

解剖学は時代に応じて進歩を遂げてきた。古くはエジプト・メソポタミアに起源をもつが、古代ギリシャ・ローマ時代には最古の解剖学書といわれるガレノスの所見がスタンダードとされた。ローマ教会の権威と結びついたため医学は長い間停滞したが、ルネッサンス期になるとヴェサリウスが『自分の目でみた所見をありのままに記述する』という信念のもとに新しい解剖学を打ち立てた。しかし、当時の外科治療はほぼ体表手術に限られていたため、内臓の形態・機能の知識は乏しかったと思われる。1846年にエーテル麻酔が開発されるようになると全身麻酔が可能となり、一気に体腔内へのアプローチが可能となった。これにより胃癌（Billroth）、直腸癌（Miles）、膵癌（Whipple）などの術式が開発された。

このように解剖学の進歩は外科学の進歩と二人三脚であった。それは現代でも続いている。一例を挙げれば、肝臓切除において右葉切除のみを施行するならばグリソン鞘や肝静脈の詳細な解剖学的知識は不要であり、個々の患者の解剖学的変位について術前に熟知する必要もない。肝機能や腫瘍の局在によって術式が個別化されるようになって、解剖学にニーズが生まれた。

外科手術の第一歩は臓器、腫瘍の解剖学的位置関係の把握である。100人いれば100人の顔が異なるように、臓器も個人間で差異があるものである。個々の解剖学的所見の把握はCTやMRIや超音波などのイメージング技術の進歩によるところが大きい。さらにコンピューターテクノロジーが進歩することで、外科医がリアルな3D画像で手術のシミュレーションやナビゲーションを行うことが可能になった。達人だけが頭の中で再構築することができていた映像が万人に可能になったのである。これは難度の高い手術における安全性を高めることに大きな役割を果たした。

また近年の腹腔鏡下、ロボット支援下手術の進歩も著しい。外科手術の精度と安全性が向上しているを感じる。これらの技術はより狭い空間での繊細な解剖学的知識を必要とするよう

になった。制限があるなかでの手術を安全に行うためにはそれなりの解剖学が求められる。

さらに近年は癌の薬物療法も驚異的な進歩を遂げ、従来であれば切除不能であった腫瘍も化学療法の効果によっては切除が可能になった。そのような場合に腫瘍周囲は高度の線維化を示すことがあり、別次元の手術難度になる。この点でも解剖学への新たなニーズが高まっている。

組織を切離するためには何らかのランドマークが必要である。しかし多くの解剖学的ランドマークは神経や脂肪に埋もれているため、的確にランドマークを把握することが必要となる。これは特に若手外科医を指導する際に重要である。誰でも初学者のときには先輩に、ここ掘れワンワン、状態で教わったはずである。例えば腹腔鏡下手術ではモニター上に線をひいて指導しているのをよく目にする。それは指導する上級医が良いと思う線なのであろう。ただし、何故その線なのかを明確に説明できなければならない。「もっと右」や「もう少し浅く」などの曖昧な表現では教わるほうも大変である。やはり客観的に捉えられるランドマークを共有することが極めて重要である。

本増刊号は、2018年に出版され好評であった『あたらしい外科局所解剖全図』をアップデートしようと企画した。単なる改訂では読者の興味を半減させるので執筆者をあえて変更させていただいた。ある山への登山ルートが一つだけではないように、外科解剖は個々の外科医の経験によって見え方が異なる。それは手術が、同じ術式であっても手順やランドマークは一つではないからである。読者に前回の版との差異を楽しんでいただきたいという思いで人選にあたった。また近年の腹腔鏡下、ロボット支援下手術の進歩は日進月歩であり、この5年間で大きく変わったところもあると思われる。その意味でも本改訂版が読者に裨益するところがあれば幸いである。

横浜市立大学消化器・腫瘍外科学
遠藤 格