV și VI, precum și porțiunilor drepte și stîngi ale aortelor ventrale și dorsale. Porțiunea anterioară a fiecărei aorte ventrale (de la I la III) a arcului aortal se transformă în artera carotidă internă, iar fiecare arc aortal III și porțiunea anterioară a aortei dorsale aflată în legătură cu encefalul se transformă în artera carotidă internă. Porțiunea aortei dorsale între arcurile aortale III și IV se reduce, iar segmentul respectiv al aortei ventrale se transformă în artera

carotidă comună. Spre deosebire de perechea III de arcuri aortale, din care din dreapta și din stînga se formează arterele omonime, transformările care se produc în arcurile aortale IV din dreapta și din stînga, sînt diferite: arcul IV din stînga, diametrul căruia sporește considerabil, se transformă în arc al aortei definitive, unind partea ascendentă a aortei cu aorta dorsală stîngă. De pe urma acestui fapt artera dorsală stîngă se transformă în partea ascendentă a aortei, iar aorta dorsală dreaptă (posterior de arcul aortal IV din dreapta) se reduce, arcul IV aortal din dreapta devine porțiunea proximală a arterei subclaviculare, iar porțiunea aortei ventrale drepte (între arcurile III și IV aortale din dreapta), de la care aceasta deviază, se transformă în trunchiul brahiocefalic scurt; în acest mod drept ramuri ale trunchiului brahiocefalic devin artera carotidă comună dreaptă și artera subclaviculară dreaptă. Artera subclaviculară stîngă se dezvoltă nu din arcurile aortale, ci ca derivat al uneia din arterele dorsale intersegmentare, ca ramură a aortei dorsale din stînga. În urma acestor transformări de la arcul aortal definitiv deviază trunchiul brahiocefalic, artera carotidă comună și artera subclaviculară din stînga.

Perechea VI de arcuri aortale, după separarea ei de la trunchiul arterial pentru a forma partea ascendentă a aortei și trunchiul pulmonar (vezi „Dezvoltarea cordului“), menține legătura cu trunchiul pulmonar, adică se prezintă ca niște ramuri ale acestuia. Ambele arcuri VI cedează ramuri fine (viitoare artere pulmonare) spre plămîni și după aceasta arcul VI din dreapta pierde legătura cu aorta dorsală, iar porțiunea lui distală se reduce definitiv. Arcul VI aortal din stînga menține legătura cu aorta dorsală din stînga în forma unui conduct arterial larg (Botallo) prin care la făt singele din trunchiul pulmonar trece în aortă; după naștere traficul prin acest conduct încetează, iar însuși conductul se transformă în ligament arterial.

Arterele dorsale intersegmentare au de suferit următoarele transformări: fiecare din ele la rîndul ei se bifurcă în două

ramuri: dorsală și ventrală. În regiunea gâtului și capului din aceste ramuri dorsale se formează artera vertebrală, ceva mai cranial — artera bazilară și ramurile ei; în regiunea trunchiului ele se transformă în arterele intercostale și lombare, care irigă pereții corpului. Din ramurile lor ventrale se formează artera subclaviculară stângă și porțiunea distală a arterei subclaviculare drepte. Artera subclaviculară în procesul de dezvoltare a membrilor superioare avansează în ele și, fiecare, se numește arteră axială a membrului superior, *a. axialis membri superioris*, vestigiile căreia la omul matur le constituie artera interosoasă comună a antebrațului. Caracterul segmentar al primordiilor arterelor laterale și ventrale segmentare se pierde pe măsura dezvoltării. Din arterele segmentare laterale se formează arterele pare diafragmatică, renală, suprarenală și testiculară (ovariană). Din arterele segmentare ventrale se formează arterele viteline, ce constituie bază derivativă pentru arterele impare care irigă organele cavității abdominale: trunchiul celiac, arterele mezenterice superioară și inferioară. Arterele segmentare ventrale dispuse caudal se transformă în arterele ombilicale dreaptă și stângă; de la începutul fiecăreia din ele deviază artera axială a membrului inferior, *a. axialis membri inferioris*. În continuare ea trece în involuție și la omul matur persistă sub formă de arteră fibulară subțire și sub forma unei artere deosebit de subțiri care însoțește nervul sciatic. De pe urma dezvoltării organelor din micul bazin și mai ales creșterii intensive a membrilor inferioare, începe dezvoltarea vertiginosă a arterelor iliace (comună, externă și internă). În cadrul acestor transformări artera ombilicală devine o ramură a arterei iliace interne, iar artera iliacă externă ca vas magistral continuă în membrul inferior formând arterele femurală, poplitee și tibială posterioară.

Dezvoltarea venelor. Venele corpului embrionului își formează primordiile în a 4-a săptămână sub formă de trunchiuri pare situate pe ambele laturi ale corpului (în poziție ventrală de la aortele dorsale). Venele regiunii anterioare

a corpului se numesc **precardinale** (cardinale anterioare), iar în regiunea posterioară a corpului — **postcardinale** (cardinale posterioare). Și unele și celelalte din ambele părți ale corpului se varsă în **vene cardinale comune** dreapta și stângă (în conductele Cuvier), iar acestea din urmă — în **sinusul venos al cordului**.

Transformările ulterioare la care sînt supuse venele extraembrionale și venele corpului embrionului sînt impuse de dezvoltarea cordului, de involuția sinusului venos al acestuia, precum și de dezvoltarea viscerelor și membrilor. Dat fiind faptul, că pe traiectul **venelor vitelinomezenterice** se dezvoltă ficatul, acestea nu numai că devin o parte constituantă a sistemului lui portal, ci și participă la formarea venei porte. Odată cu aceasta din vena comună eferentă a ficatului, care se formează de pe urma confluenței porțiunilor proximale ale venelor vitelinomezenterice la ieșirea lor din ficat, se dezvoltă partea hepatică a venei cave inferioare.

Vena ombilicală stângă (dreapta se reduce curînd) prin numeroase anastomoze se unește cu sistemul portal al ficatului. Una din aceste anastomoze se transformă într-un conduct venos larg, care unește vena ombilicală nemijlocit cu venele hepatice în locul de scurgere a lor în vena cavă inferioară (vezi „Circulația sangvină la făt“). După naștere vestigiul acestui conduct constituie ligamentul venos al ficatului.

Venele cave superioară și inferioară, principalele în corpul uman, se dezvoltă de pe urma restructurării venelor pre- și postcardinale și formării unor vene noi. Din anastomoza dintre venele precardinale se dezvoltă vena brahiocefalică stângă, care transportă sînge venos în vena precardinală dreaptă. Aceasta (posterior de anastomoza numită) împreună cu vena cardinală comună dreaptă se transformă în vena cavă superioară. Dezvoltarea venei cave inferioare se află în raport nemijlocit cu dezvoltarea mezonefrosului și venelor acestuia (sub- și supracardinale), precum, și cu dezvoltarea anastomozelor dintre ele, reciproc, și cu venele postcardinale. Prezența acestor anastomoze duce la di-

latarea puternică a venelor din partea dreaptă a porțiunii posterioare a corpului embrionului și la reducerea venelor din partea stângă. De pe urma acestui fapt **vena cavă inferioară** se dezvoltă din diferite porțiuni ale venelor din partea dreaptă a porțiunii posterioare a corpului embrionului: partea ei hepatică (de la orificiu pînă la locul de recepție a venei suprarenale) — din vena comună eferentă a ficatului; partea suprarenală — din vena cardinală dreaptă; partea renală — din anastomoza dintre venele sub-și supracardinale din dreapta; partea postrenală — din porțiunea lombară a venei subcardinale drepte. Cea mai mare parte a venelor care se varsă în vena cavă inferioară de asemenea derivă de la diferite porțiuni ale venelor sub-și supracardinale. Vestigiile venelor supracardinale sînt: în dreapta — vena împără, și în stînga — vena semiîmpără.

SISTEMUL LIMFATIC

Sistemul limfatic, *systema lymphaticum*, include capilare ramificate în organe și țesuturi, vase limfatice și trunchiuri limfatice, canale, prin care limfa se scurge de la locurile de formare a ei spre locul de confluență a venelor jugulară internă și subclaviculară, care formează unghiul venos (fig. 158). Odată cu limfa (gr. — *lympha* — apă limpede), care este un lichid incolor de componență apropiată de plasma sanguină, din organe și țesuturi se drenează produsele de deșeu ale metabolismului, particulele eterogene.

Pe traiectul vaselor limfatice de la organe și părți ale corpului spre trunchiuri și canale se află ganglioni limfatici numeroși caliciformi sau ovalați, de dimensiuni nu prea mari, care de asemenea fac parte din sistemul de organe imune. După structura și funcțiile executate în sistemul limfatic distingem următoarele formațiuni:

1. Capilare limfatice (vase limfocapilare), *vasa lymphocapillaria*. Acestea abosrb din țesuturi soluțiile coloidale de proteine; în afară de vene realizează drenarea suplimentară a țesuturilor,

notamente: absorbția apei și cristaloizilor disociați în ea, evacuarea din țesuturi a particulelor eterogene (corpi microbieni, celule dezintegrate).

2. Vase limfatice, vasa lymphatica. Prin acestea limfa formată în capilare împreună cu materiile aflate în ea se scurge spre ganglionii limfatici corespunzători organului în cauză sau părții date a corpului, iar de la aceștea spre vasele limfatice de calibru mare — trunchiuri și canale limfatice. Vasele limfatice pot să se prezinte drept căi de propagare a infecțiilor și celulelor tumorale.

3. Trunchiurile limfatice, trunci lymphatici, canalele limfatice, ductus lymphatici. Acestea sînt vase colectoare limfatice de calibru mare prin care limfa se scurge din diferite regiuni ale corpului în unghiul venos sau în porțiunile terminale ale venelor care îl formează.

Limfa se scurge prin vasele limfatice spre trunchiurile și canalele limfatice, trece prin ganglionii limfatici, *nodi lymphatici (lymphonodi — l nn., BNA)*, care execută funcția de barieră și formație imună. Limfa, care se scurge prin sinusurile ganglionilor limfatici, se filtrează prin ansele de țesut reticular; aici în limfă vin limfocite, care sînt formate de țesutul limfoid al acestor organe (vezi „Organele hematopoetice și ale sistemului imun”).

Capilarele limfatice (vasele limfocapilare)

Capilarele limfatice constituie elementul inițial, rădăcinile sistemului limfatic. Acestea încep în toate organele și țesuturile corpului uman, cu excepția encefalului și măduvei spinării, membranelor lor meningeale, globului ocular, urechii interne, tegumentului epitelial al pielii și tunicilor mucoase, cartilajelor, parenchimului splinei, măduvei osoase și placentei. Spre deosebire de capilarele sangvine, cele limfatice au un diametru mai mare (pînă la 0,2 mm), contururi neregulate, sinuozități laterale. Unindu-se între ele, acestea alcătuiesc o rețea limfocapilară închisă, *rete lymphocapillare*, ansele căreia sînt situate în unul sau cîteva planuri în dependență de con-

stituția organului traversat de ele. Orientarea capilarelor este determinată de direcția fasciculelor de țesut conjunctiv, ce încorporează capilarele limfatice, și de forma elementelor structurale ale organului dat (D. A. Jdanov). Bunăoară, în organele voluminoase (mușchi, plămâni, ficat, rinichi, glande mari etc.)

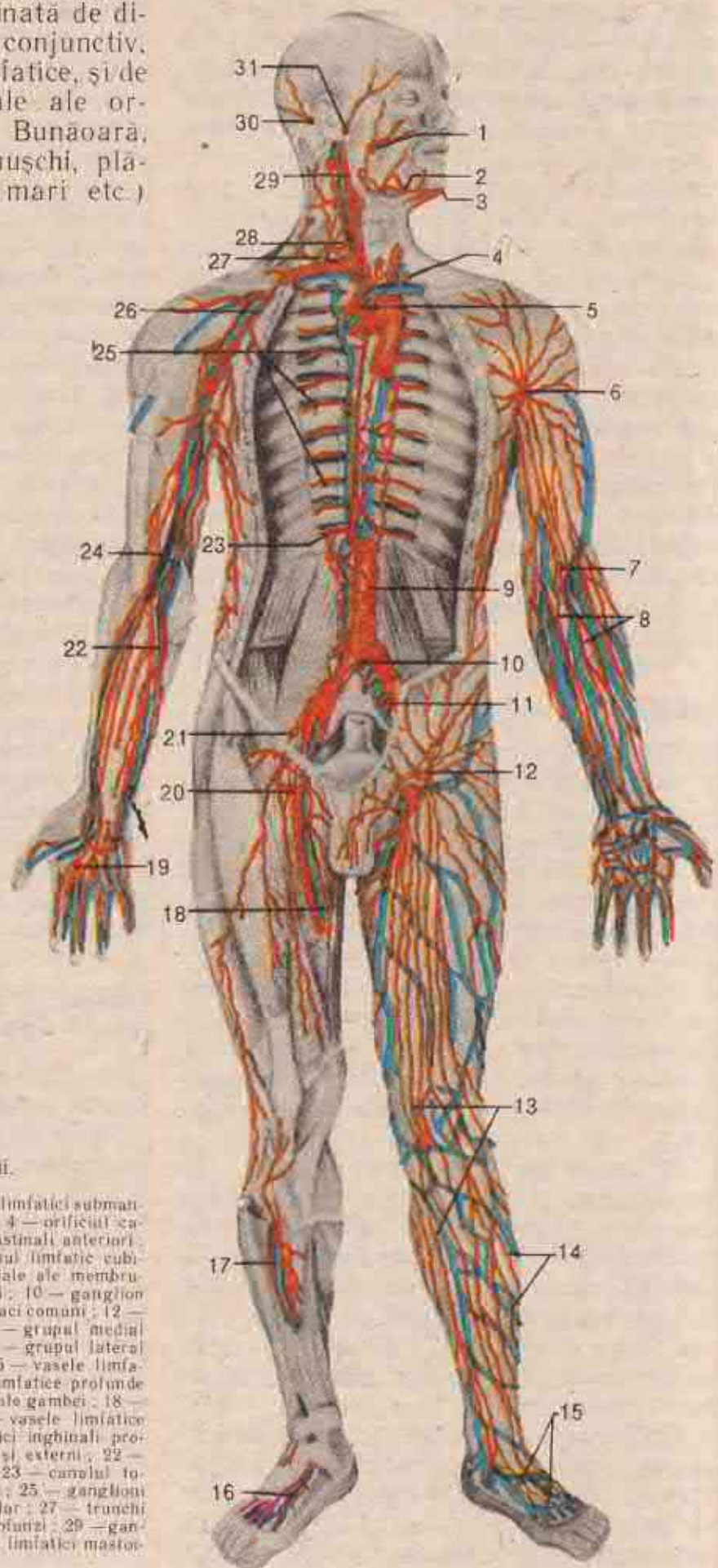


Fig. 158. Sistemul limfatic al omului.

1 — vasele limfatice ale omului; 2 — ganglionii limfatici submandibulari; 3 — ganglionii limfatici mentonieri; 4 — orificiul canalului toracic; 5 — ganglionii limfatici mediastinali anteriori; 6 — ganglionii limfatici axilari; 7 — ganglionul limfatic cubital superficial; 8 — vasele limfatice superficiale ale membrului superior; 9 — ganglionii limfatici lombari; 10 — ganglion limfatic subaortic; 11 — ganglionii limfatici iliaci comuni; 12 — ganglionii limfatici inghinali superficiali; 13 — grupul medial de vase limfatice superficiale ale gambelor; 14 — grupul lateral de vase limfatice superficiale ale gambelor; 15 — vasele limfatice superficiale ale piciorului; 16 — vasele limfatice profunde ale piciorului; 17 — vasele limfatice profunde ale gambelor; 18 — vasele limfatice profunde ale coapselor; 19 — vasele limfatice profunde ale palmelor; 20 — ganglionii limfatici inghinali profunzi; 21 — ganglionii limfatici iliaci interni și externi; 22 — vasele limfatice profunde ale antebrațului; 23 — canalul toracic; 24 — ganglion limfatic cubital profund; 25 — ganglionii limfatici intercostali; 26 — trunchi subclavicular; 27 — trunchi jugular; 28 — ganglionii limfatici cervicali profunzi; 29 — ganglionul limfatic jugodigastric; 30 — ganglionii limfatici mastoidieni; 31 — ganglionii limfatici parotici.

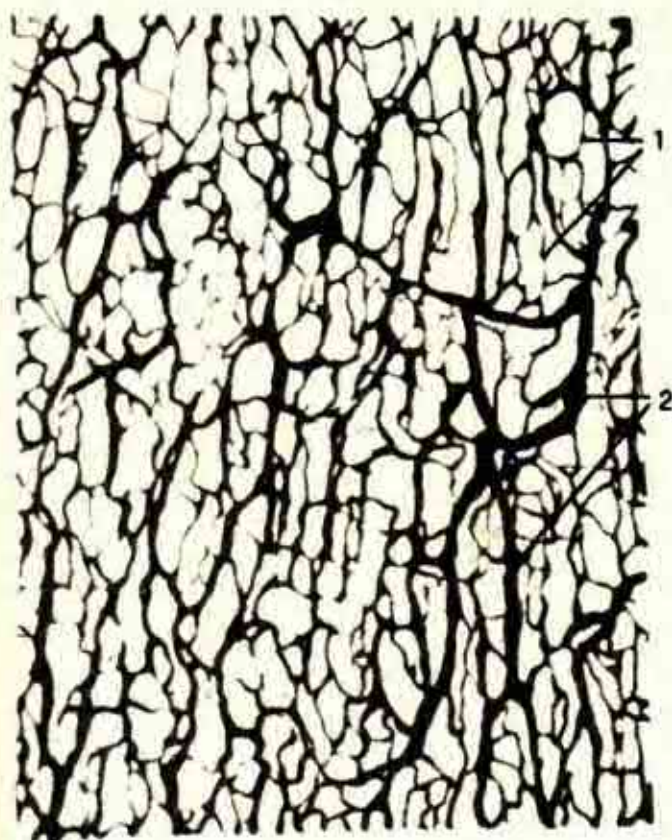


Fig. 159. Rețea de capilare limfatice (1) și vase limfatice (2) în tunica seroasă a intestinului subțire.

rețelele de capilare limfatice sînt structurate în trei dimensiuni. Capilarele limfatice din acestea sînt orientate în diferite direcții și situate între elementele structural-funcționale ale organului: fascicule de fibre musculare, grupuri de celule glandulare, corpusculi renali, lobuli hepatici. În organele plate (fascii, tunici seroase, piele, straturile pereților organelor cavitare, pereții vaselor sangvine de calibru mare) rețeaua capilară e situată într-un singur plan orientat paralel la suprafața organului. În unele organe rețeaua capilarelor limfatice formează niște proeminențe lungi de formă dactiloidă (bunăoară, sinusurile limfatice în vilozitățile intestinului subțire).

Pereții capilarelor limfatice sînt alcătuiți dintr-un singur strat de celule epiteliale, care cu ajutorul unor fascicule de finisime filamente ancorale se cramponează de fasciculele circumiacente de fibre colagene. Această legătură intimă dintre fibrele colagene și pereții capilarelor limfatice contribuie la lărgirea lume-

nului acestora din urmă, mai ales în caz de edem al țesuturilor în care se află capilarele date. Capilarele limfatice dotate cu valvule se consideră postcapilare limfatice.

Vasele limfatice

Vasele limfatice se formează prin confluența capilarelor limfatice. Pereții vaselor limfatice sînt mai groși decît pereții limfocapilarelor. Pe vasele limfatice intraorganice și pe o parte din cele extraorganice spre exterior de endoteliu există doar o tunică fină de țesut conjunctiv (vase fără tunică musculară). Pereții vaselor limfatice de calibru mai mare sînt alcătuiți din tunică intimă, *tunica íntima*, tapetată cu endoteliu, din tunică medie, *tunica média*, musculară, și tunică externă, *tunica externă*, s. *adventitia*, alcătuită din țesut conjunctiv.

Vasele limfatice comportă valvule, *valvulae lymphaticae*, prezența cărora conferă acestor vase un aspect caracteristic moniliform. Valvulele vaselor limfatice, fiind adaptate să orienteze limfa într-un singur sens — de la „periferie” spre ganglionii limfatici, trunchiuri și canale, sînt alcătuite din repliuri ale tunicii interne, care conțin în cantități mici țesut conjunctiv în interiorul fiecărei petale. Fiecare valvulă este alcătuită din două repliuri ale tunicii intime (petale, valve) situate unul în fața altuia. Distanța dintre valvulele vecine constituie de la 2—3 mm în vasele limfatice intraorganice pînă la 12—15 mm în vasele de calibru mai mare (extraorganice). Vasele limfatice intraorganice situate alături anastomozează unul cu altul formînd rețele (plexuri) cu anse (ochiuri) diverse ca formă și dimensiuni (fig. 159). Din organele interne, din mușchi vasele limfatice iese, ca regulă, alături de vasele sangvine; acest postulat e valabil doar pentru vasele limfatice profunde, *vasa lymphatica profunda*. Vasele limfatice superficiale, *vasa lymphatica superficialia*, care se află spre exterior de suprafața fasciilor corpului uman, sînt dispuse alături de venele subcutane sau în apropierea lor.

Aceste vase se formează prin confluența capilarelor limfatice din piele și din țesutul celular subcutan. În locurile mobile, în incinta articulațiilor, vasele limfatice se ramifică, apoi confluează din nou, formînd căi colaterale, care asigură curentul neîntrerupt al limfei în caz de schimbare a poziției corpului sau părților lui constitutive, precum și în caz de tulburare a tranzitului de limfă prin unele vase în timpul mișcărilor de flexie și extensie în articulații.

Ganglionii limfatici

Prin vasele limfatice limfa de la organe și părți ale corpului se îndreaptă spre ganglionii limfatici prin vasele aferente ale acestora.

Poziția ganglionilor limfatici dispuși pe traiectul curentului de limfă prin corpul uman se va studia în continuare (vezi pag. 253). Ganglionii limfatici sînt situați ca regulă lingă vasele sangvine, mai ales lingă venele de calibru mare, fiind grupați de la cîteva pînă la 10 și mai mulți sau, mai rar, amplasați solțtar. Pornind de la principiul anatomo-topografic și de la direcția traficului de limfă de la organe (principiul de regionalitate), în corpul uman distingem circa 150 de grupuri regionale de ganglioni limfatici (lat. *regio* — regiune). În baza acestor principii ganglionii limfatici sînt denumiți în conformitate cu regiunea în care se află: *ganglioni limfatici lombari*, *nódi lympháatici lombáles*, *ganglioni limfatici axilari*, *nódi lympháatici axillares*. În alte cazuri grupul de ganglioni limfatici poate fi denumit după vasul sangvin din vecinătate: *ganglioni limfatici celiaci*, *nódi lympháatici coeliáci*, *ganglioni limfatici iliaci*, *nódi lympháatici iliáci*.

În unele regiuni ale corpului uman grupurile de ganglioni limfatici sînt dispuse în două straturi. Între astfel de grupuri se află de obicei o fascie. În asemenea cazuri ganglionii dispuși pe fascie se numesc superficiali, iar cei de sub fascie se numesc profunzi; de exemplu, ganglionii limfatici inghinali superficiali, *nódi lympháatici unguináles superficiales*, sînt situați pe fascia lată a coapsei. Sub acea-

stă fascie sînt plasați ganglionii limfatici inghinali profunzi, *nódi lympháatici inguináles profundi*.

În cavitățile toracică, abdominală, pelvină ale corpului ganglionii limfatici sînt situați lingă organele interne și pe pereții cavităților. Pornind de la poziția lor, primii în mod obișnuit se numesc *viscerali*, *nódi lympháatici visceráles*. Din aceștea fac parte numeroase grupuri, notamente: mediastinali, bronhopulmonari, traheobronhiali — în cavitatea toracică; gastrici, mezenterici, colici — în cavitatea abdominală; pararectali, paravezicali, parauterin — în cavitatea bazinului. Pe pereții cavităților sînt situați ganglionii limfatici *parietali*, *nódi lympháatici parietáles*. Din aceștea fac parte grupurile de ganglioni parasternali, intercostali, diafragmatici superiori — în cavitatea toracică; lombari, epigastrici inferior, diafragmatici inferiori — în cavitatea abdominală; iliaci comuni, externi și interni — în cavitatea bazinului.

Ganglionii limfatici sînt de culoare roză-cenușie, aspect sferoid, ovoid și fabiform (fig. 160), dimensiuni de la 0,5—1 mm la 30—50 mm lungime și chiar mai mult. Fiecare ganglion limfatic din exterior este acoperit de o capsulă de țesut conjunctiv. În interiorul ganglionului limfatic există stroma alcătuită din țesut conjunctiv și parenchimul, prezentat de țesut limfoid (vezi „Organele hematopoetice și ale sistemului imun”). Tot aici se află un sistem de canale comunicante numite sinusuri limfatice, prin care se scurge limfa în limitele ganglionului limfatic. Sub capsulă este situat sinusul marginal (subcapsular), care ajunge cu capetele lui nemijlocit la hilul ganglionului. De la aceste în parenchimul ganglionului limfatic pornesc sinusurile intermediare (la început corticale, apoi medulare), care în regiunea hilului organului trec în sinusul portal. Tot în acest sinus se deschide și sinusul marginal (subcapsular).

La ganglionul limfatic limfa vine prin vasele lui limfatice aferente, *vása afferéntia*, care, cîte 2—4, ajung la partea bombată a ganglionului, penetrează prin capsula acestuia și se varsă

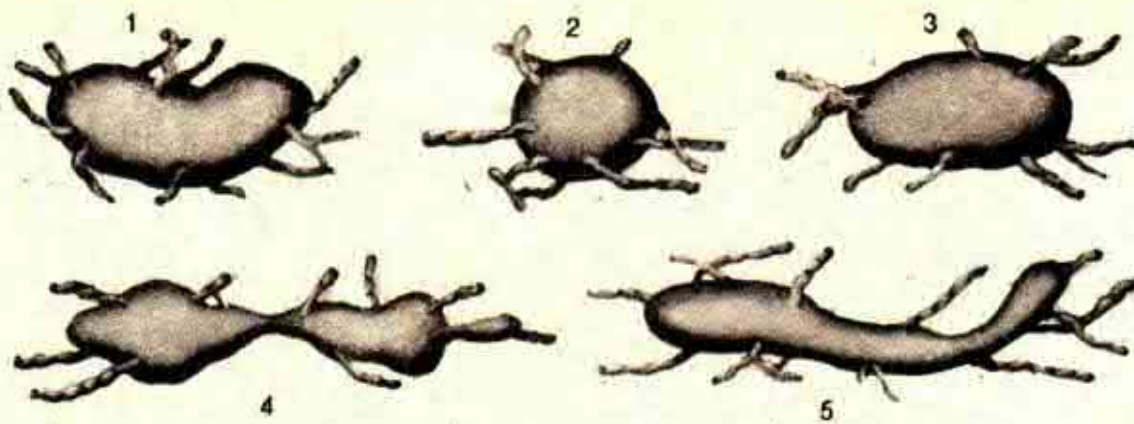


Fig. 160. Forme de ganglioni limfatici.

1 — fabiform ; 2 — sferoid ; 3 — oval ; 4 — segmentar ; 5 — oblongat.

în sinusul căpsular (marginal). Apoi prin acest sinus și prin sinusurile intermediare care se află în parenchimul ganglionului și comunică între ele, limfa ajunge în sinusul portal. Din acesta ies 1—2 vase limfatice eferente, *văsa efferentia*, care pleacă de la ganglionul limfatic (fig. 161). În lumenul sinusurilor se află o rețea foarte mărunță, formată din fibre reticulare și celule (fig. 162). Când limfa trece prin sistemul de sinusuri din ganglionul limfatic, în ochiurile acestei rețele pot să se oprească diferite particule eterogene, care nimeresc în vasele limfatice din țesuturi (corpi microbieni, celule tumorale, particule solide). În limfă din parenchimul ganglionului limfatic vin limfociti.

Prin vasele limfatice eferente limfa din unii ganglioni se îndreaptă spre următorii ganglioni limfatici aflați în calea curentului de limfă sau în vasele colectoare — trunchiuri și canale limfatice. Ganglionii limfatici din fiecare grup regional nu comunică între ei prin vase limfatice. Prin aceste vase limfa curge de la unii ganglioni spre alții în direcția traficului comun, adică spre unghiul venos, care se formează la nivelul de confluență a venelor jugulară internă și subclaviculară. În calea parcursă de limfă de la fiecare organ aceasta e filtrată de cel puțin un ganglion limfatic, dar mai frecvent de câțiva. De exemplu, în calea limfei ce vine de la stomac se află 6—8 ganglioni, de la rinichi limfa

trece prin 6—10 ganglioni limfatici. Doar un singur organ face excepție — esofagul. De la partea lui medie unele vase limfatice se varsă nemijlocit în canalul toracic aflat în imediată vecinătate, evitând ganglionii limfatici. Iată de ce în caz de cancer al esofagului celulele tumorale vehiculate de limfă pot nimeri direct în canalul toracic, apoi în sânge fără a trece prin ganglionii limfatici. Unele vase limfatice ale ficatului în cazuri rare de asemenea se varsă nemijlocit în canalul toracic (A. Usovici, 1980).

Trunchiurile și canalele limfatice

Limfa, venind din orice parte a corpului, trece prin ganglionii limfatici și se colectează în unul din vasele limfatice colectoare: canalul limfatic, *dūctus lymphaticus*, sau trunchiul limfatic, *truncus lymphaticus*. În corpul uman distingem 6 canale și trunchiuri limfatice de calibru mare. Trei din acestea se varsă în unghiul venos stîng (canalul toracic, trunchiurile jugular stîng și subclavicular stîng), trei în unghiul venos drept (canalul limfatic drept, trunchiurile jugular drept și subclavicular drept).

Cel mai mare vas limfatic este canalul toracic, *dūctus thoracicus*, prin care limfa vine de la membrele inferioare, de la pereții și organele bazinului și cavității abdominale din jumătatea stîngă a cavității toracice. De la membrul supe-

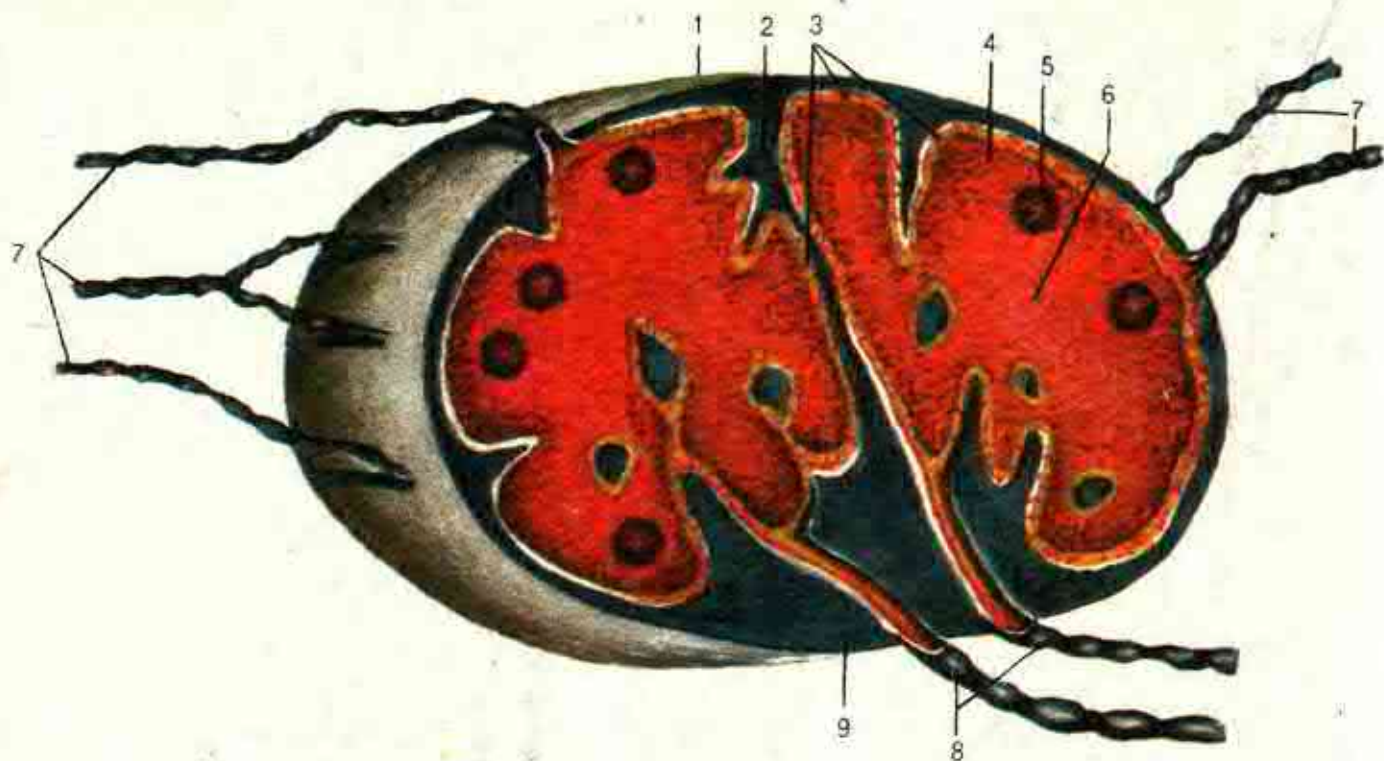


Fig. 161. Structura schematică a ganglionului limfatic.

1 — capsulă ; 2 — trabecul ; 3 — sinusuri ; 4 — substanță corticală ; 5 — nodul limfoid ; 6 — substanță medulară ; 7 — vase limfatice aferente ; 8 — vase limfatice eferente ; 9 — hil al ganglionului limfatic.

rior drept limfa e colectată în trunchiul subclavicular drept, *truncus subclavius dexter*, de la jumătatea dreaptă a capului și gâtului — în trunchiul jugular drept, *truncus jugularis dexter*, de la organele jumătății drepte a cavității toracice — în trunchiul bronhomediastinal drept, *truncus bronchomediastinalis dexter* (fig. 163). De la extremitatea superioară stângă limfa vine prin trunchiul subclavicular stâng, *truncus subclavius sinister*, de la jumătatea stângă a capului și gâtului — prin trunchiul jugular stâng, *truncus jugularis sinister*, de la organele jumătății stângi a cavității toracice — în trunchiul bronhomediastinal stâng, *truncus bronchomediastinalis sinister*.

Canalul toracic, ductus thoracicus, se formează în cavitatea abdominală, în țesutul celular retroperitoneal, la nivelul vertebrelor XII toracică și II lombară prin confluența trunchiurilor limfatice lombar drept și lombar stâng, *truncus lumbalis dexter et truncus lumbalis sinister*, alcătuite

la rîndul lor din confluența vaselor limfatice eferente ale ganglionilor limfatici lombari din dreapta și din stînga (vezi în continuare). Aproximativ în 25% din cazuri în partea inițială a canalului toracic se varsă 1—3 vase limfatice eferente de la ganglionii limfatici mezenterici, vase, care se numesc trunchiuri intestinale, *trunci intestinales*. În canalul toracic se varsă vasele limfatice eferente de la niște ganglioni prevertebrali, intercostali, preaortali, întîlniți destul de rar în cavitatea toracică. Lungimea canalului toracic e de 30—41 cm (D. A. Jdanov). Partea inițială a abdominală, *pars abdominalis*, a canalului toracic, în 75% din cazuri are o dilatare numită cisterna canalului toracic, *cisterna chyli* (cisterna de lapte), de aspect conoid, ampular sau fusiform.

În 25% din cazuri începutul canalului toracic se prezintă ca un plex reticular format de vasele limfatice eferente ale ganglionilor lombari, celiaci, mezenterici. Peretele porțiunii inițiale a canalului toracic de obicei este concreșcut cu pedunculul drept al diafragmului, care



Fig. 162. Fibre reticulare (1) și celule (2) în sinusul intermediar al substanței medulare (impregnare cu nitrat de argint).

în timpul excursiilor respiratorii apasă pe canalul toracic și contribuie la propulsarea limfei. În cavitatea abdominală canalul toracic prin orificiul aortal al diafragmului trece în cavitatea toracică spre mediastinul posterior, unde se dispune pe fața anterioară a coloanei vertebrale între partea toracică a aortei și vena impară.

Partea toracică, *pars thoracica*, este cea mai lungă. Ea se întinde de la orificiul aortal al diafragmului până la apertura superioară a cutiei toracice, unde canalul trece în partea sa cervicală, *pars cervicalis*. În porțiunile inferioare ale cavității toracice, posterior de canalul toracic, se află porțiunile inițiale acoperite de fascia endotoracică ale arterelor intercostale posterioare, anterior de el se află esofagul. La nivelul vertebrelor VI—VII toracice canalul toracic se înclină treptat în stânga la nivelul vertebrelor II—III toracice, iese de sub marginea stângă a esofagului, trece ascendent posterior de arterele subclaviculare și carotidă comună stîngi și de

nervul vag. Aici, în mediastinul superior, în stînga de canalul toracic se află pleura mediastinală stîngă, iar în dreapta — esofagul, posterior — coloana vertebrală. Lateral de artera carotidă comună și posterior de vena jugulară internă, la nivelul vertebrelor V—VII cervicale partea cervicală a canalului toracic se incurbează formînd un arc. Arcul canalului toracic, *arcus ductus thoracici*, trece pe de asupra cupolei pleurale, întrucîtva dorsal, apoi orificiul canalului se deschide în unghiul venos stîng sau în porțiunea terminală a venelor care îl constituie (fig. 164). Aproximativ în 50% din cazuri canalul toracic pînă a se vărsa în venă are o dilatație (D. Jdanov). Tot atît de frecvent canalul se bifurcă, iar în unele cazuri formează 3—4 trunchiuri mici care se varsă în venele cervicale.

În orificiul canalului toracic există o valvă pară formată de tunica lui intimă, care împiedică refularea sîngelui din venă. Pe parcursul canalului toracic există 7—9 valvule care împiedică refularea limfei în sens invers. Peretele canalului toracic în afară de tunica internă (intimă), *tunica intima*, și externă, *tunica externa*, comportă și o tunică medie musculară, *tunica media*, bine dezvoltată, capabilă să propulseze limfa prin canal de la începutul lui pînă la orificiul de vărsare.

Aproximativ în 1/3 din cazuri se întîlnește dublarea porțiunii inferioare a canalului toracic. Alături de trunchiul lui principal se află un canal toracic accesoriu, uneori se constată dublări locale ale canalului toracic.

Canalul limfatic drept, *ductus lymphaticus dexter*, reprezintă un vas scurt de 10—12 mm lungime, în care se varsă (în 18,8% din cazuri) trunchiurile subclaviculare și jugular din dreapta, precum și trunchiul bronhomediastinal drept. Canalul limfatic drept care are un singur orificiu, se întîlnește rar. Mai frecvent (în 80% din cazuri) el are 2—3 și mai multe trunchiuri mici (D. Jdanov). Canalul limfatic drept, *ductus lymphaticus dexter*, se varsă în unghiul format prin confluența venelor drepte jugulară internă și subclaviculară, sau în por-

țiunea terminală a venei jugulare, sau, foarte rar, în vena subclaviculară. În caz de lipsă a canalului limfatic drept (81,2% din cazuri) vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici ai mediastinului posterior și de la ganglionii limfatici traheobronhiali (trunchiul bronhomediastinal din dreapta), trunchiurile jugular și subclavicular din dreapta se varsă nemijlocit în unghiul venos drept, în vena jugulară internă sau în vena subclaviculară în incinta confluenței lor.

Trunchiul jugular (drept și stâng), *truncus jugularis (dexter et sinister)* este format de vasele limfatice eferente ale ganglionilor limfatici cervicali profunzi (jugulari interni) din partea respectivă. Fiecare trunchi jugular e prezentat de un singur vas sau de câteva vase de lungime nu prea mare. Trunchiul drept se varsă în unghiul venos din dreapta, în porțiunea terminală a venei jugulare interne drepte sau participă la formarea canalului limfatic drept. Trunchiul jugular stâng se varsă nemijlocit în unghiul venos stâng, în vena jugulară internă, sau, în majoritatea cazurilor, în partea cervicală a canalului toracic.

Trunchiul subclavicular (drept și stâng), *truncus subclavius (dexter et sinister)*, se formează din vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici subaxilari, mai ales, de la cei apicali și, avînd aspectul unui singur trunchi sau câteva trunchiuri mici se îndreaptă spre unghiul venos respectiv.

Trunchiul subclavicular drept se deschide în unghiul venos din dreapta, în vena subclaviculară dreaptă, canalul limfatic drept; trunchiul subclavicular stâng — în unghiul venos din stînga, vena subclaviculară stîngă și, cam în 50% din cazuri, în partea terminală a canalului toracic.

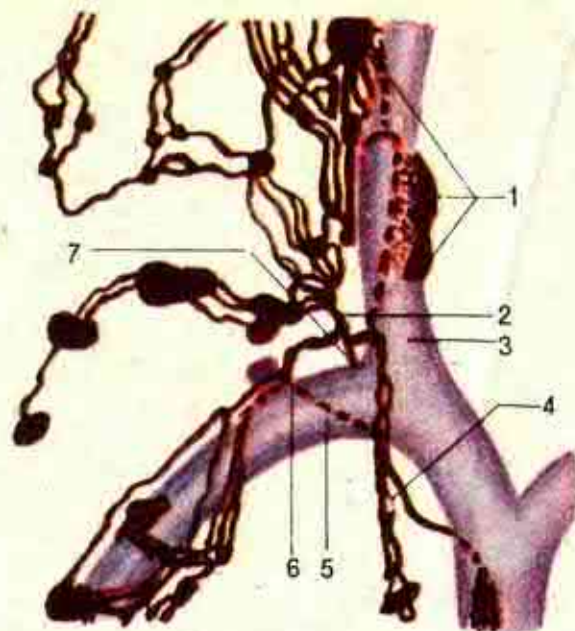


Fig. 163. Trunchiuri limfatice la nivelul scurgerii lor în unghiul venos drept (loc de confluență a venelor drepte jugulară internă și subclaviculară)

1 — nodi lymphatici jugulares laterales (interni) dextri; 2 — truncus jugularis dexter; 3 — v. jugularis interna dextra; 4 — truncus bronchomediastinalis dexter; 5 — v. subclavia dextra; 6 — truncus subclavius dexter; 7 — ductus lymphaticus dexter.

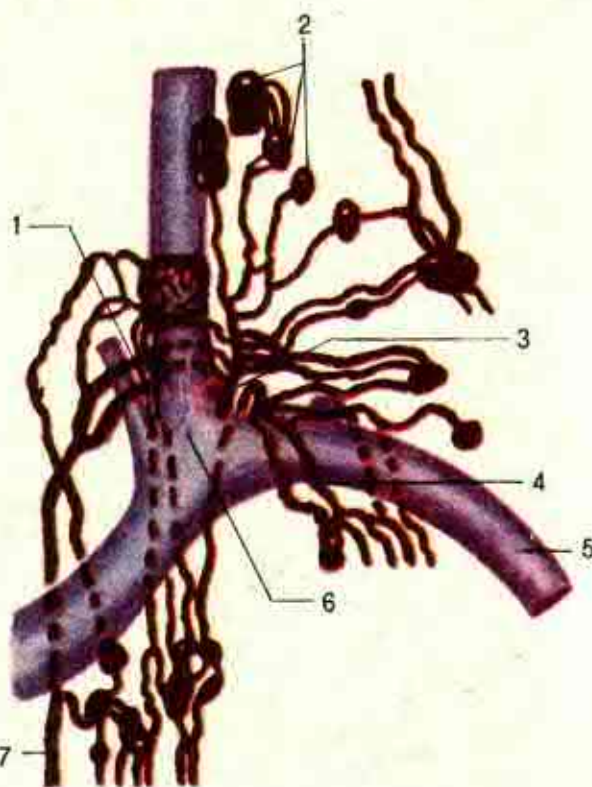


Fig. 164. Canalul toracic la nivelul vărsării lui în unghiul venos stîng (locul de confluență a venelor stîngi jugulară internă și subclaviculară).

1 — arcus ductus thoracici; 2 — nodi lymphatici jugulares laterales (interni) sinistri; 3 — truncus jugularis sinister; 4 — truncus subclavius sinister; 5 — v. subclavia sinistra; 6 — v. jugularis interna sinistra; 7 — ductus thoracicus.

VASELE LIMFATICE ȘI GANGLIONII LIMFATICI REGIONARI DIN REGIUNILE CORPULUI

Vasele limfatice și ganglionii membrului inferior

În membrul inferior distingem vase limfatice superficiale, dispuse de asupra fasciei, și profunde, aflate alături de vasele sangvine (artere și vene) dispuse în profunzime, precum și ganglioni limfatici poplitei și inghinali. Vasele limfatice superficiale sînt formate din rețelele capilare ale pielii și bazei subcutane și alcătuiesc pe membrul inferior grupurile medial, lateral și posterior (fig. 165). Vasele limfatice din grupul medial (8—12) încep în pielea degetelor I, II, III, pe fața dorsală a marginii mediale a piciorului, pe fețele medială și postero-medială ale gambei, apoi se îndreaptă de-a lungul venei safene mari spre ganglionii limfatici inghinali superficiali. Vasele limfatice ale grupului lateral (1—6) se formează în regiunea degetelor IV și V, pe partea laterală a feței dorsale a piciorului și fața laterală a gambei. Ceva mai jos de articulația genunchiului ele se unesc cu vasele grupului medial. Vasele limfatice ale grupului posterior (3—5) încep în pielea suprafeței plantare a marginii laterale a piciorului, regiunii talare, apoi, însoțind vena safenă mică, ajung la ganglionii limfatici poplitei, *nodi lymphatici poplitei*, care (1—3 la număr) în majoritatea cazurilor sînt situați în porțiunile medii sau inferioare ale fosei poplitee adiacent la artera și vena omonimă.

Vasele limfatice profunde ale membrului inferior se formează din capilarele limfatice ale mușchilor, articulațiilor, burselor sinoviale și tecilor tendinoase, oaselor și nervilor, însoțesc arterele și venele mari ale gambei și coapsei și se îndreaptă spre ganglionii limfatici inghinali profunzi. Între vasele limfatice superficiale și profunde ale membrului inferior există numeroase anastomoze care penetrează fascia.

Ganglionii limfatici inghinali, *nodi lymphatici inguinates*, spre care se îndreaptă vasele limfatice

ale membrului inferior, genitalelor externe, pielii din porțiunea inferioară a peretelui anterior al abdomenului, regiunii fesiere, sînt situate în regiunea trigonului femural ceva mai jos de ligamentul inghinal (fig. 166). Ganglionii situați pe foia superficială a fasciei late a femurului (4—20 la număr) constituie ganglionii limfatici inghinali superficiali, *nodi lymphatici inguinates superficiales*. Subgrupul superior al acestor ganglioni e situat catenar de-a lungul ligamentului inghinal ceva mai jos de acesta. Ganglionii limfatici din subgrupul mediu rezidă pe fascia cribroasă și circumiacent la ea, iar ganglionii din subgrupul inferior — pe foia superficială a fasciei late, unde aceasta formează cornul său inferior.

Ganglionii limfatici inghinali profunzi, *nodi lymphatici inguinates profundi*, sînt niște formațiuni inconstante. În număr de 1—7, ei se află în șanțul iliopectinal lingă artera și vena femurală. Ganglionul extrem superior din acest grup (ganglionul Pirogov) e situat în inelul femural profund — pe semicercul medial al venei femurale. Vasele eferente ale ganglionilor limfatici inghinali prin lacuna vasculară se îndreaptă în cavitatea pelvină spre ganglionii limfatici iliaci externi.

Vasele și ganglionii limfatici ai bazinului

În cavitatea bazinului și pe pereții ei sînt situați ganglioni limfatici ce primesc în aferență vase limfatice de la organele adiacente. În dependență de poziție ganglionii limfatici ai bazinului se impart în viscerali și parietali. **Ganglionii viscerali**, *nodi lymphatici viscerales*, sînt adiacenți la organele interne aflate în cavitatea micului bazin. Ganglioni limfatici solitari se întîlnesc lingă vezica urinară, așa numiții ganglioni limfatici paravezicali, *nodi lymphatici paravesicales*, între foielele ligamentului lat al uterului — ganglionii limfatici parauterini, *nodi lymphatici parauterini*, ceva mai jos se află ganglionii limfatici paravaginali, *nodi lymphatici paravaginales*. Pe fețele laterale ale rectu-

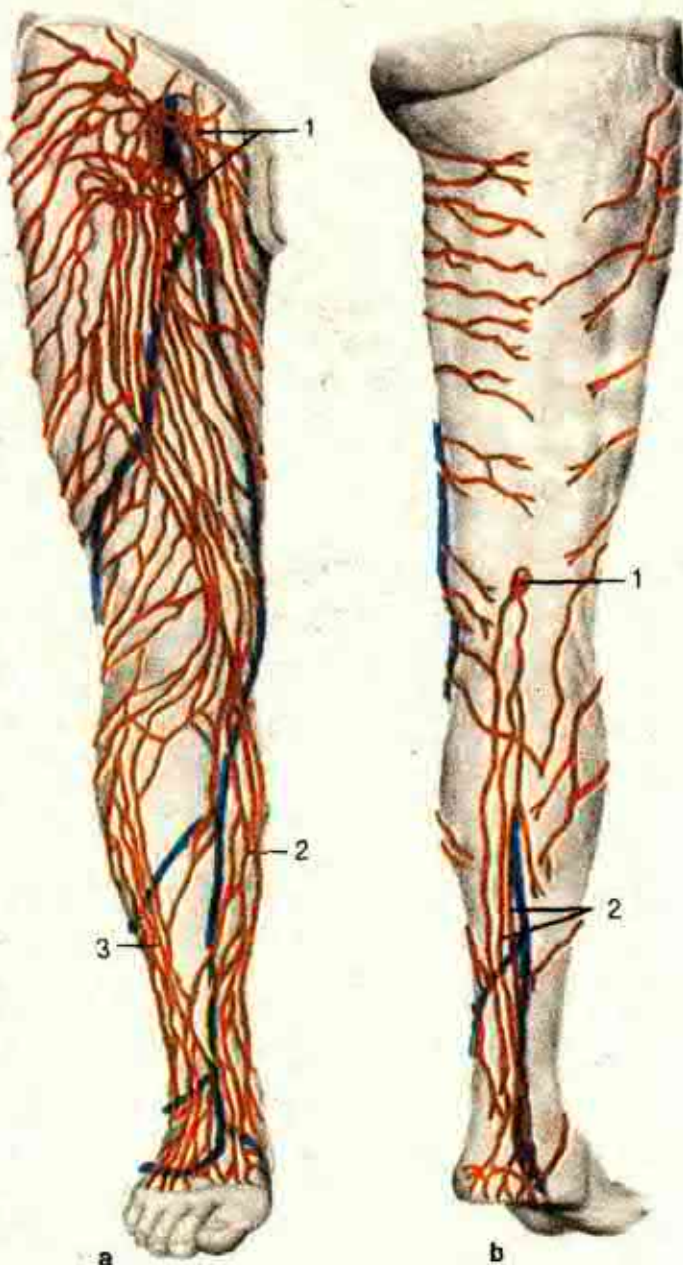
Fig. 165. Vasele limfatice superficiale ale membrului inferior (schemă).

a — aspect anterior: 1 — ganglioni limfatici inghinali; 2 — vase limfatice mediale; 3 — vase limfatice laterale; b — aspect posterior: 1 — ganglion limfatic popliteu; 2 — vase limfatice posterioare.

lui, lângă porțiunile lui inferioare se află ganglionii limfatici pararectali (anorectali), *nódi lymphatici pararectales*, (anorectales), numărul cărora variază de la 1 la 10. Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici viscerali se îndreaptă spre ganglionii inghinali, mai ales spre cei comuni, și spre ganglionii subaortali. Unele vase limfatice, inclusiv de la ovare, se îndreaptă în sus spre ganglionii limfatici lombari.

Ganglionii limfatici parietali, *nódi lymphatici parietales*, ai bazinului aderă la pereții acestuia, situându-se în apropierea vaselor sangvine de calibru mare (vezi fig. 166). Pe peretele lateral al micului bazin lângă artera iliacă internă se află 4—8 ganglioni limfatici iliaci interni, *nódi lymphatici iliaci interni*. Alături de arterele gluteale superioară și inferioară se află ganglionii limfatici gluteali, *nódi lymphatici gluteales*, la care, ca și la ganglionii iliaci interni, se îndreaptă vasele limfatice de la țesuturile feței posterioare a coapsei și regiunii fesiere, precum și de la porțiunile adiacente ale peretelui micului bazin. Pe traiectul vaselor obturatorii și nervului respectiv aproximativ în 1/3 din cazuri (V. V. Ghinzburg) se întâlnesc ganglioni limfatici (ca regulă unul singur) obturatorii, *nódi lymphatici obturatorii*.

Pe fața anterioară a sacrului, spre interior de orificiile sacrale anterioare, se află 2—3 ganglioni limfatici sacrali, *nódi lymphatici sacrales*. Acestea constituie niște ganglioni regionali nu numai pentru peretele bazinului, ci și pentru reci, deoarece aceștea aderă la fața lui posterioară. Din ganglionii limfatici parietali enumerați ai micului



bazin vasele limfatice eferente se îndreaptă spre ganglionii limfatici iliaci externi și comuni, situați lângă vasele sangvine iliace de calibru mare. Ganglionii limfatici iliaci externi, *nódi lymphatici iliaci externi*, în număr de 2—12, se află lângă artera și vena iliace externe, formează succesiunile medială, laterală și intermediară (în șanțul dintre vase). Ganglionii inferiori din aceste serii se află imediat posterior de ligamentul inghinal, acoperind din sus lacuna vasculară, *annulus femoralis*, inelul femural.

Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici iliaci interni și externi se îndreaptă spre ganglionii limfa-

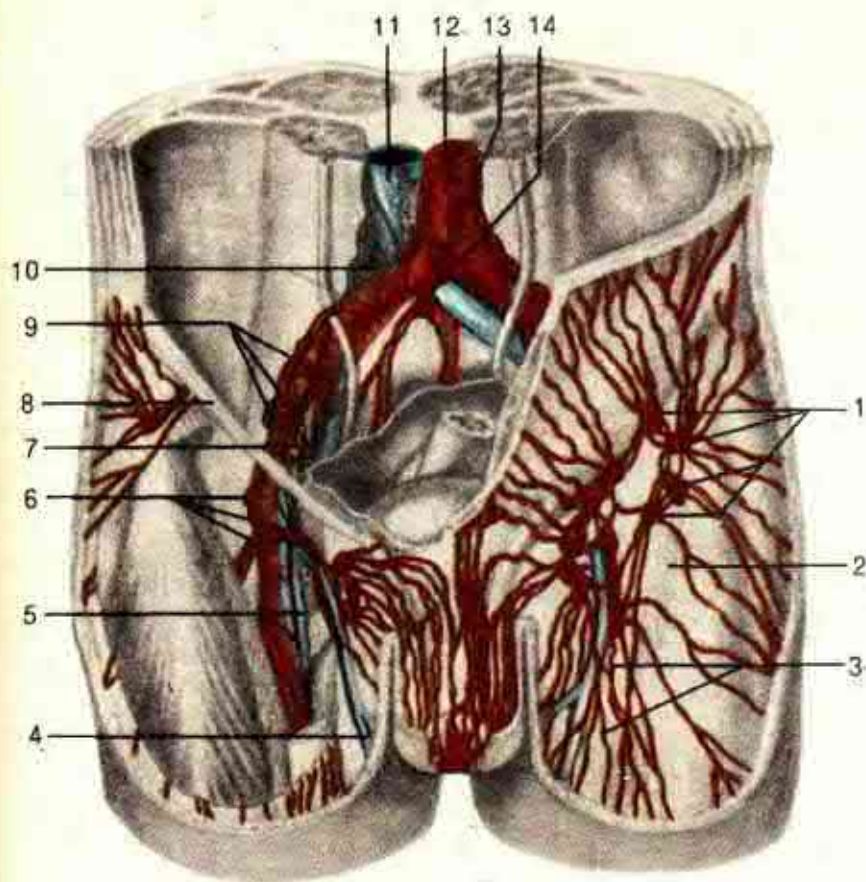


Fig. 166. Ganglioni limfatici inghinali superficiali (stîngi) și profunzi (drepti) și raporturile lor.

1 — nodi limfatici inguinales superficiali; 2 — fascia lata; 3 — vasa lymphatica superficialia; 4 — v. saphena magna; 5 — v. femoralis; 6 — nodi limfatici inguinales profunzi; 7 — v. iliaca externa; 8 — lig. inguinale; 9 — nodi limfatici iliaci externi; 10 — nodi limfatici iliaci communes; 11 — v. cava inferior; 12 — pars abdominalis aortae; 13 — nodi limfatici lumbales; 14 — nodi limfatici subaortici.

tici iliaci comuni, *nodi lymphatici iliaci communes*, care, 2—10 la număr, se află alături de arterele și venele iliace comune, și care mai alcătuiesc și seriile laterală, intermediară și medială. Seria medială a ganglionilor limfatici iliaci comuni se termină cu 1—2 ganglioni comuni pentru partea dreaptă și partea stîngă, aflați nemijlocit la începutul arterelor iliace comune, la ieșirea lor din partea abdominală a aortei, sub bifurcația acesteia (ganglioni limfatici subaortali, *nodi lymphatici subaortici*). Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici comuni iliaci și subaortali se îndreaptă spre ganglionii limfatici lombari, aflați lângă partea abdominală a aortei și vena cavă inferioară.

Vasele și ganglionii limfatici ai cavității abdominale

În cavitatea abdominală distingem de asemenea ganglioni limfatici viscerali și parietali.

Ganglionii limfatici viscerali, *nodi lymphatici viscerales*, se află în apropierea ramurilor viscerele impare ale aortei ab-

dominale și ramurile lor (lîngă trunchiul celiac, arterele hepatică, lienală, celiacă și gastrice, lîngă arterele mezenterice superioară și inferioară și ramurile lor). Ganglionii limfatici celiaci, *nodi lymphatici coeliaci*, 1—5 la număr, sînt situați lîngă trunchiul celiac, în calea curentului de limfă de la numeroși ganglioni limfatici viscerali ai cavității abdominale. Spre ganglionii limfatici celiaci vin vase limfatice de la ganglionii grupurilor regionale ale stomacului, pancreasului și splinei, de la ganglionii limfatici renali și hepatici. Vasele limfatice eferente de la ganglionii celiaci se îndreaptă spre ganglionii lombari, o parte din care se scurg nemijlocit în porțiunea inițială a canalului toracic.

Ganglionii limfatici gastrici, *nodi lymphatici gastrici*, sînt situați lîngă curburile mare și mică ale stomacului, pe traiectul arterelor lui, plasîndu-se circumcinct de stomac (fig. 167).

Ganglionii limfatici gastrici stîngi, nodi lymphatici gastrici *sinistri* (în număr de 7—38), se află lîngă artera gastrica stîngă și ramurile

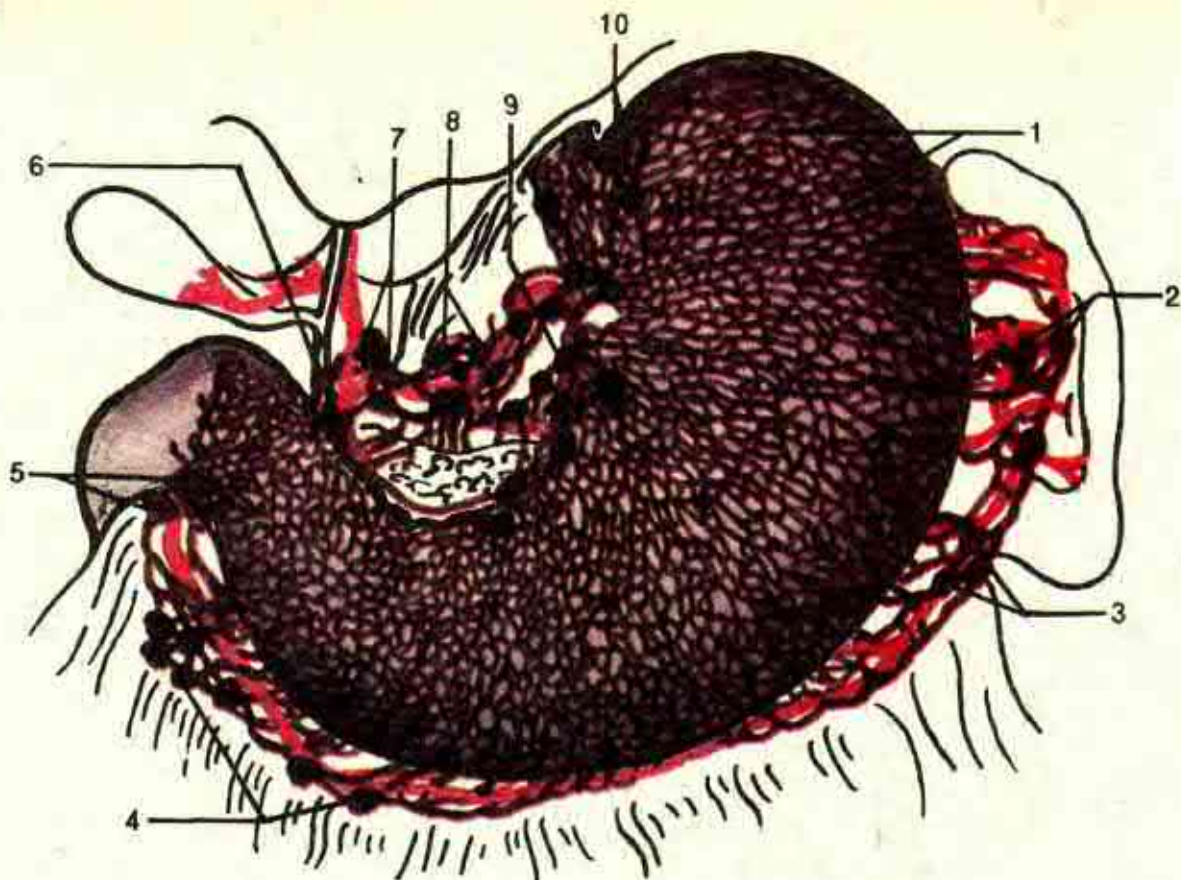


Fig. 167. Vasele și ganglionii limfatici ai stomacului (schemă).

1 — vasa lymphatica; 2 — nodi lymphatici lienales; 3 — nodi lymphatici gastromentales sinistri; 4 — nodi lymphatici gastromentales dextri; 5 — nodi lymphatici subpylorici; 6 — nodus lymphaticus suprapyloricus; 7 — nodi lymphatici hepatici; 8 — nodi lymphatici coeliaci; 9 — nodi lymphatici gastrici sinistri; 10 — nodi lymphatici cardiaci (BNA).

ei, aderă la curbura mică a stomacului și la pereții lui anterior și posterior. În acești ganglioni se varsă vasele limfatice ce se formează în profunzimea părților anterioare și posterioare ale peretelui stomacului, care îi constituie curbura lui mică. Ganglionii limfatici situați lângă partea cardială a stomacului care cuprind sub formă de lanț regiunea cardială a stomacului din toate părțile au primit numirea de inel limfatic al cardiei, *ánulus lymphaticus cardiae*; 1—11; ganglioni limfatici cardiaci, *nódi lymphatici cardíaci* — BNA). Către acestea se îndreaptă vasele limfatice din partea cardială a stomacului și de la fundul acestuia, precum și de la partea abdominală a esofagului.

Ganglionii limfatici gastrici din dreapta, *nódi lymphatici gastrici dextri* (1—3), inconstanți, sînt situați pe traiectul arterei omonime mai sus de pilor.

Ganglionii limfatici pilorici, *nódi lymphatici pilorici* (1—16),

se află de asupra pilorului, posterior de el și sub el (pe capul pancreasului), alături de artera gastroduodenală superioară.

În ganglionii pilorici se varsă vasele limfatice nu numai de la pilor, ci și de la capul pancreasului.

De-a lungul mării curburii a stomacului sînt situați ganglionii gastroepiploici drepti și stîngi. Ei sînt dispuși în formă de lanțuri alături de arterele și venele omonime și primesc vasele limfatice prin care vine limfa de la pereții stomacului din porțiunea mării curburii, precum și de la epiploonul mare.

Ganglionii limfatici gastroepiploici drepti, *nódi lymphatici gastromentalis dextri*, (1—49) se află în ligamentul gastrocolic lângă jumătatea dreaptă a mării curburii a stomacului și aderă la artera gastroepiploică dreaptă. Ganglionii limfatici gastroepiploici stîngi, *nódi lymphatici gastromentalis sinistri* (1—17), se află în regiunea jumătății

stingi a mării curburi a stomacului, pe traiectul arterei omonime, între foițele ligamentului gastrocolic. La marginea superioară a pancreasului (lângă artera și vena splenice), pe fața lui anterioară și posterioară sînt situați ganglionii limfatici pancreatici, *nódi lympháticos pancreáticos* (2—8), care primesc vase limfatice de la pancreas. Ganglionii limfatici lienali, *nódi lympháticos lienales* (3—6), se află în hilul splinei lângă bifurcația arterei lienale, în profunzimea ligamentului gastro-lienal. Spre acești ganglioni se îndreaptă vasele limfatice de la fundul stomacului, de la ganglionii limfatici gastroepiploici stîngi și de la capsula splinei.

Între capul pancreasului și ansa duodenului în locul de vărsare în el a canalului coledoc, precum și lângă locul de ramificare a arterelor pancreaticoduodenale superioară și inferioară se află ganglionii limfatici pancreatoduodenali, *nódi lympháticos pancreatoduodenales*, care sînt ganglioni regionali pentru capul pancreasului și pentru duoden. Unul din ganglionii din acest grup are de obicei dimensiuni mari și se află posterior de partea superioară a duodenului, participă la formarea peretelui anterior al orificiului epiploic. Din această cauză el a fost denumit *ganglion al orificiului epiploic*, *nóduș lymphaticus foraminális*.

Ganglionii limfatici hepatici, *nódi lympháticos hepáticos* (1—10), se află în profunzimea ligamentului hepatoduodenal pe traiectul arterei hepatice comune și venei porte, precum și lângă colul vezicii biliare (*ganglionii cistici*, *nódi lympháticos císticos*). Aceștea, în număr de 1—2, primesc vase limfatice de la ficat și de la vezica biliară. În cazuri rare (circa 2%) vasele limfatice ale ficatului se varsă nemijlocit în canalul toracic. Vasele limfatice eferente ale ganglionilor hepatici și cistici se îndreaptă spre ganglionii limfatici celiaci și lombari. Cea mai numeroasă grupă de ganglioni limfatici viscerali din cavitatea abdominală o constituie ganglionii limfatici mezenterici (superiori), *nódi*

lympháticos mesenterici (superiores), în număr de la 66 la 404. Acești ganglioni sînt situați în mezoul intestinului subțire lângă artera mezenterică superioară, repartizîndu-se în trei subgrupuri. Primul din ele (cel periferic) se află între marginea mezenterică a intestinului subțire și arcurile vasculare (ganglionii mezenterici paraintestinali); ganglionii subgrupului al doilea (mediu) sînt adiacenți la trunchiul și ramurile arterei mezenterice superioare, iar cei din al treilea subgrup (central) se află lângă porțiunea inițială a arterei mezenterice superioare de la marginea inferioară a pancreasului pînă la locul de deviere a arterei colice drepte. Ganglionii limfatici din subgrupul central, situați la începutul arterei mezenterice superioare, aderă compact unul la altul și într-o serie de cazuri reprezintă un conglomerat de ganglioni. De la jejun și ileon vasele limfatice se îndreaptă mai ales spre subgrupul periferic de ganglioni limfatici mezenterici. Unele vase evită acești ganglioni și se îndreaptă spre ganglionii subgrupurilor mediu și chiar central. Vasele limfatice eferente ale ganglionilor limfatici mezenterici (subgrupul central) urmează spre ganglionii limfatici lombari, iar într-o serie de cazuri (circa 25%) se varsă nemijlocit în canalul toracic, formînd trunchiurile intestinale, *trunci intestinales*. Vasele limfatice situate în porțiunea terminală a ileonului se varsă nu în ganglionii mezenterici, ci în ganglionii limfatici ileocolici.

Drept ganglioni regionali ai colonului se prezintă ganglionii limfatici, adiacenți la arterele colice — ramuri ale arterelor mezenterice superioară și inferioară (fig. 168) Vasele limfatice, care transportă limfa de la cec și de la apendicele vermiform, se varsă în numeroși ganglioni limfatici cecali, *nódi lympháticos caecales*, de dimensiuni relativ mici. Printre acești ganglioni distingem ganglioni limfatici prececali și ganglioni limfatici retrocecali, *nódi lympháticos precaecales et nódi lympháticos retrocaecales*, situați respectiv lângă pereții anterior și posterior ai cecului. Unele vase limfatice ale acestui organ și ale apendicelui vermiform se varsă în ganglionii lim-

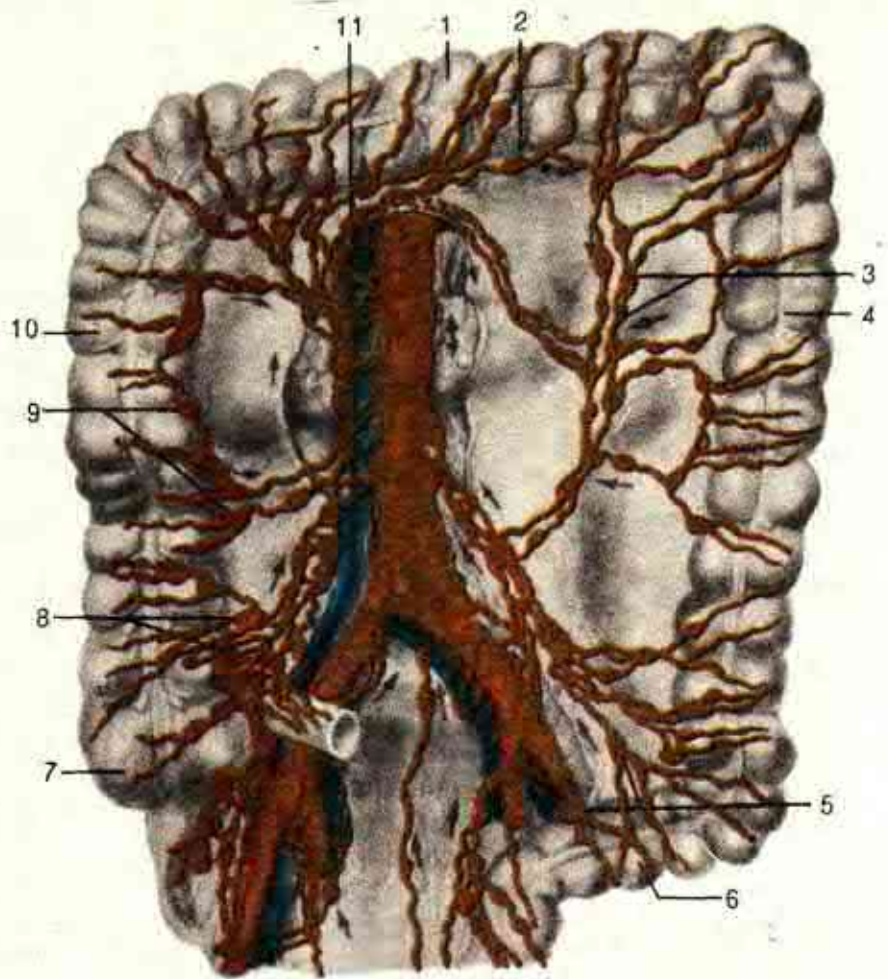


Fig. 168. Vasele și ganglionii limfatici ai intestinului gros. Săgețile indică direcția scurgerii limfei (schema).

1 — colon transversum; 2 — nodi lymphatici colici medii (mesocolici); 3 — nodi lymphatici sinistri; 4 — colon descendens; 5 — nodi lymphatici sigmoidei; 6 — colon sigmoideum; 7 — caecum; 8 — nodi lymphatici ileocolici; 9 — nodi lymphatici colici dextri; 10 — colon ascendens; 11 — nodi lymphatici lumbales.

fatici ileocolici, *nodi lymphatici ileocolici*, spre care se îndreaptă de asemenea și vasele limfatice ale porțiunii terminale a ileonului. Vasele limfatice ale colonului ascendent se varsă în ganglionii limfatici colici din dreapta, *nodi lymphatici colici dextri*, situați lângă artera colică dreaptă și lângă ramurile ei.

Vasele limfatice ale colonului transvers se îndreaptă spre ganglionii limfatici mezocolici, *nodi lymphatici mesocolici*, situați în profunzimea mezoului colonului transvers, lângă artera colică medie și lângă ramurile ei. De la colonul descendent și de la colonul sigmoid vasele limfatice se îndreaptă spre ganglionii colici din stînga, *nodi lymphatici colici sinistri*, și spre ganglionii limfatici sigmoizi, *nodi lymphatici sigmoidei*, care se află lângă arterele omonime (*a. colica sinistra et a. sigmoidei*) și lângă ramurile lor. Spre ganglionii limfatici sigmoizi vin de asemenea vase limfatice de la partea su-

perioară a rectului. Vasele limfatice eferente ale ganglionilor sigmoizi și colici din stînga se îndreaptă spre ganglionii mezenterici inferiori, *nodi lymphatici mesenterici inferiores*, iar vasele eferente ale acestora se varsă în ganglionii limfatici lombari (ganglionii parietali ai cavității abdominale, aflați lângă partea abdominală a aortei și a venei cave inferioare).

Vom menționa că în calea vaselor limfatice ale colonului spre ganglionii limfatici regionali (colici) se află ganglionii limfatici paracolici, *nodi lymphatici paracolici*. Ei sînt situați imediat sub peretele medial (inferior la colonul transvers) al colonului sau în apropierea lui.

Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici ileocolici, mezentericocolici, colici dreپți și stîngi se îndreaptă spre ganglionii limfatici lombari parietali, precum și spre subgrupul central de ganglionii mezenterici superiori, aflați la începutul arterei mezenterice superioare.

Ganglionii limfatici parietali, *nódi lympháticos parietales*, sînt situați pe peretele anterior abdominal — epigastrici inferiori, și pe peretele posterior — lombari. Ganglionii limfatici epigastrici inferiori, *nódi lympháticos epigástrici inferiores*, sînt pari și dispuși în grosimea peretelui abdominal pe traiectul vaselor sangvine omonime, colectînd limfa de la părțile adiacente ale mușchilor drept, transvers și oblici ai abdomenului, de la peritoneul care tapetează peretele abdominal anterior, și de la țesutul celular subperitoneal. Vasele limfatice eferente ale acestor ganglioni se îndreaptă pe traiectul vaselor sangvine epigastrice inferioare, în sens inferior spre ganglionii limfatici iliaci externi, și în sens superior de-a lungul vaselor epigastrice superioare, apoi de-a lungul vaselor toracice interne spre ganglionii limfatici parasternali.

Ganglionii limfatici lombari, *nódi lympháticos lumbáles* (11—41), sînt situați pe tot parcursul peretelui abdominal posterior (retroperitoneal), circumiacent la aortă și la vena cavă inferioară. Pornind de la raporturile spațiale ale acestor ganglioni cu vasele de calibru mare, aceștea sînt subdivizați în ganglioni limfatici stîngi, drepti și intermediari. În grupul de ganglioni limfatici lombari stîngi, sau lateroaortali din stînga, *nódi lympháticos lumbáles sinístri*, care aderă în formă de lanț la partea abdominală a aortei în stînga, anterior și posterior, mai distingem ganglioni aortali laterali, *nódi lympháticos aórtici lateráles*, preaortali, *nódi lympháticos preaórtici*, postaortali, *nódi lympháticos postaórtici*. Ganglionii limfatici lombari drepti, *nódi lympháticos lumbáles dextri*, aflați lîngă fețele anterioară, posterioară și dreaptă ale venei cave inferioare pe tot parcursul ei de la locul ei de formare din venele iliace comune pînă la diafragm, se împart în ganglioni limfatici precavali, *nódi lympháticos precaváles*, postcavali, *nódi lympháticos postcaváles*, și cavali laterali, *nódi lympháticos caváles lateráles*. În șanțul dintre partea abdominală a aortei și vena

cavă inferioară se află o înșiruire de ganglioni limfatici intermediari lombari (interaortocavali), *nódi lympháticos lumbáles intermédi*.

Ganglionii limfatici lombari enumerați împreună cu vasele lor limfatice de unire formează lîngă partea abdominală a aortei și lîngă vena cavă inferioară un plex limfatic masiv. Prin ganglionii limfatici lombari trece limfa de la membrele inferioare, de la pereții și organele bazinului. În acești ganglioni se varsă de asemenea vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici situați lîngă organele interne ale cavității abdominale (gastrici, mezenterici, colici etc.).

Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici lombari formează trunchiurile lombare drept și stîng, care pun începutul canalului toracic, sau se varsă în partea inițială a acestui canal fiecare separat.

Pe peretele abdominal posterior lîngă artera diafragmatică inferioară distingem ganglionii limfatici diafragmatici inferiori, *nódi lympháticos phrénici inferiores* (1—2), pari și inconstanți, care de asemenea se prezintă drept ganglioni limfatici parietali ai cavității abdominale. În acești ganglioni se varsă vasele limfatice ale diafragmului, a părții posterioare a lobilor hepatici drept și stîng. Vasele limfatice eferente de la ganglionii diafragmatici inferiori se îndreaptă spre ganglionii limfatici celiaci, postcavali și lombari intermediari.

Vasele și ganglionii limfatici ai cavității toracice.

În cavitatea toracică distingem ganglioni limfatici parietali, dispuși pe pereții respectivi (anteriori, interiori și posteriori), și viscerali, situați în cavitatea toracică în calea curentului de limfă ce vine de la organele ei interne.

Ganglionii limfatici parietali. Pe fața internă (posterioară a peretelui toracic anterior, în dreapta și în stînga de stern sînt situați ganglioni limfatici parasternali, *nódi lympháticos parasternáles*, cîte 2—20 de fiecare parte.

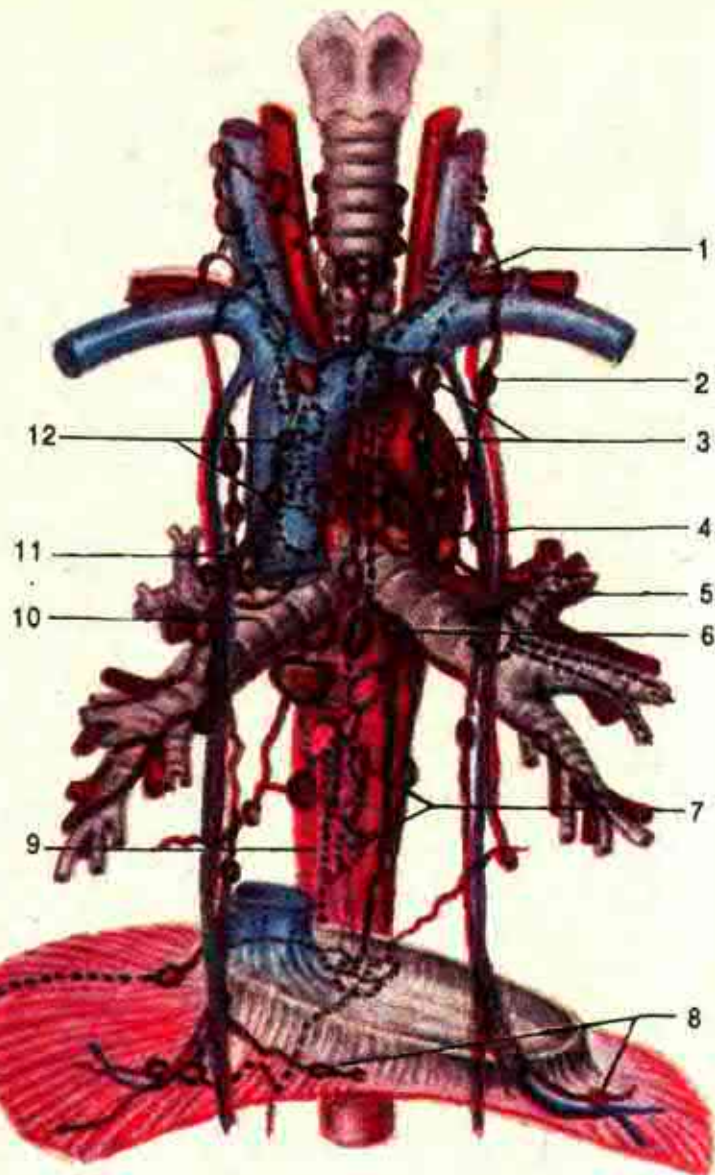


Fig. 169. Schema dispoziției ganglionilor limfatici și vaselor lor eferente în cavitatea toracică (ganglionii prevenoși).

1 — ductus thoracicus; 2 — nodi lymphatici parasternales; 3 — nodi lymphatici mediastinales anteriores (ganglionii preaortocarotizi); 4 — nodus lymphaticus tracheobronchialis superioris sinistri; 5 — nodi lymphatici bronchopulmonales; 6 — nodi lymphatici tracheobronchiales inferiores; 7 — nodi lymphatici mediastinales posteriores; 8 — nodi lymphatici phrenici superiores; 9 — esophagus; 10 — bronchus principalis dexter; 11 — v. cava superior; 12 — nodi lymphatici mediastinales anteriores (ganglionii prevenoși).

Ei sînt în adiacență cu arterele și venele toracice interne; în cazuri rare ganglionii solitari se întîlnesc pe fața posterioară a sternului. În ganglionii limfatici parasternali se varsă vasele limfatice nu numai de la țesuturile peretelui toracic anterior, pleură și pericard, ganglionii limfatici diafragmatici superiori și epigastrici inferiori, ci și de la fața diafragmatică a ficatului (penetrînd diafragma) și de la glanda mamară. Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici parasternali din dreapta se varsă în trunchiul jugular drept și în ganglionii limfatici prevenoși situați în mediastinul superior. Vasele ganglionilor parasternali stîngi se îndreaptă spre ganglionii limfatici preaortali, precum și se varsă nemijlocit în canalul toracic sau în trunchiul jugular stîng.

În spațiile intercostale în apropiere de coloana vertebrală, alături de vasele intercostale posterioare sînt situați ganglionii parietali posteriori numiți *ganglionii limfatici intercostali*, *nodi lymphatici intercostales*. Către acești ganglionii se îndreaptă vasele limfatice de la peretele posterior al cavității toracice. Vasele limfatice eferente de la ganglionii intercostali se varsă în canalul toracic, iar de la ganglionii superiori — în ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni), situați lângă vena jugulară internă.

Ganglionii limfatici diafragmatici superiori, *nodi lymphatici phrenici superiores*, rezidă pe diafragma, în stînga de vena cavă inferioară, în jurul pericardului, la locurile de pătrundere în diafragma a nervilor diaf-

ragmatici drept și stîng și a arterelor musculodiafragmatice. Pornind de la raportul spațial cu pericardul, în acest grup distingem ganglioni limfatici laterali inconstanți pericardiali, prepericardiali și postpericardiali. *Ganglionii pericardiali, nódii lympháticos pericardiáles lateráles* (1—2 în stînga, 1—4 în dreapta), sînt pari și se întîlnesc mai frecvent lîngă nervul diafragmatic drept (în 50% din cazuri), decît lîngă cel stîng (10%). *Ganglionii limfatici prepericardiali, nódii lympháticos prepericardiáles* (1—7), se află posterior de apendicele xifoid, precum și lîngă arterele musculodiafragmatice la nivelul trecerii lor prin diafragm. Sub pericard, lîngă vena cavă inferioară și anterior de esofag, sînt situați ganglionii limfatici postpericardiali (1—9). Spre ganglionii diafragmatici se îndreaptă vasele limfatice de la diafragm, pericard, pleură și de la fața diafragmatică a ficatului (trecînd prin diafragm). Vasele limfatice eferente ale ganglionilor limfatici diafragmatici superiori se varsă mai ales în ganglionii limfatici parasternali, mediastinali posteriori, traheobronhiali inferiori și în bronhopulmonari.

Ganglionii limfatici viscerali. Din aceeaștea fac parte *ganglionii limfatici mediastinali anteriori, nódii mediastináles anterióres*, situați în mediastinul superior (în partea de sus a mediastinului anterior), pe fața anterioară a venei cave superioare pe arcurile aortei și pe arterele ce deviază de la el, superior de baza cordului. Pornind de la raporturile spațiale dintre acești *ganglioni* (după Ruvier-Jdanov), ei se subdivizează în *precavali (prevenoși)* (1—11), care sînt situați anterior de vena cavă superioară și vena brahiocefalică dreaptă, *ganglionii limfatici preaortocarotizi* (3—18), aflați lîngă ligamentul arterial, aproape de arcul aortal, lîngă începutul arterelor stîngi carotidă comună și subclaviculară, și *ganglionii lanțului orizontal* (1—18) situați pe fața anterioară a venei brahiocefalice stîngi și a trunchiului brahiocefalic (fig. 169).

În ganglionii limfatici mediastinali anteriori se varsă vasele limfatice ale

cordului, pericardului, timusului și vasele limfatice eferente ale ganglionilor limfatici bronhopulmonari și traheobronhiali. Din ganglionii limfatici situați în părțile superioară și anterioară ale mediastinului iese cîteva vase limfatice de calibru destul de mare, care se îndreaptă în sus pe gît spre unghiurile venoase drept și stîng. Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici prevenoși formează trunchiul bronhomediastinal drept de diametru nu prea mare, care se înregistrează în 75% din cazuri și se îndreaptă în stînga spre ganglionii lanțului orizontal și spre ganglionii preaortocarotizi. Vasele limfatice eferente de la lanțul orizontal se varsă în canalul toracic, precum și în trunchiul jugular drept și în ganglionii limfatici paratraheali. Vasele limfatice eferente ale ganglionilor preaortocarotizi se varsă în canalul toracic, în trunchiul jugular stîng, precum și în ganglionii limfatici jugulari laterali din stînga (interni). În acest mod limfa de la ganglionii limfatici ai mediastinului anterior (superior) se poate scurge atît spre unghiul venos drept, cît și spre cel stîng (E. Borzeac).

Ganglionii limfatici mediastinali posteriori, nódii lympháticos mediastináles posterióres (1—15), sînt situați în țesutul celular lîngă partea toracică descendentă a aortei și lîngă esofag, colectează limfă de la organele mediastinului posterior. *Ganglionii limfatici situați lîngă esofag (anterior de acesta) și bilateral — numiți paraesofagieni*, precum și *ganglionii aflați între aortă și esofag numiți interaorto-esofagieni* (1—8) se întîlnesc aproximativ în 60% din cazuri. Posterior de aortă și lateral de ea (ganglionii limfatici paraaortali) se întîlnesc și mai rar — sub 30% din cazuri. Vasele limfatice eferente de la acești ganglioni se varsă nemijlocit în canalul toracic, precum și în ganglionii limfatici traheobronhiali inferiori și, rareori, în bronhopulmonari.

Pe traiectul vaselor limfatice ale plămînilor sînt dispuși *ganglionii limfatici bronhopulmonari, nódii lympháticos bronhopulmonáles* (4—25). (fig. 170). *Ganglionii bronhopul-*

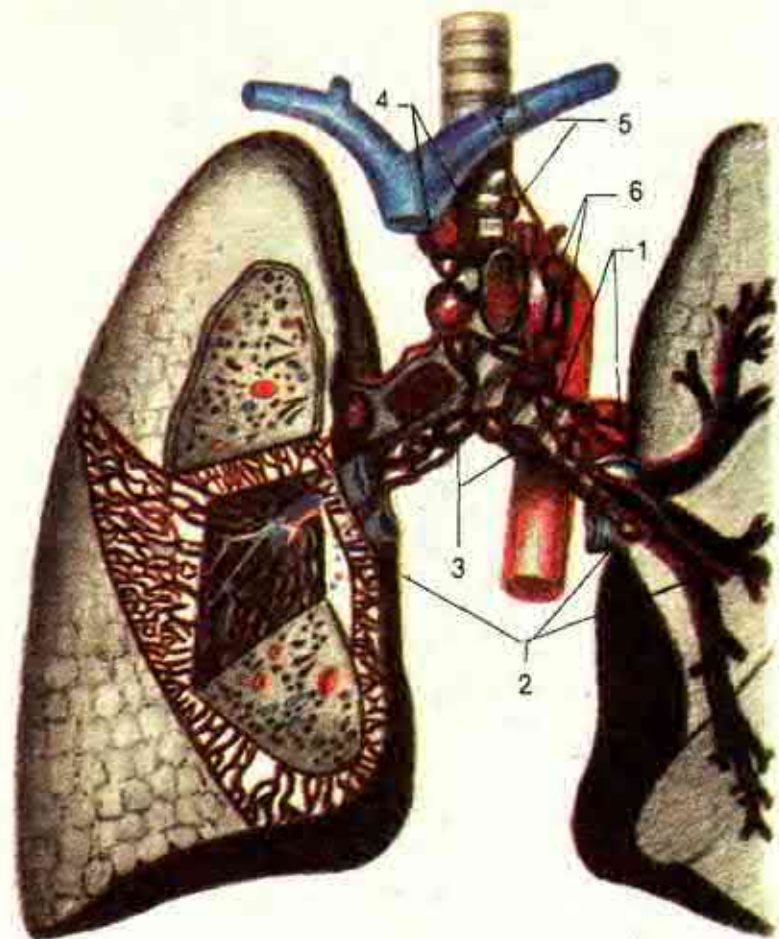


Fig. 170. Schemă de dispoziție a vaselor și ganglionilor limfatici în plămâni.

1 — vasa lymphatica; 2 — nodi lymphatici bronchopulmonales; 3 — nodi lymphatici tracheobronchiales inferiores; 4 — nodi lymphatici tracheobronchiales superiores dextri; 5 — nodi lymphatici tracheobronchiales superiores sinistri; 6 — nodi lymphatici mediastinales anteriores preaortocarotizi).

monari intraorganici sînt situați în fiecare plămîn în locurile de ramificație a bronhiei principale în bronhii lobare și cele lobare în bronhii segmentare, iar ganglionii extraorganici (hilari, *hilâres*) se grupează circumiacent la bronhia principală lîngă arterele și venele pulmonare. Vasele limfatice eferente de la ganglionii bronhopulmonari drept și stîng se îndreaptă spre ganglionii limfatici traheobronhiali inferiori și superiori. Uneori ei se varsă nemijlocit în canalul toracic, precum și în ganglionii prevenoși (din dreapta) și preaortocarotizi (din stînga).

Ganglionii limfatici traheobronhiali inferiori (bifurcaționali), *nodi lymphatici tracheobronchiales inferiores* (1—14), se află sub locul de ramificare a traheei în bronhii principale, iar ganglionii limfatici traheobronhiali superiori (drepti și stîngi), *nodi lymphatici tracheobronchiales superiores dextri* (3—30) et *sinistri* (3—24), se află pe fața laterală a traheei și în unghiul traheobronhial, format de fața laterală a traheei și semicercul superior

al bronhiei principale din partea respectivă. Spre acești ganglionii limfatici se îndreaptă vasele limfatice eferente de la ganglionii bronhopulmonari, precum și de la alți ganglionii viscerali și parietali din cavitatea toracică.

Vasele limfatice eferente de la ganglionii traheobronhiali drept și superiori participă la formarea trunchiului bronhomediastinal drept.

Există de asemenea căi de scurgere a limfei din ganglionii limfatici traheobronhiali superiori din dreapta spre unghiul venos stîng (E. Borzeak).

Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici traheobronhiali superiori din stînga se varsă în canalul toracic.

Vasele și ganglionii limfatici ai capului și gîtului

De la organele capului vasele limfatice se îndreaptă spre ganglionii limfatici situați în formă de aglomerări la limita dintre cap și gît: occipitali, mastoidieni, parotidieni, faciali, mandibulari, submentali (fig. 171). De la acești ganglionii

limfa prin vase se îndreaptă în jos spre ganglionii limfatici cervicali, superficiali și profunzi (anteriori, laterari, posteriori), în care de asemenea se varsă vasele limfatice de la organele gâtului. Vasele limfatice eferente de la ganglionii cervicali laterali profunzi ce formează cel mai mare lanț cervical (jugular intern), formează trunchiul limfatic jugular.

Ganglionii limfatici occipitali, *nodi lymphatici occipitales* (1—6), se află pe foița superficială a fasciei cervicale, posterior de locul de inserție a mușchiului sternocleidomastoidian, precum și sub această foiță a fasciei pe mușchiul spleniu și sub acest mușchi lângă vasele sangvine occipitale. La ganglionii limfatici occipitali vin vasele limfatice de la pielea părții piloase a capului din regiunea occipitală și de la țesuturile profunde din regiunea occipitală. Vasele limfatice eferente de la ganglionii occipitali se îndreaptă spre ganglionii limfatici cervicali profunzi (ganglionii din lanțul nervului accesoriu).

Ganglionii limfatici mastoidieni, *nodi lymphatici mastoidei*, (1—4), sînt situați posterior de pavilionul urechii — apofiza mastoidiană, la locul de inserție a mușchiului sternocleidomastoidian, primesc vasele limfatice de la pavilionul urechii și de la pielea regiunii parietale. Vasele limfatice eferente de la acești ganglioni se îndreaptă spre ganglionii limfatici parotidieni, cervicali superficiali (lângă vena jugulară externă) și ganglionii cervicali laterali profunzi (jugulari interni).

Ganglionii limfatici parotidieni, *nodi lymphatici parotidei*, se află în regiunea glandei salivare omonime. Spre exterior, (lateral) de această glandă se află ganglionii limfatici parotidieni superficiali, *nodi lymphatici parotidei superficiales*, (1—4), iar sub capsula glandei și în profunzimea glandei parotide, printre lobulele ei se află ganglionii limfatici parotidieni profunzi (intraglandulari), *nodi lymphatici parotidei profundi (intraglandulares)* (4—10). Spre ganglionii limfatici parotidieni se îndreaptă vasele limfatice de la piele și alte organe ale regiunii

nilor frontală și parietală, de la pavilionul urechii, de la meatul auditiv extern, de la trompa Eustache, buza superioară, glanda parotidă. Vasele limfatice eferente de la acești ganglioni se îndreaptă spre ganglionii limfatici superficiali (lângă vena jugulară externă) și laterali profunzi (pe traiectul venei jugulare interne).

Ganglionii limfatici retrofaringieni, *nodi lymphatici retropharyngeales* (1—3), se află pe foița prevertebrală a fasciei cervicale, posterior de faringe, și pe pereții lui laterali. Spre acești ganglioni se îndreaptă vasele limfatice de la pereții faringelui, de la mucoasa cavității nazale și sinusurilor nazale, de la amigdale și de la palat, de la trompa Eustache și cavitatea timpanică a urechii medii. Vasele limfatice eferente ale ganglionilor retrofaringieni se varsă în ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni).

Ganglionii limfatici mandibulari, *nodi lymphatici mandibulares*, (1—3), inconstanți, rezidă pe baza subcutană pe fața externă a corpului mandibulei lângă arterele și vena faciale. În țesutul celular subcutan jugal lângă vasele faciale sînt situați de asemenea niște ganglioni limfatici faciali inconstanți, *nodi lymphatici faciales (buccinatorii)*. Spre ganglionii limfatici din aceste grupuri se îndreaptă vase de la pielea feței, de la țesuturile moi palpebrale, nazale, labiale, jugale. Vasele lor eferente se varsă în ganglionii limfatici submandibulari, *nodi lymphatici submandibulares* (6—8), care se află în trigonul submandibular, anterior și posterior de glanda salivară omonimă. Vasele limfatice ale ganglionilor submandibulari se îndreaptă inferior de-a lungul venei faciale și se varsă în ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni). Ganglionii limfatici submentali, *nodi lymphatici submentales* (1—8), sînt situați pe fața inferioară a mușchiului geniohioidian, între venterele anterioare drept și stîng ale mușchilor digastrici, pe traiect de la menton pînă la corpul osului hioidian. Drept principiu de subdivizare a ganglionilor limfatici cervi-

cali a fost adoptat raportul lor spațial cu foiața superficială a fasciei cervicale și cu vasele cervicale de calibru mare. Pornind de la acest principiu distingem ganglioni cervicali superficiali, situați pe foiața superficială, și profunzi, aflați sub ea. Unele grupuri regionale de ganglioni limfatici se află în apropierea vaselor de calibru mare, bunăoară, venele gâtului (fig. 172).

Ganglionii limfatici cervicali, superficiali *nódi lymphatici cervicales superficiales* (1—5), se întâlnesc în 75% din cazuri și sînt situați lângă vena jugulară externă (1—3), pe mușchiul trapezoid (1—2 ganglioni), în regiunea posterioară a gâtului și, rareori, lângă vena jugulară anterioară (1 ganglion). Vasele lor limfatice eferente se îndreaptă spre ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi, situați lângă vena jugulară internă și ramura externă a nervului accesoriu.

Ganglionii limfatici cervicali profunzi, *nódi lymphatici cervicales profundi* (32—83) sînt concentrați în regiunile anterioară și laterală ale gâtului. Din ganglionii limfatici cervicali profunzi anteriori (4—17) fac parte ganglionii limfatici prelararingieni, *nódi lymphatici prelaryngeales* (1—2), ganglionii tiroideni, *nódi lymphatici thyroidei* (1—2), pretraheali, *nódi lymphatici pretracheales* (1—8), paratraheali, *nódi lymphatici paratracheales* (1—7), aflați alături de trahee. În regiunea laterală a gâtului se află numeroși ganglioni limfatici (11—68), care formează cîteva grupuri regionale: ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni), *nódi lymphatici cervicales laterales profundi* (7—60), sînt localizați lângă vena jugulară internă; 1—8 ganglioni limfatici înlanțuiți aderă la ramura externă a nervului accesoriu; lângă ramura superficială a arterei transversale a gâtului se află de la 1 la 8 ganglioni limfatici. În regiunea laterală a gâtului mai există și ganglioni limfatici inconstanți (1—3), ce rezidă pe mușchiul spleniu al capului. Prin vasele

limfatice eferente de la acești ganglioni limfa se scurge spre ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni), care sînt circumiacenți la vena jugulară internă de la baza craniului pînă la locul de confluență a acesteia cu vena subclaviculară. În grupul ganglionilor limfatici cervicali profunzi (jugulari interni) distingem ganglionul jugulodigastric, *nóduș jugulodigastricus*, și ganglionul juguloomohoidian, *nóduș jugulo-omohyoideus*, spre care se îndreaptă mai ales vasele limfatice ale limbii. Primul din acești ganglioni se află la nivelul intersecției venterului posterior al mușchiului digastric cu vena jugulară internă, iar al doilea — la nivelul unde venterul mușchiului omohoidian vine în contact cu fața anterioară a venei jugulare interne.

Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni) formează pe fiecare parte a gâtului un trunchi jugular, *truncus jugularis dexter et truncus jugularis sinister*. Acest trunchi se varsă în unghiul venos sau în una din venele constituyente din partea respectivă sau în canalul limfatic drept sau în porțiunea terminală a canalului toracic.

Vasele și ganglionii limfatici ai membrului superior

La membrul superior distingem vase limfatice superficiale și profunde, care se îndreaptă spre ganglionii limfatici cubitali și axilari. Vasele limfatice superficiale sînt situate lângă venele subcutane ale membrului superior și formează trei grupuri; lateral, medial și mediu (fig. 173). Vasele limfatice din grupul lateral (5—10) se formează în pielea și în țesutul subcutan ale degetelor I—III, marginii laterale a mîinii, antebrațului și brațului, trec de-a lungul venei subcutane laterale și se varsă în ganglionii limfatici subaxilari. Vasele limfatice ale grupului medial (5—15) se formează în pielea și în țesutul subcutan la degetele IV—V, și, parțial, III, părții mediale a mîinii, antebrațului și brațului. În regiunea cubitală vasele grupului medial

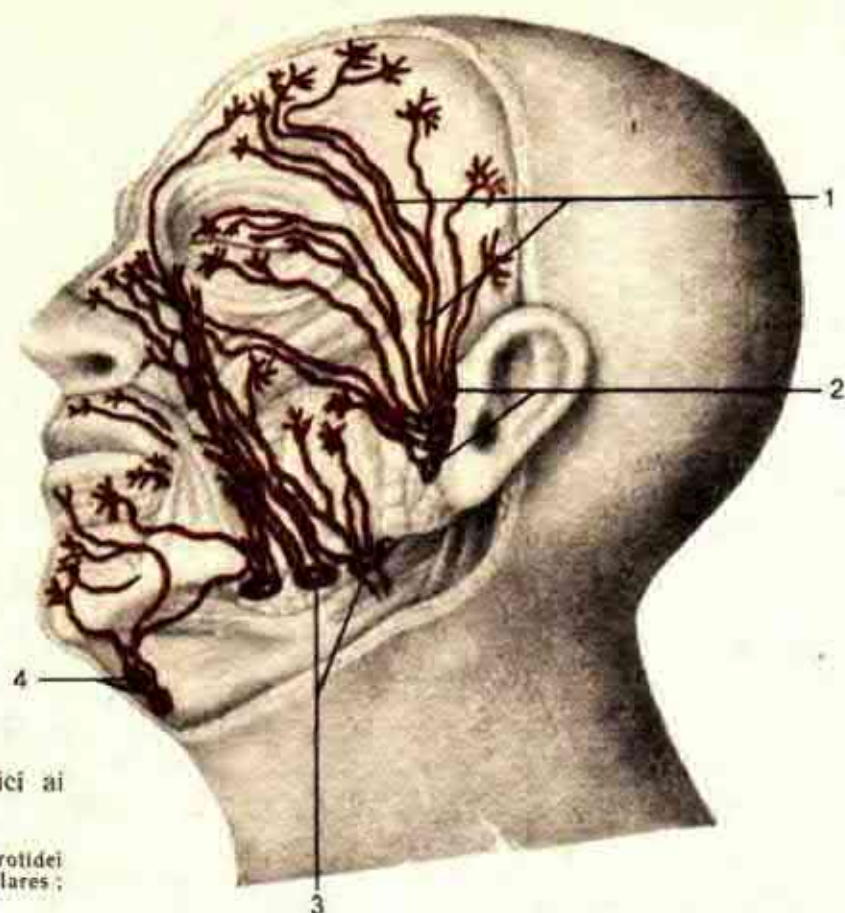


Fig. 171. Vasele și ganglionii limfatici ai părții laterale a feței.

1 — vasa lymphatica; 2 — nodi lymphatici parotidei superficiales; 3 — nodi lymphatici submandibulares; 4 — nodi lymphatici submentales.

trec pe fața anteromedială a membrului și se îndreaptă spre ganglionii limfatici cubitali și axilari. Vasele limfatice din grupul mediu urmează de la fața anterioară (palmară) a carpului și antebrațului, apoi de-a lungul venei intermediare a antebrațului se îndreaptă spre cot, unde o parte din ele se unesc cu grupul lateral, iar altă parte cu cel medial.

Vasele limfatice profunde, care colectează limfa de la mușchi, tendoane, fascii, capsule articulare și ligamente, periost, nervi, însoțesc arterele și venele de calibru mare din membrul superior. O parte din vasele limfatice superficiale și profunde ale membrului care trec de la mână spre antebraț, se varsă în ganglionii limfatici cubitali, *nodi lymphatici cubitales* (1—3), care sînt situați în fosa cubitală, o parte superficial, pe fascie, lângă vena subcutană medială, altă parte — profund, sub fascie, lângă fasciculul vascular profund. Vasele limfatice eferente de la acești ganglioni se îndreaptă spre ganglionii limfatici axilari, situați în cavitatea axilară. Ganglionii limfatici

axilari, *nodi lymphatici axilares* (12—45), sînt localizați în țesutul celulo-lipos al cavității axilare sub formă de 6 grupuri independente, din care unul aderă la pereții cavității axilare, iar celelalte sînt dispuse lângă fasciculul neurovascular. Lângă ganglionii axilari se află ganglionii limfatici laterali (1—8), mediali sau toracici (1—9), subscapulari sau posteriori (1—11), inferiori (1—7), centrali (2—12), dispuși între vena subclaviculară și peretele medial al cavității, precum și ganglionii apicali, care se află lângă artera și vena axilare sub claviculă, superior de mușchiul toracic mic. În ganglionii axilari se varsă vasele superficiale și profunde limfatice ale membrului superior, ale pereților anterior, lateral și posterior ai cutiei toracice și ale glandei mamare. De la glanda mamară vasele limfatice se îndreaptă mai ales spre ganglionii mediali (toracici), precum și spre ganglionii limfatici axilari centrali și apicali. Ele se îndreaptă de asemenea și spre ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi și parasternali (vezi mai sus) (fig. 174). Va-

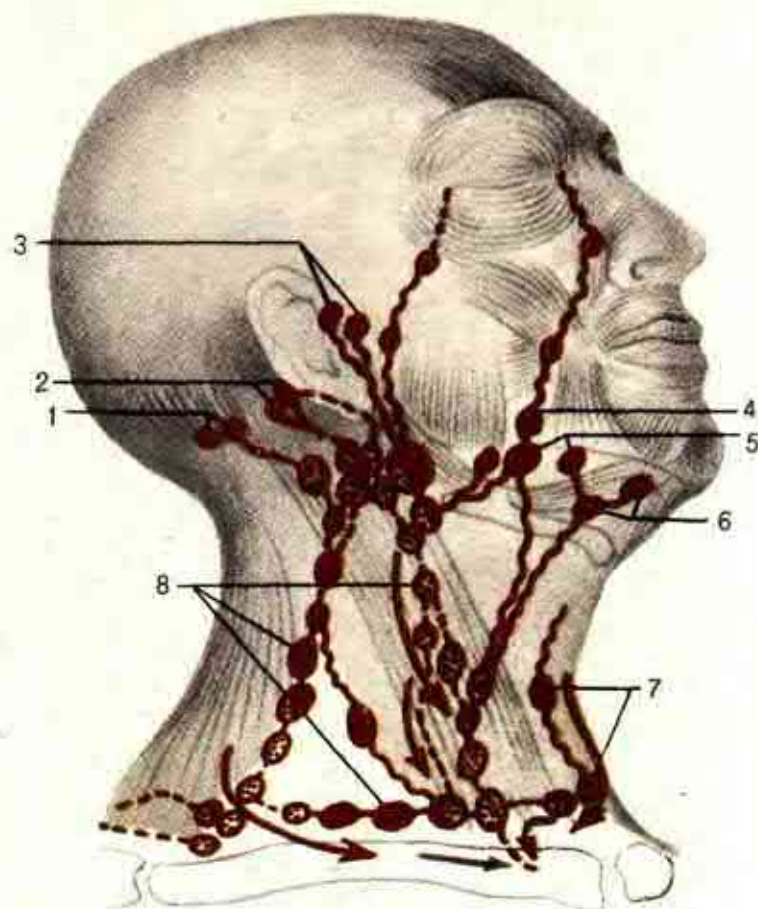


Fig. 172. Vasele și ganglionii limfatici ai capului și gâtului. Săgețile indică direcția curentului de limfă.

1 — nodi lymphatici occipitales; 2 — nodi lymphatici mastoidei; 3 — nodi lymphatici parotidei profundi (preauriculares); 4 — nodus lymphaticus mandibularis; 5 — nodi lymphatici submandibulares; 6 — nodi lymphatici submentales; 7 — nodi lymphatici cervicales anteriores superficiales; 8 — nodi lymphatici cervicales laterales profundi.

sele limfatice eferente de la grupurile medial, lateral, posterior, inferior și central se îndreaptă spre ganglionii limfatici apicali situați în calea curentului de limfă de la membrul superior în venele regiunii inferioare a gâtului.

În peretele anterior al cavității axilare, între mușchii toracici mare și mic se întindesc ganglionii limfatici interpectorali inconstanți, *nodi lymphatici interpectorales* (1—5). În acești ganglionii se varsă vasele limfatice de la mușchii adiacenți, de la ganglionii axilari laterali și inferiori, precum și de la glanda mamară. Vasele limfatice eferente de la ganglionii interpectorali se îndreaptă spre ganglionii limfatici axilari apicali.

Vasele limfatice eferente de la ganglionii limfatici axilari apicali în regiunea trigonului sternoclavicular formează un trunchi subclavicular comun, *truncus subclavius*, sau 2—3 vase mari care însoțesc vena subclaviculară și se varsă în unghiul venos sau în vena subclaviculară dreaptă, iar în stînga — în partea cervicală a canalului toracic.

Datele generale despre grupurile ganglionilor limfatici regionali, spre care se scurge limfa de la unele organe sînt catalogate în tabelul 6.

Vasele limfatice, ca și ganglionii limfatici, pot fi detectați la omul viu prin umplerea acestora cu materie radiocontrastantă. Limfografia (limfangioadenografia) elaborată pentru prima dată și aplicată în țara noastră de A. S. Zolotuhin, D. A. Jdanov, M. G. Prives, cunoaște o răspîndire largă și servește drept metodă fiabilă de diagnostic în determinarea numărului, formelor, dimensiunilor vaselor și ganglionilor limfatici în diferite boli, mai ales în tumori și în metastazele acestora. Limfangioadenografia permite investigarea ganglionilor limfatici, vaselor limfatice de calibru mare, canalului toracic, care sînt inaccesibile pentru alte metode, precum și a supraveghea procesul tumoral în dinamică pe parcursul tratamentului (G. A. Zetghenidze, A. F. Țib). Cu ajutorul acestei metode se face evaluarea posibilităților de rezervă ale patului limfatic, detectarea vaselor deja existente

Tabelul 6. Grupurile de ganglioni limfatici spre care se scurge limfa din anumite organe

Organul	Partea (fața) organului	Grupul de ganglioni limfatici
Limba		Nodi lymphatici submandibulăres, cervicāles laterāles profūndi (jugulāri intērni), nodus lymphaticus jugulodigāstricus, nodus lymphaticus jūgulo-omohyoidēus.
Faringele		Nodi lymphatici cervicāles laterāles profūndi (jugulāri intērni), retropharyngeāles, paratracheāles (de la partea laringiană a faringelui).
Esofagul	Partea cervicală	Nodi lymphatici paratracheāles, tracheobronchiāles superiōres et inferiōres, prevertebrāles
	Partea toracică	Nodi lymphatici tracheobronchiāles inferiōres, mediastināles posteriōres (paraesōfagiens) pericardiāles laterāles; nemijlocit în canalul toracic
	Partea abdominală	Annulus lymphaticus cārdiae (ganglionii cardiali).
Stomacul	Partea cardială (cardia), precum și porțiunile adiacente ale pereților anteriori și posteriori și jumătatea dreaptă a stomacului	
	Regiunea micii curburi (părțile învecinate la curbura ale pereților anterior și posterior ai corpului stomacului pînă la unghiul incizurii)	Nodi lymphatici gāstrici sinistri.
	Partea pilorică (semicercul superior)	Nodi lymphatici gāstrici dēxtri et hepātics.
	Partea pilorică (semicercul inferior)	Nodi lymphatici pylōrici.
	Partea dreaptă a regiunii marii curburi (părțile învecinate la curbura ale pereților anteriori și posteriori ai stomacului)	Nodi lymphatici gastromentāles dextri
	Partea stîngă a regiunii marii curburi (părțile învecinate la curbura ale pereților anterior și posterior ai corpului stomacului).	Nodi lymphatici gastromentāles sinistri
	Jumătatea stîngă a fundului stomacului	Nodi lymphatici splēnici (lienāles).
Ficatul	Fața diafragmatică	Nodi lymphatici phrēnici superiorēs (prepericardiales, pericardiāles, laterāles, retropericardiāles) et parasternāles.
	Fața viscerală, lobul drept	Nodi lymphatici hepātics, pancreaticoduodenāles, phrēnici inferiōres, coeliāci, lumbāles dēxtri (precavāles). În cazuri excepționale limfa se varsă nemijlocit în canalul toracic.
	Fața viscerală, lobul stîng	Nodi lymphatici hepātics, gāstrici sinistri et dextri, retropylārici, lumbāles, annulus lymphaticus cārdiae.
Vezica biliară		Nodi lymphatici hepātics, nodus cysticus.
Intestinul subțire		Nodi lymphatici mezentērici, (juxtaintestināles, superiōres s. centrāles, ileocōlici — de la porțiunea terminală a ileonului).
Cecul		Nodi lymphatici ileocōlici (precaecāles, retrocaecāles).

Organul	Partea (fața) organului	Grupul de ganglioni limfatici
Intestinul		Nodi lymphatici paracolici (dextri, medii, sinistri), mesocolici.
Rectul	Porțiunea inferioară (canalul anal)	Nodi lymphatici pararectales (anorectales), inguinales superficiales.
	Ampula	Nodi lymphatici pararectales (anorectales), iliaci interni, sacrales.
	Porțiunea superioară	Nodi lymphatici rectales superiores, mesenterici inferiores, lombales (inferior de arterele renale).
Laringele		Nodi lymphatici cervicales laterales profundi (jugulari interni), prelaryngeales, pretracheales, paratracheales.
Plămînul drept	Lobul superior	Nodi lymphatici bronchopulmonales dextri, tracheobronchiales superiores et inferiores.
	Lobul mediu	Nodi lymphatici bronchopulmonales (dextri), tracheobronchiales inferiores et superiores).
	Lobul inferior	Nodi lymphatici bronchopulmonales (dextri), tracheobronchiales inferiores, mediastinales posteriores (paraesofagieni).
Plămînul stîng	Lobul superior	Nodi lymphatici bronchopulmonales (sinistri), tracheobronchiales superiores, mediastinales anteriores.
	Lobul inferior	Nodi lymphatici bronchopulmonales (sinistri), tracheobronchiales inferiores, mediastinales anteriores et posteriores.
Uterul		Nodi lymphatici iliaci interni et externi, pararectales (anorectales), lombales (de la fundul uterului).
Ovarul		Nodi lymphatici iliaci interni, communes, aortici laterales et preaortici (din stînga), lombales intermedi et lombales dextri (din dreapta).
Glanda mamară	Cadranul superolateral	Nodi lymphatici axilares (inferiori, mediali, apicali), cervicales laterales profundi (supraclaviculares), parasternales.
	Cadranul inferolateral	Nodi lymphatici axilares (mediali, inferior), parasternales.
	Cadranul superomedial	Nodi lymphatici parasternales, mediastinales anteriores, axilares.
	Cadranul inferomedial	Nodi lymphatici parasternales, axilares

sau celor recent apărute în calitate de căi colaterale limfatice, în caz de lezare sau de excludere din sistem a unor vase limfatice și ganglioni limfatici anumiți.

Sistemul limfatic în filo și ontogeneză

Sistemul limfatic apare pentru prima dată la teleosteenii sub formă de vase limfatice intestinomezenterice, avînd dilatări numite sinusuri limfatice între viscere, între pericard și recesurile branhiiale, în apropierea aripioarelor. La amfibieni și reptile apar organe contractile — cord limfatic, care se unesc pe de o parte cu

sinusurile limfatice și vasele limfatice, iar pe de altă parte cu venele. La păsări cordul limfatic există doar în perioada embrionară; la păsările acvatice apar pentru prima dată ganglionii limfatici (lombari și cervicali). Numărul de ganglioni limfatici sporește la mamifere, în vasele lor limfatice apar valvule.

La om în a 6-ea săptămînă de dezvoltare intrauterină din mezoderm, apar te de sistemul sangvin, însă în apariția venelor mari ce se formează, apar la început niște spații fisurale, delimitate de celule mezenchimatoase, care ul-

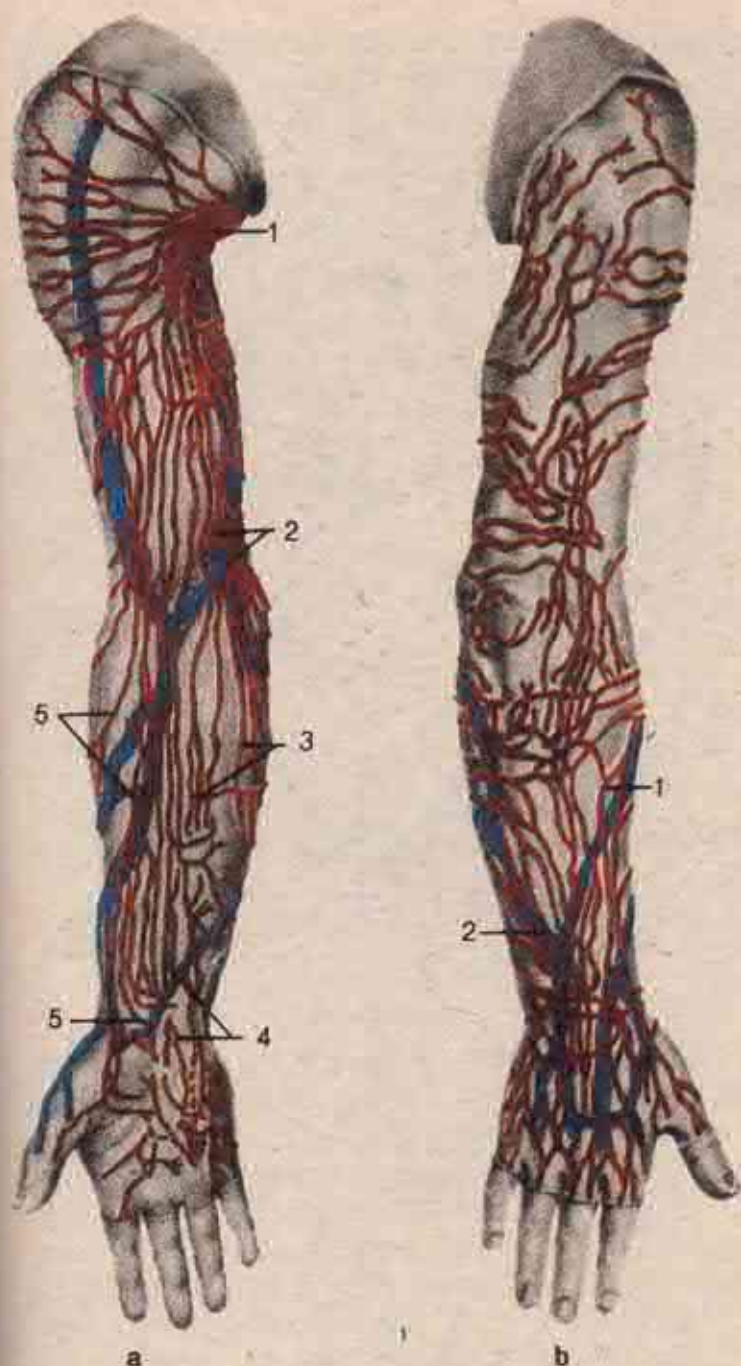


Fig. 173. Vasele și ganglionii limfatici superficiali ai membrului superior drept (schemă).

a — aspect anterior: 1 — ganglionii limfatici axilari; 2 — ganglionii limfatici cubitali superficiali; 3 — ganglionii limfatici mediali; 4 — vasele limfatice anterioare; 5 — vasele limfatice laterale;
b — aspect posterior: 1 — vasele limfatice laterale; 2 — vasele limfatice mediale.

terior se transformă în celule endoteliale. Prin confluența spațiilor fisurale se formează un sistem de canale, care se dilată și se transformă în saci limfatici. Primii apar sacii limfatici jugulari drept și stîng. Ceva mai tîrziu se dezvoltă sacii limfatici subclaviculari. O înșiruire de saci, situați lîngă peretele dorsal al corpului embrionului, constituie primordiul vasului limfatic principal — canalului toracic, care în a 9-a săptămîină de dezvoltare se deschide în sacul jugular stîng. Sacii jugulari și subclaviculari situați din dreapta și din stînga se unesc cu venele în regiunea cervicală.

Din sacii limfatici iliaci pari se dezvoltă vasele limfatice ale bazinului și ale membrelor inferioare.

Materia despre dezvoltarea ganglionilor limfatici este expusă în compartimentul „Organele hematopoetice și ale sistemului imun”.

Particularitățile de vîrstă ale sistemului limfatic

Capilarele limfatice la nou-născut, în vîrsta prepubertară și pubertară au un diametru relativ mai mare decît la oamenii de vîrstă matură; contururile capilarelor sînt drepte. Capilarele limfatice

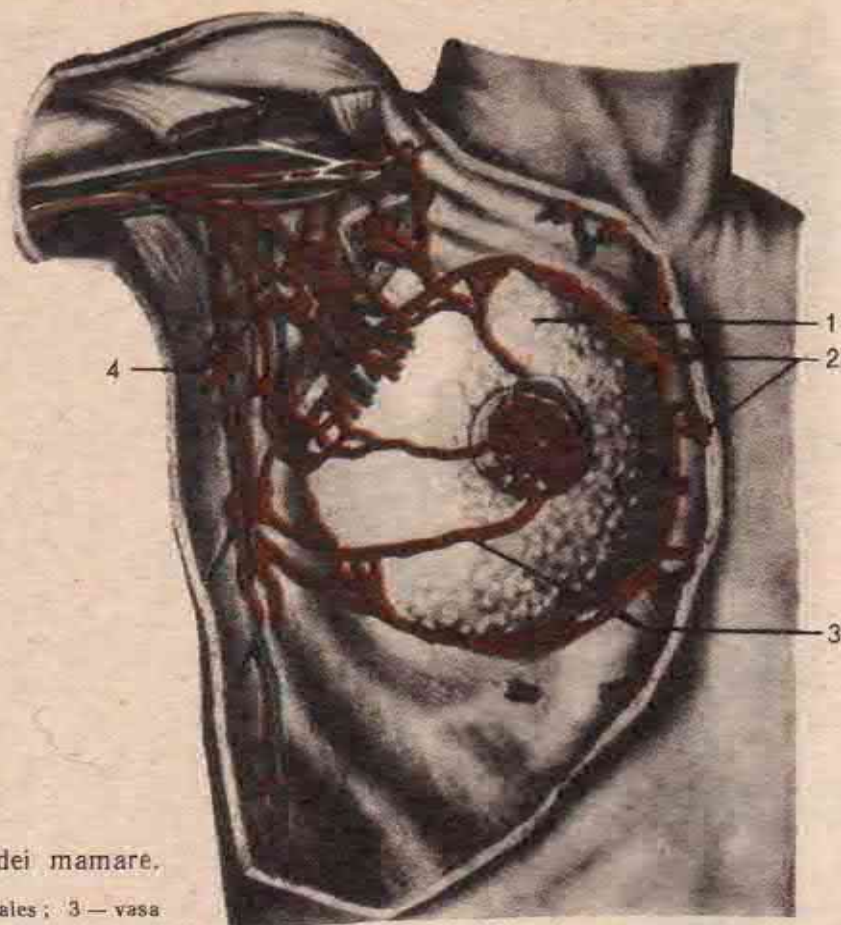


Fig. 174. Vasele limfatice ale glandei mamare.

1 — mamma; 2 — nodi lymphatici parasternales; 3 — vasa lymphatica; 4 — nodi lymphatici axillares.

formează rețele dense cu ochiuri mici. La omul matur capilarele limfatice au un diametru mai mic, devin mai înguste, o parte din capilare se transformă în vase limfatice. La 35—50 de ani în patul limfatic se înregistrează semne de involuție de vîrstă. Contururile capilarelor limfatice și vaselor limfatice generate de ele devin neregulate. În rețelele limfatice apar ochiuri rupte, prolabări, dilatări ale pereților de capilare. În senescență fenomenele de reducere a capilarelor limfatice sînt și mai pronunțate.

Vasele limfatice la nou-născuți și la copii în primii ani de viață poartă o configurație caracteristică moniliformă din cauza stricturilor în regiunea valvulelor care încă nu sînt definitiv formate. Aparatul valvular al vaselor limfatice se definitivează spre vîrsta de 13—15 ani.

La vîrstă infantilă și prepubertară vasele limfatice învecinate se unesc între ele prin numeroase anastomoze transversale și oblice, din care căuză în jurul arterelor, venelor, canalelor glandulare se formează plexuri limfatice. La vîrsta

de 40—50 de ani se constată scheme de reducere a vaselor limfatice, contururile lor devin neregulate. Pe alocuri apar prolabări ale pereților, scade numărul de anastomoze dintre vasele limfatice, mai ales dintre cele superficiale și cele profunde. Prin unele vase traficul încetează definitiv. Pereții vaselor limfatice la persoanele de vîrstă avansată și senilă se îngroașă, lumenul lor se micșorează.

Canalul toracic la nou-născut și la copii de vîrstă mai mare are dimensiuni relativ mai mici decît la omul matur și are pereți fini. Canalul toracic atinge dezvoltarea sa maximă în vîrsta matură. La persoanele de vîrstă avansată și senescente în peretele canalului toracic proliferază țesutul conjunctiv pe fondul unei atrofii a musculaturii involuntare.



Fig. 175. Radiografia ganglionilor limfatici inghinali și vaselor limfatice ale membrului inferior.

1 — ganglioni limfatici inghinali; 2 — vase limfatice; 3 — trohanterul mic al femurului; 4 — ramura ischionului.

Organele de hematopoeză și ale sistemului imun

Organul de hematopoeză (hemocitopoeză) la om este constituit de măduva oaselor. În ea se formează și se plasează niște celule morfologic similare cu limfocitele, numite hemohistoblaști, care sînt celule de origine pentru toate celulele singelui și sistemului imun. Hemocitoblastul posedă capacitatea de a se diviza multiplu (pînă la 100 de ori) generînd o populație autoreproductivă.

În măduva oaselor există celule de origine care s-au format din hemohisto-

blaști și care, după transformări complicate (diviziuni multiple) și diferențiere în trei direcții (eritropoeză, granulopoeză, trombocitopoeză) devin în difinitivă elemente figurate ale singelui: eritrocite, leucocite, trombocite, care pătrund în patul sangvin. Din hemohistoblaști se dezvoltă de asemenea celulele sistemului imun: limfocitele, plasmocitele. Hemohistoblaștii din măduva oaselor trec în sînge pentru a se fixa apoi în organele centrale ale sistemului imun.

Sistemul imun întrunește organele și țesuturile responsabile de apărarea organismului contra celulelor și materiilor

eterogene în sens genetic, venite din exterior sau formate în organism.

Organele sistemului imun, care conțin țesut limfoid, execută funcția de menținere a echilibrului mediului intern al organismului pe tot parcursul vieții individului. Ele elaborează celule imunocompetente, în primul rând limfocite, și plasmocite (celule plasmatică), le include în procesul imun, asigură identificarea și nimicirea celulelor și altor materii eterogene pătrunse în organism sau formate în el, „care comportă semne de informație genetică eterogenă“ (Petrov R. V., 1976). Supravegherea genetică în organism este realizată de populațiile de *T* și *B*-limfocite sinergice, care prin concursul macrofagilor asigură reacția imună a organismului.

Conform datelor recente, sistemul imun este alcătuit din toate organele care participă la formarea celulelor, realizează reacțiile de protecție a organismului, elaborează imunitatea, adică rezistența față de materiile ce posedă proprietăți antigenice eterogene. Parenchimul acestor organe e format din țesut limfoid, care reprezintă un complex morfofuncțional de limfocite, plasmocite, macrofagi și alte celule aflate în ochiurile țesutului reticular. Din organele sistemului imun fac parte măduva oaselor, în care țesutul limfoid e strâns legat de cel hematopoetic, timusul, ganglionii limfatici, splina, aglomerările de țesut limfoid în pereții organelor cavitare ale sistemelor digestiv și respirator (amigdale, noduli limfoizi ai apendicelui vermiform și ileonului, nodulii limfoizi solitari). Acestea deseori sînt numite organe limfoide sau organe de imunogeneză. După raportul lor la funcția de imunogeneză organele enumerate se împart în organe centrale și periferice. Din **organele centrale ale sistemului imun** fac parte timusul și un analog al bursei Fabricius (*bursa*), care la om lipsește (un conglomerat de celule în peretele compartimentului cloacal al intestinului la păsări). Drept un analog posibil al bursei Fabricius la om se consideră măduva oaselor sau, conform altor date, nodulii limfoizi (foliculele limfoide) ai apendicelui vermiform și ai ileonului.

În timus are loc diferențierea *T*-limfocitelor (timodependente), care se formează din hemocitoblaștii ajunși în acest organ, iar în analogul bursei Fabricius — are loc diferențierea *B*-limfocitelor (bursodependente, care nu depind în diferențierea lor de timus. Ulterior ambele populații de limfocite odată cu singele sînt transportate în **organele periferice ale sistemului imun**, din care fac parte amigdalele, nodulii limfoizi situați în pereții organelor cavitare ale sistemelor digestiv și respirator, ganglionii limfatici și splina. Funcțiile organelor periferice ale sistemului imun se află sub influența organelor centrale de imunogeneză.

T-limfocitele populează zonele timodependente ale ganglionilor limfatici (zona paracorticală), splinei (partea periarterială a nodulilor limfoizi și, probabil, tecile periarteriale limfoide) și asigură atât realizarea imunității celulare, pe calea acumulării și punerii în funcțiune a limfocitelor sensibilizate (cu sensibilitate sporită, cît și a imunității umorale (prin sinteză de anticorpi specifici).

B-limfocitele constituie celulele de origine ale celulelor generatoare de anticorpi — plasmocitelor și limfocitelor cu activitate sporită. Acestea vin în zonele bursodependente ale ganglionilor limfatici (noduli limfoizi, fibre mielinice) și splinei (noduli limfoizi, cu excepția părții lor periarteriale). *B*-limfocitele execută funcția de imunitate umorală, în care rolul principal revine singelui, limfei, secrețiilor glandelor ce conțin substanțe, ce participă la reacțiile imune.

T — și *B* — limfocitele privite la microscopul optic nu pot fi deosebite unul de altul. Limfocitele poartă pe suprafața lor niște receptori (aparate sensibile), care identifică antigenii-materii complicate, care declanșează în organism reacția imună. Această reacție constă în formarea de anticorpi de către celulele țesutului limfoid. Numărul (gradul de densitate) acestor receptori pe suprafața *B* — limfocitelor este de 100—200 ori mai mare decît pe suprafața *T* — limfocitelor. Celulele responsabile de reacțiile imune mai sînt numite și imunocite sau celule imunocompetente.

Organele sistemului imun sînt situate în corpul uman nu haotic, ci în anumite locuri: la limitele de habitat al microflorei, în regiunile cu eventualitate sporită de pătrundere a formațiunilor eterogene în organism. Aici se formează un fel de zone limitrofe de protecție — „filtre“, care conțin țesut limfoid. Amigdalele situate în pereții porțiunii inițiale a tubului digestiv și căilor respiratorii, formînd un adevărat inel limfoid numit inelul Pirogov-Waldeier. Țesutul limfoid al amigdalelor se află la limita cavității bucale, cavității nazale și cavității faringo-laringiene pe de altă parte. Nodulii limfoizi agregați (plăcile Peier sau mai corect plăcile limfoide ale ileonului) sînt situați în peretele porțiunii terminale a intestinului subțire în apropiere de locul de trecere a ileonului în cec. Noduli de același gen se întîlnesc și în apendicele vermiform — în apropierea limitei dintre două compartimente diferite ale tubului digestiv: între intestinul subțire și gros. Noduli limfoizi solitari sînt diseminați în grosimea tunicii mucoase a organelor digestive și respiratorii și au menirea de a realiza supravegherea imună la limita dintre organism și ambianță, care la acest nivel este constituită de aer și de conținutul tubului digestiv.

În calea fluxului limfatic de la organe și țesuturi spre sistemul nervos se află numeroși ganglioni limfatici. Agentul eterogen, nimerind în curentul de limfă, este reținut și neutralizat în ganglionii limfatici. În calea fluxului de sînge din sistemul arterial (din aortă) în sistemul venei porte, care se ramifică în ficat, se află splina.

Un semn morfologic distinctiv pentru organele sistemului imun constă în apariția precoce a primordiilor lor (în embriogeneză) și maturizarea lor deja la vîrsta de nou-născut, precum și dezvoltarea lor vertiginoasă la vîrsta infantilă și prepubertară, adică în perioada de constituire și maturizare a organismului și de formare a sistemelor lui de protecție. În continuare are loc treptat o involuție de vîrstă a organelor sistemului imun, care e deosebit de manifestă în organele centrale de imunogeneză. În acestea destul de timpuriu (începînd cu vîrsta pre-

pubertară și pubertară) începe micșorarea cantității de țesut limfoid, care este înlocuit de țesutul conjunctiv (adipos).

Pentru țesutul limfoid al organelor sistemului imun e caracteristică prezența nodulilor limfoizi cu sau fără centru germinativ (centru de diviziune a celulelor și de formare de noi limfocite).

Masa comună a organelor sistemului imun în corpul uman constituie (cu excepția măduvei oaselor circa 1,5—2 kg (aproximativ 10^{12} celule limfoide).

MĂDUVA OASELOR

Măduva oaselor, *medulla ossium*, se prezintă simultan ca organ hematopoetic și al sistemului imun. Distingem **măduva roșie a oaselor**, *medulla ossium rubra*, care la omul matur e situată în alveolele substanței spongioase ale oaselor plate și scurte, ale epifizelor oaselor tubulare; și **măduva galbenă a oaselor**, *medulla ossium flava*, care umple cavitățile medulare ale diafizelor oaselor tubulare. Masa comună a măduvei oaselor la omul matur este de circa 2,5—3 kg (4,5—4,7% din masa corpului). Cam o jumătate o constituie măduva roșie a oaselor, restul revenind măduvei galbene. Măduva roșie a oaselor este alcătuită din țesut mieloid, care conține țesut reticular și elemente hemopoetice. În ea se află hemohistoblaști — celule de origine pentru toate celulele sîngelui și limfei. În măduva roșie a oaselor se ramifică capilarele sanguine, care o alimentează, acestea avînd diametrul de 6—20 mkm, și capilare largi de pînă la 500 mkm în diametru (sinusoide), prin pereții cărora în patul sangvin migrează elementele figurate mature ale sîngelui.

Măduva galbenă a oaselor e prezentată în fond de țesut conjunctiv, care l-a substituit pe cel reticular. Nuanța galbenă a incluziunilor adipoase în celulele reticulare degenerate vine să motiveze denumirea acestei părți din măduva osoasă. Măduva galbenă a oaselor nu conține elemente hematogene. În caz de hemoragii masive în locul măduvei galbene poate să apară din nou măduva roșie a oaselor.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale măduvei oaselor

În perioada embrionară hematopoeza se realizează în insulele hematogene ale sacului vitelin (începînd cu ziua a 19-ea pînă la începutul lunii a 4-a de viață intrauterină). Începînd cu a 6-ea săptămîină de dezvoltare se observă hematopoeză în ficat, iar începînd cu a 3-ea lună — în splină și durează pînă la sfîrșitul perioadei intrauterine.

Măduva oaselor începe să se formeze în oasele embrionului spre finele lunii a 2-a. Din a 12-ea săptămîină în măduva oaselor se dezvoltă vase sangvine, inclusiv cele sinusoide. În jurul oaselor sangvine apare țesut reticular, se formează primele insule de hematopoeză. Din această perioadă măduva oaselor începe să funcționeze ca organ hematopoetic. Începînd cu a 20-ea săptămîină de dezvoltare masa măduvei oaselor crește repede, măduva proliferază spre epifize. De pe urma acestui fapt traveurile osoase din diafizele oaselor tubulare se supun resorbției și între ele apare cavitatea osteomedulară. La nou-născut măduva roșie a oaselor ocupă toate cavitățile osteomedulare. Celulele adipoase în măduva roșie a oaselor apar pentru prima dată după naștere (în luna 1—6), la vîrsta de 20—25 de ani măduva galbenă a oaselor umple în întregime cavitățile osteomedulare din diafizele oaselor tubulare lungi. În senescență măduva osoasă capătă o consistență gelatinoasă (măduvă gelatinoasă a oaselor).

TIMUSUL

Timusul *thymus*, constituie un organ imun central. În timus hemohistoblaștii ajunși aici din măduva oaselor odată cu curentul de sînge, trecînd printr-o serie de stadii intermediare, în definitivă se transformă în *T* — limfocite, care sînt responsabile de reacțiile imunității celulare. Ulterior *T* — limfocitele pătrund în sînge și limfă, părăsesc timusul și populează zonele timodependente ale organelor imunogenetice periferice (splină, ganglioni limfatici). Timusul mai secretă niște substanțe numite „factori

timoumorali“, care dirijează funcția *T* — limfocitelor.

Timusul este alcătuit din doi lobi asimetrici ca dimensiuni: lobul drept, *lobus dexter*, și lobul stîng, *lobus sinister* (fig. 176), concrescuți între ei în partea lor medie sau aflați în contact intim în același loc. Partea inferioară a fiecărui lob este dilatată, cea superioară — îngustă, deseori lobi superiori proeminează în regiunea gîtului ca o furcă cu doi dinți. Lobul stîng al timusului cam în 50% din cazuri este mai lung decît cel drept. În perioada dezvoltării sale maxime (10—15 ani) masa timusului atinge în medie 37,5 g. Lungimea timusului în această perioadă constituie 7,5—16 cm.

Topografie. Timusul este situat în partea anterioară a mediastinului superior între pleura mediastinală dreaptă și stîngă. Locul glandei corespunde ariei interpleurale superioare cînd limitele pleurei se proiectează pe peretele toracic anterior. Partea superioară a timusului deseori pătrunde în porțiunile inferioare ale spațiului interfascial pretraheal și se dispune posterior de mușchii sternohioid și sternotiroid. Fața anterioară a timusului este bombată și aderă la fața posterioară a manubriului și corpului sternului (pînă la nivelul cartilajului IV costal). Posterior de timus se află partea superioară a pericardului, care acoperă anterior porțiunile anterioare ale aortei și trunchiului pulmonar, arcul aortei împreună cu vasele de calibru mare emergente de la ea, venele brahiocefalică stîngă și cavă superioară.

Structură. Timusul are o capsulă, *capsulă thymi*, fină, alcătuită din țesut conjunctiv; de la capsulă în interiorul organului pătrund septuri interlobulare, *septă interlobulăria*, care separă substanța timusului în loburi, *lobuli thymi*. Parenchimul timusului este alcătuit dintr-o substanță mai întunecată corticală, *cortex thymi*, situată spre periferia lobulului și o substanță mai deschisă, *medulară*, *medulla thymi*, care ocupă partea centrală a lobulilor (fig. 177).

Stroma timusului e prezentată de țesut reticular și de celule epiteliale de formă

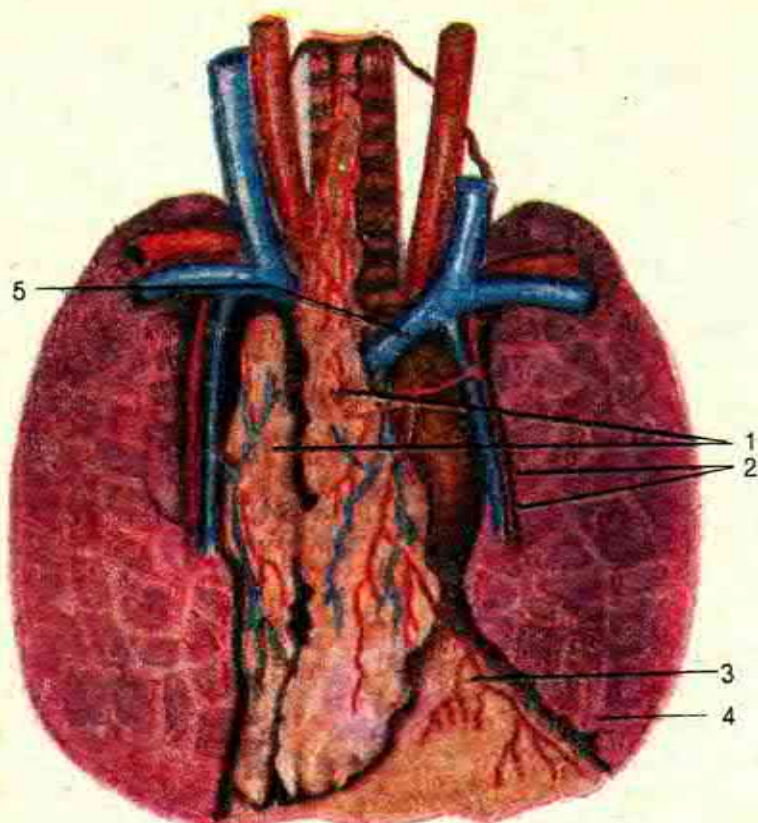


Fig. 176. Timus.

1 — thymus (lobus dexter et lobus sinister); 2 — a. et v. thoracicae internae; 3 — pericardium; 4 — pulmo sinister; 5 — v. brachiocephalica sinistra.

stelată cu numeroase prelungiri numite epitelioreticulocite ale timusului. În ochiurile rețelei formate de fibre și celule se află limfocitele timusului (timocitele), care în substanța corticală sînt plasate mai compact decît în cea medulară.

În substanța medulară există corpusculi timali, *corpúscula thými* (corpusculi Hassall), de consistență dură, formați prin suprapunere concentrică a celulelor epiteliale modificate și puternic aplatizate.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale timusului

Timusul se dezvoltă ca organ par din epiteliul intestinului cefalic și există la toate animalele vertebrate. La om primordiul timusului se prezintă ca o evaginație pară a epiteliului receselor III și IV branhiiale la sfîrșitul lunii 1-ea — începutul lunii a 2-a de viață intrauterină. Ulterior timusul se dezvoltă doar pe baza epiteliului receselor III branhiiale, iar primordiul din recesele IV branhiiale e supus reducerii precoce sau persistă ca formații (insule) rudimentare, situate

lîngă glanda tiroidă sau în interiorul ei. Primordiile timusului cresc în sens caudal, se alungesc, se îngroașă și se apropie unul de altul. Partea superioară (proximală), lungă și îngustă, denumită canal timofaringian, *dúctus thymopharýngeus*, dispăre treptat, iar partea inferioară, mai groasă, formează lobul timusului. În a 5-ea lună de dezvoltare intrauterină timusul capătă deja o structură lobulată, în el se distinge lesne substanța corticală și cea medulară.

Timusul se formează mai devreme decît alte organe ale sistemului imun și spre momentul nașterii are deja o masă considerabilă — în medie 13,3 g (de la 7,7 la 34,0 g). După naștere pe parcursul primilor 3 ani de viață a copilului timusul crește deosebit de intens. În perioada de la 3 la 20 de ani masa timusului e destul de stabilă (în medie de la 25,7 pînă la 29,4 g, după V. I. Puzic). După 20 de ani masa timusului scade treptat de pe urma involuției de vîrstă. La persoanele de vîrstă avansată și la bătrîni masa timusului e de 13—15 g. Odată cu vîrsta are loc și restructurarea microscopică a timusului. După naștere (cam pînă la 10 ani) în timus predomină sub-

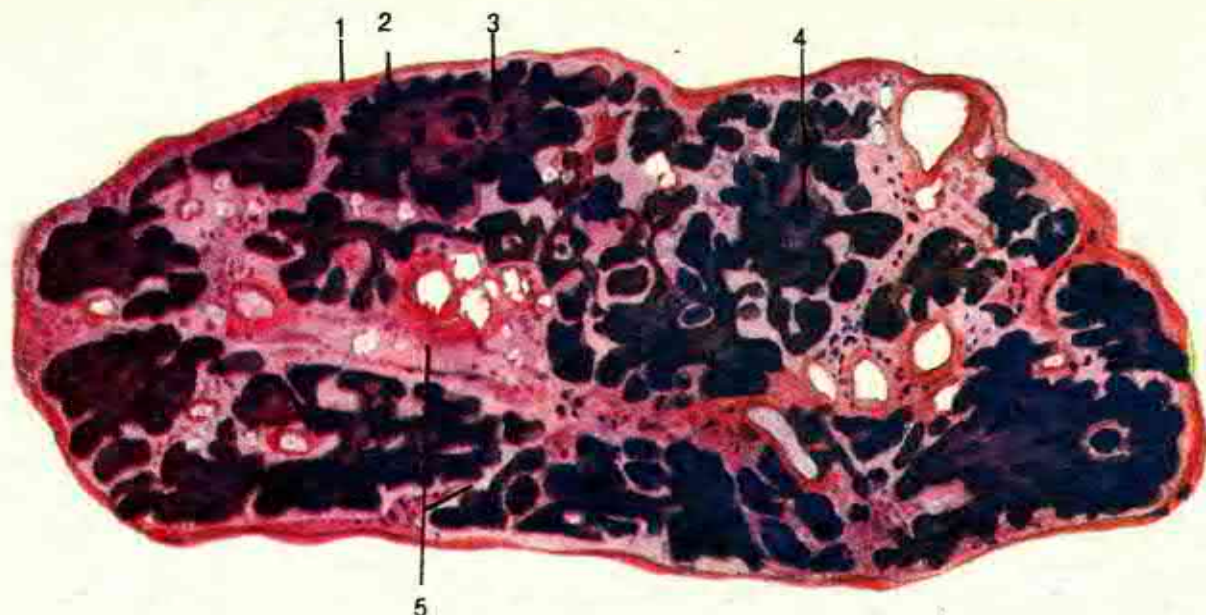


Fig. 177. Structura microscopică a timusului.

1 — capsula thymi; 2 — cortex; 3 — medulla; 4 — corpusculum thymicum;

stanța corticală. La vârsta de 10 ani volumul de substanță corticală și medulară este aproape egal. Ulterior zona substanței corticale devine mai subțire, scade numărul de timocite. În organ se dezvoltă țesutul adipos și cel conjunctiv; la persoanele mai în vârstă de 60 de ani aceste țesuturi alcătuiesc 90%. Însă parenchimul timusului în procesul de involuție de vârstă nu dispare definitiv, ci persistă sub formă de insule înconjurate de țesutul adipos aflat retrosternal.

Irigația și inervația timusului. Spre timus vin ramuri, *rr. thymici*, de la artera toracică internă, de la arcul aortal și de la trunchiul brahiocefalic, în septurile interlobulare acestea se ramifică și mai mult. Ele pătrund în interiorul lobulilor, ramificându-se pînă la capilare. Venele timusului, *vv. thymici*, se varsă în venele brahiocefalice și în venele toracice interne.

Capilarele limfatice ale timusului, mai numeroase în substanța corticală, formează în parenchimul organului rețele, care dau naștere la vase limfatice ce se varsă în ganglionii limfatici mediastinali anteriori și traheobronhiali.

Nervii timusului sînt constituiți de ramurile nervilor vagi drept și stîng; inervația simpatică se realizează din gangli-

onii stelat și toracic superior ai trunchiului simpatic.

ȚESUTUL LIMFOID AL PEREȚILOR ORGANELOR SISTEMELOR DIGESTIV ȘI RESPIRATOR

Amigdalele, dezvoltarea lor și particularitățile de vîrstă

Amigdalele, linguală și faringiană (impare), palatină și tubară (pare), sînt dispuse în regiunea rădăcinii limbii, vestibulului faringian și părții nazale a faringelui, respectiv. Ele prezintă niște aglomerări difuze de țesut limfoid, în care se află niște formațiuni celulare mici de consistență dură numite noduli limfatici (foliculi limfatici).

Amigdala linguală *tonsilla linguális*, impară, se află sub epiteliul plat pluristratificat al tunicii mucoase de pe rădăcina limbii, deseori prezentîndu-se sub formă de două îngrămădiri de țesut limfoid. Drept limită între aceste aglomerări pe suprafața limbii se prezintă șanțul median sagital al limbii, iar în profunzimea organului — septul limbii.

Suprafața limbii de asupra amigdalei este rugoasă și numărul de excrescențe este deosebit de mare în perioada prepubertară, fiind evaluat de la 61 la 151

(A. V. Ialanski). Între aceste excrescențe ale căror dimensiuni transversale nu depășesc 3—4 mm, se deschid orificiile unor depresiuni mici, numite cripte, ce pătrund în profunzimea limbii cu 2—4 mm. În cripte se deschid orificiile glandelor mucoase.

Amigdala linguală înregistrează dimensiuni maxime la vârsta de 14—20 de ani, avînd 18—25 mm lungime și 18—15 mm lățime (L. V. Zarecki). Amigdala linguală nu are capsulă.

Amigdala linguală este alcătuită din acumulări de țesut limfoid, adică de noduli limfoizi, numărul cărora (80—90) este maxim în copilărie și în vârsta prepubertară și pubertară. Nodulii înregistrează valori maxime în adolescență, diametrul lor transversal în această perioadă echivalînd cu 1—4 mm. La copii și preadolescenți aproape toți nodulii limfoizi au centre germinative.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale amigdalei linguale. Amigdala linguală apare la făt în lunile a 6-ea — a 7-ea sub formă de aglomerări solitare difuze de țesut limfoid în porțiunile laterale ale rădăcinii limbii. În lunile a 8-a — a 9-a de viață intrauterină țesutul limfoid formează aglomerări mai compacte numite noduli limfoizi. În acest timp pe suprafața rădăcinii limbii se observă excrescențe mici de formă neregulată și pliuri. Spre momentul nașterii numărul de noduli limfoizi din amigdală crește considerabil. Centrele germinative din nodulii limfoizi dimensiunile cărora sînt de circa 1 mm, apar curînd după naștere (în cursul primei luni de viață); ulterior numărul lor sporește pînă în adolescență. La copiii de vîrstă sugară în amigdala linguală există în medie 66 de noduli. În perioada primei copilării ei constituie în medie 85, iar în vârsta prepubertară — 90, totodată dimensiunile nodulilor sporesc pînă la 2—4 mm. Centrele germinative se întîlnesc mai rar. În vîrstă avansată cantitatea de țesut limfoid din amigdala linguală e relativ scăzută, în el proliferază țesutul conjunctiv.

Vasele și nervii amigdalei linguale. La amigdala linguală vin ramuri de la arterele linguale dreaptă și stîngă și

în cazuri rare, ramuri ale arterei faciale. Singele venos de la amigdală se varsă în venă linguală. Limfa de la amigdala linguală prin vasele limfatice ale limbii se îndreaptă spre ganglionii limfatici regionali — cervicali laterali profunzi (jugulari interni).

Inervația amigdalelor este realizată de fibrele nervilor glosofaringian și vag, precum și de fibrele simpatice ale plexului carotid extern.

Amigdala palatină, *tonsilla palatina*, este pară, situată în fosa tonsilare, *fossa tonsillaris*, care constituie o depresiune situată între pilierii palatini anterior și posterior distanțați în partea lor de jos. De asupra amigdalei între porțiunile inițiale ale pilierilor, se află o fosă triunghiulară numită fosa supra tonsilare, *fossa supratonsillaris*, care uneori alcătuiește un reces sacciform destul de adînc. Amigdala palatină are o formă neregulată care amintește un simbur de migdală. Amigdala palatină înregistrează lungime maximă (13—18 mm) la vârsta de 8—30 de ani și lățime maximă (14—22 mm) — la 8—16 ani.

Fața medială liberă a amigdalei este acoperită de epiteliu plat unistratificat, scvamos și e orientată în vestibulul faringian. Pe această față observăm pînă la 20 de fosete tonsilare, *fossulae tonsillares*, în care se deschid criptele tonsilare, *cryptae tonsillares* (fig. 178). Cu partea ei laterală amigdala aderă la o foiță de țesut conjunctiv numită capsulă a amigdalei palatine. De la această foiță în sens medial în țesutul limfoid al organului pătrund trabecule (septuri), care, dacă sînt bine pronunțate, separă amigdala în lobuli. În profunzimea amigdalei se află niște aglomerări de țesut limfoid sferoide de consistență dură numite noduli limfoizi, (foliculi) ai amigdalei, *noduli (follîculi) lymphatici tonsillares*. Cel mai mare număr al acestora se înregistrează în vîrstă infantilă și prepubertară (de la 2 la 16 ani). Ei sînt situați în apropierea tegumentului epitelial al amigdalei și lingă cripte. Nodulii limfoizi au o formă circulară și dimensiuni variate (de la 0,1 la 1,2

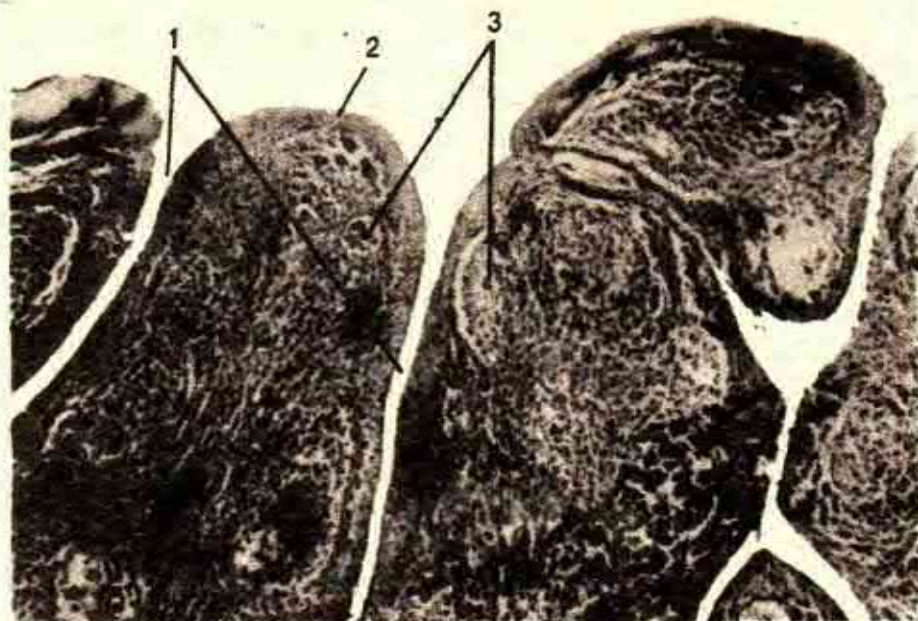


Fig. 178. Structura microscopică a amigdalei palatine.

1 — cryptae tonsillares; 2 — epithelium mucosae; 3 — noduli (folliculi) lymphatici tonsillares.

mm). Nodulii limfoizi mai mari posedă centre germinative. În jurul nodulilor e dispus țesutul limfoid, care în spațiile dintre noduli au aspect de traveuri celulare de 1,2 mm grosime. Stroma amigdalei e constituită din țesut reticular, fibrele căruia formează ochiuri în care rezidă celulele de țesut limfoid.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale amigdalei palatine. Primordiile amigdalelor palatine apar la făt în a 12-ea — a 14-ea săptămînă sub formă de aglomerări mezenchimale sub epiteliul recesului II faringian. La fătul de 5 luni aglomerarea de țesut limfoid are dimensiunea de 2—3 mm. În această perioadă în viitoarea amigdală încep să prolifereze trabeculele epiteliale care în viitor vor deveni cripte. În săptămîna a 30-ea criptele încă nu au lumen, iar în jurul trabeculelor epiteliale se adună țesut limfoid. Către momentul nașterii cantitatea de țesut limfoid sporește, apar noduli limfoizi separați, care încă nu posedă centre germinative, acestea formîndu-se abea după naștere. În cursul primului an de viață a copilului dimensiunile amigdalei dublează (pînă la 15 mm în lungime și 12 mm în lățime), iar la vîrsta de 8—13 ani ele ating valori maxime, care se mențin pînă la 30 de ani. După 25—30 de ani are loc involuția a țesutului limfoid. Odată cu reducerea masei țesutului limfoid în organ începe proliferarea țesutului conjunctiv, care se

manifestă deja începînd cu vîrsta de 17—24 de ani.

Vasele și nervii amigdalei palatine. Prin amigdală se repartizează anumite ramuri ale arterei faringiene ascendente, ale arterei faciale și ale ramurilor ei — ale arterei palatine ascendente, precum și ale arterei palatine descendente (din artera maxilară) și ale arterei linguale. Sîngele venos prin 3—4 vene tonsilare iese din amigdală în regiunea suprafeței ei externe, se scurge în venele plexului pterigoidian.

Vasele limfatice care se formează din capilarele intraorganice, inclusiv din nodulii limfoizi adiacenți, ies din amigdală în sens lateral și urmează spre ganglionii limfatici cervicali laterali profunzi (jugulari interni).

Inervația amigdalei palatine se realizează prin fibrele nervului mare palatin (din ganglionul nervos pterigopalatin), ramurii tonsilare a nervului glosofaringian și fibrelor simpatice din plexul carotid intern.

Amigdala faringeană (adenoidă), tonsilla pharyngealis (adenoidea) — impară, este situată în regiunea bolții și parțial a peretelui posterior faringian, între orificiile faringiene ale trompelor Eustache dreaptă și stîndă. La acest nivel există 4—6 pliuri de tunică mucoasă orientate transversal și oblic, în interiorul cărora se află țesutul limfoid al amigdalei palatine. Uneori aceste

pliuri sînt intr-atît de pronunțate încît atîrnă de pe boltă în faringe posterior de coane și vin în contact cu marginea posterioară a septului nazal, închizînd comunicarea cavității nazale cu cavitatea faringiană. Pe mediana bolții faringelui pliurile au înălțime mai mică și sînt mai puțin masive; pe aici trece șanțul longitudinal mai mult sau mai puțin pronunțat. Între pliuri se formează șanțuri deschise inferior, de profunzime variată, în lumenul cărora se deschid canale ale glandelor situate în interiorul pliurilor. Fața liberă a pliurilor este tapetată de epiteliu ciliat (vibratil pluristratificat). Sub tegumentul epitelial în țesutul limfoid difuz se află nodulii limfoizi ai amigdalei faringiene, avînd un diametru sub 0,8 mm. Stroma de țesut conjunctiv a amigdalei concrește cu fascia faringobazilară a faringelui.

Amigdala înregistrează dimensiuni maxime între 8 și 20 de ani; lungimea ei e de 13—21 mm și lățimea de 10—15 mm.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale amigdalei faringiene. Amigdala faringiană își formează primordiile în luna a 3-ea — a 4-a de viață intrauterină în adîncul tunicii mucoase în partea nazală) a faringelui. La nou-născut amigdala edea manifestă: are lungimea de 5—7 mm, lățimea de 5—6 mm. În continuare amigdala crește destul de repede. Spre finele primului an de viață ea atinge 12 mm lungime și 6—10 mm lățime. Nodulii limfoizi apar în amigdală pe parcursul primului an de viață. După 30 de ani dimensiunile amigdalei faringiene se reduc treptat.

Vasele și nervii amigdalei faringiene. Irigarea amigdalei faringiene e realizată din ramurile arterei faringiene ascendente. Sîngele venos se scurge în venele plexului faringian. Amigdala primește fibre nervoase de la ramurile nervilor (facial, glosolaringian și vag, și fibre simpatice din plexurile periarteriale.

Amigdala tubară, tonsilla tubaria, este pară, se află în regiunea orificiului faringian al trompei Eustache. Amigdala se prezintă ca un aglomerat de țesut limfoid, în profunzimea mucoasei în care există noduli limfoizi solitari

de formă sferoidă. Tunica mucoasă de deasupra amigdalei este tapetată cu epiteliu ciliat (vibratil pluristratificat). Amigdala tubară e destul de pronunțată chiar și la nou-născut (7—7,5 mm lungime), înregistrînd dimensiuni maxime la vîrsta de 4—7 ani. Nodulii limfoizi și centrele germinative apar în primul an de viață. Amigdala tubară trece în involuție de vîrstă în perioada prepubertară și pubertară.

Dezvoltarea amigdalei tubare. Amigdala tubară începe să se dezvolte în a 7-ea — a 8-a lună de viață intrauterină în profunzimea membranei mucoase în jurul orificiului faringian al trompei Eustache. La început apar aglomerări izolate ale viitorului țesut limfoid, din care ulterior se formează amigdala tubară.

Vasele și nervii amigdalei tubare. Amigdala tubară este irigată din ramurile arterei ascendente. Sîngele venos se scurge de la amigdală în venele plexului faringian. Inervația amigdalei se face prin fibrele nervoase care vin în componența ramurilor nervilor facial, glosolaringian și vag, precum și din plexurile simpatice periarteriale.

Grupurile agregate de noduli limfoizi ai apendicelui vermiform

Grupurile agregate de noduli limfoizi ai apendicelui vermiformi, noduli (folliculi) lymphatici aggregati appendicis vermiformis, în perioada de dezvoltare maximă a acestora (după naștere și pînă la 16—17 ani) sînt situați în tunica mucoasă și în baza submucoasă pe tot parcursul acestui organ, de la baza lui (lîngă cec) pînă la apex (fig. 179). Numărul total de noduli limfoizi în peretele apendicelui atinge la copii și la preadolescenți cîră de 600—800. Deseori nodulii sînt dispuși unul de asupra altuia în 2—3 straturi. Dimensiunile transversale ale unui nodul nu depășesc 1,0—1,5 mm.

Între noduli se află celule musculare netede, fibre reticulare și colagene, aici se deschid glande intestinale situate în straturi mai profunde.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale nodurilor limfoizi ai apendicelui vermiform

Primordiile nodurilor limfoizi în pereții apendicelui vermiform ce se formează, apar la făt în a 4-a lună, mai întii în tunica mucoasă, apoi în baza submucoasă. În a 5-ea lună de viață intrauterină nodulii sînt deja bine formați și prezintă niște aglomerări de țesut limfoid de formă sferică. Nemijlocit către momentul nașterii sau imediat după ea în noduli se observă centre germinative. Dimensiunea transversală a nodurilor la nou-născut constituie de la 0,5 la 2,5 mm, iar numărul lor în peretele apendicelui vermiform ajunge la 150—200. La copiii de vîrstă peste 10 ani în baza submucoasă a apendicelui apar grupuri de celule adipoase, sporește numărul de fibre colagene și elastice. Fibrele reticulare devin mai groase. În perioada de 16—18 ani se remarcă o reducere a numărului de noduli limfoizi și o sporire a masei de țesut adipos. Ultima este deosebit de pronunțată în peretele apendicelui vermiform la vîrsta de 20—30 de ani. La indivizii trecuți de vîrsta de 50—60 de ani în peretele apendicelui vermiform numărul de noduli limfoizi este sub 100—150.

Vasele și nervii nodurilor limfoizi ai apendicelui vermiform. Vasele arteriale și nervii nodurilor limfoizi provin din ramurile care irigă peretele apendicelui vermiform (artera apendicelui vermiform) și fibrele nervoase vegetative respective. Sîngele venos de la nodulii limfoizi se scurge spre vena apendicelui vermiform. Vasele limfatice formate din capilarele circumnodulare, se îndreaptă spre ganglionii limfatici cecali și ileocolici.

Nodulii limfoizi agregați (plăcile limfoide) ai ileonului

Nodulii limfoizi agregați (plăcile limfoide), *noduli (folliculi) lymphatici aggregati*, sau, cum se mai numeau odinioară, plăcile Peyer, constituie niște aglomerări nodulare de țesut limfoid, care

sînt situate în peretele intestinului subțire, mai ales în porțiunea lui terminală, adică în peretele ileonului. Aceste formațiuni, pentru care denumirea de plăci limfoide e de preferat, sînt situate în profunzimea tunicii mucoase și în baza submucoasă. În aceste locuri membrana musculară a tunicii mucoase se înterupe sau lipsește. Plăcile limfoide au aspect de formațiuni plate, de obicei circulare sau ovalate, proeminînd ușor în lumenul intestinului. Aceste plăci sînt situate diametral opus de marginea mezenterică a intestinului. În unele cazuri plăcile limfoide pot fi întîlnite și lângă marginea mezenterică a intestinului. Dimensiunea longitudinală a plăcilor e orientată de obicei de-a lungul intestinului, însă se înregistrează plăci dispuse oblic față de dimensiunea longitudinală a intestinului sau chiar transversal. Poziția transversală se întîlnește rareori în porțiunea terminală a ileonului, lângă valvula ileocecală. Pliurile circulare ale membranei mucoase în locul plăcilor limfoide se întrerup. Plăcile sînt dispuse aproape compact una lângă alta, însă uneori distanța dintre ele ajunge pînă la cîteva zeci de centimetri. Numărul de plăci limfoide în perioada de dezvoltare maximă (la copii și prepubertari) constituie 33—80 piese.

Lungimea plăcilor limfoide variază pe diapazon larg — de la 0,5 la 15 cm, lățimea nu depășește 0,2—0,5 cm, doar în unele cazuri atinge 3—5 cm. Tunica mucoasă a ileonului în regiunea plăcilor limfoide este neregulată, rugoasă. Între excrescențe ale căror dimensiuni ating 1—2 mm, se află depresiuni mici.

Plăcile limfoide sînt alcătuite din noduli limfoizi solitari, printre care se dispun fascicule fine de fibre de țesut conjunctiv. Între nodulii solitari se întîlesc cripte intestinale (glandule). Frecvent, nodulii se suprapun în două straturi. Dimensiunile nodurilor solitari la copii, preadolescenți și adolescenți oscilează între 0,5 și 2 mm. Partea centrală a nodurilor, la majoritatea lor, este ocupată de centrul germinativ.

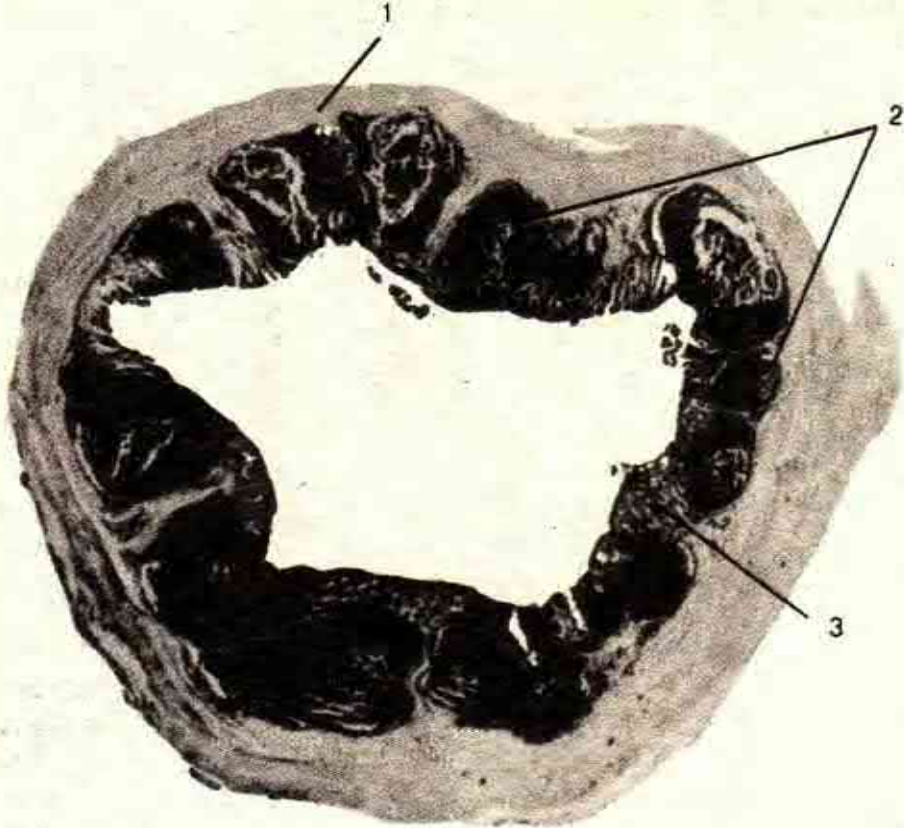


Fig. 179. Secțiune transversală prin apendicele vermiform.

1 — tunica muscularis ; 2 — noduli (folliculi) lymphatici ; 3 — tunica mucosa.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale plăcilor limfoide ale ileonului

Aglomerările de celule limfoide din profunzimea porțiunii terminale a intestinului subțire se observă la făt în a 4-a săptămîină de viață intrauterină. Contururile viitorilor noduli sînt estompate, elementele celulare din ei sînt dispuse lax. Tunica mucoasă a intestinului în aceste locuri este relativ groasă. La fătul de 5 luni nodulii din tunica mucoasă îmbracă o formă circulară sau ovată, contururile lor devin mai clare. Dimensiunile plăcilor limfoide ale ileonului la făt nu depășesc 2 cm în lungime și 0,2 cm în lățime, iar numărul lor pînă la naștere oscilează între 5 și 21. La nou-născuți aceste plăci încă nu proeminează de asupra tunicii mucoase. Numărul lor ajunge la 30, iar lungimea celor mai mari constituie 2—3 cm. În nodulii solitari, care intră în componența plăcilor deja există centre germinative. Pe măsura creșterii copilului numărul de noduli cu centre germinative sporește vertiginos. La copiii de un an plăcile limfoide proemină deja de asupra tunicii mucoase. După 20 de ani și mai ales la indivizii trecuți de 30 limitele plăcilor limfoide

sînt mai puțin clare pe suprafața tunicii mucoase a intestinului și după 40—50 de ani suprafața este netedă.

Numărul de plăci limfoide spre senescență scade, la persoanele care au depășit 40 de ani ele sînt sub 20, iar după 60 de ani — 16. Se reduc și dimensiunile plăcilor, scade numărul de noduli solitari în componența lor. După 50—60 de ani centrele generative din nodulii limfoizi se înregistrează rar.

Nodulii limfoizi solitari

Nodulii limfoizi solitari, noduli (folliculi) lymphatici solitari, se întîlnesc în profunzimea tunicii mucoase și bazei submucoase ale organelor sistemului digestiv (fig. 180) : faringe și esofag, stomac, intestin subțire, intestin gros, vezică biliară, precum și în organele respiratorii (laringe, trahee, bronhii principale, lobare și segmentare). Ei sînt situați la distanțe diferite și la profunzimi variate. Deseori nodulii se află atît de aproape de tegumentul epitelial, încît tunica mucoasă de asupra lor proeminează

în formă de coliculi mici. Numărul nodulilor limfoizi în tunica mucoasă a acestor organe este destul de mare. În vîrsta infantilă și prepubertară în adîncul tunicii mucoase a duodenului pe o suprafață de 1 cm se înregistrează în medie circa 9 noduli limfatici, în ileon — 18, în cec — 22, în colon — 35 și în rect — 21. În tunica mucoasă a vezicii biliare numărul de noduli limfoizi atinge 25.

În profunzimea tunicii mucoase a laringelui acumulările de țesut limfoid au aspect de noduli limfoizi situați inelar („amigdala laringiană“). Cea mai mare cantitate de țesut limfoid există în tunica mucoasă pe fața posterioară a epiglotei a porțiunilor laterale ale vestibulului, ale ventriculelor laringiene, plicelor aritenoepiglotice. Țesutul limfoid difuz de asemenea este prezent în tunica mucoasă a cavității subglotice.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale nodulilor limfoizi solitari

Nodulii limfoizi din pereții organelor digestive și respiratorii apar în a 5-ea — a 6-ea lună de viață intrauterină. La nou-născuți și la copiii din primul an de viață numărul de noduli în pereții intestinului subțire pe o arie de 1 cm² constituie în medie 9 și în cel gros — 11. În tunica mucoasă a laringelui (în vestibul și în ventriculele lui) nodulii limfoizi la nou-născut sînt de asemenea bine dezvoltați. În porțiunea inferioară a laringelui (în cavitatea subglotică) nodulii se formează în primul an de viață. În profunzimea plicelor aritenoepiglotice nodulii limfoizi se observă deja la copiii de 1—3 ani. Centrele germinative în noduli apar puțin înainte de naștere sau imediat după ea.

Imediat după naștere numărul de noduli limfoizi sporește considerabil. La vîrsta de 10—15 ani numărul lor sporește de 1,5—2 ori în comparație cu perioada de nou-născut. Începînd cu vîrsta pubertară numărul de noduli limfoizi în tunica mucoasă a organelor digestive și respiratorii scade treptat. În această vîrstă predomină noduli de dimensiuni reduse.

Vasele și nervii nodulilor limfoizi și

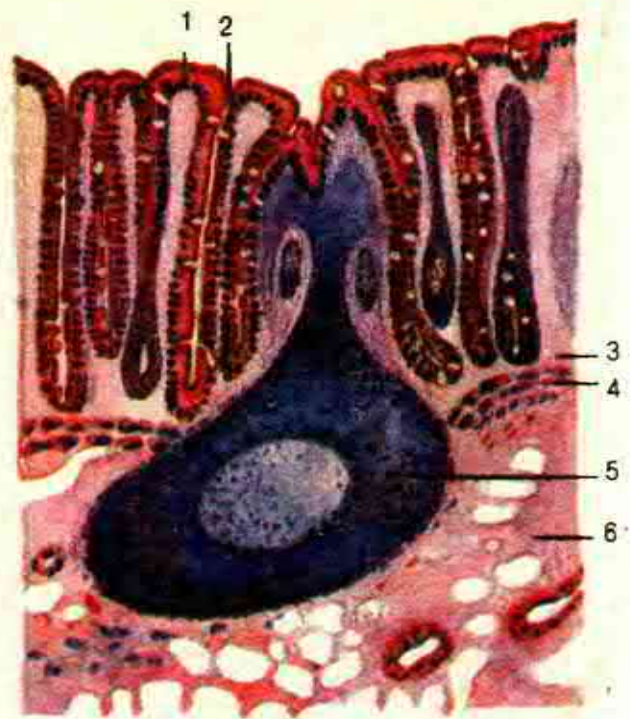


Fig. 180. Nodul (folicul) limfoid solitar în mucoasa colonului.

1 — epithelium mucosae; 2 — crypta (glandula) intestinalis; 3 — tunica mucosa; 4 — lam. muscularis mucosae; 5 — nodulus (folliculus) lymphaticus; 6 — tela submucosa.

plăcilor limfoide. Irigația și inervația nodulilor limfoizi și plăcilor limfoide se realizează din ramurile arterelor și nervilor care pătrund în tunica mucoasă a organelor respective. Sîngele venos din rețelele capilare circumnodulare se scurge în venele organului, în peretele căruia sînt situați nodulii limfoizi. Vasele limfatice se formează din capilarele rețelelor circumnodulare și poartă limfa spre ganglionii limfatici regionali pentru aceste organe.

Ganglionii limfatici

Ganglionii limfatici, *nodi lymphatici*, constituie cele mai numeroase organe ale sistemului imun, care sînt situate în calea vaselor limfatice ce vin de la organe și țesuturi spre canalele și trunchiurile limfatice. Ganglionii limfatici sînt situați de obicei în grupuri alcătuite din două sau mai multe piese. Uneori numărul de ganglioni din grup atinge cîteva zeci. De exemplu, în grupul de ganglioni mezenterici superiori acestea ating cifra de 66—404, axilari — 12—45, inghinali superiori — 4—20.

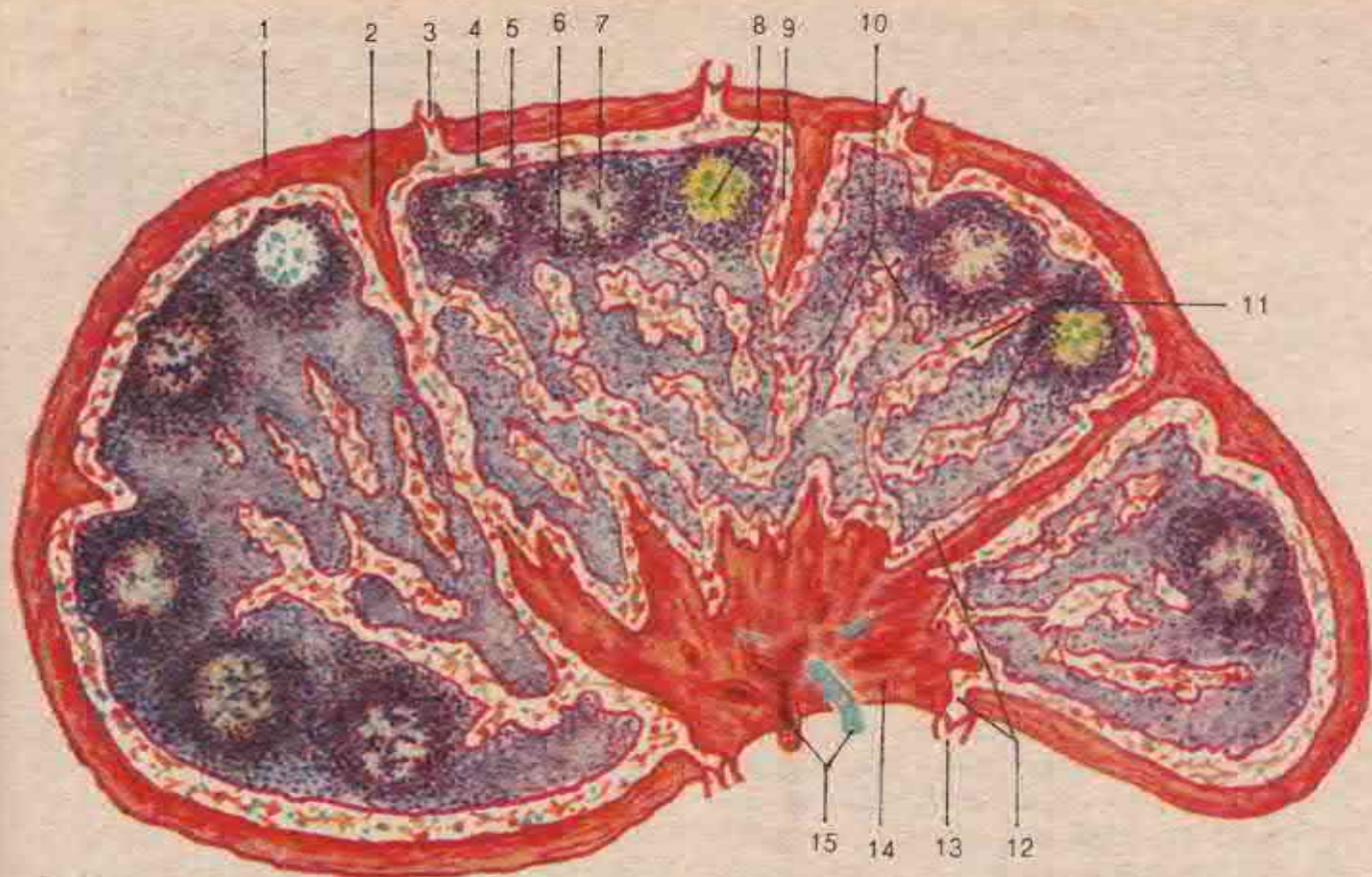


Fig. 181. Structura microscopică a ganglionului limfatic (schemă).

1 — capsula ; 2 — trabecula ; 3 — vas lymphaticus afferens ; 4 — sinus subcapsularis (marginalis) ; 5 — cortex ; 6 — paracortex (zona thymodependens) ; 7 — nodulus (folliculus) lymphaticus ; 8 — centrum germinale ; 9 — sinus corticalis ; 10 — chordae medullares ; 11 — sinus medullaris ; 12 — sinus hilaris ; 13 — vas lymphaticus efferens ; 14 — intumescentia hilaris ; 15 — vasa sanguinea.

Din exterior fiecare **ganglion limfatic**, *nodus lymphaticus* (*lymphonodus* — *ln*), este acoperit de o capsulă, *capsula*, de țesut conjunctiv, de la care în interiorul organului deviază niște trabecule capsulare, *trabeculae capsulares*, fine. În locul unde din ganglionul limfatic ies vasele limfatice eferente, acesta poartă o depresiune mică numătată hil, *hilus*. În regiunea hilului capsula este îngroșată, formînd o intumescență hilară, care prolabează la o anumită adîncime în interiorul ganglionului. De la intumescența hilară în parenchimul ganglionului limfatic deviază trabeculele hilare. Cele mai lungi dintre acestea jonctionează cu trabeculele capsulare.

În ganglionii limfatici, spre care vine limfa de la extremități (inghinali, axilari) și care se mai numesc somatici, mai frecvent se înregistrează un singur hil, iar la ganglionii viscerali (me-

zenterici, traheobronșici), chiar și 3—4 hiluri. Prin hil în ganglionul limfatic intră artere, nervi, ies vene și vase limfatice eferente.

În interiorul ganglionului limfatic, printre trabecule, se află stroma reticulară, prezentată de fibre reticulare și celulele reticulare, care formează o rețea în trei dimensiuni cu ochiuri și anse diverse ca formă și mărime. În ansele stromei reticulare sînt situate elementele celulare ale țesutului limfoid.

Parenchimul ganglionului limfatic se împarte în substanțe corticală și medulară (fig. 181). Substanța corticală, *cortex*, care pe secțiunile histologice capătă o colorație mai întunecată din cauza concentrației compacte a elementelor celulare se află mai aproape de capsulă, ocupînd porțiunile periferice ale ganglionului. Substanța medulară, *medulla*, de culoare mai deschisă, e dispusă mai aproape de hilul

ganglionului și ocupă partea lui centrală. În substanța corticală sînt situate formațiuni sferoide de 0,5—1,0 mm în diametru, numite *noduli (folliculi) limfoizi, noduli (folliculi) lymphatici*. Distingem noduli limfoizi fără centru de culoare deschisă și cu centru germinativ, *centrum germinale*.

În jurul nodulilor limfoizi e situat țesutul limfoid difuz. În el distingem plattoul cortical, care include regiuni de țesut limfoid internodular — *zona internodulară*. În componența plattoului cortical intră de asemenea țesutul aflat spre exterior de nodulii limfoizi, între acestea și capsulă. Spre exterior de noduli, nemijlocit la limita cu substanța medulară, se distinge o fișie de țesut limfoid numit *substanță paracorticală sau zonă timodependentă, paracortex (zona thymodependens)*, care conține, prin excelență, T-limfocite. În această zonă se află venulele postcapilare, tapetate cu epitelii cuboid, prin pereții cărora limfocitele migrează în patul sangvin.

Parenchimul substanței medulare e prezentat de trabecule de țesut limfoid numite *coarde medulare, chordeae medullares*, care se întind de la porțiunile interne de materie corticală pînă la hilul ganglionului limfatic, și, împreună cu nodulii limfoizi, constituie zona B-dependentă. Coardele medulare confluează formînd plexuri complicate.

Parenchimul ganglionului limfatic e penetrat de o rețea densă de canale numite *sinusuri limfatice, sinus lymphatici*, prin care limfa aferentă la ganglion se scurge de la *sinusul subcapsular (marginal), sinus subcapsularis, marginalis*, spre *sinusul hilar, sinus hilaris*. De la sinusul subcapsular de-a lungul trabeculelor capsulare sînt situate *sinusurile corticale, sinus corticales*, și *sinusurile medulare, sinus medullares*. Acestea din urmă ajung la hilul ganglionului limfatic, (la intumescența hilară) și se varsă în sinusul hilar situat aici. În lumenul sinusurilor există o rețea cu ochiuri mici, formată din fibre și celule reticulare.

Vasele și nervii ganglionilor limfatici.

La fiecare ganglion limfatic vin de la 1—2 la 10 rîmurele de la arterele apropiate. Venulele, care se formează din capilare, confluează treptat în vene ce se îndreaptă spre hilul organului și părăsesc ganglionul împreună cu vasele limfatice eferente.

Fibrele nervoase vin la ganglionii limfatici din plexurile situate lîngă artere, precum și din trunchiurile nervoase care trec în cvazi-tangență la ganglionii.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale ganglionilor limfatici

Ganglionii limfatici se dezvoltă din mezenchim în apropierea plexurilor sangvine și limfatice în curs de formare, începînd cu a 5-ea — a 6-ea săptămîină de dezvoltare. Primordiile ganglionilor limfatici în diferite regiuni ale corpului uman se formează în diferite perioade pînă la naștere și chiar după ea.

În procesul de dezvoltare a ganglionilor conglomeratul celular al mezenchimului proeminează în lumenul vasului limfatic adiacent. Lumenul vasului limfatic se transformă ulterior în sinus subcapsular (*marginal*). Sinusurile intermediare se dezvoltă pe baza plexului limfatic ramificat între vasele cărora proliferază trabecule de țesut conjunctiv embrionar. Începînd cu a 19-ea săptămîină, în anumiți ganglionii limfatici putem remarca instalarea limitei dintre substanța corticală și cea medulară. Nodulii limfoizi din ganglionii limfatici încep să se formeze deja în perioada intrauterină. Centrele germinative (mai deschise la culoare) în ganglionii limfoizi apar nemijlocit înainte de naștere sau imediat după ea. Principalele procese morfogenetice de vîrstă în ganglionii limfatici se termină la vîrsta de 10—12 ani. Modificările de vîrstă de natură involutivă (diminuarea cantității de țesut limfoid, proliferarea țesutului adipos) în ganglionii limfatici se observă deja în vîrsta de adolescență. Țesutul conjunctiv proliferază în stromă și în parenchimul ganglionilor, apare în grupul de celule adipoase. Odată cu aceasta în ganglionii se reduce cantitatea de parenchim limfoid. Cu vîrsta diminuează de asemenea

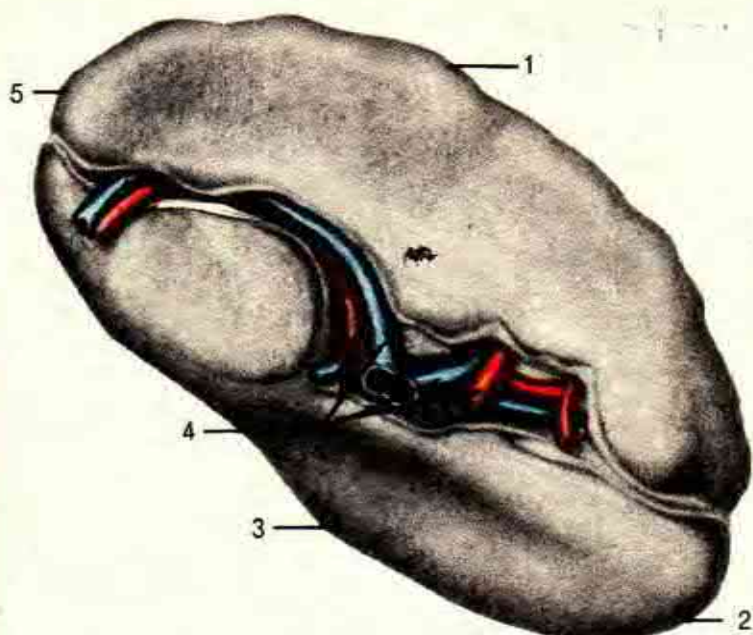


Fig. 182. Splină (fața viscerală).

1 — margo superior; 2 — extremitas posterior; 3 — margo inferior; 4 — hilus lienis (se văd vasele sangvine); 5 — extremitas anterior.

numărul de ganglioni limfatici în grupurile regionale. Numeroși ganglioni limfatici de dimensiuni mici sînt substituiți definitiv de țesutul conjunctiv și cad din sistemul de organe ale sistemului imun. Ganglionii limfatici adiacenți, ca regulă, de dimensiuni mici, concresec, formînd ganglioni de forma segmentară sau trabeculară, de dimensiuni mai mari.

SPLINA

Splina, *lien (splén)*, se află în calea curentului de singe de la vasul magistral al mării circulații, de la aortă, spre ficat. Splina e situată în cavitatea abdominală, în regiunea hipocondrului stîng, la nivelul coastelor IX—XI. Masa splinei la omul matur (între 20—40 de ani) constituie 192 g la bărbați și 153 la femei. La această vîrstă lungimea splinei e de 10—14 cm, lățimea 6—10 cm și grosimea — 3—4 cm.

Splina are forma unei emisfere aplatizate și oblongate (fig. 182). Are culoare roșie întunecată și consistență moale. În splină distingem două fețe: diafragmatică și viscerală. Fața diafragmatică, *facies diaphragmatica*, bombată și orientată laterosuperior spre diafragm. Fața viscerală, *facies visceralis*, anteromedială, este neregulată și comportă hilul lienal (splenic), *hilus lienis (splénicus)*; pe fața viscerală distingem regiuni la care vin în adiacen-

ță organele învecinate. Fața gastrică, *facies gastrica*, vine în contact cu fundul stomacului; se remarcă anterior de hilul lienal. Fața renală, *facies renalis*, este situată posterior de hilul organului, adiacent la polul superior al rinichiului stîng și la suprarenala stîngă. Fața colică, *facies colica*, care se formează la nivelul contactului splinei cu flexura colonului, se dispune inferior de hilul splinei aproape de extremitatea ei anterioară. Ceva mai sus de fața colică, imediat posterior de hil, există o arie mică, spre care vine porțiunea caudală a pancreasului. Marginea superioară (anterioară) a splinei, *margo superior*, care separă fața gastrică de fața diafragmatică, este ascuțită. Pe ea distingem 2—3 depresii mici. Marginea inferioară (posterioară), *margo inferior*, e mai obtuză. Pe splină distingem două capete (poluri): posterior și anterior. Polul posterior, *extrémitas posterior*, este rotunjit și orientat superoposterior. Polul inferior, *extrémitas inferior*, este mai acuminat și proeminează în sens anterior, plasîndu-se ceva mai sus de colonul transvers.

Din toate părțile splina este tapetată de peritoneu, care concrește intim cu tunica ei fibroasă. Doar în regiunea hilului spre care se orientează regiunea caudală a pancreasului, există o arie mică fără peritoneu. Deoarece între fața

viscerală a splinei, pe de o parte, stomac și diafragm, pe de altă parte, sînt racordate foițele peritoneului, ligamentele lor (gastrolial, frenicolial), modificările ce survin în poziția acestor organe din cauza excursiilor diafragmului în respirație, umplerii și evacuării stomacului, au repercursiuni asupra topografiei splinei.

De la tunica fibroasă, *tunica fibroasă*, aflată sub tegumentul seros, pornesc în interiorul organului niște trabecule de țesut conjunctiv ale splinei, *trabeculae liénales (splénicae)* (fig. 183, a și b). Între trabecule se află parenchimul sau pulpa splinei, *pulpa liénis (splénica)*. Distingem pulpa roșie, *pulpa rubra*, situată între sinusurile venoase ale splinei, *sinus liénis*, fiind alcătuită din ochiuri de țesut reticular, umplute cu eritrocite, leucocite, limfocite și macrofagi. Pulpa albă, *pulpa alba*, formată din noduli limfoizi splenici, *noduli (folliculi) lymphatici liénales (splénicae)*, și vagine limfoide periarteriale, *vaginae periarterialis lymphaticae*, alcătuite din limfocite și din alte celule ale țesutului limfoid, captive în ochiurile stromei reticulare. Nodulii limfoizi sînt de formă sferoidă. Prin fiecare nodul de acest gen trece o arteră centrală dispusă, ca regulă, excentric.

Vaginele limfoide periarteriale în formă de manșon circumvază arterele pulpare sau porțiunile inițiale ale arterelor centrale ale splinei. Vaginul limfoid periarterial în porțiunea distală se întinde de-a lungul nodului limfoid și chiar penetrează în el (vezi fig. 183). Masa pulpei albe constituie 18,5—21% din masa totală a splinei.

Vasele și nervii splinei. La splină vine artera omonimă (lienală) (splenică), care se împarte în ramuri și intră în organ prin hilul acestuia. Ramurile lienale formează 4—5 artere segmentare, care la rîndul lor se ramifică în artere trabeculare. În parenchimul splinei pătrund artere pulpare de 0,2 mm în diametru, în jurul cărora se află tecile limfoide periarteriale și noduli limfoizi lienali. Arterele care trec prin noduli se numesc

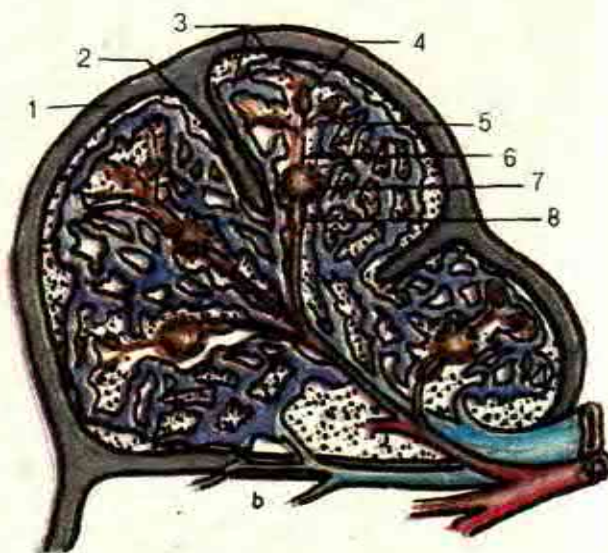
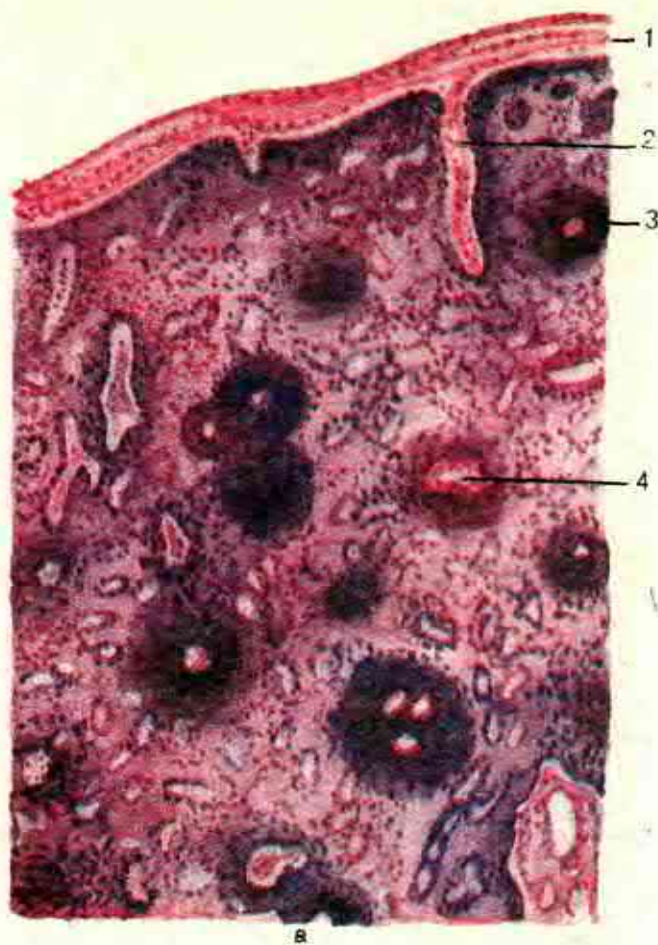


Fig. 183. Structura microscopică a splinei.

a: 1 — capsula; 2 — trabecula splénica; 3 — lymphonodulus splenicus; 4 — arteria centralis; b — schemă; 1 — capsula; 2 — trabecula splénica; 3 — sinus venosi; 4 — capsula arterială; 5 — arteriola penicillaris (pulparis); 6 — arteria centralis; 7 — lymphonodulus splenicus; 8 — vagina periarterialis lymphatica.

centrale. Fiecare arteră centrală emergentă din nodul se ramifică în ramuscule, adică arteriole de circa 50 mkm în diametru, încorsetate în manșoane arteriale. Capilarele care se formează de pe urma ramificării acestor arteriole se varsă în sinusurile lienale largi situate în pulpa roșie.

Sîngele venos de la parenchimul splinei se varsă prin venele pulpare, apoi trabeculare. Vena lienală, care se formează în hilul organului, se varsă în vena portă.

Inervația splinei se realizează prin fibrele simpatice, care vin spre splină în componența plexului omonim. Fibrele aferente sînt constituite de prelungirile neuronilor senzitivi aflați în ganglionii spinali.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale splinei

Primordiul splinei apare în a 5-ea — a 6-ea săptămîină de dezvoltare intrauterină sub formă de aglomerație mică de celule mezenchimatoase în profunzimea mezoului dorsal. Curînd, în mezenchimul primordiului apar fisuri, ce constituie vasele viitoare ale splinei, în jurul cărora se produce diferențierea tisulară a organului. În a 2-a — a 4-a lună de dezvoltare intrauterină se formează sinusurile venoase și alte vase sangvine. Odată cu aceasta în interiorul splinei proliferază dinspre capșulă niște traveuri celulare ce

sînt viitoarele trabecule. În jurul sinusurilor venoase apar focare de hematopoeză, iar spre finele lunii a 4-a și pe parcursul lunii a 5-ea în splină se înregistrează deja acumulări de limfocite ce sînt viitoarele teci periarteriale limfoide și viitorii noduli limfoizi. Treptat numărul de noduli limfoizi sporește, în ei apar centre germinative, care împing artera centrală spre periferia nodulului. În luna a 8-a de viață a fătului și în continuare hematopoeza în splină scade și încetează definitiv, iar intensitatea limfocitopoezei sporește.

La nou-născut splina are o formă ovală și o structură lobulară. Masa splinei e de circa 9,5 g. În această perioadă pulpa albă constituie de la 5 la 10% din masa organului. În a 3-ea lună de dezvoltare postnatală masa splinei sporește pînă la 11—14 g (în medie), iar spre finele primului an de viață echivalează cu 24—28 g. Cantitatea pulpei albe (noduli limfoizi și teci) la această etapă atinge valori maxime (20,9%). La copiii de 6 ani în comparație cu cel de 1 an, masa splinei sporește, la vîrsta de 10 ani atinge 66—70 g, la 16—17 ani constituie 165—171 g. Cantitatea relativă de pulpă roșie (82—85%) pe parcursul vieții omului rămîne cvaziconstantă. Conținutul de pulpă albă în splina copilului de 6—10 ani echivalează cu 18,6%, la vîrsta de 21—30 de ani scade pînă la 7,7—9,6%, iar la 50 de ani nu depășește 6,5% din masa organului.

ORGANELE SENZORIALE

INTRODUCERE

Organe senzoriale se numesc formațiunile (dispozitivele) anatomice menite pentru a recepționa energia excitațiilor externe și a o transforma în impuls nervos, pe care-l transmit encefalului.

Influența variată asupra organismului a numeroșilor excitanți e percepută prin intermediul tegumentelor și a organelor senzoriale: organului vederii, organului vestibulocohlear (statoacustic), organului olfactiv și gustativ. Cu ajutorul acestor organe senzoriale, dotate cu facultatea de a determina acțiunile excitanților externi cu particularități și intensitate extrem de variate, de a le transforma în impulsuri nervoase și de a le transmite în encefal, omul se orientează în mediul care-l înconjoară și reacționează la influența lui prin anumite acțiuni concrete. O parte din influențele externe sînt percepute în rezultatul unui contact direct al corpului uman cu obiectele din mediul ambiant (sensibilitate prin contact). Terminațiunile nervoase senzitive, localizate în piele reacționează la atingere și presiune (sensibilitatea tactilă), la acțiunile care provoacă durere și la temperatura mediului extern (sensibilitatea dureroasă și termică), iar dispozitivele nervoase speciale din mucoasa limbii (organul gustativ) recepționează gustul alimentelor. Altă parte din influențele externe sînt recepționate de către organism de la distanță (sensibilitatea la distanță). O asemenea funcție e realizată de către organele senzoriale, care reprezintă formațiuni senzitive specializate. Organul vederii recepționează lumina, organul acustic — sunetele, organul vestibular — modificările de poziție a corpului (capului) în spațiu, organul olfactiv — mirosul. Faptul existenței unei interacțiuni reciproce dintre organele senzoriale și mediul ambiant se explică prin geneza elementelor lor senzitive, adică

a celulelor nervoase specializate, care toate provin de la foița embrionară externă (ectoderm). Organele senzoriale s-au dezvoltat și s-au format definitiv în procesul de adaptare al organismului la condițiile mereu schimbătoare ale mediului extern, iar structura și funcția lor, aflîndu-se în relații de reciprocitate cu sistemul nervos central, odată cu dezvoltarea și complicarea acestuia devin și ele mai complicate. Organele senzoriale s-au format paralel cu dezvoltarea encefalului. De aceea alături de conexiunile nervoase ale organelor de simț cu centrul subcortical (cu participarea cărora sînt realizate actele reflectoare „în mod automat“, inconștiente), care s-au păstrat și s-au dezvoltat mai departe au apărut legături noi, de data aceasta cu cortexul cerebral. Anume în cortexul cerebral are loc analiza detaliată a tuturor influențelor externe și priceperea relațiilor reciproce dintre organism și mediul ambiant.

Organele de simț ca atare doar recepționează excitațiile din mediul extern. Analiza lor superioară însă are loc în scoarța creierului mare, unde prin fibrele nervoase (prin nervi), ce leagă organele senzoriale cu encefalul, sînt transmise impulsurile nervoase. Astfel nu din simplă întîmplare, ci cu scopul de a reda sensul mult mai larg al acestei noțiuni, I. P. Pavlov a numit organele senzoriale analizatori.

Orice analizator include:

1) un dispozitiv periferic, care percepe excitația externă (lumina, sunetul, mirosul, gustul, atingerea) și o transformă în impuls nervos;

2) căi de conducere, prin care impulsul nervos este transmis spre centrul nervos respectiv;

3) un centru nervos din cortexul cerebral (segmentul cortical al analizatorului).

Căile de conducere, prin care sînt propagate impulsurile nervoase de la

organele senzoriale spre cortexul cerebral, fac parte din grupul căilor conductoare exteroceptive de proiecție ale encefalului și ale măduvei spinării. Prin intermediul organelor senzoriale omul obține o informație multilaterală despre lumea, care-l înconjoară, cu ajutorul lor el studiază și cunoaște această lume, creîndu-și impresii reale obiective despre fenomenele și obiectele mediului ambiant. F. Engels a numit organele de simț drept „cele mai apropiate instrumente ale creierului“.

Cu ajutorul organelor senzoriale omul „simte“ lumea înconjurătoare. „Sensația prezintă într-adevăr o legătură directă a conștiinței cu lumea înconjurătoare, este o transformare a energiei excitației externe într-un fapt al conștiinței“*

În rezultatul interacțiunii organismului cu ambianța prin intermediul organelor senzoriale, realitatea lumii înconjurătoare se reflectă în conștiința omului (teoria leninistă a reflecției); omul își formează atitudinea sa față de influențele din exterior și în orice situații reacționează prin acțiuni concrete.

ORGANUL VEDERII

Organul vederii, *orgănon visus*, joacă un rol extrem de important în viața omului, în relațiile lui cu ambianța. În evoluția sa organul vederii a parcurs calea de la celulele sensibile la lumină de pe suprafața externă a corpului animal pînă la un organ complex, apt de a se mișca în conformitate cu orientarea razelor de lumină și de a le transmite celulelor fotosensibile speciale din masa peretelui posterior al globului ocular, care percep atît imaginile în alb-negru, cit și cele în culori. Atingînd un grad înalt de desăvîrșire, organul vederii la om prinde imaginile abia perceptibile din mediul ambiant, transformă excitațiile luminoase în impuls nervos, care în cortexul cerebral este supus unei analize superioare.

* Lenin V. I. Op. compl., v. 18, p. 46, ed. rusă.

Organul vederii își are sediul în orbită și include ochiul și aparatul lui auxiliar.

OCHIUL

Ochiul, *oculus* (gr. *ophthalmós*), constă din globul ocular și nervul optic cu tunicile sale. Globul ocular, *búlbus óculi*, e de o formă sferică, deci i se disting polul anterior și polul posterior, *pólus antérior et pólus postérior*. Polul anterior coincide cu cel mai proeminent sector de pe corneea, iar polul posterior se află ceva mai lateral de locul, prin care nervul optic își face apariția din globul ocular. Linia, — ce unește aceste două puncte se numește *ax ocular extern*, *axis búlbi extérnus*, care se află în planul meridional al globului ocular și are o lungime de circa 24 mm. *Axul ocular intern*, *axis búlbi intérnus* (de la fața posterioară a corneei pînă la retină), e egal cu 21,75 mm. Cînd axul intern e mai lung, razele de lumină, după ce s-au refractat în globul ocular converg într-un focar, aflat înaintea retinei. În asemenea caz cea mai clară vedere a obiectelor e posibilă numai la o distanță mică (miopie, de la gr. *myops* — a miji ochii). Distanța focală la miopi e mai scurtă decît axul ocular intern.

Dacă axul intern al globului ocular e relativ scurt, razele de lumină după ce s-au refractat converg într-un focar, situat în spatele retinei. În asemenea caz vederea la distanță mare e mai clară, de cit în apropiere (hipermetropie; gr. *metron-măsură*, *ops* (gen. *opos*) — vedere). La hipermetropi distanța focală e mai lungă ca axul ocular intern. Diametrul vertical al globului ocular e de 23,5 mm, iar cel transversal — de 23,8 mm. Ambele aceste dimensiuni se află în plan ecuatorial.

Se mai distinge și axul optic al globului ocular, *áxis ópticus*, care reprezintă distanța de la polul anterior pînă la *foveola centrală* — regiunea retinei cu cea mai mare acuitate vizuală (fig. 279).

Globul ocular constă din trei tunici, care înconjoară nucleul lui intern (umoa-

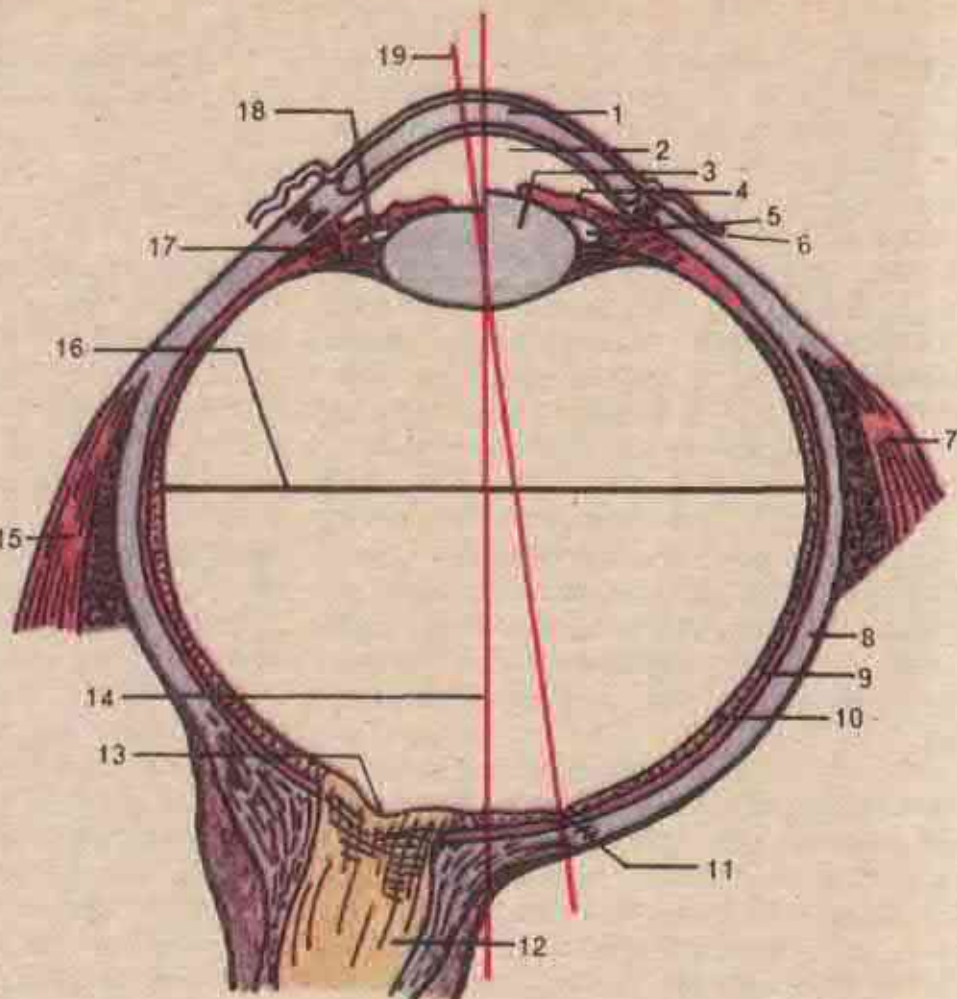


Fig. 279. Globul ocular în secțiune orizontală (schemă).

E indicată modificarea curburii cristalinului la contracția și relaxarea mușchului ciliar.

- 1 — cornea; 2 — camera anterior bulbi; 3 — lens; 4 — iris; 5 — camera posterior bulbi; 6 — conjunctiva; 7 — m. rectus lateralis; 8 — sclera; 9 — choroidea; 10 — retina; 11 — fovea centralis; 12 — n. opticus; 13 — excavatio disci; 14 — axis bulbi externus; 15 — m. rectus medialis; 16 — axial transversal al globului ocular; 17 — corpus ciliare; 18 — zonula ciliaris; 19 — axis opticus.

rea apoasă din camerele anterioară și posterioară, cristalinul, corpul vitros). Se disting trei tunici: externă — fibroasă, medie — vasculară și internă — retina. Tunica fibroasă a globului ocular, *tunica fibrosa bulbi*, realizează o funcție de protecție. Porțiunea ei anterioară e transparentă și se numește corneea, iar porțiunea posterioară, mai vastă, de culoare albuie, e denumită sclerotică sau scleră. Drept linie limitrofă dintre corneea și scleră servește un șanțuleț circular nu prea adânc, numit șanț al sclerei, *sulcus sclerae*. Corneea, *cornea*, reprezintă unul din mediile transparente ale ochiului și nu conține vase sanguine. Ea are forma unei sticle de ceasornic și e convexă din față și concavă din spate. Diametrul corneei e de — 12 mm, grosimea ei — de circa 1 mm. Marginea periferică, sau limbul corneei, *limbus corneae*, este încadrată parca în segmentul anterior al sclerei, în care trece corneea.

Sclera, *sclera*, constă dintr-un țesut conjunctiv fibros dens. În partea sa posterioară ea este dotată cu numeroase orificii, prin care trec fasciculele de fibre ale nervului optic și vasele sanguine. Grosimea sclerei în regiunea apariției nervului optic constituie circa 1 mm, iar în regiunea ecuatorului globului ocular și în partea lui anterioară — 0,4—0,6 mm. În masa sclerei, pe linia limitrofă dintre ea și corneea se află un canal circular îngust, umplut cu sine venos — sinusul venos al sclerei, *sinus venosus sclerae*, sau canalul venos al lui Schlemm.

Tunica vasculară a globului ocular, *tunica vasculosa bulbi*, e dotată din abundență cu vase sanguine și pigment. Ea aderă nemijlocit la fața inferioară a sclerei, cu care e concrescută fundamental în regiunea de trecere a nervului optic și pe linia limitrofă dintre scleră și corneea. La tunica vasculară se disting trei porțiuni: tunica vasculară corpul ciliar și irisul.

Tunica vasculară propriu zisă, coroida, *choroidea*, căptușește cea mai mare parte posterioară a sclerei, cu care, exceptând regiunile menționate, e concrecută lax. În felul acesta coroida delimitează din partea interioară așa-numitul spațiu perivascular sau pericoroidian, *spatium perichoroidale*.

Corpul ciliar, *corpus ciliare*, reprezintă porțiunea medie, îngroșată a tunicii vasculare, care sub aspectul unui burelet circular se situează în regiunea de tranziție a corneei în scleră, posterior de iris, cu marginea externă a căruia e concrecută. Porțiunea posterioară a corpului ciliar — orbiculul ciliar, *orbiculus ciliaris*, are aspectul unei bandete circulare îngroșate cu o lățime de 4 mm și trece în coroida propriu-zisă. Porțiunea anterioară a corpului ciliar formează aproape 70 de pliuri orientate radiale, având fiecare o lungime de pînă la 3 mm și capetele îngroșate — procesele ciliare, *processus ciliares*. În fond ele sînt formate de către vasele sanguine și alcătuiesc în ansamblu coroana ciliară, *corona ciliaris*. În masa corpului ciliar se află mușchiul ciliar, *m. ciliaris*, format printr-o împletire complicată a fasciculelor musculare netede, la contractia cărora are loc acomodarea ochiului — adaptarea lui pentru o vedere clară a obiectelor, aflate la depărtări diferite. În componența mușchiului ciliar se disting fibre musculare netede, grupate în fasciculi meridionali, circulari și radiale. Fibrele meridionale (longitudinale), *fibrae meridionales*, ale acestui mișchi își iau originea de pe marginea corneei și de pe scleră și se întretesesc în porțiunea anterioară a coroidei. La o contracție a lor coroida se deplasează în sens anterior și în rezultatul acestei acțiuni scade gradul de tensionare al zonulei ciliare, *zonula ciliaris*, de care e fixat cristalinul. Ca urmare capsula cristalinului se relaxează, cristalinul își schimbă curbura, devine mai convex, iar capacitatea lui de refracție crește. Fibrele circulare, *fibrae circulares*, încep împreună cu cele meridionale și se plasează în mod con-

centric din partea interioară a acestora. La contractarea lor fibrele circulare îngustează zonula ciliară apropiind-o de cristalin, ce de asemenea contribuie la relaxarea capsulei cristalinului. Fibrele radiale, *fibrae radiales*, pornesc de pe corenee și scleră, din regiunea unghiului iridocorneal. Croindu-și o direcție radială, ele se plasează printre fasciculi meridionali și cei circulari ai mușchiului ciliar. La contractia fibrelor radiale fasciculi menționați sînt apropiați unul de altul. Revenirea corpului ciliar la starea inițială are loc datorită influenței fibrelor de țesut elastic, care se conțin în mușchiul ciliar, ce urmează după relaxarea acestuia.

Irisul, *iris*, e cea mai avansată porțiune a tunicii vasculare, vizibilă prin corneea transparentă. El are aspectul unui disc cu o grosime de circa 0,4 mm, aranjat în plan frontal. În centrul irisului se află un orificiu rotund — pupila, *pupilla*. Orificiul pupilar nu dispune de un diametru constant, el se îngustează la o lumină mai puternică și invers, se dilată la întuneric, realizînd astfel un rol de diafragmă a globului ocular. Pupila e delimitată de marginea pupilară a irisului, *margo pupillaris*. Marginea periferică, denumită margine ciliară, *margo ciliaris*, se unește cu corpul ciliar cu ajutorul ligamentului pectinat, *lig. pectinatum iridis* (BNA), care completează unghiul iridocorneal, *angulus iridocornealis*, format între iris și cornee. Fața anterioară a irisului e orientată spre camera anterioară a globului ocular, iar fața posterioară a lui — spre camera posterioară și cristalin. Stroma din țesutul conjunctiv al irisului conține vase sanguine. Celulele din stratul lui epitelial posterior conțin din abundență pigment, de cantitatea căruia depinde culoarea irisului (a ochilor). Dacă în iris se conține o cantitate mai mare de pigment ochii au o culoare mai întunecată (sînt cafenii sau căprui) — sau chiar aproape neagră. La o cantitate mai scăzută de pigmenti irisul are o culoare surie deschisă sau albastră deschisă. În cazurile cînd pigmentul lipsește cu totul irisul are o culoare roșietică, cauzată de

vasele sanguine, care se străvăd. În masa irisului se află doi mușchi. În jurul pupilei în mod circular sînt situați fasciculi de fibre musculare netede — sînt cînterul pupilei, *m. sphincter pupillae*, iar în mod radiar, de la marginea ciliară a irisului spre cea pupilară se întind fasciculi fini ai mușchiului dilator al pupilei, *m. dilatator pupillae* (dilatorul pupilei).

Tunica internă (senzorială) a globului ocular (retina), *tunica internă (sensoria) búlbi (retina)*, aderă strîns din interior la tunica vasculară pe toată întinderea ei, de la nivelul trecerii nervului optic pînă la marginea pupilară. În componența retinei, care se dezvoltă din peretele veziculei cerebrale anterioare, se disting două straturi sau pături: extern — porțiunea pigmentară, *párs pigmentosa*, și intern, de o structură mult mai complexă, fotosensibil, denumit porțiunea nervoasă, *párs nervosa*. În conformitate cu funcțiile lor la retină sînt desemnate două sectoare: unul posterior — mai mare, partea optică a retinei, *párs óptica retinae*, care conține elementele senzoriale — celulele fotosensibile în formă de conuri și bastonașe („bastonașele” și „conurile”) și altul anterior, mai mic, sectorul „cec” al retinei, care nu conține bastonașe și conuri și în care sînt încorporate porțiunea ciliară, *párs ciliaris*, și porțiunea iridiană a retinei, *párs irídica retinae*. Limita dintre porțiunea optică și cea oarbă a retinei este prezentată prin marginea dentată, *óra serrata*, care corespunde nivelului de trecere a coroidei în orbiculul ciliar, *orbiculus ciliaris* al tunicii vasculare și poate fi observat cu ușurință pe un preparat de glob ocular disecat. Pe viu în sectorul posterior al retinei de pe fundalul globului ocular în cadrul unei oftalmoscopii (cercetarea fundului de ochi cu ajutorul oftalmoscopului) poate fi observată o pată de culoare albuie cu un diametru de circa 1,7 mm — papila nervului optic, *discus nérvii óptici*, avînd marginile ceva mai ridicate, în formă de burelet, și o depresiune în centru — foseta papilei, *excaváŃio*



Fig. 280. Imagine oftalmoscopică a fundului de ochi; sectorul posterior al retinei.

1 — macula; 2 — fovea centralis; 3 — discus n. optici; 4 — vase sanguine.

dísci (fig. 280). Papila prezintă locul, prin care fibrele nervului optic părăsesc globul ocular. Nervul optic este învelit cu membrane, care sînt o continuare a învelișurilor encefalului și formează tunicile externă și internă ale nervului optic, *vágina extérna et vágina intérna n. óptici*. El se îndreaptă spre canalul optic, care se deschide în cavitatea craniului. Deoarece regiunea papilei nervului optic nu conține celule senzoriale (bastonașe și conuri), ea e numită pata oarbă. În centrul papilei se observă artera centrală a retinei, *a. centralis retinae*, care pătrunde în retină. Ceva mai lateral de papila nervului optic (aproximativ cu 4 mm), în sectorul care coincide cu polul posterior al globului ocular, se află o pată de culoare gălbuie — macula, *mácula*, cu o depresiune punctiformă — foseta centrală, *fóvea centrális*.

Foseta centrală prezintă regiunea cu cea mai mare acuitate vizuală: aici sînt concentrate numai „conuri”, „bastonașe” aici nu există.

Interiorul globului ocular este ocupat de umoarea apoasă din cele două camere ale globului ocular — anterioară și posterioară, cristalin și corpul vitros. În-

preună cu corneea toate aceste formațiuni constituie mediile refringente ale globului ocular. Camera anterioară a globului ocular, *câmera anterioară búlbi*, se află între corneea (din față) și fața anterioară a irisului (din spate) și conține umoarea apoasă, *húmor aquósus*.

De-a lungul perimetrului său, în regiunea unde converg porțiunile marginale ale corneei și irisului, camera anterioară e delimitată de ligamentul pectinat, *lig. pectinátum íridis* (BNA). Între fasciculi acestui ligament sînt prezente spații înguste delimitate de celule aplatizate — spațiile unghiului iridocorneal (spațiile Fontana), *spátia ánguli iridocorneáles*, prin care umoarea apoasă din camera anterioară se scurge în sinusul venos al sclerei (canalul Schlemm), *sinus venósus*, iar mai departe — în venele ciliare anterioare. Prin orificiul pupilar camera anterioară comunică cu camera posterioară a globului ocular, *câmera posterioară búlbi*, situată în spatele irisului și delimitată de ultimul din partea anterioară și de cristalin din cea posterioară. Camera posterioară comunică cu spațiile dintre fibrele zonulei ciliare, *fibrae zonuláres*, care leagă capsula cristalinului cu corpul ciliar. Spațiile zonulare, *spátia zonulária*, au aspectul unei fante inelare (canalul Petit), situate la periferia cristalinului. La fel ca și camera posterioară, spațiile zonulare conțin umoare apoasă, produsă prin concursul a numeroaselor vase și capilare sanguine, situate în masa corpului ciliar, delimitează camera posterioară din partea periferică.

Cristalinul, *lens*, este situat în spatele camerelor globului ocular. El are forma unei lentile biconvexe, care dispune de o mare capacitate de refracție. Fața anterioară a cristalinului, *fácies anterioară léntis*, și punctul ei mai avansat — polul anterior, *pólus anterioară*, sînt orientate spre camera posterioară a globului ocular. Fața posterioară, *fácies posterioară léntis*, mult mai bombată, și polul posterior, *pólus posterioară léntis*, sînt

adiacente feței anterioare a corpului vitros. Linia convențională, ce unește ambele poluri (anterior și posterior) ale cristalinului are o lungime medie de aproximativ 4 mm și se numește axul cristalinului, *áxis léntis*. Axul cristalinului coincide cu axul optic al globului ocular. Marginea periferică rotunjită a cristalinului, unde converg fețele lui anterioară și posterioară, este numită ecuator, *equátor léntis*. Substanța cristalinului, *substántia léntis* e transparentă, incolöră, densă și nu conține vase sanguine și nervi. Partea internă a cristalinului — nucleul cristalinului, *núcleus léntis*, e mult mai densă în comparație cu cea periferică cortexul cristalinului, *córtex léntis*. Din exterior cristalinul e acoperit cu un înveliș fin, transparent și elastic — capsula cristalinului, *cápsula léntis*. Cu ajutorul zonulei ciliare, *fibrae zonuláres* (ligamentul Zinn), care pornește de la fețele anterioară și posterioară ale cristalinului — capsula acestuia se fixează de corpul ciliar. La contractarea mușchiului ciliar coroida se deplasează înainte, corpul ciliar se apropie de ecuatorul cristalinului, zonula ciliară (ligamentul Zinn) se relaxează, iar cristalinul revine la forma sa inițială — se majorează diametrul lui anteroposterior, cristalinul devine mai bombat, crește capacitatea lui de refracție. La relaxarea mușchiului ciliar corpul ciliar se depărtează de la ecuatorul cristalinului, zonula ciliară se întinde, iar cristalinul devine mai plat — capacitatea lui de refracție scade.

Corpul vitros, *córpus vítreum*, e acoperit la exterior cu o membrană și se află în camera vitroasă a globului ocular, *câmera vítreá búlbi*, posterior de cristalin, unde aderă strîns la suprafața interioară a retinei. Cristalinul e parcă mulat pe partea anterioară a corpului vitros, care în acest loc prezintă o depresiune, denumită fosa vitroasă, *fóssa hyaloídea*. Corpul vitros reprezintă o masă gelatinoasă transparentă, fără de vase sanguine și nervi. Capacitatea de refracție a corpului vitros e aproape la fel ca și a umoarei apoase din camerele ochiului.

Mușchii globului ocular. Pe globul ocular se inseră 6 mușchi striati: 4 drepti — superior, inferior, lateral și medial și 2 oblici — superior și inferior (fig. 281). Toți mușchii drepti și mușchiul oblic superior pornesc din profunzimea orbitei luându-și originea de la inelul tendinos comun, *annulus tendineus communis*, fixat pe osul sfenoid, periostul din jurul canalului optic și parțial pe marginile fisurii orbitale superioare. Inelul tendinos înconjoară nervul și artera oftalmică. Tot de la acest inel pornește și mușchiul, ridicător al pleoapei superioare, *m. levator palpebrae superioris*, care în interiorul orbitei este situat deasupra mușchiului drept superior al globului ocular și se termină în masa pleoapei superioare. Mușchii drepti se îndreaptă de-a lungul pereților respectivi ai orbitei, pe de laturile nervului optic, apoi penetrează teaca globului ocular, *vagina bulbi*, și cu tendoanele lor scurte se întretes în scleră înaintea ecuatorului, cu 5—8 mm mai aproape de marginea corneei. Mușchii drepti rotesc globul ocular în jurul a două axe reciproc perpendiculare: vertical și orizontal (transversal). Mușchii drepti lateral și medial, *mm. recti lateralis et medialis*, rotesc globul ocular în jurul axului vertical, întorcându-l fiecare în partea sa în direcție temporală sau nazală; respectiv mișcărilor acestora se va orienta și pupila. Mușchii drepti superior și inferior, *mm. recti superior et inferior*, rotesc globul ocular în jurul axului transversal. La contracția mușchiului drept superior pupila se va orienta în sus și puțin lateral, iar la acțiunea mușchilui drept inferior — în jos și medial. Mușchiul oblic superior, *m. obliquus superior*, se află în compartimentul superomedial al orbitei, între mușchii drepti superior și medial. În apropierea fosei trochleare el continuă cu un tendon subțire, învelit într-o teacă sinovială. Tendonul mușchiului se aruncă peste trochea, *tróchlea*, de formă inelară, formată din cartilaj fibros. Trecind peste trochleea, tendonul

se plasează sub mușchiul drept superior și se inseră pe globul ocular în partea lui superolaterală, posterior de ecuator. Mușchiul oblic inferior, *m. obliquus inferior*, spre deosebire de ceilalți mușchi ai globului ocular, pornește de la fața orbitală a maxilei din imediata apropiere de orificiul canalului nazolacrimar de pe peretele inferior al orbitei și trece printre acest perete și mușchiul drept, orientându-se oblic în sus și posterior. Tendonul lui scurt se inseră pe globul ocular din partea laterală posterior de ecuator. Ambii mușchi oblici rotesc globul ocular în jurul axului anteroposterior: mușchiul oblic întoarce globul ocular și pupila în jos și lateral, iar mușchiul oblic inferior — în sus și lateral. Mișcărilor globului ocular drept și stâng sînt coordonate, grație acțiunilor conjugate ale mușchilor oculomotori.

Fasciile orbitei. Orbita în cavitatea căreia se află globul ocular, e tapetată cu periostul, denumit periorbită, *periorbita*, care în regiunea canalului optic și a fisurii orbitale superioare fuzionează cu pahimeningele encefalic. Globul ocular este învelit într-o membrană fibroelastică — teaca globului ocular, *vagina bulbi*, sau capsula Tenon, unită lax cu sclerotica. Spațiul îngust dintre globul ocular și capsula Tenon e numit spațiu episcleral (tenon), *spatium episclerale*. Pe suprafața posterioară a globului ocular teaca e concreșcută cu teaca externă a nervului optic iar din partea anterioară ea se apropie de recesul conjunctivei. Capsula Tenon e străbătută de vase și nervi, precum și de tendoanele mușchilor oculomotori, fasciile cărora sînt concreșcute cu capsula. Între teaca globului ocular și periorbită, în jurul mușchilor oculomotori și a nervului optic se află un țesut celuloadipos străbătut de numeroase travee conjunctivale — corpul adipos al orbitei, *corpus adiposum orbitae*, cu rol de suport elastic pentru globul ocular. Din partea anterioară orbita cu tot conținutul ei e închisă parțial de septul orbital, *septum orbitale*, care începe de la periostul marginilor superioară și inferioară ale orbi-

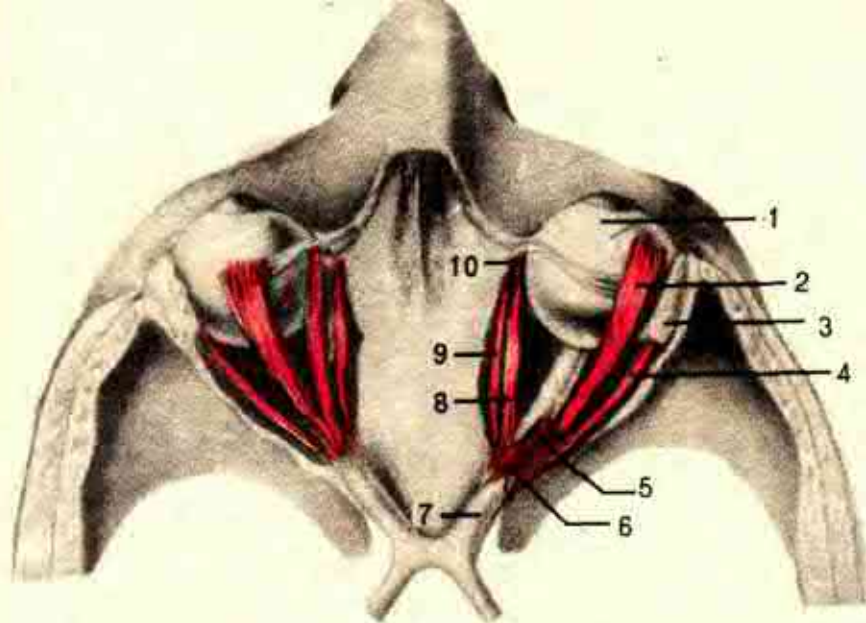


Fig. 281. Mușchii globului ocular (peretele superior al orbitei e înlăturat); aspect de sus.

1 — globul ocular; 2 — m. rectus superior; 3 — gl. lacrimalis; 4 — m. rectus lateralis; 5 — m. levator palpebrae superioris (secționat); 6 — annulus tendineus comunis; 7 — n. opticus; 8 — m. rectus medialis; 9 — m. obliquus superior; 10 — trochlea.

tei și se inseră pe cartilajele pleoapei superioare și inferioare, iar în regiunea unghiului medial al ochiului — cu ligamentul palpebral medial. În septul orbital există orificii, prin care trec vase sanguine și nervi.

Pleoapele. Pleoapa superioară, *palpebra superior*, și pleoapa inferioară, *palpebra inferior*, reprezintă formațiuni, dispuse înaintea globului ocular, care îl acoperă parțial de sus și de jos. La închiderea ochilor pleoapele acoperă globul ocular în întregime, asigurând astfel protecția lui. La nivelul marginilor orbitei pielea de pe pleoape continuă cu tegumentele regiunilor adiacente ale feței. Pe linie limitrofă dintre pleoapa superioară și frunte proemină o cută de piele dispusă transversal și acoperită cu perișori — sprinceană, *supercilium*.

Fața anterioară a pleoapei, *facies anterior palpebrae*, este convexă și acoperită cu piele fină, conținând glande sudoripare și sebacee, precum și perișori scurți de puf. Fața posterioară a pleoapei, *facies posterior palpebrae*, e concavă, așternută cu conjunctivă, *tunica conjunctiva*, și e orientată spre globul ocular.

În masa pleoapelor superioară și inferioară se află o lamelă de țesut conjunctiv, care prin densitatea sa amintește un cartilaj și denumită din cauza aceasta cartilaj superior al pleoapei, *tarsus supé-*

rior, și cartilaj inferior al pleoapei, *tarsus inferior*, precum și porțiunea palpebrală a mușchiului orbicular al ochiului. De la cartilajele palpebrale superioare și inferioare spre creasta lacrimală anterioară și creasta lacrimală posterioară pornește un ligament comun pentru ambele cartilaje — ligamentul palpebral medial, *lig. palpebrale mediale*, cuprinzând din față și din spate sacul lacrimal. De la cartilajele menționate spre peretele lateral al orbitei pornește ligamentul palpebral lateral, *lig. palpebrale laterale*, care corespunde rafeului palpebral lateral, *ráphe palpebralis lateralis*. Pe marginea superioară și fața anterioară a pleoapei superioare se inseră tendonul lat și subțire al mușchiului ridicător al pleoapei superioare, *m. levator palpebrae superioris*. Marginea liberă a pleoapei, delimitată de fețele ei anterioare și posterioare e prevăzută cu buza anterioară și buza posterioară, *limbus palpebralis anterior et limbus palpebralis posterior* și poartă 2—3 rânduri de fire de păr — cilia sau genele, *cilia*. Mai aproape de buza, sau muchia posterioară se deschid orificiile unor glande sebacee modificate — glandele tarsale (Meibomius), *glândulae tarsales*, care cu porțiunea lor inițială se află în masa lamelei cartilaginease a pleoapei. În grosimea pleoapei superioare se

conțin mai multe glande Meibomius (30—40), de cit cu a celei inferioare (20—30). Marginile pleoapei superioare și inferioare delimitează fanta palpebrală, *rîma palpebrarum*, completată din cele două părți, medială și laterală de comisuri — *comisura palpebrală laterală*, *comissura palpebrarum lateralis*, și *comisura palpebrală medială*, *comissura palpebrarum medialis*.

Conjunctiva reprezintă o membrană conjunctivală de culoare roz pală. În componența ei se disting conjunctiva palpebrală, *tunica conjunctiva palpebrarum*, care învelește din interior pleoapele, și conjunctiva globului ocular, *tunica conjunctiva bulbi*, care în regiunea corneei devine foarte subțire și constituie un finisim tegument epitelial. În locul de trecere al conjunctivei de pe pleoape pe globul ocular se formează recesuri, *fornixul superior* și *fornixul inferior* al conjunctivei, *fornix conjunctivae superior* și *fornix conjunctivae inferior*. Tot spațiul aflat înaintea globului ocular și delimitat de conjunctivă se numește sac conjunctival, *sacculus conjunctivae*, care se închide odată cu apropierea pleoapelor. Unghiul lateral al ochiului, *angulus oculi lateralis* e mai ascuțit ca unghiul medial, *angulus oculi medialis*, care e rotunjit și delimitează din partea medială o depresiune — lacul lacrimal, *lacus lacrimalis*. Tot în regiunea unghiului medial se mai află o proeminență nu prea mare — *caruncula lacrimală*, *caruncula lacrimalis*, — iar lateral de ea — *plica semilunară*, *plica semilunaris conjunctivae*, o reminiscență a membranei nictitante (pleoapa a treia) a vertebratelor inferioare. Pe marginea liberă a pleoapelor superioară și inferioară, alături de unghiul medial al ochiului, lateral de lacul lacrimal, se află câte o ridicătură mică — *papila lacrimală*, *papilla lacrimalis*, prevăzută la vîrf cu un orificiu punctiform — *punctul lacrimal*, *punctum lacrimale*, care reprezintă porțiunea inițială a canaliculului lacrimal (vezi în continuare).

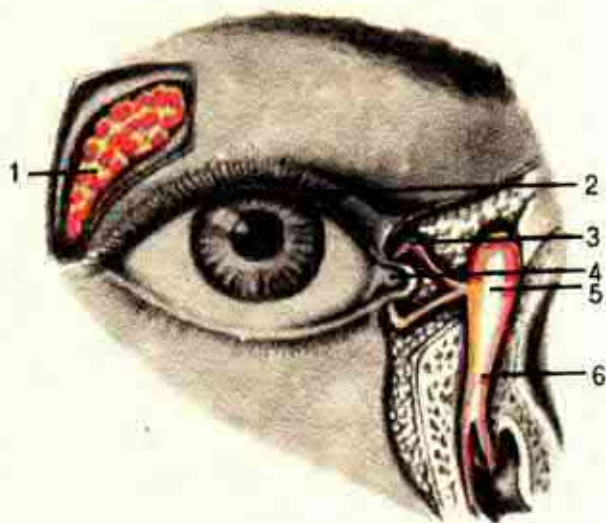


Fig. 282. Aparatul lacrimal al ochiului drept.

1 — gl. lacrimalis ; 2 — palpebra superior ; 3 — canaliculus lacrimalis ; 4 — lacus lacrimalis ; 5 — sacculus lacrimalis ; 6 — ductus nasolacrimalis.

Aparatul lacrimal. Aparatul lacrimal, *apparatus lacrimalis*, include glanda lacrimală cu canaliculele ei excretore, care se deschid în sacul conjunctival, și căile lacrimale (fig. 282). Glanda lacrimală, *glândula lacrimalis*, se prezintă ca o glandă tubuloacinoasă complexă de o structură lobulară și se situează în fosa omonimă din unghiul lateral al peretelui orbital superior. Tendonul mușchii ridicător al pleoapei superioare o împarte în porțiunea superioară, mai mare — porțiunea orbitală, *pars orbitalis*, și în cea inferioară, mai mică, porțiunea palpebrală, *pars palpebralis*, situată lângă recesul conjunctival superior. Uneori în conjunctiva, care constituie recesul conjunctival superior, pot fi observate glande lacrimale accesorii, *glândulae lacrimales accessoriae*, de dimensiuni foarte mici. Canaliculele excretore ale glandei lacrimale, *ductuli excretorii*, în număr de pînă la 15, se deschid în sacul conjunctival, în partea laterală a recesului superior. Lacrima (lichidul lacrimal), care se scurge din aceste canalicule, umectează partea anterioară a globului ocular. În continuare lichidul lacrimal prin spațiul capilar de la marginile pleoapelor și riul lacrimal, *rius lacrimalis*,

se scurge în lacul lacrimal, *lăcus lacrimălis*, din unghiul medial al ochiului. Aici încep canaliculele lacrimale, *canaliculi lacrimăles*, superior și inferior, scurte (cc. 1 cm), înguste (0,5 mm) și curbate, care se deschid în sacul lacrimal în mod separat, sau unindu-se în prealabil unul cu altul. Sacul lacrimal, *săccus lacrimălis*, se află în fosa omonimă din unghiul inferomedial al orbitei. În sens inferior el continuă cu canalul nazolacrimal, *canălis nasolacrimălis*, care e destul de larg (4 mm) și se termină în partea anterioară a meatului nazal inferior din cavitatea nazală. Peretele anterior al sacului lacrimal e concreșcut cu porțiunea lacrimală a mușchiului orbicular al ochiului. La contracția acestui mușchi are loc dilatarea sacului lacrimal și absorbirea lacrimilor prin canaliculele lacrimale.

Vasele și nervii organului vederii. Globul ocular și organele lui auxiliare sînt irigate din ramurile arterei oftalmice, *a. ophthălmica*, ramură a arterei carotide interne. Sîngele venos de la organul vederii se scurge prin venele oftalmice, *vv. ophthălmicae*, în sinusul cavernos. Retina e vascularizată de artera centrală a retinei, *a. centrălis retinăe*, care pătrunde în globul ocular prin nervul optic și în regiunea papilei acestuia lansează ramurile superioare și inferioare. Venele centrale ale retinei, *vv. centrăles retinăe*, și afluenții lor însoțesc arterele omonime. În tunica vasculară se ramifică arterele ciliare posterioare scurte și lungi și arterele ciliare anterioare, *aa. ciliăres posteriores, brèves, longae et aa. ciliăres anteriōres*. În masa irisului ramurile acestor artere anastomozează reciproc și formează două inele arteriale — unul mare, *circulus arteriosus iridis măjor*, situat pe marginea ciliară (periferică) a irisului, și altul mic, *circulus arteriosus iridis minor*, în marginea pupilară. Sclerotica e vascularizată de arterele ciliare scurte. Din rețeaua venoasă deasă a coroidelor iau naștere 4—6 vene vorticoase, *vv. vorticōsae*, care străpung sclerotica și se varsă în venele oftalmice. Venele ciliare anterioare, *vv. ciliăres anteriōres*, colectează sîngele din corpul ciliar, iris și

sclerotică. Pleoapele sînt irigate din arterele palpebrale mediale și laterale, *a. palpebrălis mediălis et a. palpebrălis laterălis*. Anastomozele dintre aceste artere formează în masa pleoapelor arcul arterial al pleoapei superioare, *ărcus palpebrălis supérior*, și arcul arterial al pleoapei inferioare, *ărcus palpebrălis inférior*. Conjunctiva e vascularizată de arterele conjunctivale anterioare și posterioare, *aa. conjunctivăles anteriōres et posteriores*. Venele palpebrale și conjunctivale se varsă în vena facială și în venele oftalmice. Spre glanda lacrimală se îndreaptă artera omonimă, *a. lacrimălis*.

Mușchii, fasciile și corpul adipos al orbitei sînt vascularizate de asemenea din ramurile arterei oftalmice. Vasele limfatice, care pornesc din pleoape, conjunctivă, se scurg în ganglionii limfatici mandibulari, inframandibulari, precum și în ganglionii parauriculari (auriculari anteriori) superficiali și profunzi.

Inervația senzitivă a tuturor formațiunilor din orbită este realizată din ramura I a nervului trigemen — nervul oftalmic, *n. ophthălmicus*. De la una din ramurile lui — nervul nazociliar, *n. nasociliăris*, pornesc nervii ciliari lungi, *nn. ciliăres lóngi*, care pătrund în globul ocular. Pleoapa inferioară e inervată de nervul infraorbital, o ramură distală a nervului maxilar, celei de a doua ramuri a trigemenului. *M. sphîncter pupillae* și *m. ciliăris* recepționează fibre nervoase parasimpatice de la nervul oculomotor (postganglionare de la ganglionul ciliar prin intermediul nervilor ciliari scurți), iar *m. dilatător pupillae*, este inervat de fibrele simpatice din plexul carotid intern, care ating globul ocular pe traiectul vaselor sanguine. Mușchii dreپți superior, inferior și medial și mușchii oblic inferior și ridicător al pleoapei superioare sînt inervați din nervul oculomotor (inervație motoare); inervația motoare a mușchiului drept lateral e realizată de nervul abductor, iar a mușchiului oblic superior — de nervul trohlear.

Căile de conducere ale analizatorului vizual

Înainte de a cădea pe retină, lumina trece prin mediile refringente, transparente ale globului ocular — corneea, umoarea apoasă a camerelor anterioară și posterioară, cristalin și corpul vitros (fig. 283). În calea razelor de lumină se află pupila. Sub influența mușchilor din iris (*mm. sphincter pupillae et dilatator pupillae*) pupila se dilată sau se micșorează. Mediile refringente îndreaptă razele de lumină spre cea mai sensibilă regiune a retinei — sectorul cu cea mai mare acuitate vizuală — macula cu foseta ei centrală. Un rol important în această îi aparține cristalinului, care cu ajutorul mușchiului ciliar își poate mări sau micșora curbura pentru vederea obiectelor la distanță scurtă sau mare. O astfel de particularitate a cristalinului de a-și modifica curbura sa (acomodare) asigură totdeauna orientarea razelor de lumină spre foseta centrală a retinei, care se află pe aceeași linie cu obiectul cercetat. Întoarcerea ambilor ochi în direcția obiectului cercetat este efectuată de mușchii oculomotori, care fixează axele optice ale ochilor drept și stâng în mod paralel la privirea în depărtare sau le apropie (convergență) la privirea obiectelor, situate la o distanță mică.

Căzînd pe retină, lumina pătrunde în straturile ei profunde, declanșînd transformări fotochimice complexe ale pigmentilor vizuali. Drept rezultat în elementele fotosensibile (bastonașe și conuri) apar impulsuri nervoase. Impulsul nervos este transmis apoi următorilor neuroni ai retinei: celulelor (neurociților) bipolare, iar de la ele — neurociților din stratul ganglionar (neurociților ganglionari). Prelungirile neurociților ganglionari se îndreaptă spre papilă și formează nervul optic (fig. 284). Nervul optic, fiind învelit cu tunica proprie, părăsește cavitatea orbitei prin canalul optic și pătrunde în cavitatea craniului, unde pe fața inferioară a encefalului formează **chiasma optică**, *chiasma opticum*. Aici se încrucișează nu toate fibrele nervului optic, ci numai fibrele care pornesc de la părțile mediale, orien-

tate spre nas ale ambelor retine. În felul acesta, tractul optic, care urmează chiasma este compus de fibrele nervoase emergente de la neurociții ganglionari din partea laterală (temporală) a retinei ipsilaterale (de la globul ocular din partea sa) și din partea medială (nazală) a retinei contralaterale (de la globul ocular din partea opusă). Anume din această cauză la lezarea chiazmei are loc suspendarea funcției de propagare a impulsurilor de la porțiunile mediale ale retinelor ambilor ochi, iar la o lezare a tractului optic — sectorul lateral al retinei ochiului din partea respectivă și de la sectorul medial al retinei ochiului din partea opusă. În componența tractului optic fibrele nervoase parcurg spre centrul opticii subcorticali — corpul geniculat lateral și coliculii superiori ai tectului mezencefalic. În corpul geniculat lateral o parte din fibrele neuronului III (neurociților ganglionari) al căii optice se întrerupe și contactează cu celulele neuronului următor. Axonii acestor neurociți trec prin porțiunea sublenticulară a capsulei interne, formează **radiația optică**, *radiatio optica*, și ating sectorul de cortex din lobul occipital al creierului, situat în imediata apropiere de șanțul calcarin, unde e realizată analiza superioară a percepțiilor vizuale. Altă parte din axonii celulelor ganglionare nu se termină în corpul geniculat lateral, ci trece prin el și în componența brațului colicular, *brachium colliculi superioris*, atinge coliculul superior al tectului mezencefalic. Din stratul cenușiu al coliculului superior impulsurile sînt transmise nucleului nervului oculomotor și nucleului accesoriu (nucleul Iacobovici) al acestui nerv, din care se realizează inervația mușchilor oculomotori, a mușchiului ciliar și a mușchiului sfincter al pupilei. Prin fibrele acestea sînt propagate impulsurile care provoacă îngustarea pupilei (midriază) drept răspuns la acțiunea excitațiilor luminoase (reflexul pupilar) și întoarcerea ochilor în direcția necesară.

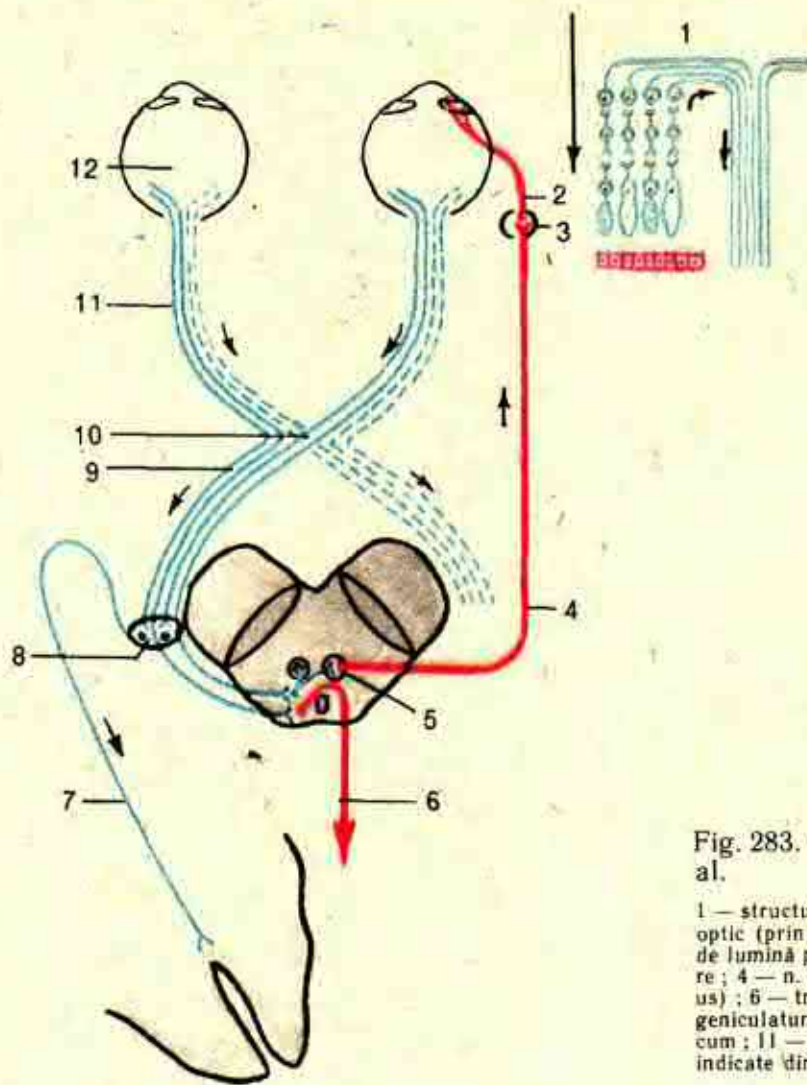


Fig. 283. Calea de conducere a analizatorului vizual.

1 — structura schematică a retinei și modul de formare a nervului optic (prin săgeata lungă e indicată direcția răspîndirii razelor de lumină prin retină; 2 — nn. ciliares breves; 3 — gangl. ciliares; 4 — n. oculomotorius; 5 — nucl. oculomotorius (accessorius); 6 — tractus tectospinalis; 7 — radiatio optica; 8 — corpus geniculatum laterale; 9 — tractus opticus; 10 — chiasma opticum; 11 — n. opticus; 12 — bulbus oculi; prin săgeți scurte sînt indicate direcțiile de propagare a impulsurilor nervoase.

Dezvoltarea organului vederii și particularitățile lui de vîrstă

În decursul filogenezei organul vederii a parcurs calea de la celulele fotosensibile de proveniență ectodermică, situate în mod separat (la celenterate) pînă la ochiul par cu o structură destul de complicată (la mamifere). Dezvoltarea ochiului la vertebrate decurge complicat. Tunica fotosensibilă — retina, se dezvoltă din prolabările laterale ale encefalului. Tunica medie și externă, precum și corpul vitros iau naștere din mezoderm (foița embrionară medie), iar cristalinul — din ectoderm.

Prin forma sa tunica internă (retina) amintește o cupă cu pereții dubli. Din peretele extern, mai subțire, al cupei se dezvoltă stratul pigmentar al retinei. Celulele fotosensibile, fotoreceptoare se află în peretele intern, mai gros al cupei.

La pești diferențierea celulelor fotosensibile în conuri și bastonașe e slab pronunțată, la reptile există numai conuri, la mamifere în retină se conțin în special bastonașe, la animalele acvatice și la cele ce duc un mod de viață nocturn retina nu conține conuri. Deja la pești în componența tunicii medii (vasculare) începe a se forma corpul ciliar, complicîndu-se pe parcursul dezvoltării sale la păsări și mamifere.

Mușchii din iris și corpul ciliar apar mai tîrziu la amfibii. Tunica externă a globului ocular la vertebratele inferioare constă în special din țesut cartilaginos (la pești, parțial la amfibii, la majoritatea sauropsiolelor și monotrematelor). La mamifere ea constă numai din țesut fibros. Partea anterioară a tunicii fibroase (corneea) e transparentă. Cristalinul la pești și amfibii are o formă aproape specifică. Acomodarea are loc datorită

deplasării cristalinului și contracției unui mușchi special, care îl pune în mișcare. La reptile și păsări cristalinul nu numai că are proprietatea de a fi mobil, ci poate să-și schimbe curbura. La mamifere cristalinul are o localizare constantă și acomodarea are loc datorită modificării curburii lui. Corpul vitros, care la început are o structură fibrială, încetul cu încetul devine transparent.

Odată cu complicarea structurii globului ocular se dezvoltă și organele auxiliare ale ochiului. Mai întâi apar cei 6 mușchi oculomotori, care se dezvoltă din miotomii celor 3 perechi de somite cefalice. Pleoapele încep a se forma la pești, la care au aspectul unui pliu inelar cutanat. La vertebratele terestre se formează pleoapele superioară și inferioară, iar la majoritatea lor în regiunea unghiului medial al ochiului se află membrana nictitantă (o a treia pleopă). La maimuțe și om reminescențele acestei membrane mai persistă sub aspectul unei cute semilunare de conjunctivă. La vertebratele terestre se dezvoltă glanda lacrimală, se formează aparatul lacrimal.

La om globul ocular de asemenea se dezvoltă din câteva surse. Tunica fotosensibilă (retina) provine de la peretele lateral al veziculei cerebrale, din care se dezvoltă diencefalul; lentila principală a ochiului — cristalinul — nemijlocit din ectoderm; tunicile fibroasă și vasculară — din mezenchim. La etapa timpurie de dezvoltare a embrionului (finele lunii I și începutul lunii II de viață intrauterină) pe pereții laterali ai veziculei cerebrale primare (*prosencephalon*) apare câte o proeminență nu prea mare — vezicula oculară. Sectoarele ei terminale se dilată, cresc în direcțiile ectodermului, iar pedunculul, care o leagă cu encefalul, devine mai îngust și se transformă în nervul optic. În procesul dezvoltării peretele anterior al veziculei oculare se deplasează în direcția cavității ei și vezicula se transformă într-o cupă cu pereții bistratificați. Ulterior peretele extern devine mai subțire și se transformă în stratul pigmentar extern, iar din peretele intern se formează porțiunea fotoreceptivă (nervoasă) a retinei (stratul fo-

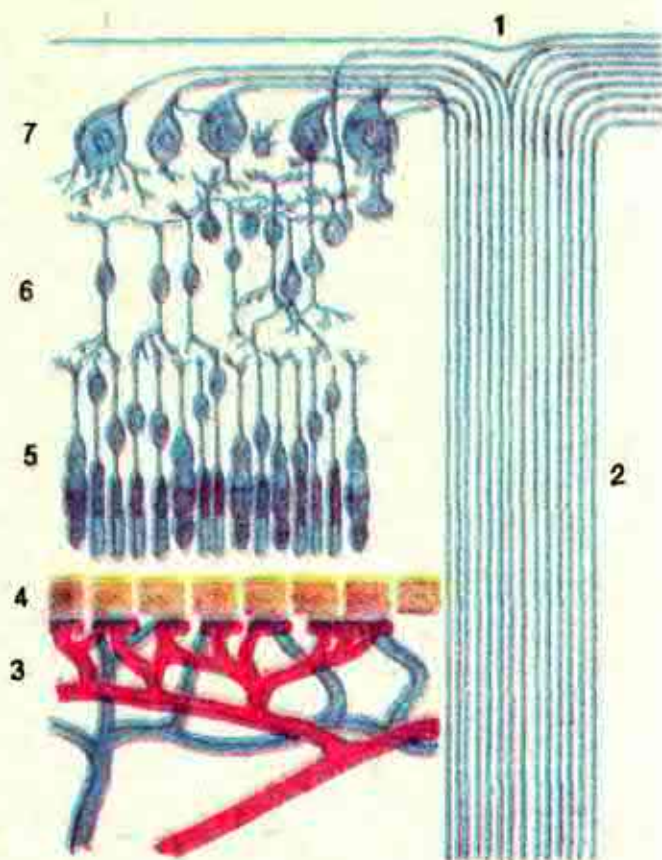


Fig. 284. Schemă a structurii retinei

1 — foseta papilei; 2 — fibre nervoase (prelungirile celulelor ganglionare); 3 — vasele sanguine ale coroidelor; 4 — stratul pigmentar; 5 — stratul de conuri și bastonașe; 6 — stratul de neurociti bipolari; 7 — stratul ganglionar (celule ganglionare).

tosensibil). La etapa formării cupei oculare și diferențierii pereților ei, în cea de-a 2-a lună a vieții intrauterine, ectodermul din partea anterioară adiacent cupei oculare la început se îngroașă, iar apoi în el apare depresiunea cristalinului, care se transformă în vezicula cristalinieră. Separându-se de la ectoderm, vezicula se deplasează în profunzimea cupei oculare, cavitatea ei dispare și din ea se formează mai apoi cristalinul.

În luna a 2-a a vieții intrauterine în cupa oculară printr-o fantă, care se formează pe partea ei inferioară, pătrund celulele mezenchimale; în interiorul cupei în corpul vitros în curs de dezvoltare și în jurul cristalinului în creștere ele formează o rețea de vase sanguine.

Din celulele mezenchimale, adiacente la partea internă a cupei oculare se formează tunica vasculară, iar din cele din partea externă a cupei — tunica fibroasă.

Porțiunea anterioară a tunicii fibroase devine transparentă și se transformă în corneea. La fătul de 6—8 luni vasele sanguine care se află în capsula cristalinului și în corpul vitros dispar; se resoarbe membrana (membrana pupilară), care închidează orificiul pupilar.

Pleoapele superioare și inferioare încep să se formeze în cea de-a 3-ea lună a vieții intrauterine, apărând mai întâi ca niște cute de ectoderm. Epiteliul conjunctival, inclusiv și cel care acoperă din anterior corneea, e de proveniență ectodermală. Glanda lacrimală se dezvoltă din excrescențele epiteliului conjunctival, care apar în partea laterală a pleoapei superioare în curs de dezvoltare în luna a 3-ea a vieții intrauterine.

Globul ocular la nou-născut e relativ mare, diametrul lui anteroposterior e de 17,5 mm, iar masa lui — de 2,3 g. Axul vizual la globul ocular al nou-născutului trece ceva mai lateral decât la adult. În primul an de viață globul ocular crește mai rapid decât în anii următori. Spre vârsta de 5 ani masa globului ocular crește cu 70%, iar la 20—25 de ani — de trei ori mai mult decât la nou-născut.

Corneea la nou-născut e relativ groasă, curbura ei în decursul vieții ulterioare aproape că nu se schimbă; cristalinul e aproape rotund, razele curbării lui anterioare și posterioare sînt aproximativ egale. Cristalinul crește rapid mai ales în primul an de viață, iar pe urmă tempoul lui de creștere scade. Irisul e bombat înainte, conține relativ puțin pigment, diametrul pupilei e de 2,5 mm. Pe măsura majorării vârstei copilului grosimea irisului crește, se mărește cantitatea de pigment din componența lui, diametrul pupilei devine mai lung. La vârsta de 40—50 de ani pupila se îngustează întrucîtva.

Corpul ciliar la nou-născut e slab dezvoltat. Creșterea și diferențierea mușchiiului ciliar are loc destul de repede. Nervul optic la nou-născut e subțire (0,8 mm) și scurt. Spre vârsta de 20 de ani diametrul nervului optic se mărește aproape de 2 ori.

Mușchii globului ocular la nou-născut sînt destul de bine dezvoltați, mai puțin dezvoltate sînt porțiunile lor tendinoase. În legătură cu aceasta mobilitatea ochi-

lor e pronunțată imediat după naștere, iar coordonarea mișcărilor începe cu cea de-a 2-a lună de viață a copilului.

Glanda lacrimală la nou-născut are dimensiuni minime, canalele excretorie ale ei sînt înguste. Funcția de producere a lacrimilor apare în luna a 2-a de viață a copilului. Teaca globului ocular la nou-născut și la sugari e fină, corpul adipos al orbitei e slab dezvoltat. La oamenii de vîrstă mai înaintată și la senili corpul adipos al orbitei descrește, parțial se atrofiază, globul ocular proeminează mai puțin din orbită.

Fanta palpebrală la nou-născut este îngustă, unghiul medial al ochiului e rotunjit. Ulterior fanta palpebrală se măjorează rapid. La copiii de pînă la 14—15 ani ea e largă, din care cauză ochii par a fi mai mari decât la adulți.

Anomalii de dezvoltare a globului ocular

Dezvoltarea complexă a globului ocular poate fi însoțită de apariția unor defecte congenitale. Mai frecvente sînt deformațiile curbării corneei și cristalinului, din cauza cărora imaginea pe retină apare deformată (astigmatism). În caz de dezechilibrare a proporțiilor globului ocular apar miopia (axul vizual mai lung) sau hipermetropia (axul vizual e mai scurt) înnăscute. Uneori există o fantă în iris (coloboma), mai frecvent în segmentul anteromedial. Reminiscente ale arterei corpului vitros, *a. hialoidea*, împiedică trecerea razelor luminoase prin corpul vitros. Uneori se întilnește o denaturare a transparenței cristalinului (cataractă conjunctivală). Subdezvoltarea sinusului venos al sclerei (canalului Schlemm) sau a spațiilor din unghiul iridocorneal (spațiile Fontano) provoacă glaucoma congenitală.

ORGANUL VESTIBULOCOHLER (ORGANUL STATOACUSTIC)

Organul vestibulocohlear, *organum vestibulocochleare*, a apărut la animale în procesul evoluției ca un organ complex al echilibrului (vestibular), care recepționează poziția corpului (capului) în

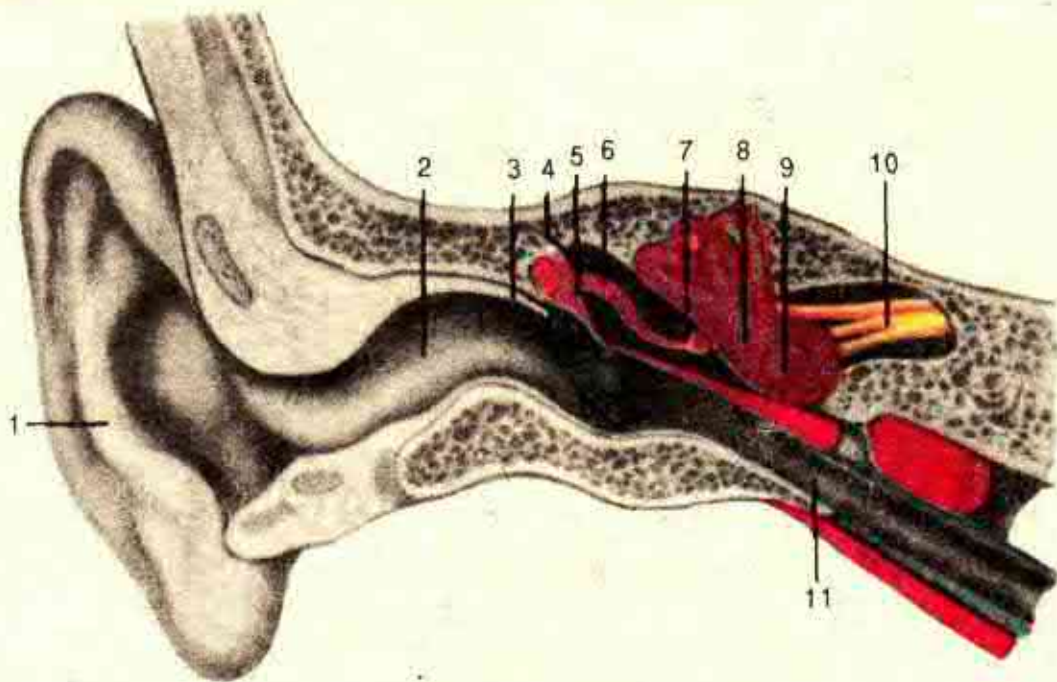


Fig. 285. Organul vestibulocohlear (organul acustic și static).

1 — auricula ; 2 — meatus acusticus externus ; 3 — membrana tympani ; 4 —
cavitas tympanica ; 5 — malleus ; 6 — incus ; 7 — stapes ; 8 — vestibulum ;
9 — cochlea ; 10 — n. vestibulocochlearis ; 11 — tuba auditiva.

cadrul deplasării lui în spațiu și ca organ acustic (fig. 285). Primul din aceste două organe sub aspect de formațiune cu o structură destul de primitivă (veziculă statică) apare deja la nevertebrate. La pești în legătură cu complicarea funcțiilor lor motorii se formează mai întâi unul, iar mai apoi două canale semicirculare. La vertebratele terestre în legătură cu mișcările lor complexe s-a format un aparat, care la om e reprezentat prin vestibul și 3 canale semicirculare, dispuse în trei planuri reciproc perpendiculare. Acest aparat percepe nu numai poziția corpului în spațiu și deplasarea lui rectiliniară, dar și mișcările (întoarcerea) corpului în orice plan (fig. 286). Organul acustic a apărut mai târziu pe calea separării de la organul static. La vertebratele acvatice el e dezvoltat încă slab. Odată cu trecerea vertebratelor din mediul acvatic în cel terestru organul acustic a suferit o dezvoltare progresivă considerabilă și s-a format mai ales datorită restructurării aparatului branhiat. Paralel cu aparatul fonoreceptor, care face parte din urechea internă, a apărut aparatul fononductor, care include urechea medie (cavitatea timpanică cu oscioarele auditive,

trompa auditivă). S-a format urechea externă cu dispozitivul ei pentru a prinde undele sonore — pavilionul urechii, care la mai multe mamifere e mobil și poate fi orientat în direcția sunetului. Au apărut centri auditivi subcorticali și corticali, care au atins cel mai înalt grad de dezvoltare în cortexul creierului uman, în care are loc nu numai analiza impulsurilor nervoase, transmise creierului de la organul acustic, ci și gândirea abstractă „sonoră“, legată de particularitățile de semnalizare.

Organul vestibulocohlear e divizat în trei părți strins legate între ele atât în mod anatomic, cât și în mod funcțional ; urechea externă, urechea medie și urechea internă. Din urechea externă face parte pavilionul urechii și conductul auditiv extern ; urechea medie include cavitatea timpanică, împreună cu celulele mastoidiene și trompa auditivă (tuba Eustachio). Se distinge prin structura sa cea mai complicată urechea internă, care constituie organele propriu-zise — acustic și static. Organul static (organul cohlear) rezidă numai în urechea internă. Urechea externă, medie și o parte din urechea internă (melcul) aparțin organului acustic.

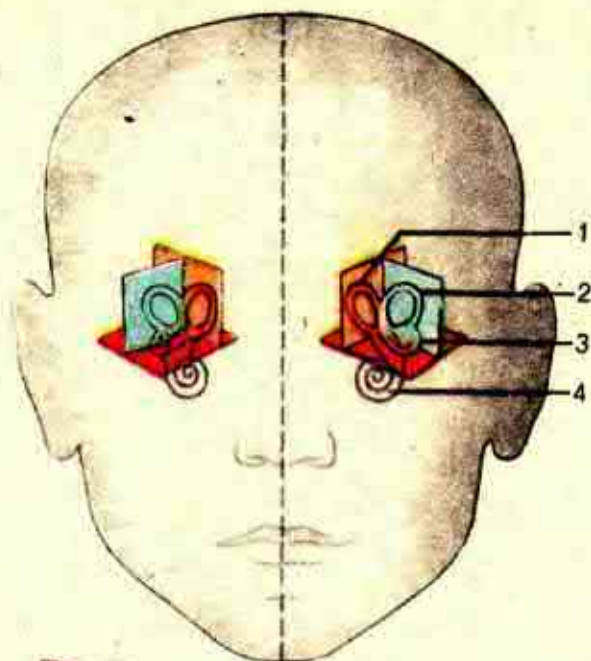


Fig. 286. Schema poziției canalelor semicirculare.

- 1 — canalul semicircular posterior;
- 2 — canalul semicircular lateral;
- 3 — canalul semicircular anterior,
- 4 — melcul.

URECHEA EXTERNĂ

Urechea externă, *auris externa*, include pavilionul urechii și conductul auditiv extern, care formează un fel de pilnie menită pentru a culege sunetele și pentru a orienta undele sonore spre timpan. Pavilionul urechii, *auricula*, constă în fond dintr-un cartilaj elastic cu o configurație complicată, *cartilago auriculae*, acoperit cu piele care aderă stins la el (fig. 287). Partea inferioară a pavilionului urechii e lipsită de cartilaj; în locul lui se află un pliu cutanat, conținând țesut adipos — lobulul urechii, *lobulus auriculae*. Marginea liberă a pavilionului urechii este răsbindă înainte și înăuntru, formind așa-numitul *helix*, *hélix*, care în partea anterioară a pavilionului, deasupra conductului auditiv extern se termină printr-o formațiune pedunculiformă — pedunculul helixului, *crus helicis*. Pe partea internă a helixului, în regiunea lui posterosuperioară, poate fi observată o mică proeminență — tuberculul pavilionului urechii (tubercu-

lul Darwin), *tuberculum auriculae*, care nu totdeauna e clar pronunțat. Pe fața internă a pavilionului se află o ridicătură paralelă cu helixul — antelixelul, *anthélix*. Din partea anterioară a conductului auditiv proemină așa-numitul *tragus*, *tragus*. Vizavi, în partea inferioară a antelixelului se află antitragusul, *antitragus*. Între tragus din față și din porțiunea inferioară a antelixelului din spate e situată o depresiune — cavitatea pavilionului, *cavum conchae*, care continuă cu conductul auditiv extern. Configurația și dimensiunile pavilionului urechii sînt strict individuale.

Conductul auditiv extern, *meatus acusticus externus*, din partea laterală e deschis, iar în profunzime se termină cec, fiind separat de cavitatea urechii medii prin timpan. La adult el are o lungime medie de 35 mm; diametrul lui în porțiunea inițială e de pînă la 9 mm, iar în regiunea celui mai îngust sector, în care partea cartilaginoasă a conductului trece în cea osoasă — de 6 mm. Conductul auditiv extern cartilaginos, fiind o prelungire a pavilionului urechii, are forma unui jgheab deschis din partea superioară și constituie 1/3 din toată întinderea conductului auditiv extern, celelalte 2/3 revin conductului auditiv osos al axului temporal. Conductul auditiv e incurbat în formă de „S”, mai ales în plan orizontal. La cercetarea timpanului conductul auditiv poate fi rectificat prin tracțiunea pavilionului urechii în sens posterosuperior. Din interior conductul auditiv e tapetat cu pielea, care, subțindu-se, continuă pe timpan. Pielea, care așterne porțiunea cartilaginoasă a conductului auditiv conține numeroase glande sebacee și glande speciale — ceruminoase, *glândulae ceruminosae*, care produc cerumenul (ceara urechii).

Timpanul, *membrana tympani*, reprezintă o membrană fină translucidă de formă ovalară cu dimensiuni de 11 și 9 mm. El separă conductul auditiv extern de cavitatea timpanică (cavitatea urechii medii). Timpanul e fixat la capatul intern al conductului auditiv în șanțul porțiunii timpanice a temporalului.

Sectorul inferior, mai mare al timpanului reprezintă porțiunea extinsă, *pars tēnsa*, iar sectorul superior, cu o lățime aproximativ de 2 mm, adiacent la porțiunea scvamoasă a temporalului e denumit porțiune flacidă, *pars flāccida*. În raport cu axul conductului auditiv extern membrana timpanului are o poziție înclinată și formează cu peretele inferior al conductului un unghi de 45—55°, orientat în afară. În centrul timpanului se află o depresiune — ombilicul, *úmbo membrānae týmpani*, care corespunde regiunii de fixare pe fața lui internă a capătului manubriului de ciocănaș. Membrana timpanului constă din țesut fibros, fibrele căruia la periferia timpanului au o direcție mai mult radială, iar în centru — circulară. Din exterior timpanul e căptușit cu epiderm (stratul cutanat, *stratum cutanēum*), iar din interior, din partea cavității timpanice — cu mucoasă (stratul mucos, *stratum mucosum*). În porțiunea flacidă a timpanului stratul fibros lipsește, de aceea stratul cutanat aderă nemijlocit la cel mucos.

URECHEA MEDIE

Urechea medie, *auris média*, include cavitatea timpanului, căptușită cu mucoasă și conținând aer (cu un volum de circa 1 cm) și tuba auditivă (Eustachio). Cavitatea urechii mijlocii comunică cu antrul mastoidian, iar prin intermediul lui — cu celulele mastoidiene din masa apofizei omonime.

Cavitatea timpanului, *cavum týmpani*, se află în masa piramidei osului temporal, având din partea laterală conductul auditiv extern, iar din cea medială labirintul osos al urechii interne. Cavitatea timpanului, la care se disting 6 pereți, e comparată ca formă cu o dai-rea, dispusă pe o coastă și înclinată lateral. 1. Peretele superior sau peretele tegmental, *pāries tegmentālis*, e format dintr-o lamă subțire de substanță osoasă, (*tegmen týmpani*), care desparte cavitatea timpanului de cavitatea craniului. 2. Peretele inferior, sau peretele jugular, *pāries jugulāris*, corespunde feței inferi-

oare a piramidei din regiunea fosei jugulare, *fōssa jugulāris*. 3. Peretele medial sau peretele labirintic, *pāries labyrinthicus*, de o structură complexă, separă cavitatea timpanului de labirintul osos al urechii interne. De pe acest perete în cavitatea timpanică proemină o ridicătură — promontoriul, *promontorium*. Mai sus de promontoriu și ceva mai posterior se află un orificiu de formă ovală — fereastra vestibulului, *fenestra vestibuli*, care se deschide în vestibulul labirintului osos și e ocupată de baza scăriței. Puțin mai sus și posterior de fereastra ovală se află o eminență transversală — proeminența canalului facial (pereții canalului facial), *proeminentia canālis faciālis*. În direcția posteroinferioară de la promontoriu se găsește fereastra melcului, *fenestra cochleae*, închisă cu membrana timpanică secundară, *membrana týmpani secundaria*, care separă scala timpanică de cavitatea timpanică. 4. Peretele posterior sau peretele mastoidian, *pāries mastoideus*, e prevăzut în partea sa cu eminența piramidală, *eminentia pyramidālis*, în interiorul căreia își ia originea mușchiul scăriței, *m. stapēdius*. În partea superioară a peretelui cavitatea timpanului continuă cu antrul mastoidian, *antrum mastoideum*, în care se deschid celulele apofizei omonime. 5. Peretele anterior sau peretele carotid, *pāries carōticus*, separă cavitatea timpanului din partea ei inferioară de canalul carotid, prin care trece *a. carōtis intērna*. În partea superioară a peretelui anterior se află orificiul tubei auditive, care leagă cavitatea timpanului cu nazofaringele. 6. Peretele lateral sau peretele membranos, *pāries membranāceus*, e format din timpan și porțiunile adiacente ale osului temporal.

În cavitatea timpanică sînt situate 3 oscioare ale auzului, acoperite cu mucoasă, precum și ligamente și mușchi.

Oscioarele auzului, *ossicula auditus*, miniaturale ca dimensiuni, unindu-se reciproc, constituie un lanț, întins de la timpan pînă la fereastra vestibuli-

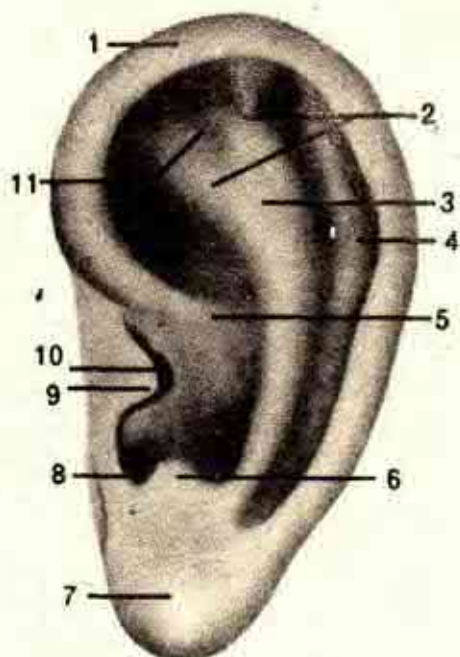


Fig. 287. Pavilionul urechii din dreapta.

1 — helix; 2 — crura antheicis; 3 — anthelix; 4 — scapha; 5 — crus helicis; 6 — antitragus; 7 — lobulus auriculæ; 8 — incisura intertragica; 9 — tragus; 10 — porus acusticus externus; 11 — fossa triangularis.

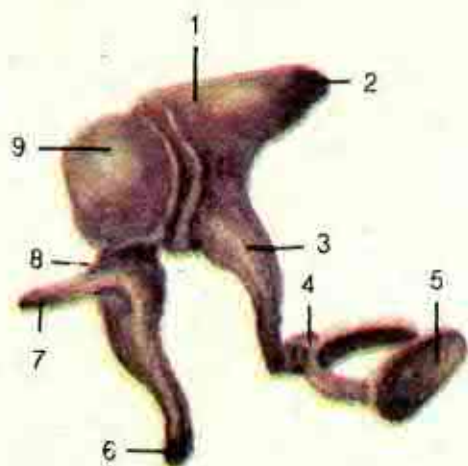


Fig. 288. Oscioarele auzului.

1 — corpus incudis; 2 — crus breve incudis; 3 — crus longum incudis; 4 — caput stapedis; 5 — basis stapedis; 6 — manubrium mallei; 7 — processus anterior mallei; 8 — collum mallei; 9 — caput mallei.

lară, care se deschide în urechea internă. În conformitate cu forma lor, oscioarele auditive au fost denumite: ciocan, nicovală și scărița (fig. 288). Ciocanul (ciocănașul) *malleus*, are un cap rotund, *caput mallei*, care trece într-un miner lung al ciocanului, *manubrium mallei*, prevăzut cu două apofize: laterală și anterioară, *processus lateralis et anterior*. Nicovala, incus,

constă din corp, *corpus incudis*, cu o fosă articulară pentru articularea cu capul ciocănașului și două apofize. Una din ele e scurtă, crus brève, alta — lungă, *crus longum*, și e prevăzută la capăt cu o îngroșare denumită proces lenticular, *processus lenticularis*, pentru articularea cu capul scăriței. Scărița, *stapes*, are un cap, *caput stapedis*, două ramuri — anterioară și posterioară, *crus anterior et crus posterior*, unite printr-o placă bazală, *basis stapedis*, încadrată în fereastra vestibulului. Prin minerul său ciocănașul e concrescut pe toată întinderea cu membrana timpanică în așa mod, încît capătul minerului corespunde ombilicului de pe fața externă a timpanului. Cu ajutorul articulației capul ciocanului se leagă cu corpul nicovalei (articulația incudomaleară, *art. incudomallearis*), iar nicovala prin apofiza lenticulară cu capul scăriței (articulația incudostapediană — *art. incudostapediana*). Articulațiile sînt fortificate prin ligamente minuscule. Prin intermediul acestui lanț mobil, compus din 3 oscioare auditive, unite prin articulații ondulațiile timpanului născute sub influența undulațiilor sonore sînt transmise spre fereastra vestibulului, în care lama bazală a scăriței e fixată mobil cu ajutorul ligamentului inelar al scăriței, *lig. annulare stapedis*. Mișcările oscioarele auditive sînt reglate de doi mușchi inserați pe oscioare; tot acești mușchi asigură protecția organului auditiv, evitînd ondulațiile excesive în caz de apariție a unor sunete extrem de puternice. Primul — mușchiul tensor al timpanului, *m. tensor tympani*, situat în semicanalul omonim al canalului musculotubar. Tendonul lui lung și subțire se inseră pe sectorul inițial al minerului de ciocan. Acest mușchi, tensionînd minerul ciocanului, extinde timpanul. Al doilea — mușchiul scăriței, *m. stapedi*, își ia originea din eminența piramidală și printr-un tendon fin se inseră pe ramura posterioară a scăriței, în apropierea capului ei. La contractia mușchiului scăriței, presiunea exercitată de lama bazală a scăriței, încadrată în fereastra vestibulară, scade.

Tuba auditivă (Eustachio), *tuba auditiva*, are o lungime medie de 35 mm și un diametru de 2 mm. E menită pentru a lăsa să treacă aerul din faringe în cavitatea timpanului și de a menține în ea o presiune a aerului egală cu cea din exterior — fapt extrem de important pentru o funcționare normală a aparatului fon conductor (timpanului și a osciloarelor auzului). Tuba auditivă constă din porțiunea osoasă, *pars ossea tubae auditivae*, și porțiunea cartilaginoasă, *pars cartilaginea tubae auditivae*, formată din cartilaj elastic. Lumenul tubei în locul fuzionării celor două porțiuni — istmul tubei, *isthmus tubae auditivae*, se îngustează pînă la 1 mm. Porțiunea superioară, osoasă, se află în semicanalul omonim al canalului musculotubar din osul temporal și se deschide pe peretele anterior al cavității timpanului prin orificiul timpanic al tubei auditive, *ostium tympanicum tubae auditivae*. Porțiunea inferioară, cartilaginoasă a tubei auditive, care constituie $\frac{2}{3}$ din lungimea ei totală, are aspectul unui jgheab, deschis din partea inferioară și e formată din lamele cartilaginoase medială și laterală și lama membranoasă care le unește. În regiunea de pe peretele lateral al nasofaringelui, în care se deschide tuba prin orificiul faringian al tubei auditive, *ostium pharyngeum tubae auditivae*, lamela medială (posterioară) de cartilaj elastic a tubei se îngroașă și proemină în cavitatea faringelui sub aspect de burelet, *torus tubarius*. Axul longitudinal al tubei auditive e orientat de la orificiul faringian în sus și lateral, formînd cu planurile orizontal și sagital un unghi egal cu 40—45°.

De la porțiunea cartilaginoasă a tubei auditive își iau originea doi mușchi: mușchiul tensor al vălului palatin și mușchiul ridicător al vălului palatin. La contracția lor cartilajul tubei și lama ei membranoasă, *lamina membranacea*, sint tracționate, canalul tubei se dilată și aerul din faringe pătrunde în cavitatea timpanului. Mucoasa tubei formează cute longitudinale și e tapetată cu epiteliu ciliat; mișcarea cili-

lor are loc în direcția faringelui. În mucoasa tubei auditive se conțin numeroase glande mucoase (*glândulae tubariae*), țesut limfoid, care lingă bureletul tubar din faringe formează o aglomerație — amigdala tubară (vezi „Organele hematopoetice și ale sistemului imun”).

URECHEA INTERNĂ

Urechea internă, *auris interna*, rezidă în masa piramidei osului temporal, fiind separată de cavitatea timpanului prin peretele labirintic. Ea constă din labirintul osos și din labirintul membranos, situat în interiorul celui dintii.

Labirintul osos, *labyrinthus ossæus*, are pereții formați din substanța osoasă compactă a piramidei osului temporal și e situat între cavitatea timpanului din partea laterală și conductul auditiv intern din partea medială. Axul lung al labirintului osos constituie circa 20 mm. În componența labirintului osos se disting vestibulul, anterior de el se află melcul, iar posterior — canalele semicirculare (fig. 289). Vestibulul, *vestibulum*, reprezintă o cavitate de dimensiuni limitate și formă neregulată. Pe peretele lateral al labirintului osos se află două ferestre. Una din ele are formă ovală și se deschide în vestibul. Din partea cavității timpanului ea e închisă de lama bazală a scăriței. Cea de a doua, fereastra a melcului, rotundă, se deschide în porțiunea inițială a canalului spiralat al melcului și e închisă cu membrana timpanică secundară. Pe peretele posterior al vestibulului pot fi observate 5 orificii mici, prin care se deschid în vestibul canalele semicirculare, iar pe peretele anterior — un orificiu destul de mare, care duce în canalul melcului. Pe peretele medial al vestibulului se află creasta vestibulului, *crista vestibuli*, care separă una de alta două gropițe. Cea anterioară, de formă rotunjită a fost denumită *recessus sferic*, *recessus sphericus*. Gropița posterioară are o formă alungită, e situată mai aproape de canalele semicirculare și poartă denumirea de *recessus eliptic*, *recessus ellipticus*. În recessul eliptic se află orificiul intern al ape-

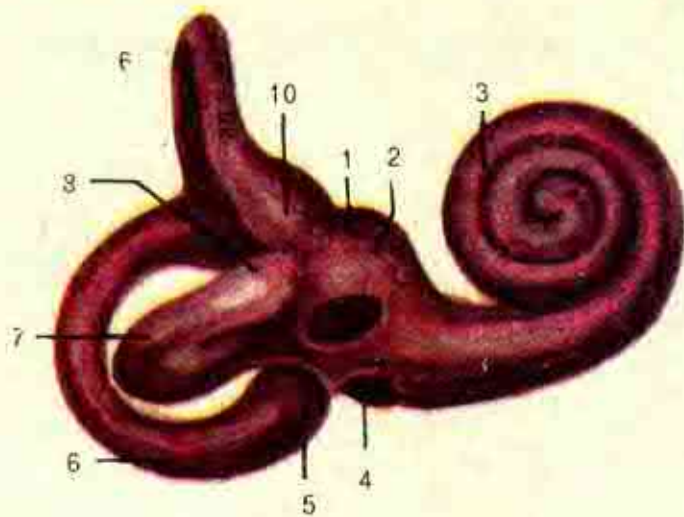


Fig. 289. Labirintul osos.

1 — vestibulum; 2 — fenestra vestibuli; 3 — cochlea; 4 — fenestra cochleae; 5 — ampulla ossea posterior; 6 — canalis semicircularis posterior; 7 — canalis semicircularis lateralis; 8 — ampulla ossea lateralis; 9 — canalis semicircularis anterior; 10 — ampulla ossea anterior.

ductului vestibular, *apertura internă aqueductus vestibuli* (BNA).

Melcul, *cochlea*, — partea anterioară a labirintului osos, reprezintă canalul spiralat al melcului, *canalis spiralis cochleae*, care descrie în jurul axului melcului $2\frac{1}{2}$ ture circulare. Baza melcului, *basis cochleae*, e orientată medial, spre partea conductului auditiv intern; virful — *cupula melcului*, *cupula cochleae*, e îndreptat spre cavitatea timpanului. Axul melcului este situat orizontal; în calitate de ax servește tija osoasă — *columela*, *modiolus*. În jurul columelei se înfășoară lama osoasă spiralată *lamina spiralis ossea*, care nu desparte complet canalul spiralat al melcului. În regiunea cupulei cu ajutorul cîrligului lamei spirale, *hamulus laminae spiralis*, este delimitat un orificiu oval — orificiul melcului, *helicortema*. Columela e străbătută de canalele longitudinale ale columelei, *canales longitudinales modioli*, destul de înguste, prin care trec fibrele porțiunii cochleare a nervului vestibulocohlear. La baza melcului, în porțiunea, în care începe scara timpanului, se află *apertura internă a calicului cochleei*, *apertura internă canaliculi cochleae* (BNA).

Canalele semicirculare osoase, *canales semicircularis ossei*, reprezintă trei tuburi arciforme, dispuse în trei planuri reciproc perpendiculare. Lumenul fiecărui canal semicircular osos are un diametru egal cu circa 2 mm.

Canalul semicircular anterior (sagital, sau superior), *canalis semicircularis anterior*, e orientat perpendicular pe axul longitudinal al piramidei. El e situat mai sus ca celelalte canale semicirculare, iar punctul lui cel mai ridicat formează pe peretele anterior al piramidei temporalului eminența arciformă.

Canalul semicircular posterior, (frontal), *canalis semicircularis posterior*, e cel mai lung din toate și are o poziție aproape paralelă feței posterioare a piramidei.

Canalul semicircular lateral (orizontal), *canalis semicircularis lateralis*, formează pe peretele labirintic al cavității timpanului proeminența canalului semicircular lateral, *prominența canalis semicircularis lateralis*. Acest canal e mai scurt ca celelalte. După cum s-a menționat mai sus cele trei canale semicirculare se deschid în vestibul numai prin 5 orificii, deoarece pe *pedunculii osoși*, *crura ossea*, ai canalelor semicirculare anterior și posterior se contopesc formînd *pedunculul osos comun*, *crus osseum commune*. Celelalte 4 pedunculi ai canalelor semicirculare se deschid în vestibul de sine stătător. Unul din cei doi pedunculi ai fiecărui canal semicircular posedă o dilatare ampuliformă — *ampulla ossea*, *ampulla ossea*, din care cauză asemenea peduncul e numit *peduncul osos ampular*, *crus osseum ampullare*. Unul din pedunculii canalului semicircular lateral nu posedă ampulă și e denumit *peduncul osos simplu*, *crus osseum simplex*; el de asemenea se deschide în vestibul de sine stătător.

Labirintul membranos, *labyrinthus membranaceus*, rezidă în interiorul celui osos, repetîndu-i, în fond configurația. Pereții labirintului membranos sînt formați dintr-o lamelă conjunctivă

Fig. 290. Schema labirintului osos și membranos. Labirintul membranos e marcat prin culoare verde — întunecată.

1 — utriculus; 2 — sacculus; 3 — ductus endolymphaticus; 4 — saccus endolymphaticus; 5 — ductus cochlearis; 6 — ampulla membranacea anterior; 7 — ampulla membranacea lateralis; 8 — ampulla membranacea posterior; 9 — ductus semicircularis anterior; 10 — ductus semicircularis posterior; 11 — ductus semicircularis lateralis; 12 — crus membranaceum communae; 13 — ductus utriculosaccularis; 14 — ductus reuniens; 15 — canalis semicircularis anterior; 16 — canalis semicircularis lateralis; 17 — canalis semicircularis posterior; 18 — vestibulum; 19 — scala vestibuli; 20 — scala tympani; 21 — canaliculus cochleae; 22 — membrana tympani secundaria; 23 — stapes.



vală fină, căptușită cu epiteliu plat. Între fața internă a labirintului osos și labirintul membranos se află un spațiu îngust — spațiul perilimfatic, *spatium perilymphaticus*, conținând un lichid, denumit perilimfă, *perilympha*. Prin ductul perilimfatic *ductus perilymphaticus*, dispus în canaliculul melcului, perilimfa din spațiul perilimfatic poate să se scurgă în spațiul subarahnoidian în regiunea marginii posterioare a stincii temporalului. Labirintul membranos conține endolimfă; prin ductul endolimfatic, *ductus endolymphaticus*, din apeductul vestibulului ea poate să se scurgă în sacul endolimfatic, *saccus endolymphaticus*, situat în masa pahimeningelui de pe fața posterioară a piramidei.

La labirintul membranos se disting sacii eliptic și sferic, trei ducturi semicirculare și ductul melcului. Sacul eliptic sau utricula, *utriculus*, de formă alungită, este situat în recesul omonim al vestibulului, iar sacul sferic, *sacculus*, de o configurație piriformă, ocupă recesul sferic. Sacii eliptic și sferic comunică reciproc printr-un canal îngust — ductul sacilor eliptic și sferic, *ductus utriculosaccularis*, de la care mai pornește *ductus endolymphaticus*. În partea sa inferioară sacul sferic (sacula) trece în ductul de legătură, *ductus reuniens*, care se varsă în ductul melcului. Sacii eliptic (utriculă) se deschid

5 orificii ale ducturilor semicirculare anterior, posterior și lateral, situate în canalele semicirculare osoase omonime. Ducturile semicirculare, *ductus semicirculares*, sînt mai subțiri ca canalele osoase. În regiunile dilatate ale canalelor semicirculare osoase — ampulele osoase — fiecare duct semicircular membranos formează cîte o ampulă membranoasă. Respectiv ducturilor se disting ampula membranoasă anterioară, *ampulla membranacea anterior*, ampula membranoasă posterioară, *ampulla membranacea posterior* și ampula membranoasă laterală, *ampulla membranacea lateralis*.

În sacii eliptic și sferic, precum și pe fața internă a pereților ampulelor membranoase ale ducturilor semicirculare se află niște formațiuni speciale, acoperite cu o substanță gelatinoasă și conținînd celule senzoriale cu cili. În utriculă și saculă aceste formațiuni au aspect de pete albicioase — macule, *maculae*: macula sacului eliptic, *macula utriculi*, și macula sacului sferic, *macula sacculi*; aici prin concursul endolimfei are loc percepția poziției statice a capului și mișcările rectiliniiare. În ampulele membranoase ale canalelor semicirculare membranoase se află *crestele ampulare*, *cristae ampullares*, care înregistrează întoarcerea capului în diferite direcții. Excitarea celulelor senzoriale cu cili,

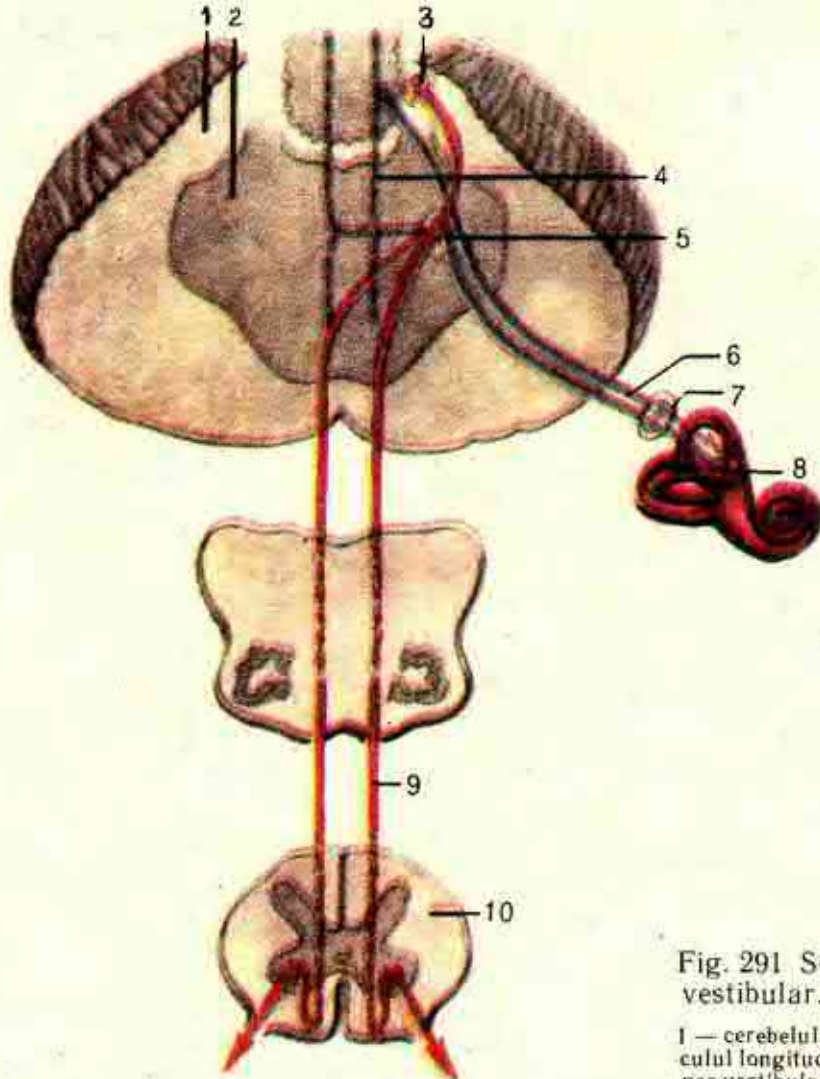


Fig. 291 Schema căilor conductoare ale aparatului vestibular.

1 — cerebelul ; 2 — puntea ; 3 — nucleul fastigian ; 4 — fasciculul longitudinal posterior ; 5 — nucleii vestibulari ; 6 — porțiunea vestibulară a nervului vestibulocohlear (perechea VIII) ; 7 — ganglionul vestibular ; 8 — urechea internă ; 9 — tractul vestibulospinal ; 10 — secțiune a măduvei spinării.

localizate în macule și criște este transmisă din aceste celule terminațiilor porțiunii vestibulare a nervului vestibulocohlear. Corpii primilor neuroni ai nervului se află în ganglionul vestibular, situat pe fundul conductului auditiv intern, iar prelungirile centrale ale primilor neuroni pornesc în componența nervului vestibulocohlear prin conductul auditiv intern spre cavitatea craniului, iar apoi pătrund în encefal și țin calea spre nucleii vestibulari din *ârea vestibularis* a fosei romboide. Prelungirile celulelor din nucleii vestibulari (neuronul II) pleacă spre nucleii fastigiului cerebelului și măduva spinării, formind *tractus vestibulospinalis*, intrând totodată și în fasciculul longitudinal al trunchiului cerebral (fasciculul Behterev). O parte din fibrele porțiunii vestibulare a nervului vestibulocohlear pornește direct spre cerebel (pătrund în *nódulus*),

lăsând la o parte nucleii vestibulari (fig. 291).

Labirintul membranos al melcului — *ductul cohlear*, *dúctus cohleáris*, începe orb în vestibul, posterior de scurgerea în el a ductului de legătura și continuă în direcție anterioară prin canalul spiralat al melcului. În regiunea cupulei melcului ductul cohlear se termină cec. Pe o secțiune transversală el are o formă triunghiulară (fig. 292). Peretele extern al ductului cohlear, *páries extérnus dúctus cohleáris*, fuzionează cu periostul peretelui extern al canalului spiralat al melcului ; peretele timpanic (interior), *páries tympánicus dúctus cohleáris* (*membrána spirális*), prezintă în aparență o continuare a lamei spiralate osoase. Cel de al treilea perete — peretele vestibular superior al ductului cohlear (*membrána vestibula-*

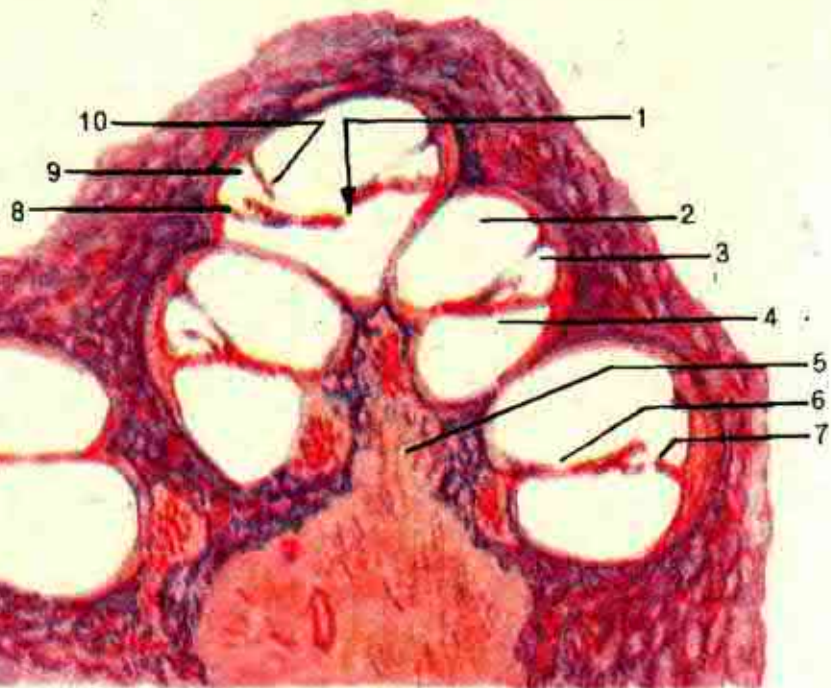


Fig. 292. Secțiune prin melc, paralelă axului tijei

1 — helicotrema ; 2 — scala vestibuli ; 3 — ductus cochlearis ; 4 — scala tympani ; 5 — modiolus ; 6 — lam. spiralis ossea ; 7 — organum spirale ; 8 — paries tympanicus ductus cochlearis (membrana spiralis) ; 9 — paries externus ductus cochlearis ; 10 — paries vestibularis ductus cochlearis (membrana vestibularis).

ră, sau membrana Reissner), *paries vestibularis ductus cochlearis* (*membrana vestibularis*), se întinde de la marginea lamei spiralate osoase oblic și în sus spre peretele lateral a ductului cochlear. Ductul cochlear ocupă porțiunea medie a canalului spiralat osos al melcului și separă partea lui inferioară — *scala tympani*, care limitează cu membrana spiralată, de partea lui superioară — *scala vestibulari*, *scala vestibuli*, adiacentă la membrana vestibulară. În regiunea cupulei melcului *scala tympani* și *scala vestibuli* comunică una cu alta prin orificiul melcului, *helicotrema*, menționată mai sus. La baza melcului *scala tympani* se termină în regiunea ferestrei rotunde, închise cu membrana timpanică secundară. *Scala vestibuli* comunică cu spațiul perilimfatic al vestibulului. În interiorul ductului cochlear, pe membrana spirală, se află *organul spiralat*, *organul acustic* sau *organul Corti*, *organum spirale*. La baza organului spiralat se află membrana bazilară, *lamina basilaris*, care conține până la 24.000 de fibre colagene fine (coarde), racordate de la capătul lamei spiralate osoase până la peretele opus al canalului spiralat al melcului, pe întinderea de la bază și până la cupulă. Fibrele colagene din

membrana bazilară realizează un rol de coarde rezonatoare. Pe membrana bazilară sunt situate celulele de susținere și celulele senzoriale cu cili, care percep undulațiile mecanice ale perilimfei din *scala tympani* și *scala vestibuli*. Vibrațiile perilimfei sunt provocate de mișcările ondulatorie ale lamei bazale a scăriței din fereastra ovală, cu care contactează perilimfa din urechea internă (fig. 293). Ondulațiile perilimfei din *scala vestibuli* se respindesc în direcția cupulei melcului, iar apoi prin orificiul melcului (*helicotrema*) — asupra perilimfei din *scala tympani*, închisă la baza melcului prin membrana timpanică secundară. Datorită elasticității acestei membrane perilimfa, care practic nu poate fi comprimată, e pusă în mișcare. Vibrațiile sonore ale endolimfei din *scala tympani* sunt transmise membranei bazilare, pe care se află organul spiralat (acustic) și endolimfei din ductul cochlear. Vibrațiile endolimfei și ale membranei bazilare pun în funcție aparatul fonoreceptiv, celulele senzoriale cu cili ale căruia transformă mișcările mecanice în impuls nervos. Impulsul e recepționat de terminațiunile celulelor bipolare, corpii cărora se află în ganglionul cochlear (ganglionul spiralat al melcului) ; prelungirile centrale ale acestor

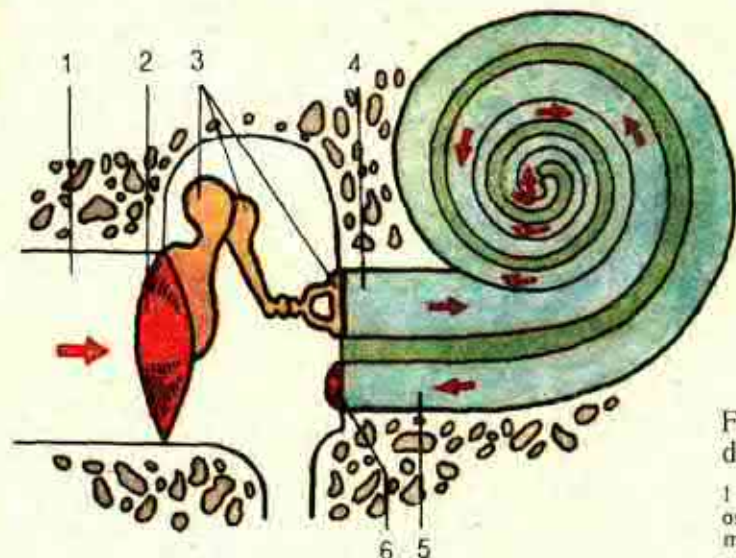


Fig. 293. Schema direcției difuzării sunetului (indicată prin săgeți) în organul acustic.

1 — meatus acusticus externus ; 2 — membrana tympani ; 3 — ossicula auditus ; 4 — scala vestibuli ; 5 — scala tympani ; 6 — membrana tympani secundaria.

celule formează porțiunea cohleară a nervului vestibulocohlear și împreună cu porțiunea lui vestibulară trec prin conductul auditiv intern, pătrund în encefal, ținând calea spre nucleii cohleari anterior (ventral) și posterior (dorsal), aflați în bulbul rahidian, în regiunea *area vestibularis* a fosei romboide. Aici impulsul nervos este transmis celulelor din nucleii cohleari, adică neuronului următor (fig. 294). Prelungirile celulelor din nucleul anterior se orientează spre partea opusă, formind un fascicul de fibre nervoase, denumit corp trapezoid, *corpus trapezoidum*. Axonii nucleului posterior apar la suprafața fosei romboide și sub aspect de strii medulare ale ventriculului IV pornesc spre șanțul median al fosei romboide, se deplasează în profunzimea substanței medulare și se alătură la fibrele corpului trapezoid. În partea opusă a punții fibrele corpului trapezoid formează un cot, orientat lateral, dând naștere lemniscului lateral, *lemniscus lateralis*, ținând mai apoi calea spre centrii subcorticali auditivi: corpul geniculat medial, *corpus geniculatum mediale* și coliculul inferior al tectului mezencefalic. O parte din fibrele căii acustice (axonii celulelor din nucleii cohleari) se termină în corpul geniculat medial, unde transmit impulsurile neuronului următor. Prelungirile acestuia, trecind prin porțiunea sublenticulară a capsulei interne se îndreaptă spre centrul acustic (segmentul cortical al analizatorului auditiv), aflat

în cortexul circumvoluției temporale superioare (circumvoluțiile temporale transversale sau circumvoluțiile Heschl). Aici are loc analiza superioară a impulsurilor nervoase parvenite din aparatul fonoreceptor. Altă parte de fibre trece în tranzit prin corpul geniculat medial, iar apoi prin brațul coliculului inferior intră în nucleul acestuia și se termină. Aici ia naștere una din căile extrapiramidale, *tractus tectospinalis*, prin care impulsurile de la coliculii cvadrigemeni inferiori sunt transmise celulelor nucleilor motori din coarnele anterioare ale măduvei spinării.

Vasele și nervii organului vestibulocohlear.

Organul vestibulocohlear (organul acustic și static) este irigat din câteva surse. Spre urechea externă vin ramuri din sistemul arterei carotide externe: *rr. auriculăres anteriōres* (ramuri ale arterei temporale superficiale) *rr. auriculăres* (de la artera occipitală) și *a. auriculăris postērior*. În peretele conductului auditiv extern se ramifică *a. auriculăris profūnda* (din artera maxilară). Tot această arteră participă la irigarea timpanului. Timpanul mai recepționează și din arterele, care vascularizează mucoasa cavității timpanului. Ca rezultat, în timpan se formează două rețele vasculare — una în stratul lui cutanat, alta în cel mucos.

Singele venos de la urechea externă

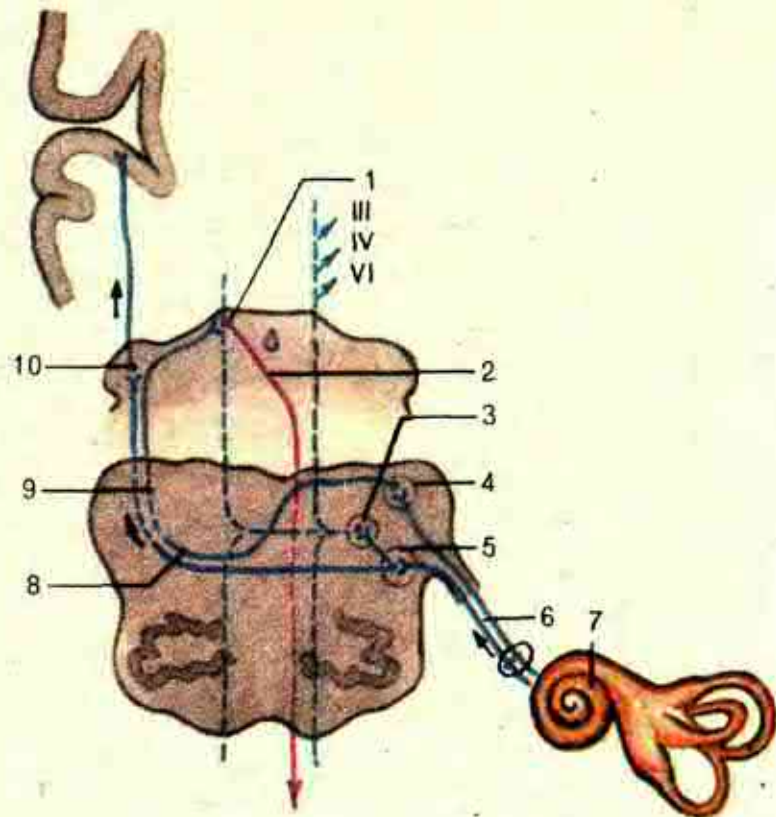


Fig. 294. Calea de conducere a analizatorului acustic.

1 — colliculus caudalis (inferior); 2 — tractus tectospinalis; 3 — nucleus corporis trapezoidei; 4 — nucleus cochlearis dorsalis (posterior); 5 — nucleus cochlearis ventralis (anterior); 6 — pars cochlearis n. vestibulocochlearis; 7 — cochlea; 8 — corpus trapezoideum; 9 — lemniscus lateralis; 10 — corpus geniculatum mediale. III, IV, VI — nervi cranieni (prin săgeți sînt indicate căile de propagare a impulsurilor nervoase).

este colectat în venele omonime și se scurge în vena retromandibulară și vena jugulară externă.

În mucoasa cavității timpanului se ramifică *a. tympanica anterior* (ramură a arterei maxilare), *a. tympanica superior* (ramură a arterei meningeale medii), *a. tympanica posterior* și *a. stylomastoidea* (ramuri ale arterei auriculate posterioare), *a. tympanica inferior* (din artera faringiană ascendentă), *aa. caroticotimpanici* (din artera carotidă internă).

Pereții tubei auditive sînt vascularizați de *a. tympanica anterior* și de ramurile faringiene (din artera faringiană ascendentă), *r. petrosus* (ramură a arterei meningeale medii). Spre tuba auditivă mai trimite ramusculi *a. canalis pterygoidei* (ramură a arterei maxilare). Venele urechii medii însoțesc arterele omonime și se varsă în plexul venos al faringelui, *plexus venosus pharyngeus*, în venele meningeale (afluenți ai venei jugulare interne) și în vena retromandibulară.

Urechea internă e irigată de *a. labyrinthi* (ramură a arterei bazilare), care însoțește nervul vestibulocohlear și lansează ramuri spre vestibul, canalele semicirculare și melc. Singele venos se scurge prin vena omonimă în sinusul pie-

tros, prin vena canalicului melcului și vena apeductului vestibulului, situate în canalele omonime și care se scurg în sinusul pietros superior, sau nemijlocit în vena jugulară internă.

Limfa de la urechea externă și cea medie se scurge în ganglionii limfatici mastoidieni, paraauriculari, profunzi laterali ai gîtului, jugulari interni, precum și în ganglionii retrofaringieni (de la tuba auditivă).

Nervii organului vestibulocohlear iau naștere din cîteva surse. Urechea externă e asigurată cu inervație senzitivă din nervul auricular mare, nervul vag și nervul auriculotemporal. La timpan vin ramusculi de la nervul auriculotemporal și nervul vag, precum și de la plexul timpanic din cavitatea omonimă. În mucoasa cavității timpanului se află un plex — *plexus tympanicus*, format de ramurile nervului omonim (*n. tympanicus*, o ramură a nervului glosofaringian), ramura comunicantă a nervului facial cu plexul timpanic (*r. comunicans cum plexu tympanico*) și fibrele simpatice de el nervii caroticotimpanici (de la plexul carotid intern). *Plexus tympanicus* continuă în mucoasa tubei auditive, unde pătrund de asemenea ramuri de la plexul faringian, *plexus pharyngeus*. Coarda

timpanului, *chorda tympani*, trece prin cavitatea timpanului în tranzit și nu participă la inervația ei. Mușchii, inserați pe oscioarele auzului, sînt inervați din surse diferite: *m. stapédus* — de la nervul facial, *m. ténsonis tympani* — de la rama omonimă a nervului mandibular.

Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale organului vestibulocohlear

Organul acustic și static în embriogeneza omului ia naștere destul de timpuriu. Primordiul labirintului membranos apare la începutul celei de-a III săptămîni de viață intrauterină sub forma unei îngroșări a ectodermului de pe suprafața segmentului cefalic al embrionului, lateral de placa neurală. În săptămîna IV lamela ectodermală se incurbează, formînd fosa auditivă, care mai apoi se transformă în vezicula auditivă. Ulterior vezicula se desparte de ectoderm și se deplasează în profunzime (săptămîna VI).

În rezultatul unei diferențieri complexe din veziculă se formează trei canale semicirculare, utricula și sacula. În fiecare din aceste formațiuni se dezvoltă un sector specializat: creasta în canalele semicirculare, macula în utriculă și saculă, conținînd celule senzitive neuroepiteliale. Din partea anterioară a veziculei, prin alungire și sucire în spirală, se formează ductul cohlear. În luna III de embriogeneză labirintul membranos e în fond format. În același timp începe a se forma aparatul fonoreceptor — organul spiralat (Corti). Dintr-o îngroșare a epiteliului ductului cohlear se formează membrana tectorie, *membrana tectoria*, sub care are loc diferențierea celulelor neuroepiteliale senzoriale (cu cili); în pragul lunii VI structura organului spiralat (Corti) treptat se complică. Ramificațiile porțiunii periferice a perechii VIII de nervi cranieni fac legătura cu celulele senzoriale ale maculelor și creștelor, precum și cu organul spiralat. Odată cu dezvoltarea labirintului membranos în jurul lui are loc concentrarea mezenchimului (capsula acustică), care mai apoi se transformă în cartilaj. Între cartilaj și labirintul membranos

apare spațiul perilimfatic, umplut cu lichid. În continuare capsula cartilaginoasă se transformă în capsula osoasă. Paralel cu dezvoltarea aparatului fonoreceptor (urechea internă) are loc formarea aparatului fon conductor (urechea medie). Din recesul branhial (visceral) I, mai bine zis — din porțiunea lui distală, ia naștere primordiul cavității timpanului, iar porțiunea lui proximală se îngustează și se transformă în tuba auditivă. Șanțul branhial — un reces al ectodermului, apărut vizavi de cavitatea timpanului în curs de formare — se transformă ulterior în conductul auditiv extern. Oscioarele auditive se dezvoltă din cartilajele arcurilor viscerele I și II. Pavilionul urechii se formează din îngrămădiri insulare de mezenchim, adiacente la șanțul ectodermic.

La nou-născut pavilionul urechii e puțin mai aplatisat, cartilajul lui e mai moale, iar pielea, care îl acoperă e mult mai fină. Lobulul urechii e de dimensiuni reduse. Pavilionul urechii crește mai intens în decursul primilor 2 ani de viață a copilului și după vîrsta de 10 ani; în lungime el crește mai repede decît în lățime. Conductul auditiv extern la nou-născut e îngust, lung (circa 15 mm), curbat brusc; la nivelul dintre porțiunile medială și laterală mai dilatate prezintă o îngustare. Pereții conductului auditiv extern sînt cartilajinoși cu excepția inelului timpanic. Pielea, care tapetează conductul auditiv extern e subțire, fină. La copiii de 1 an conductul auditiv extern atinge lungimea de 20 mm; la copiii de 5 ani — 22 mm.

Timpanul la nou-născut e relativ mare. Diametrul lui vertical e de 9 mm, iar cel orizontal e ca la adult — de 8 mm. La nou-născut timpanul e mult mai înclinat ca la adult, formînd cu peretele inferior al conductului auditiv extern un unghi de 35°—40°.

Ca dimensiuni cavitatea timpanului la nou-născut diferă puțin de cea a adultului, totuși ea pare a fi mai strîmtă din cauza că la copii mucoasa e mai groasă. Spre momentul nașterii în cavitatea timpanului se află lichid, care odată cu primele mișcări respiratorii este evacuat prin tuba auditivă în faringe și înghițit.

Peretii cavității timpanului sînt subțiri, mai ales cel superior. Peretele inferior constă alocuri din țesut conjunctiv. Pe peretele posterior se află un orificiu larg, care se deschide în antrul mastoidian. Celulele, sau cavitățile mastoidiene la nou-născut lipsesc din cauza dezvoltării sub nivel a apofizei omonime. Oscioarele auditive au dimensiuni, care se apropie de acestea la adult. Tuba auditivă la nou-născut e rectilinie, largă și scurtă (17—21 mm). Sectorul cartilaginos al tubei auditive e dezvoltat mai puțin. În decursul primului an de viață tuba auditivă la copil crește încet, iar în anul II — mai rapid. La vîrsta de 1 an lungimea ei e egală cu 20 mm, la 2 ani — 30 mm, la 5 ani — 35 mm, la adult 35—38 mm. Lumenul tubei se îngustează treptat: de la 2,5 mm la 6 luni pînă la 2 mm la 2 ani și 1—2 mm la vîrsta de 6 ani.

Urechea internă la nou-născut e bine dezvoltată, dimensiunile ei sînt aproape egale cu cele ale adultului. Peretii osoși ai canalelor semicirculare sînt subțiri, dar treptat se îngroașă în rezultatul confluenței nucleilor de osificare din stînga temporalului.

Anomalii de dezvoltare ale organului vestibulocohlear.

Dereglaarea dezvoltării aparatului receptor (organului Corti), subdezvoltarea oscioarelor auditive, care le limitează mobilitatea duc la surzenie congenitală. Defecțiile de poziție, formă și structură ale urechii externe (monstruozițiile) sînt legate, de regulă, de subdezvoltarea mandibulei (micrognatie) sau chiar lipsa ei completă (agnatie).

ORGANUL OLFACTIV

În viața animalelor terestre simțul olfactiv joacă un rol important în relațiile lor cu ambianța. El servește la identificarea mirosurilor, la determinarea materiilor mirositoare gazoase din aer. În procesul evoluției organul olfactiv, de origine ectodermală, la început s-a constituit alături de orificiul bucal, apoi s-a unit cu porțiu-

nea inițială a căilor respiratorii superioare, care s-au separat de cavitatea bucală. La unele mamifere simțul olfactiv este bine dezvoltat (la macrosmatice). Din acest grup fac parte insectivorele, rumegătoarele, copitatele, carnasierile. La alte animale simțul olfactiv lipsește definitiv (la anosmatice). Din acestea fac parte delfinii. Al treilea grup de animale posedă simțul olfactiv subdezvoltat (la microsmatice). Din acestea fac parte primatele. La om organul olfactiv este situat în porțiunea superioară a cavității nazale. Regiunea olfactivă a mucoasei nazale, *regio olfactoria tunicae mucosae nasi*, include tunica mucoasă, ce tapetează cornetul nazal superior și partea superioară a septului nazal. Stratul receptor al tunicii mucoase este prezentat de celulele neurosensoriale olfactive, *cellulae neurosensoriae olfactoriae*, care percep prezența materiilor mirositoare. Sub celulele olfactive se află celulele sustentaculare, *cellulae sustentaculares*. În tunica mucoasă se află glandele olfactive (*glandele Bowman*), *gll. olfactoriae*, al căror secret umectează suprafața stratului receptor. Prelungirile periferice ale celulelor olfactive comportă niște cili olfactivi (perişori), iar cele centrale formează 15—20 de nervi olfactivi, *nn. olfactorii*. Nervii olfactivi prin orificiile lamei cribroase a osului etmoid pătrund în cavitatea craniului, apoi în bulbul olfactiv, în care axonii celulelor neurosenzoriale, în interiorul glomerulelor olfactive, intră în contact cu celulele mitrale. Prelungirile celulelor mitrale în profunzimea tractului olfactiv se îndreaptă spre trigonul olfactiv, apoi în componența fișiiilor olfactive (intermediară și medială) avansează în substanța perforată anterioară, în aria subcaloasă, *area subcallosa*, și în bandaleta diagonală Broca, *bandeleta diagonalis, Broca*. În componența acestei bandalete prelungirile celulelor mitrale urmează în circumvoluția parahipocampală și în uncus, în care se află centrul cortical olfactiv (fig. 295).

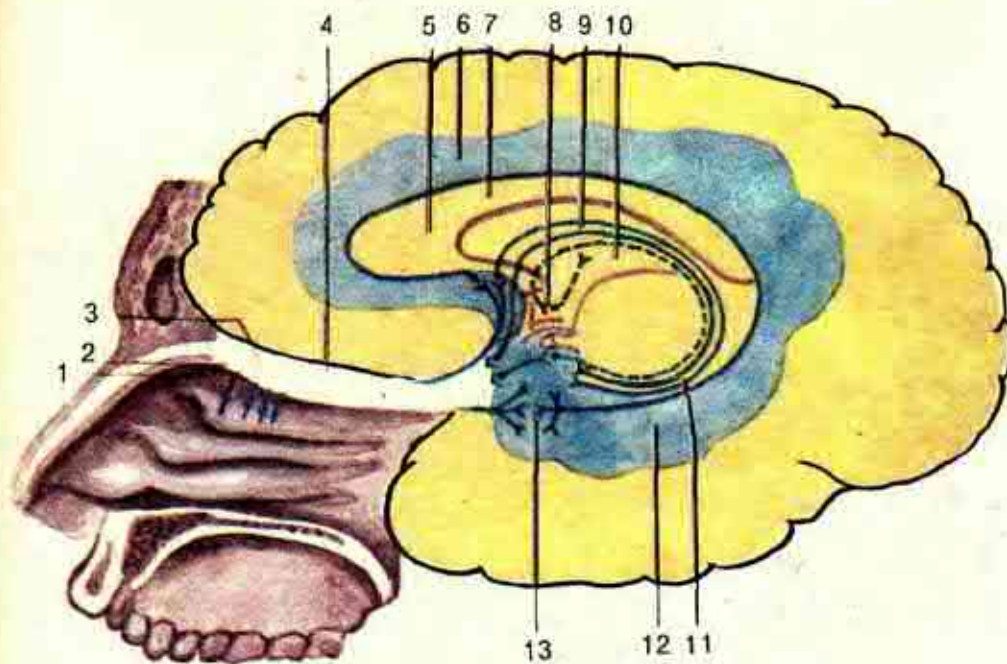


Fig. 295. Căile conducătoare ale organului olfactiv.

1 — concha nasalis superior; 2 — nn. olfactorii; 3 — bulbus olfactorius; 4 — tractus olfactorius; 5 — area subcallosa; 6 — gyrus cinguli; 7 — corpus callosum; 8 — corpus mamillare; 9 — fornix; 10 — thalamus; 11 — gyrus dentatus; 12 — gyrus parahippocampalis; 13 — uncus.

ORGANUL GUSTATIV

Organul gustativ, *organum gustus*, derivă din ectoderm. La pești bulbii gustativi, care percep „simțul de gust”, există nu numai în tegumentul epitelial al cavității bucale, ci și pe tegumentul cutanat al corpului (simțul dermatochimic). La vertebratele terestre bulbii gustativi sînt situați în porțiunea inițială a tubului digestiv, atingînd maxima lor dezvoltare la mamiferele superioare. La om corpusculii gustativi, *caliculi gustatorii*, în număr de circa 2 mii se află în fond în mucoasa limbii, precum și a palatului, vestibulului faringian, epiglotei. Cel mai mare număr de corpusculi gustativi este concentrat în papilele valate *papillae valate*, și în papilele foliate, *papillae foliatae*; în număr mai redus ele se întîlnesc în papilele fungiforme, *papillae fungiformes*, de pe mucoasa spinării limbii. În papilele filiforme acestea lipsesc definitiv. Fiecare corpuscul gustativ este alcătuit din celule gustative și celule sustentaculare. În virtul corpusculului există un por gustativ, *porus gustatorius*, care se deschide pe suprafața mucoasei. La suprafața celulelor gustative ajung terminațiile nervoase ale fibrelor responsabile de sensibilitatea gustativă. În regiunea celor 2/3 anterioare ale lim-

bii simțul gustului este perceput de fibrele coardei timpanice a nervului facial, în treimea posterioară a limbii și în regiunea papilelor valate — de terminațiile nervului glosofaringian. Acest nerv realizează inervația gustativă și în tunica mucoasă a palatului moale și stîlpilor palatini. De la bulbii gustativi diseminați distal în mucoasa epiglotei și suprafeței interne a cartilajelor aritenoidă impulsurile gustative trec prin nervul faringian superior, care este o ramură a nervului vag. Prelungirile centrale ale neuronilor responsabili de inervația gustativă în cavitatea bucală, se îndreaptă în componenta nervilor cranieni respectivi (VII, IX, X) spre nucleul lor senzitiv comun, nucleul solitar, situat sub formă de traveu celular longitudinal, în porțiunea posterioară a bulbului rahidian. Axonii celulelor din acest nucleu se îndreaptă în talamus, unde impulsul se transmite neuronilor următori, prelungirile centrale ale cărora se termină în cortexul encefalului, circlingului circumvoluției parahippocampale (fig. 296). În această circumvoluțiune se află extremitatea corticală a analizorului gustativ.

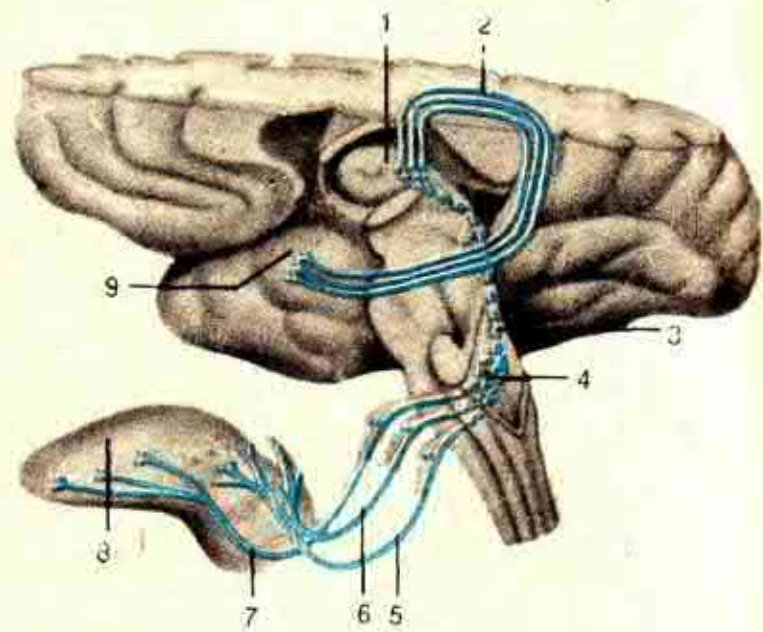


Fig. 296. Căile conductoare ale organului gustativ.

1 — thalamus ; 2 — fibrele de unire ale talamusului cu uncus ; 3 — fibre care unesc nucleul căii solitare cu talamusul ; 4 — nucleul solitar ; 5 — fibrele gustative în componența nervului laringian superior (n. vagus) ; 6 — fibre gustative în componența nervului glososofaringian ; 7 — fibre gustative în componența coardei timpanice ; 8 — lingua ; 9 — uncus.

TEGUMENTUL COMUN

DERMUL

Dermul, *cūtis*, care formează tegumentul comun al corpului uman, *integumentum commune*, vine în contact nemijlocit cu ambianța și execută o serie de funcții. El apără corpul de influența factorilor externi, inclusiv mecanici, participă la termoreglarea organismului și la procesele lui metabolice elimină în exterior sudoare, sebum, execută funcțiile de respirație, conține rezerve energetice (stratul adipos subcutanat). Dermul, avînd o suprafață de 1,5—2,0 M în funcție de dimensiunile corpului, constituie o arie extinsă pentru cele mai variate tipuri de sensibilitate cutanată — tactilă, doloară, termică.

În derm distingem stratul superficial, epidermul, format din ectoderm, și stratul profund, dermul propriu-zis de origine mezodermală. Epidermul, *epidermis*, reprezintă un epiteliu pavimentos cornificat și pluristratificat, al cărui strat extern se descuamează treptat. Înnoirea epidermului se realizează prin creșterea stratului lui germinativ profund. Grosimea epidermului variază. Pe coapsă, braț, antebraț, piept, gît și față el este fin (0,02—0,05 mm). Pe palme și tălpi, care suportă o sollicitație fizică sporită, el este mai gros — 0,5—2,4 mm. Dermul propriu-zis, *dērmis (cōrium)*, este

alcătuit din țesut conjunctiv cu un număr mic de fibre elastice și celule musculare netede. Pe antebraț grosimea dermului nu depășește 1 mm (la femei) și 1,5 mm (la bărbați), în alte regiuni ale corpului atinge grosimea de 2,5 mm (pielea spinării la bărbați). În derm distingem stratul papilar, *stratum papillare*, mai superficial, și stratul reticular, *stratum reticulare*, mai profund. Stratul papilar este situat nemijlocit sub epiderm și e alcătuit din țesut conjunctiv fibros lax neformat și formează proeminențe numite papile, *papillae*, care conțin anse de capilare sanguine și limfatice, și fibre nervoase. Conform poziției papilelor pe suprafața epidermului se văd creste cutanate, *cristae cūtis*, iar între acestea se află depresiuni alungite numite șanțuri cutanate, *sulci cūtis*. Crestele și șanțurile sînt deosebit de pronunțate pe tălpi și palme, unde acestea constituie un desen individual, de care circumstanța beneficiază criminalistica și medicina judiciară la identificarea personalității (dactiloscopia). În stratul papilar sînt situate fascicule de celule musculare netede, legate de bulbii firelor de păr, iar în unele locuri aceste fascicule sînt independente (pielea feței, mameloanelor, scrotului).

Stratul reticular este alcătuit din țesut conjunctiv nediferențiat dens, care conține fascicule de fibre colagene, însoțite de fibre elastice și un număr mic de fibre

reticulare. Acest strat fără delimitare strictă trece treptat în baza subcutanată, *tela subcutanea*, care conține o anumită cantitate de depuneri de grăsimi, *panniculi adiposi*. Grosimea depunerilor adipoase diferă de la o regiune la alta. În regiunea frunții și nasului stratul adipos este minim, pe pleoape și în pielea scrotului lipsește definitiv. Pe fese și în regiunea plantară stratul adipos e deosebit de dezvoltat. Aici el exercită o funcție mecanică de pernă elastică. La femei stratul adipos este mai dezvoltat decât la bărbați. Gradul de depunere a grăsimilor depinde de tipul constituțional și de starea de nutriție. Depunerile de grăsimi (țesutul celulo-adipos) au proprietăți termoizolante înalte. Culoarea pielii depinde de prezența pigmentului care se află în celulele stratului bazal al epidermului și parțial în derm. În unele regiuni ale corpului pigmentația este deosebit de pronunțată (areola mamară, scrotul, regiunea circumanală).

Părul

Părul, *pili*, acoperă, cu densitate diferită, toată pielea (cu excepția palmelor, tălpilor, părții de tranziție a buzelor, glandului penian, foiței interne a prepuțului, labiilor mici). Părul, ca și unghiile, sînt derivate ale epidermului. Firul de păr are o tijă emergentă de la suprafața pielii, și o rădăcină. Ultima se află în profunzimea dermului și se termină cu o parte dilatată numită bulb al părului, *bulbi pili*, acesta constituind partea germinativă a părului. Rădăcina părului, *radix pili*, se află într-o bursă de țesut conjunctiv, în care se deschide o glandă sebacee. În această bursă a părului, *bursa pili*, se inseră mușchiul erector al părului, *m. erector pili*, care își ia originea în straturile profunde reticulare ale dermului. Contractia acestui mușchi ridică firul de păr, apasă glanda sebacee, care își elimină secretul. La făt corpul este acoperit de *lanugo*, care după naștere este substituit de învelișul pilos secundar. Cele mai lungi fire de păr cresc pe cap, gene și sprincene. În perioada maturizării sexuale învelișul pilos apare în fosele axilare,

pe pubis, la bărbați le cresc barba și mustăți. Culoarea părului depinde de prezența pigmentului respectiv. Când în interiorul firului de păr apar bule de aer și dispăre pigmentul, acesta încărunțește.

Unghiile

Unghia, *unguis* constituie o lamă cornoasă, plasată în matricea unghială, conjunctivă, *matrix unguis*, de unde crește unghia. La unghie distingem rădăcina, *radix unguis*, situată în fanta unghială, corp, *corpus unguis*, și margine liberă, *margo liber*, care proeminează, depășind matricea unghială. Pliurile cutanate, care delimitează unghia la rădăcină și bilateral au primit numirea de repliuri unghiale, *vallum unguis*.

Glandele pielii

Printre derivatele dermului există și glandele sebacee, sudoripare și mamare. Glandele sebacee, *glandulae sebaceae*, de structură alveolară simplă, sînt dispuse superficial la limita dintre straturile papilar și reticular ale dermului. Canalele lor se deschid de obicei în bursa părului. În regiunile lipsite de păr (partea de tranziție a buzelor, glandul penian) canalele glandelor sebacee se deschid nemijlocit pe suprafața pielii. Pe tălpi și palme nu există glande sebacee. Cantitățile mici de sebum secretat de glandele sebacee servesc drept materie lubrefiantă pentru păr și epiderm, îl apără de apă, microorganisme înmoaie pielea.

Glandele sudoripare, *glandulae sudoriferae*, de structură tubulară simplă, se află în straturile profunde ale dermului, unde porțiunea lor terminală este contortă formînd un glomerul. Canalul lor relativ lung penetră dermul propriu-zis și epidermul și se deschide pe suprafața pielii printr-un orificiu, numit por sudoral. Glandele sudoripare sînt distribuite neuniform pe piele. Ele abundă în regiunile axilară și inghinală, în pielea palmelor și tălpilor. În unele locuri glandele sudoripare lipsesc (pe gland și foița internă a prepuțului, pe partea de tranziție a buzelor). Glandele sudoripare

odată cu apa elimină din organism deșeurile metabolice: uree, unele săruri, acid uric. Evaporarea transpirației are drept efect scăderea temperaturii corpului.

Vasele și nervii dermului. În derm pătrund ramuri de la arterele superficiale (cutanate) și musculare, care în profunzimea dermului formează două rețele arteriale: dermală profundă și superficială subpapilară. Rețeaua dermală profundă este situată la limita dintre dermul propriu-zis și baza adipoasă subcutană. Arteriiolele emergente de la ea se ramifică și irigă lobulii adipoși, dermul, glandele sudoripare, părul și formează la baza papilelor rețeaua arterială subpapilară. Din aceasta din urmă se realizează irigarea papilelor, în care pătrund capilarele ce formează anse intrapapilare care ajung până la virfurile papilelor. De la rețeaua superficială pornesc arteriiole fine spre glandele sebacee și rădăcinile părului. Singele venos se scurge din capilare în venele ce formează plexurile venoase subpapilar superior, apoi subpapilar profund, aflate la limita dintre derm și țesutul adipocelular subcutanat. Din acest plex singele venos se varsă în plexul venos dermal, apoi în plexul venos subcutan.

Capilarele limfatice ale pielii formează o rețea superficială în stratul reticular al dermului, în care se varsă capilarele, aflate în papile, și o rețea profundă, la limita cu țesutul adipocelular subcutanat. Vasele limfatice care se formează din rețeaua profundă, unindu-se cu vasele fasciilor și mușchilor, se îndreaptă spre ganglionii limfatici regionali.

Inervația dermului e realizată atât de nervi senzitivi somatici (cranieni, spinali), cât și de nervii sistemului vegetativ. În dermul propriu-zis, în epiderm, în straturile papilar și reticular ale dermului există numeroase terminații nervoase variate ca structură, care percep excitația tactilă, compresivă, doloasă, termică. Terminațiile nervoase în piele sunt repartizate neuniform. Acestea sunt deosebit de numeroase în pielea feței, palmelor și degetelor mâinii, genitalelor externe. Inervația glandelor, mușchilor erectori ai părului, vaselor sanguine și limfatice e realizată de fibrele simpatice postgan-

glionare, care pătrund în piele în componența nervilor somatici, precum și odată cu vasele sanguine. Fibrele nervoase în țesutul adipocelular subcutanat și în stratul papilar al dermului, de asemenea, în jurul glandelor și rădăcinilor părului formează plexuri nervoase.

Glanda mamară

Glanda mamară, *mamma*, *glândula mammaria* (gr. *mastos*), este un organ par, constituind, ca origine, o glandă sudoripară transformată. La bărbați glanda rămâne subdezvoltată, rudimentară.

Glanda mamară e situată la nivelul coastelor de la III la IV, pe fascia care acoperă *m. pectoralis major*, din care cauză ea se mai numește și glandă pectorală. Pe fascia pectorală glanda mamară e unită lax, ceea ce îi conferă o anumită mobilitate. Din partea medială glanda mamară ajunge cu baza până la marginea sternului. Cam în centrul glandei se află *mamelonul*, *papilla mammaria*, cu orificii punctiforme pe virful lui, prin care se deschid în exterior 10—15 canale lactifere, *ductus lactiferi*. O porțiune circummamelonară a pielii formează *areola mamară*, *aréola mammae*, care ca și mamelonul e puternic pigmentată; la fete areola e de culoare roză, iar la femeile care au născut — de culoare brună. Pielea areolei este rugoasă, pe ea se văd coliculi mici, pe suprafața cărora se deschid canalele *glandelor areolare*, (*glândulae areolares*), alături de care sunt situate glande sebacee. În pielea mamelonului și areolei mamare există fascicule de celule musculare netede, orientate o parte în sens circular, și altă parte longitudinal în profunzimea mamelonului. Contractarea acestor mușchi încordează mamelonul. Corpul glandei mamare, *corpus mammae*, este alcătuit din 15—20 de lobi, (*lobi gl. mammariae*), separați unul de altul de straturi intermediare de țesut adipos penetrat de fascicule de țesut fibroconjunctiv lax, care au fost denumite *ligamente suspensorii ale glandei mamare*, *ligamenta suspensoria mammaria*. Lobii fiind

glande de structură alveotubară mixtă, se dispun radial față de mamelon, fiecare deschizându-se prin canalul său lactifer pe vârful mamelonului glandei mamară. În drum spre mamelon (la baza acestuia) fiecare canal are o dilatație numită *sinus lactifer*, *sinus lactiferus*. În copilărie glanda mamară este subdezvoltată, maturizarea ei coincide cu perioada maturității sexuale. La gravide țesutul glandular crește intens și glanda sporește în volum. Mamelonul și areola mamară devin brune. Vasele sangvine se dilată, (mai ales venele) și transpar prin pielea fină a glandei. Glanda atinge dezvoltare maximă spre finele sarcinii. După lactație dimensiunile glandei se reduc. În perioada climacterică glanda trece în involuție parțială. Funcțiile glandei mamară se află în legătură strinsă cu activitatea glandelor sexuale.

Vasele și nervii glandei mamară. La glanda mamară vin *rr. mammarii* (din arterele intercostale posterioare III—VII), din ramurile perforante (*rr. perforantes*, III—V) ale arterei toracice in-

terne, *rr. mammarii laterales* (din artera toracică laterală). Venele profunde însoțesc arterele omonime, venele superficiale sînt dispuse sub piele, unde formează un plex cu ochiuri mari. Vasele limfatice din glanda mamară se îndreaptă spre ganglionii limfatici axilari, parasternali (din partea proprie și din partea opusă), cervicali inferiori profunzi (supraclaviculari). Inervația senzitivă a glandei (a pielii) e realizată din nervii intercostali (II—VI), nervii supraclaviculari (din plexul cervical). Împreună cu nervii senzitivi și cu vasele sanguine în glande patrund fibrele secretoare (simpatice).

Anomaliile de dezvoltare ale glandei mamară

Există cazuri de subdezvoltare a uneia sau ambelor glande, uneori apar glande supranumerare (în afară de o pereche) (*polimastia*) sau numai mameloni supranumerari. La bărbați uneori glanda se dezvoltă după tipul feminin (*ginaecomastia*).

- Acinus pulmonis 82
 Aditus laryngis 69
 Ampulla ductus deferentis 106
 — membranacea (canalis semicircularis) 446
 — tubae uterinae 120
 Apertura lateralis ventriculi quarti 357 346
 Aqueductus mesencephali (cerebri) 306, 337
 Arbor alveolaris 82
 Arcus venosus juguli 212
 — — palmaris profundus 214
 — — superficialis 214
 — — pedis dorsalis 219
 — — plantaris 214
 Areae gastricae 28
 Arteria appendicularis 195
 — auricularis posterior 176
 — axillaris 185
 — basilaris 183
 — brachialis 187
 — carotis communis 173
 — — externa 173
 — — interna 179
 — cerebri anterior 181
 — — media 181
 — — posterior 183
 — circumflexa ilium profunda 199
 — — superficialis 201
 — colica dextra 195
 — — media 195
 — — sinistra 195
 — colli transversa 185
 — communicans posterior 181
 — epigastrica inferior 201
 — femoralis 201
 — femoris profunda 200
 — gastrica dextra 194
 — — sinistra 194
 — gastroduodenalis 194
 — gastroepiploica dextra 194
 — — sinistra 194
 — glutea inferior 199
 — — superior 199
 — hepatica communis 194
 — ileocolica 195
 — iliolumbalis 199
 — lienalis (splenica) 195
 — lingualis 175
 — maxillaris 178
 — mesenterica inferior 195
 — — superior 195
 — obturatoria 199
 — occipitalis 175
 — optalmica 179
 — pharyngea ascendens 177
 — phrenica inferior 193
 — pudenda interna 199
 — pulmonalis dextra 168
 — — sinistra 170
 — radialis 188
 — rectalis inferior 199
 — — media 199
 — — superior 196
 — sacralis mediana 197
 — subclavia 187
 — suprarenalis inferior 196
 — — media 196
 — temporalis superficialis 178
 — testicularis (ovarica) 178
 — thoracica interna 183
 — thyroidea superior 175
 — tibialis anterior 202
 — — posterior 201
 — ulnaris 189
 — umbilicalis 199, 228
 — uterina 199
 — vertebralis 182
 — vesicalis inferior 199
- Arteriae jejunaes 196
 — ileales 196
 — intercostales posteriores 192
 — lumbales 193
 — pancreaticoduodenales superiores 195
 — — inferiores 196
 — phrenicae superiores 192
 — sigmoideae 196
- Basis pedunculi cerebri 338
 Bifurcatio aortica 197
 — tracheae 76
 Bronchi principales (dexter et sinister) 77
 — segmentales 82
 Bronchus lobaris 82
 — lobularis 82
 Bulbus aortae 171
- Calcar avis 328
 Calyx renalis major 96
 — minor 96
 Camera bulbi anterior 431
 — — posterior 442
 Canalis analis 41
 — centralis 292
 — cervicis uteri 117
 — spiralis modioli 445
 Capsula adiposa (renis) 93
 — externa 323
 — extrema 323
 Caruncula lacrimalis 435
 Cauda equina 288
 Cavitas abdominis 52
 — epiduralis 298
 — laryngis 69
 — peritonei 53, 56
 — subarachnoidalis 300
 — subduralis 300
 — tympanica 442
 — uteri 117
 Cervix uteri 116
 Chiasma opticum 334
 Chorda tympani 381, 421
 Choroidea 428
 Cisterna chyli 340
 Claustrum 226
 Colliculus facialis 246, 249
 — seminalis 110
 Commissura rostralis 305, 327
 Confluens sinuum 356
 Conus elasticus 71
 Corona radiata 115
 Corpus amygdaloideum 323
 — callosum 304, 325
 — cavernosum clitoridis 123
 — — penis 109
 — geniculatum laterale 333
 — — mediale 333
 — luteum (ovarii) 115
 — mamillare 304, 334
 — cavernosum penis 109
 — spongiosum penis 109
 — striatum 322
 — trapezoideum 339
 Cortex cerebelli 342
 — cerebri 314
 — renalis 95
 Crista ampullaris 346
 — urethralis 110, 124
 — vestibuli 444
- Decussatio pyramidum 323
 Diaphragma pelvis 128
 Discus nervi optici 431
 Ductuli alveolares 82
 Ductus arteriosus (Botalli) 228
 — choledochus 48
 — cysticus 48
 — deferrens 105
- efferentes testis 102
 — ejaculatorius 106
 — epididymidis 105
 — hepaticus communis 47
 — lymphaticus dexter 242
 — pancreaticus 48
 — parotideus 17
 — reuniens 446
 — semicircularis 446
 — sublingualis 18
 — submandibularis 18
 — thoracicus 239
 — venosus (Arantii) 228
 Dura mater encephali 253
 — — spinalis 298
- Falx cerebri 354
 — cerebelli 354
 Fascia cremasterica 112
 — diaphragmaticus pelvis inferior 128
 — — superior 129
 — — urogenitalis inferior 129
 — — superior 129
 — pharyngobasilaris 22
 — renalis 93
 — spermatica externa 112
 — superficialis perinei 128
 Fasciculus atrioventricularis 160
 — cuneatus 344
 — gracilis 344
 Filum terminale 286, 291
 Fimbria tubae 120
 Flocculus 242
 Foramen interventriculare 306, 330, 335
 — ovale 232
 Foramina papillaria 95
 — venarum minimarum 156
 Fornix 305, 326
 Formatio reticularis 295
 Fossa interpeduncularis 338, 341, 345
 — ischiorectalis 130
 — ovalis 155
 Fovea centralis retinae 431
 Fundus uteri 116
- Ganglia lumbalia 416
 — parasympathica 421
 — sacralis 417
 — thoracica 415
 Ganglion cervicale medius 413
 — — superius 411
 — cervicothoracicum (stellatum) 413
 — ciliare 376, 420
 — geniculi 380
 — oticum 379, 421
 — pterygopalatinum 378, 420
 — spinale 292
 — sublinguale 421
 — submandibulare 379, 421
 — trigeminale 375
 Glandula bulbourethralis 108
 — sublingualis 17
 — submandibularis 17
 — vestibularis major 122
 — — minor 122
 Glandulae prostaticae 108
 — urethrales 110, 124
 Glans clitoridis 122
 — penis 109
 Globus pallidus 323
 Glomus caroticum 173
- Habenulae 333
 Hemisphaeria cerebelli 342
 Hilus pulmonis 81
 Hippocampus 328
 Hypothalamus 306, 330, 333

- Infundibulum** 304, 334
 — tubae uterinae 120
Iris 429
Isthmus rhombencephali 340
 — tubae uterinae 120
 — uteri 116

Labia pudendi majora 121
 — — — minora 121
Lemniscus lateralis 339
 — medialis 339, 345, 360
 — spinalis 338
 — trigeminalis 338
Lens 334
Ligamentum anococcygeum 128
 — arteriosum 228
 — cardinalis (uteri) 118
 — coronarium (hepatis) 44, 54
 — falciforme (hepatis) 44, 54
 — fundiforme (penis) 110
 — gastrocolicum 28, 55
 — gastrolienale 28, 55
 — gastrophrenicum 55
 — hepatoduodenale 54
 — hepatogastricum 28, 54
 — latum uteri 118
 — ovarium proprium 114
 — puboprostaticum 102
 — pubovesicalis 102, 129
 — suspensorium ovarii 114
 — teres hepatis 228, 44
 — — — uteri 118
 — triangulare dextrum 44, 53
 — — — sinistrum 44, 53
 — venosum 214, 228
Liquor cerebrospinalis 300
Lobus frontalis 306
 — occipitalis 314
 — parietalis 307
 — renalis 95
 — temporalis 308
 — testis 104

Mamma 456
Macula 431
 — sacculi 446
 — utriculi 446
Mediastinum anterius 88
 — inferius 88
 — medium 88
 — posterius 88
 — superius 87
 — testis 104
Medulla spinalis 290
Mesenterium 54
Mesocolon sigmoideum 54
 — transversum 54
Mesometrium 118
Mesosalpinx 118, 119
Mesovarium 114, 118
Metathalamus 331
Modiolus 445
Mons pubis 121
Musculi papillares 157, 158
Musculus bulbospongiosus 126
 — coccygeus 128
 — cremaster 112
 — dilatator pupillae 431
 — ischiocavernosus 126
 — levator ani 128
 — sphincter ani externus 128
 — pupillae 430
 — urethrae 401, 133
 — transversus perinei profundus 127
 — — — superficialis 126
Myometrium 117

Nervi anococcygei 419
 — cardiaci thoracici 415
 — intercostales 410, 396
Nervus canalis pterygoidei 435, 420
 — cardiacus cervicalis inferior 415
 — — — medius 428, 413
 — — — superior 412
 — caroticus internus 412
 — cutaneus antebrachii lateralis 392
 — — — medialis 394
 — — — brachii lateralis 392
 — — — medialis 394
 — — — femoris lateralis 398
 — — — posterior 402
 — — — surae lateralis 404
 — — — medialis 404
 — dorsalis scapulae 391
 — femoralis 400
 — genitofemoralis 398
 — gluteus inferior 400
 — — — superior 400
 — iliohypogastricus 397
 — ilioinguinalis 404
 — intermedius 391
 — mandibularis 378
 — maxillaris 374
 — medianus 392
 — musculocutaneus 392
 — obturatorius 398
 — occipitalis major 389
 — — — minor 390
 — ophthalmicus 375
 — peroneus (fibularis) communis 404
 — — — profundus 405
 — — — superficialis 404
 — petrosus major 420, 380, 420
 — — — minor 421
 — — — profundus 380, 412
 — pudendus 400
 — radialis 394
 — saphenus 400
 — spinalis 292, 385
 — splanchnicus major 415
 — — — minor 416
 — subclavius 391
 — subscapularis 391
 — suprascapularis 391
 — suralis 404
 — thoracicus longus 391
 — thoracodorsalis 391
 — ilioinguinalis 404
 — tibialis 403
 — transversus colli 390
 — tympanicus 383, 421
 — ulnaris 393
 — vertebralis 415
Nephron 95
Nodi (folliculi) lymphatici 273
 — — — aggregati 36, 270
 — — — — — appendicis vermiformis 40, 270
 — — — — — solitarii 271, 36
 — lymphatici axillares 255
 — — — cervicales profundi 253, 254
 — — — — — superficiales 253
 — — — colici 248
 — — — hepatici 246
 — — — iliaci 245
 — — — inguinales 244
 — — — lumbales dextri (precavales, postcavales, cavales laterales) 248
 — — — — — sinistri (aortici laterales, preaortici, postaortici) 248
 — — — mesenterici 246, 248
 — — — poplitei 244
Nodus 243
Nodus atrioventricularis 160
 — sinuatrialis 160
 — lymphaticus jugulodigastricus 254
 — — — jugulo-omohyoideus 254
Nuclei basales 322
 — cerebelli 342
 — pontis 341
Nucleus caudatus 322
 — lentiformis 323
 — n. oculomotorii 338
 — oculomotorius accessorius 338
 — ruber 338

Oliva 304, 344
Omentum majus 54
 — minus 54
Ora serrata 431
Ostium abdominale tubae uterinae 119
 — atrioventriculare sinistrum 157
 — — — dextrum 156
 — trunci pulmonalis 156
 — urethrae internum 102
 — — — externum 110
 — uteri 116
 — uterinum tubae 119
 — vaginae 120
 — venae cavae superioris 155
 — — — inferioris 155
Papilla renalis 95
Paradidymis 105
Parametrium 118
Paroophoron 116
Pars convoluta (renis) 95
 — prostatica urethrae 110
 — radiata (renis) 94
Pedunculi cerebellares caudales (inferiores) 342, 345
 — — — craniales (superiores) 342
 — — — cerebellares medii (pontinus) 340, 342
 — — — cerebri 304, 306, 337
Pelvis renalis 95
Perimetrium 117
Pia mater spinalis 300
Plexus caroticus externus 412
 — — — internus 412
 — — — choroideus 182
 — — — ventriculi lateralis 329
 — — — — — quarti 346
 — — — — — tertii 337
 — coeliacus 417
 — mesentericus inferior 419
 — — — superior 419
 — venosi vertebrales 208
 — (venosus) pharyngeus 211
 — — — pampiniformis 214
 — — — prostaticus 218
 — — — rectalis 219
 — — — uterinus 218
 — — — vaginalis 218
 — — — vesicalis 219
 — vertebralis (nerv.) 414
Pleura parietalis 84
 — visceralis (pulmonalis) 84
Plicae circulares (duodeni) 35
 — vocales 70
Portio supravaginalis (cervicis) 116
 — vaginalis (cervicis) 116
Processus vaginalis peritonei 116, 112
Putamen 323
Pyramides medullae oblongatae 316, 304, 343
 — renales 95

Radix dentis 56
 — oculomotoria (parasympathicus) 420
Rami bronchiales 192
 — communicantes grisei 411
 — epiploici 195
 — esophageales 193
 — interganglionares 426 411
 — mediastinales 193
 — pericardiaci 193
Ramus circumflexus (a. coronariae sinistrae) 162
 — communicans albus 411
 — interventricularis anterior (a. coronariae sinistrae) 162
 — — — posterior (a. coronariae dextrae) 162
 — sympathicus (к респичному узлу) 412
Recessus duodenalis inferior 57
 — — — superior 57
 — ellipticus 445
 — lienalis 56
 — ileocecalis inferior 57
 — — — superior 57
 — omentalis inferior 56
 — — — superior 56
 — pleuralis 85
 — piriformis 21
 — retrocecalis 57
 — sphericus 445
Regio olfactoria tunicae mucosae 452
Pete articularis genus 201, 204
 — carpi dorsale 190, 191
 — lymphocapillare 235
 — malleolare laterale 214, 203, 204
 — — — mediale 204
 — mirabile 150
 — testis 104
 — venosum manus dorsale 212
 — — — plantare 219
Rima glottidis 71

- oris 54
- pudendi 121
- vocalis 71
- Saccus lacrimalis 435
- Sclera 428
- Septum interatriale 155
- interventriculare 156
- pellucidum 353
- Sinus anales 42
- cavernosus 356
- durae matris 357
- epididymidis 104
- intercavernosus 356
- rectus 356
- renalis 91
- occipitalis 356
- petrosus superior 357
- — inferior 357
- sagittalis inferior 356
- — superior 356
- sigmoideus 356
- sphenoparietalis 357
- transversus 356
- Substantia nigra 338
- perforata interpeduncularis (posterior) 304, 338
- — rostralis (anterior) 303, 323
- Sulci cerebri 302
- Sulcus lateralis 306
- centralis 306
- sclerae 428
- Tectum mesencephali 305, 337
- Tegmentum mesencephali 338
- Tentorium cerebelli 353
- Thalamus 305, 331
- Tonsilla lingualis 13, 266
- palatina 18, 267
- pharyngea 21, 268
- tubaria 21, 269
- Tractus bulbothalamicus 365
- corticonuclearis 350
- corticopontocerebellaris 371
- corticospinalis lateralis 370
- opticus 303
- pyramidalis 369
- reticulospinalis 370
- rubrospinalis 370
- spinocerebellaris dorsalis 367
- spinothalamicus lateralis 366
- — ventralis 366, 369, 370
- vestibulospinalis 370
- Trigonum collaterale 328
- fibrosum cordis 353
- lemnisci 340
- nervi hypoglossi 347
- — vagi 347
- vesicae 102
- Truncus brachiocephalicus 173
- bronchomediastinalis 239
- coeliacus 194
- costocervicalis 185
- jugularis 239, 241
- lumbalis 240
- pulmonalis 168
- subclavius 239, 241, 256
- thyrocervicalis 185
- Tuber cinereum 304, 334
- Tuberculum cuneatum 344
- glacialis 344
- Tubuli seminiferi contorti 105
- Tunica albuginea testis 119, 105, 114
- dartos testis 112
- vaginalis testis 112
- Urethra feminina 122
- masculina 110
- Utriculus prostaticus 110
- Valva aortae 158
- atrioventricularis dextra (tricuspidalis) 157
- — sinistra (mitralis) 158
- trunci pulmonalis 157
- Velum medullare caudale (inferius) 306, 346
- — craniale (superius) 306, 339, 345
- Vena axillaris 213
- azygos 207
- basilica 212
- cephalica 212
- cerebri magna 356
- cubiti intermedia (v. mediana cubiti — BNA) 212
- hemiazygos 207
- jugularis externa 212
- — interna 209
- iliaca communis 217
- — externa 219
- — interna 218
- — lienalis (splenica) 216
- mesenterica inferior 216
- — superior 216
- renalis 214
- saphena magna 219
- — parva 222
- subclavia 212, 213
- testicularis (ovarica) 214
- thoracica lateralis 213
- umbilicalis 227
- Venae cordis minimae (Thebesii) 162
- intercostales posteriores 207

CUPRINSUL

STUDIU DESPRE VISCERE — SPLANCNOLOGIA	3	Ureterul	99
[SPLANCHNOLOGIA]	3	Veziua urinară	101
Introducere	3	Particularitățile de vîrstă ale ureterului și vezicii urinare	103
Sistemul digestiv	5	Organele genitale	104
Cavitatea bucală	6	Genitalele masculine	104
Dinții	10	Genitalele masculine interne	104
Limba	12	Testiculul	104
Glandele cavității bucale	16	Epididimul	105
Bolta palatină	18	Canalul deferent	105
Particularitățile de vîrstă ale cavității bucale, limbii, glandelor salivare și bolții palatine	19	Vezicula seminală	106
Faringele	20	Prostata	107
Particularitățile de vîrstă ale faringelui	23	Glanda bulbouretrală	108
Esofagul	24	Organele sexuale masculine externe	108
Particularitățile de vîrstă ale esofagului	26	Penisul	108
Stomacul	26	Uretra masculină	110
Particularitățile de vîrstă ale stomacului	31	Scrotul	110
Intestinul subțire	32	Coborîrea testiculului și membranele lui	112
Particularitățile de vîrstă ale intestinului subțire	37	Funiculul spermatic	112
Intestinul gros	37	Particularitățile de vîrstă ale genitalelor masculine	113
Particularitățile de vîrstă ale intestinului gros	43	Genitalele feminine	114
Ficatul	44	Genitalele feminine interne	114
Veziua biliară	48	Ovarele	114
Particularitățile de vîrstă ale ficatului și vezicii biliare	49	Epoofornul	116
Pancreasul	49	Uterul	116
Particularitățile de vîrstă ale pancreasului	51	Salpingele	119
Cavitatea abdominală și peritoneală	51	Vaginul	120
Particularitățile de vîrstă ale peritoneului	57	Genitalele feminine externe	121
Revista anatomică comparată a evoluției sistemului digestiv	57	Particularitățile de vîrstă ale genitalelor feminine	124
Dezvoltarea sistemului digestiv la om	59	Perineul	125
Anomaliile de dezvoltare ale sistemului digestiv	64	Aparatul urogenital în filogeneză	130
Sistemul respiratoriu	64	Aparatul urogenital uman în ontogeneză	131
Nasul	65	Dezvoltarea rinichiului	131
Cavitatea nazală	66	Dezvoltarea vezicii urinare	133
Particularitățile de vîrstă ale cavității nazale	68	Dezvoltarea genitalelor	133
Laringele	68	Anomaliile de dezvoltare ale aparatului urogenital	138
Particularitățile de vîrstă ale laringelui	75	Glandele endocrine (Glande fără canale de evacuare)	139
Trahea	76	Glanda tiroidă	140
Bronhiile principale	77	Particularitățile de vîrstă ale glandei tiroide	142
Particularitățile de vîrstă ale traheei și bronhiilor principale	78	Glandele paratiroide	142
Plămîni	79	Particularitățile de vîrstă ale glandelor paratiroide	143
Particularitățile de vîrstă ale plămînilor	83	Partea endocrină a pancreasului	143
Pleura. Cavitatea pleurală	84	Partea endocrină a glandelor sexuale	143
Mediastinul	87	Glanda suprarenală	143
Organele sistemului respiratoriu în filogeneză	89	Particularitățile de vîrstă ale suprarenalelor	145
Evoluția organelor sistemului respirator uman	90	Corpul pineal	146
Aparatul urogenital	91	Particularitățile de vîrstă ale corpului pineal	146
Organele urinare	91	Hipofiza	146
Rinichiul	92	Particularitățile de vîrstă ale hipofizei	148
Particularitățile de vîrstă ale rinichiului	97	STUDIUL SISTEMULUI VASCULAR — ANGIOLOGIE	149
		[ANGIOLOGIA]	149

Cordul și vasele sangvine	153	Grupurile agregate din noduli limfoizi ai apendicelui vermiform	269
Cordul	153	Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale nodurilor limfoizi ai apendicelui vermiform	270
Camerele cordului	155	Nodulii limfoizi agregați (plăcile limfoide) ai ileonului	270
Sistemul conductil al cordului	160	Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale plăcilor limfoide ale ileonului	271
Vasele sangvine și limfatice ale cordului	161	Nodulii limfoizi solitari	271
Nervii cordului	163	Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale nodurilor limfoizi solitari	272
Pericardul	166	Ganglionii limfatici	272
Particularitățile de vîrstă ale cordului și pericardului	167	Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale ganglionilor limfatici	274
Vasele micii circulații (pulmonare)	168	Splina	275
Trunchiul pulmonar și ramurile lui	168	Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale splinei	277
Venele pulmonare	170		
Vasele sangvine ale circulației mari	171	STUDIUL SISTEMULUI NERVOS —	
Aorta	171	NEUROLOGIA (NEUROLOGIA)	278
Ramurile arcului aortei	173	Introducere	278
Ramurile porțiunii toracice a aortei	192	Sistemul nervos în filogeneză	282
Ramurile părții abdominale a aortei	193	Dezvoltarea sistemului nervos la om	285
Artera iliacă comună	197	Sistemul nervos central	290
Venele marii circulații	205	Măduva spinării	290
Sistemul venei cave superioare	206	Particularitățile de vîrstă ale măduvei spinării	298
Venele capului și gîtului	209	Meningele rahidian	299
Venele membrului superior	212	Encefalul	301
Sistemul venei cave inferioare	214	Generalități	301
Sistemul venei porte	216	Telencefalul	306
Venele bazinului și membrului inferior	217	Emisfera cerebrală	306
Particularitățile de vîrstă ale vaselor sangvine	223	Structura cortexului cerebral	314
Circulația sangvină la făt	226	Localizarea funcțiilor în scoarța emisferelor creierului mare	316
Sistemul cardiovascular în filogeneză	228	Nucleii bazali (subcorticali) și substanța albă a telencefalului	322
Cordul uman în ontogeneză	231	Capsula internă	324
Anomalii în dezvoltarea cordului	232	Corpul calos	325
Vasele sangvine ale omului în ontogeneză	232	Formixul	326
Sistemul limfatic	235	Ventriculul lateral	327
Capilarele limfatice	235	Diencefalul	330
Vasele limfatice	237	Regiunea talamică	331
Ganglionii limfatici	238	Hipotalamusul	333
Trunchiurile și canalele limfatice	239	Ventriculul III	335
Vasele limfatice și ganglionii limfatici regionali din regiunile corpului	243	Mezencefalul	337
Vasele limfatice și ganglionii membrului inferior	243	Pedunculii cerebrali	337
Vasele și ganglionii limfatici ai bazinului	243	Apeductul creierului	338
Vasele și ganglionii limfatici ai cavității abdominale	245	Istmul rombencefalului	339
Vasele și ganglionii limfatici ai cavității toracice	249	Metencefalul	340
Vasele și ganglionii limfatici ai capului și gîtului	252	Puntea	340
Vasele și ganglionii limfatici ai membrului superior	254	Cerebelul	341
Sistemul limfatic în filo- și ontogeneză	258	Bulbul rahidian	343
Particularitățile de vîrstă ale sistemului limfatic	259	Ventriculul IV	345
Organele de hematopoeză și ale sistemului imun	261	Fosa romboidă	346
Măduva oaselor	263	Particularitățile de vîrstă ale encefalului	350
Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale măduvei oaselor	264	Meningele cerebral	352
Timusul	264	Particularitățile de vîrstă ale meningelui encefalic și rahidian	359
Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale timusului	265	Căile de conducere ale encefalului și măduvei spinării	360
Țesutul limfoid al pereților organelor sistemelor digestiv și respirator	266	Fibrele nervoase de asociație	361
Amigdalele, dezvoltarea lor și particularitățile de vîrstă	266	Fibrele nervoase comisurale	362
		Fibrele nervoase de proiecție	363

Sistemul nervos periferic	371	Porțiunea parasimpatică a sistemului nervos vegetativ (autonom)	420
Nervii craieni	373	ORGANELE SENZORIALE	426
Nervii olfactori	374	Introducere	426
Nervul optic	374	Organul vederii	427
Nervul oculomotor	374	Ochiul	427
Nervul trohlear	375	Organele auxiliare ale ochiului	432
Nervul trigemen	375	Căile de conducere ale analizatorului vizual	436
Nervul abducens	380	Dezvoltarea organului vederii și particularitățile de vîrstă	437
Nervul facial	380	Anomalii de dezvoltare a globului ocular	439
Nervul vestibulocohlear	382	Organul vestibulocohlear (organul statoacustic)	439
Nervul glosofaringian	382	Urechea externă	441
Nervul vag	383	Urechea medie	442
Nervul accesoriu	385	Urechea internă	444
Nervul hipoglos	385	Dezvoltarea și particularitățile de vîrstă ale organului vestibulocohlear	451
Nervii spinali	387	Anomalii de dezvoltare ale organului vestibulocohlear	452
Ramurile posterioare	388	Organul olfactiv	452
Ramurile anterioare	389	Organul gustativ	453
Flexul cervical	389	Tegumentul comun	454
Flexul brahial	390	Dermul	454
Ramurile scurte ale plexului brahial	391	Părul	455
Ramurile lungi ale plexului brahial	392	Unghiile	455
Ramurile anterioare ale nervilor pectorali (nervii intercostali)	396	Glandele pielii	455
Ramurile anterioare ale nervilor lombari, sacrali și coccigian	397	Glanda mamară	456
Plexul lombar	397	Anomaliile de dezvoltare ale glandei mamare	457
Plexul sacral	400	Indice de termeni latini	456
Ramurile scurte ale plexului sacral	400		
Ramurile lungi ale plexului sacral	402		
Plexul coccigian	405		
Sistemul nervos vegetativ (autonom)	405		
Porțiunea simpatică a sistemului nervos vegetativ (autonom)	410		
Lanțul simpatic	411		
Plexurile vegetative ale cavității abdominale și pelviene	417		