

今月号の扉には、金彪先生がご自身の研究を基に、脳神経外科医の待遇改善に何が必要かについての提言をされている。特に傾斜配分の必要性を強調されているが、この分野に造詣の深い金先生がお得意の経済学的手法を駆使して導かれた結論であり、説得力がある。本文の最後のほうに書かれている URL にアプローチすると、報告書が PDF で掲載されているので興味のある方は是非ご覧ください。小笠原邦昭先生はご自身のライフワークの 1 つである CEA と CAS 後の過灌流について非常にわかりやすく「総説」にまとめてくださった。ご自身のあるいは先生の教室の豊富な引用論文を拝見すると、この分野でどのように先生がアプローチし分析してこられたかが、よく理解できる。村垣善浩先生は覚醒下手術を最も多く手がけられている脳神経外科医の一人であるが、数多くの経験からピットフォールを含めた留意点について、「解剖を中心とした脳神経手術手技」に論文を寄せていただいた。実践的な内容が多く含まれており、本手術を行う際に大いに参考にしていただきたい。

小笠原先生、村垣先生の論文を読んでいると、臨床研究はこうあるべし、との見本を示してくださっていると感じる。読者の皆様も精読いただければ幸いである。本号のその他の研究、症例報告などの論文も興味深いものが多く、読み応えがある。

先日、3D 映画「アバター」を見た。映画を 3D で見るのはもちろん初めてだったので、映像の迫力に感動した。ただ、映画の途中からは意外にすんなり慣れ親しんで画面を見ている自分に気づいた。すなわち、いつも手術をしているのと同じ感覚になってきていたのである。考えてみると普段顕微鏡で行っている手術は 3D の世界そのものである。映画は 2 時間 40 分であったが、長い手術では 6 時間あるいはそれ以上も 3D の映像の世界に私たちはどっぷりつかっているとと言える。

15 年くらい前、脳神経外科の手術ビデオも 3D 録画が試されていた一時期があった。岡山大学でもかなりの症例を 3D 録画したのだが、当時は high vision ではなく、通常の 2D 録画にくらべて画質が落ちたのと、3D 用のメガネがないとその画面を見ることができなかったのも、結局普及しなかった。現在は high vision での撮影、録画、視聴がどこでも可能になってきたし、テレビもデジタル放送、そして今年からは 3D 放送が始まる時代であることを考えると、手術の録画や再生にも high vision、3D といった用語がキーワードとなってきそうに思われる。

本年は一般のテレビ放送の 3D 放送元年であり、多くの番組が 3D で撮影され始めている。3D 撮影用カメラは先に 2 つの「目」がついているわけだが、これが普及してくると、早晚、一般人が使うハンディなビデオカメラも 3D になるであろう。そして、次はそれがどんどん小さくなって内視鏡の先端にも 3D 用のカメラが取り付けられるようになるのではないか。現在、内視鏡単独の手術は、対象物に近づいてクリアな像を見ながら行える利点があるが、これに 3D の要素が加わればその利点はさらに増す。テクノロジーの進歩に期待したいものである。