

**גרת העורך:** עם ההתפתחויות בתחום הרפואי והשינוי שחל בנתונים, המאזובא להלן אינו אקטואלי יותר ואין להסתמך עליו.

## ההפלה המלאכותית במקרה של אדמת בהריון \*

ד"ר אברהם שטיינברג

במסגרת הרצאתי זו ברצוני לברר את השאלה האם קיימת הוראה רפואית הלכתית לבצוע הפלה במקרה של אדמת בהריון, ובעיקר בשליש הראשון. לצורך זה אציג בפניכם את ההיבטים השונים של הבעיה — מבחינה רפואית, מבחינה משפטית ומבחינה הלכתית. אך ברצוני להדגיש מראש, שאין בכונת הרצאה זו לפסוק הלכה למעשה משום בחינה, ודבר זה, כמובן, נתון למורי ההוראה ולפוסקים. ההחלטה חייבת להיות אינדיבידואלית ומותאמת לכך מקרה בהתאם לנסיבות המיוחדות. מטרתי היא רק לתת תמונה של הבעיה מבחינותיה השונות ולהעיר על מספר מסקנות הנובעות מהדברים.

א. מבחינה היסטורית יש לציין, שהמצב המכונה תסמונת האדמת המולדת, (Congenital Rubella Syndrome) ידוע לנו בסך-הכל מזה כשלושים שנה. בשנת 1941 פורסם לראשונה תיאור של קטרקט (ירוד) קונגניטלי בילודים לאמהות עם אדמת בחדשי הריון הראשונים, ע"י Gregg<sup>1</sup>. באוסטרליה, מאז פורסמו מחקרים רבים בנושא זה, אשר הרחיבו את התסמונת ע"י ייחוס תופעות קליניות-פחולוגיות קונגניטליות מרובות לאטיולוגיה של אדמת בהריון, ובעקר בשליש הראשון. בשנים 1943—1949 פורסמו מחקרים רבים, שכולם היו רטרוספקטיביים, דהיינו אמהות לילדים עם מומים נשאלו אם סבלו מאדמת בהריון. ממחקרים אלו הגיעו למספרים של 80—100% סכויים לילדים פגומים. מחקר פרוספקטיבי מהימן ראשון, פורסם רק ב-1956 ולפיו הסכויים לילודים פגומים הם כ-14% בלבד.

בשנת 1962 נתגלה ובוודד לראשונה הוירוס של האדמת ובכך נפתחה תקופה חדשה למחקר במגמה למצוא חיסון נגד המחלה<sup>2</sup>.

בשנים 1962-4 פרצה אחת ממגפות האדמת הגדולה ביותר בארה"ב, ובה היו יותר ממיליון ושמונה מאות אלף מקרי אדמת בשנת 1964 בלבד<sup>3</sup>. מגיפה זו הביאה לשורת מחקרים יסודיים בבעיה וכמו-כן תוארו ממצאים קליניים ומעבדתיים נוספים על התמונה הקלאסית. כך נתקבלה תסמונת האדמת המורחבת — expanded rubella syndrome. ב-6 במאי 1965 נתקיים סמפוזיון על האדמת בפילדלפיה בעקבות האפידמיה הגדולה. ה-A.J.D.C. — American Journal of Diseases of Children — הקדיש, באוקטובר 1965, חוברת שלמה לבעיית האדמת ולסקירת הדיון בסמפוזיון הנ"ל. ברצוני להתייחס בעקר

\* מתוך הרצאה בכנס הארצי השלישי לבעיות הלכה ומדע, מסעם אגודת אנשי מדע ושמרי תורה, שהתקיימה ביום ט' אלול תשל"א (9.9.1971).

לממצאים של מחקרים יסודיים ומוסמכים אלו, בגלל הערך הסטטיסטי של  
העבודה, עקב המספר הרב של מקרים שעמדו לרשות החוקרים.

ב. תסמונת האדמת כוללת כ-20 תופעות קלינית-מעבדתיות פתולוגיות, שנתגלו  
בילודים לאמהות חולות אדמת, אשר בחלקם נדירים מאוד. ביחס לשכיחות  
הסטטיסטית של המומים השונים קיימים חלוקי-דעות בין המחברים השונים,  
בהתאם למספר המקרים שעל-פיהם חישובו את השכיחות. אותו דבר אמור  
ביחס לאחוז הכללי של ילודים פגומים.

בעבודה הגי' של A.J.D.C., נבדקו 6161 נשים הרות. מתוכן נמצאו 750  
נשים, אשר סבלו מאדמת קלינית בהריון, או שבאו במגע עם אדמת בתוך  
השליש הראשון. במסקנת העבודה נמצא, ש-10% מהנשים עם אדמת קלינית  
בשליש הראשון ילדו ילד עם תסמונת האדמת, שאפשר היה לאבחן בתוך  
החודש הראשון. נשים שבאו במגע, אבל לא פתחו אדמת קלינית, ילדו 0.6% עם  
תסמונת האדמת. סקרים אחרים ממגפות אדמת, בעיקר באנגליה ושבדיה,  
הראו שקיים סיכוי של 10-30% להולדות תינוקות עם מומים לנשים שחלו  
באדמת בשליש הראשון. סטטיסטיקות מוקדמות יותר מדברות על 40-50%,  
אך יש לציין, שברובן מבוססות הן על מספר מקרים מועט וכן מבוססות הן  
על אבחנה קלינית בלבד. לעומת זאת, הסטטיסטיקות שאחרי המגפה ב-1964  
מבוססות על מספרים גדולים ועל אבחנה סרולוגית-מעבדתית.

לכן נראה לי כסביר להניח, שהאחוז האמיתי לסכוי המומים הוא בין 10-20%.  
כך גם מוכח ברוב המחקרים החדשים יותר (1) (2).

הנהגה ביחס לפירוט המומים עצמם — בעבודה נוספת המובאת באותו גליון  
של A.J.D.C. ניתן הפירוט הבא:

1. פגיעות בלב — 86%. מתוכם השכיח ביותר — *patent ductus arteriosus* (70% מכלל מומי הלב);
2. שריעות הטחול והכבד — (*hepatosplenomegaly*) — 55%;
3. *petechiae* — 50%. בחלק היו גם פורפורות. בחלק — הפריחה  
כסתה את כל הגוף ובאזורים — רק בכמה נקודות. הפורפורות היו  
טרומבוציטופניות (ססיות — 100,000 — 3,300).
- התופעות בעור נעלמו ברוב הילודים תוך כמה ימים והססיות חזרו גם-הן  
לנורמה;
4. ירוד (קטרקט) — 50%;
5. משקל-לידה נמוך — 50%;
6. מיקרוצלליה — 9%;
7. מיקרופתלמיה — 9%;
8. כוריורטיניטיס — 6%;
9. גלאוקומה — 2.5%;
10. אטרופיה של הושט — 2.5%.

באותו גליון מובאות סטטיסטיקות עם פירוט שונה במקצת, אך הכולט כולם הוא, שהמומים הבאים הם השכיחים ביותר: נזקי לב, ובעיקר Patent ductus arteriosus; שריעות הטחול והכבד; ירוד (קטרקט) ופורפורה טרומבוציטופנית. יש לציין, שבסקירות מוקדמות יותר, הפורפורה הטרומבוציטופנית לא היתה שכיחה, בעוד שבסקירות אחרי מגפת 1964 היתה שכיחות ניכרת. כנראה שהסבה היא בוגני-אדמת שונים<sup>(1)</sup>. כמו-כן יש לציין, שבסקירות החדשות לא נכללה החרשות, מכיון שהבדיקות נערכו סמוך ללידה ולצורך קביעת החרשות נחוץ מעקב ממושך. החרשות כנראה שכיחה מאוד, ויש מחברים השמים אותה במקום הראשון<sup>(2)</sup>. הפגם בשמיעה הוא סנסורי-גוירלי. קשה מאוד, כמעט בלתי אפשרי, לבדוק את השמיעה בילוד. לא ברור אם הפגם הוא קונגניטלי או שנוצר אחרי הלידה. אין טפול לחרשות זו<sup>(3)</sup>.

והנה אם נדון על כל אחד מהמומים הנ"ל, נמצא שרובם אינם חמורים וניתנים לתקון. מומי-הלב, אשר למזלנו רובם הם דוקטוס ארטריוזוס פתוח, ניתנים כולם לתקון כירורגי. נתוח הדוקטוס הוא המום הקרדיאלי הקל ביותר מבחינה כירורגית. הטרומבוציטופניה, כאמור, היא מוגבלת מעצמה (Self Limited) וחולפת ללא טפול תוך כמה ימים עד חודש<sup>(4)</sup>. ירוד ניתן לסלוק כירורגי. משקל-לידה נמוך — ע"י האינקובטורים ושיטות ההחיאה החדישות ניתן לקיים תינוקות אלו בחיים.

מבין המומים האחרים יש לציין עוד פגיעות חולפות בעצמות, הפטיטיס, ואנמיה, שלפי אחת העבודות ב-A.J.D.C., שכיחותם היא 22%, 22%, 17% — בהתאמה<sup>(5)</sup>, ואף הם אינם חמורים וניתנים לרפוי. כך שלמעשה הבעיה העיקרית היא החרשות, אשר מתגלה רק מאוחר יותר ואיננה ניתנת לריפוי. אך יש לציין, שבבי"ח הדסה בירושלים נערכים מחקרים שונים לגילוי מוקדם של החרשות ולשפור המצב הקליני, ויתכן שבעתיד הקרוב ימצא פתרון כלשהוא גם למום זה.

כאן המקום לציין, שעקר הבעיה היא הדבקה באדמת בשליש הראשון. כי ככל שהדבקה קורית מאוחר יותר, אחוז הסכויים לפגמים מולדים יורד בהרבה. כמו-כן יש לציין, שנוסף לפגמים מולדים גורמת האדמת גם להפלות טבעיות (15%) ומות עוברים (12%)<sup>(6)</sup>, אך אין זה רלבנטי לדיון זה.

ג. הנה בשנים האחרונות חלה התקדמות ניכרת לגבי בעייתנו ע"י פתוח שיטות איבחון מדוייקות יותר מאשר הסתכלות קלינית בלבד, כפי שהיתה קיימת עד כה. מבחנים שונים קיימים לאבחנת האדמת<sup>(7)</sup>:

1. Neutralization test — מסובך ולוקח זמן רב
  2. Fluorescent-antibody methods — בעיות כנ"ל
  3. Complement Fixation Antibody שעות 24 תוך פשוט, התוצאות תוך 24 שעות
- חסרונות — לא תמיד מפתחים חולי אדמת נוגדנים אלו, ולכן יש מקרים של

4. Hemagglutination Inhibition Test — נחשב למבחן הטוב ביותר — בעקבות הכנסת שיטות אבחון סרולוגיים מדויקים אלו, התברר שהיקף האדמת קטן בהרבה מהמצופה לפי איבחון קליני גרידא.

התברר, שכ-90%—85 מכלל הנשים בהריון, מחוסנות מפני אדמת (11) (12). כמו-כן התברר, שמקרים רבים אובחנו כאדמת באופן קליני ובבדיקות סרולוגיות הוכח, שהאבחנה היתה מוטעית. לפי העבודה ב- A.J.D.C., רק 74% מאלו שאובחנו כסובלות מאדמת באופן קליני — אושרו ע"י ממצאים סרולוגיים (13). במחקר שנערך בארץ, מבין 50 נשים חשודות, אושרה האדמת ב-7 מקרים בלבד, דבר המהווה 14% (14). חשיבות עובדות אלו היא בכך, שולוי הבדיקות הסרולוגיות היו רובן עוברות הפלות מלאכותיות.

כאן המקום להביא מחקר חדש שפורסם ב- Lancet (15), שלפיו אפשרית הדבקה חוזרת באדמת. למרות הדבקה קודמת, שהוכחה בבדיקות סרולוגיות. מספר המקרים מועט, אך התברר שההדבקה החוזרת לא גורמת לפגם כלשהוא בילוד, כנראה עקב העובדה שאין במקרה זה וירמיה כללית ואין מעבר דרך השלייה. לפי הפרקציה הגלובולינית אפשר לקבוע אם זו תגובה אימונית משנית או ראשונית, ואם אכן מתברר שההדבקה היא משנית — אין כל אינדיקציה להפלה. לכן מומלץ, במאמר-המערכת של העתון הנ"ל, לבצע גם בדיקה ספציפית זו.

ד. הישג נוסף בשנים האחרונות הוא ביחס לטפולים המונעים נגד אדמת, דבר המצמצם עוד יותר את הבעיה. באנגליה נערך מחקר לברור השאלה, האם אימונוגלובולינים בכמויות שונות לנשים הרות מסוגלים להפחית את תדירות המחלה. כן נחקרה השאלה האם הגנה זו מספיקה כדי למנוע מומים עובריים. לפי ממצאי המחקר אפשר להסיק, שלאיימונוגלובולינים השפעה קטנה בלבד במניעת האדמת, וכן אין לצפות שהם יגנו על העובר בפני מומים (16). למסקנה דומה הגיעו גם בעבודה אחרת ב- A.J.D.C. (17). אכן, המהפכה באה עקב הכנסת חיסון פעיל ע"י נגיף מוחלש. עד היום ישנם 3 זנים של אדמת לצורך חיסון. בנסינות בארה"ב נמצאה יעילות של 98%—90 וכושר חיסון לזמן ארוך (18). ההמלצה היא לתת את החיסון בין גיל שנה לגיל הבגרות (19). מחקרים שונים מראים על תוצאות טובות ביותר עם החיסון וישנן דרכים אחדות בהן אפשר לתת את החיסון (20).

לאור התוצאות הטובות הנ"ל, יש צורך, לדעתי, להכניס את החיסון הפעיל באופן שגרתי לנערות, שבבדיקות סרולוגיות הוכח, כי אינן מחוסנות בפני אדמת. דבר זה עשוי למנוע לחלוטין את בעיית האדמת בהריון, או לפחות להפחיתו לממדים בלתי משמעותיים מבחינה סטטיסטית.

ה. לסיום האסקט הרפואי של הבעיה, ברצוני להעיר עוד בקצרה על הצד הפסיכולוגי. אחת ההשקפות המחייבות הפלה במקרה של אדמת היא זו החוששת

מפני ההשפעה הפסיכיאטרית העלולה להיות על האם, כשיולד לה ילד פגום וכל חייו יהיו יסורים. לעומת זאת, יש הרואים באספקט הפסיכיאטרי דווקא הוראת-נגד להפלה במקרים אלו. כך מתאר ד"ר קלדרון, שהנשים אשר עברו הפלה עקב אדמת בהריון, "מאשימות את עצמן מיד אחרי המאורע, או לאחר עבור כמה שנים על היותן רוצחות, ואח"כ נכנסות לתגובות דכאוניות עמוקות"<sup>19</sup>). וכן כותב ד"ר Cavanagh: "אין הצדקה פסיכיאטרית להפלה טפולית. רוב הנסיונות להצדיק זאת אינם מבוססים על סבות רפואיות, אלא על סבות חברתיות. יש לקוות, שהפסיכיאטרים לא ירשו לעצמם להיות מנוצלים למטרה זאת"<sup>20</sup>). א"כ אין לדבר על אינדיקציה פסיכיאטרית ברורה בבעיות מעין אלו.

ו. מבחינת המשפט הקיים היום במדינה נחשבת ההפלה המלאכותית לעברה פלילית, לפי פקודת החוק הפלילי 1936, ס"ע 175: "כל אדם, אשר מתוך כוונה להביא אשה לידי הפלה, בין שיש ובין שאין לה ולד בבטנה, ובאופן בלתי חוקי משקה אותה או משתמש באיזה אמצעי שהוא, יאשם בפשע ויהיה צפוי לארבע-עשרה שנות מאסר". עפ"י החוק לתיקון דיני עונשין תשכ"ו — 1966 (תיקון מס' 28) — צומצם העונש לחמש שנות מאסר. בסעיפים של הפקודה לא נאמר במפורש מאומה על הנסיבות בהן מותר לבצע את ההפלה פרט לאלמנט — "באופן בלתי חוקי". אך בית המשפט המחוזי בתל-אביב הגיע למסקנה, שיסוד אי החוקיות מוציא מגדר העברה "כל מעשה הפלה אגב טפול רפואי מתאים הנעשה לשם הצלת חיייה של האשה או שמירה על בריאותה"<sup>21</sup>). הפסק הזה אושר גם בביהמ"ש העליון. הרחבת החוק לפי פירושו של בית-המשפט כוללת רק אינדיקציות רפואיות המהוות סכנה לאם, אך אין בזה משום היתר חוקי להפלה במקרה שהאינדיקציה היא פגיעה בעובר.

החוק המחמיר ביחס להפלות היה קיים באנגליה עד שנת 1967, שאז פורסם ה-Abortion Act עם הקלות רבות, כולל מקרי חשש לפגיעה עוברית. וזה לשון החוק: "אדם לא ייאשם על פי החוק המתייחס להפלה, כאשר הפסקת ההריון נעשית ע"י רופא-מורשה יחד עם שני רופאים בפועל... כשיש סכון ממשי, שאם הוולד יולד הוא יסבול מפגמים פיזיים או נפשיים כאלה, שהם רציניים"<sup>22</sup>). חוק זה עורר ויכוח רב בין רופאים שונים"<sup>23</sup>).

במדינות אחדות בעולם כגון ארצות סקנדינביה, יפן, רוסיה ובכמה מדינות של ארה"ב, ישנם חוקים מקילים מאוד ביחס להוראות כלליות להפלות. לעומתן, החוק הקתולי מחמיר ביותר: "כל התערבות העשויה לגרום בהכרח לסלוק פרי הבטן, שאינו בן-קיימא, אסורה בכל התנאים, אפילו אם המטרה רצויה"<sup>24</sup>). כותב O'Malley: "כשסיבוכים חמורים... מופיעים בחייון הראשונים... על הרופא הקתולי... לסלק ידיו מן המקרה. אם לא יימצא רופא אחר לטפל באשה, עליו להניח לה למות"<sup>25</sup>). הנחתם היא: "עדיפות שתי מיתות על רצח אחד"<sup>26</sup>).

מכחינה הלכתית: כמובן אין בסמכותי ובאפשרותי לדון כבעיה ולפסוק בה הלכה למעשה, כי הדבר נתון למורי־ההוראה ולפוסקים. ברצוני רק להביא בקצרה את נקודות הדיון העקרויות בבעיית ההפלה לאור ההלכה.

במשנה אהלות (י) שנינו: "האשה שהיא מקשה לילד, מחתכין את הולד שבמעיה ומוציאין אותו איברים־איברים, מפני שחייה קודמים לחייו. יצא רובו אין נוגעים בו, שאין דוחין נפש מפני נפש".

זהו המקור התלמודי העקרי — אם כי לא היחיד — הדן במפורש בענין הפלה, וסביב משנה זו נמצא דיון רחב ומפורט בפוסקים — ראשונים ואחרונים (א).

במהות האיסור יש מחלוקת גדולה בין הפוסקים. אסכם כאן בקצרה כמה מהשיטות:

א. אסור דאורייתא, משום "אביורייהו דרציחה". (אף שאין על כך חיוב מיתה לכל הדעות, ע"י סנהדרין, ג"ז ע"ב) (י) (י);

ב. קל וחומר משום הוצאת זרע לבטלה (י) (י).

ג. מחבל או משחית, כי "עובר־ירך אמו" (י) (י);

ד. מניעת חיים בישראל, בטול מצות פריה ורביה ובטול מצוות "לשבת יצרה" (י) (י). ביחס לשאלה אם האיסור הוא מדאורייתא או מדרבנן מובא דיון רחב ומפורט בשו"ת יביע אומר (י).

היבט אחר בדיון ביחס להפלה היא הסכנה הכרוכה בכך — כבסיס לאיסור. הרמב"ם (י) קובע: "כל מפלת בחזקת סכנה". אך כבר קבע הרב עזריאל (י), שאם הדבר נעשה בזהירות, בדרך הרפואה ועפ"י רופאים מומחים ומובהקים — הרי בשעת הצורך יש מקום להתעלם מחזקת סכנה זו.

הוראות הלכתיות להפלה: גם כאן אביא רק סכום קצר של דעות הפוסקים לגבי מצבים, שבהם מותר לגרום להפלה:

א. הדעה הקיצונית ביותר היא דעתו של בעל ה"פחד יצחק" (י) — מותר לגרום להפלה רק במצב אחד והוא — סכנת נפשות לאם הנגרמת עקב העובר ישירות;

ב. מרבית הפוסקים מסכימים, שיש להתיר בכל סכנת נפשות לאם, גם שלא בגלל העובר;

ג. יש המתירים גם במקרה של מחלת האם, אע"פ שאין בה משום סכנת נפשות (י) (י);

ד. מחלוקת בקשר לעובר מחוץ לנשואין, כולל ממור. יש המתירים (י) משום פגם משפחה, בזיון וחלול השם, ויש האוסרים (י);

ה. יש באחרונים נסוחים בלתי מוגדרים במידה מספקת, למצבים שבהם מותר להפיל, כגון "צורך אמו" (35); "צורך גדול" (41); "צורך קלוש" (37). יתכן שכוונתם גם למצבים לא רפואיים, כגון שקולים כלכליים, חברתיים, משפחתיים וכד'. יש לציין, שפוסקים שונים שוללים במפורש סבות כאלו כהיתר להפלה (41).

האינדיקציה המעניינת אותנו במסגרת הרצאה זו היא הפלת וולדות בעלי-מומים. בעייה זו — אשר כאמור היא חדשה — נידונה רק בין רבני דורנו והתשובות המתייחסות לה הן מועטות במספרן.

הרב אונטרמן (22) דן בשאלה זו, ולדעתו יש לאסור באופן מוחלט. דבריו מבוססים על ההנחה, שיש בהפלה משום אביווייהו דרציחה ואיסור דאורייתא. לכן אין להתיר איסור שהוא מעין רציחה מפני חששות. "ואין הדעת סובלת מין היתר כזה, שלמנוע את החשש שמא יצא הולד פגום — ימיתוהו לגמרי. כל עצם המחשבה הזאת נראית לי כנוגדת את השקפת התוה"ק על חיי אנוש". לדעת הרב אונטרמן אין גם מקום לחלק בין קודם ארבעים יום או אחר ארבעים יום — ובכל מקרה האיסור במקומו עומד.

מסקנתו: "יש איסור חמור להפיל עובר, וכפי שהזכרתי דברי הרמב"ן גם לפני ארבעים יום אסור. ומה שחוששין שמא תפגע בו מחלת האדמת, הנה זה לא מדיני פק"נ הוא (כי לא שמענו שכדי להגן עליו מפגיעה יקפחו את חייו, אתמהו), אלא מפני שההורים רוצים להקל על עצמם עול הטפול בו ואין איסור שהוא מעין רציחה נדחה מפני חששות".

גם הרב צווייג (21), אשר דן בבעיה בעקבות משפט התלדומיד המפורסם בבלגיה, סבור לאסור. לדעתו אסור להפיל אפילו אם רואים ברנטגן, שהולד יהא מחוסר איברים. לדעתו ההיתר היחיד להפלה הוא לצורך רפואת האם, אך כשאין בו משום רפואתה אלא מטעם אחר "אין מקום ח"ו להקל, כי לתא דדיני נפשות שנו כאן". כמו-כן מביא המחבר תגובת רופא על זכוי האם במשפט-התלדומיד: "הרפואה מתפתחת והולכת קדימה מיום ויתכן מאוד, כי באחד הימים תמצא רפואה לאלה אשר נחשבים היום לחשוכי מרפא, וגם למחוסרי איברים יש מקום תחת השמש מאת הנותן חיים לכל חי". אך בנגוד לרב אונטרמן, מוצא הרב צווייג מקום להקל, לחלק בין קודם ארבעים יום לבין אחרי תאריך זה. לעומתם סבור הרב ויינברג (23), בעל שו"ת שרידי אש, שאין בהפלה משום איסור רציחה וגם דוחה את הטעם של השחתת זרע, ובפרט שלדעתו קודם ארבעים יום העובר הוא בבחינת "מיה בעלמא" (ע"י יבמות, ס"ט) — לכן מתיר בפשטות להפיל קודם ארבעים יום. הרב ויינברג נוטה להתיר גם לאחר ארבעים יום, מכיון שזה בבחינת צער גדול לאם, גם הרב ישראלי (24) כותב להתיר, מכיון שחיי עובר כזה יהיו שרשרת של צער ויסורים וכמו-כן יש להתחשב בצערם של ההורים. מסקנתו: "מכל זה נראה, שתהא מותרת ההפלה במקרים כאלה, כל שלדעת הרופאים המומחים רוב הולדות הם בעלי מומים גדולים או חסרי דעה". ויש להעיר, שלפי הדיון שהובא בהרצאה זו לא מתקיים כלל התנאי

האחרון, היינו אין "רוב ולדות בעלי מומים", וגם אין רוב המומים גדולים כל-כך במקרה של אדמת.

לפסכום: אין אני בא חלילה להכריע ולפסוק הלכה למעשה, והדבר נתון בידם של מורי-ההוראה, הפוסקים המובהקים, להכריע בשאלה חמורה זו. כמו-כן הדבר הוא, כמובן, אינדיווידואלי ומשתנה ממקרה למקרה. אך באופן כללי נראה לי, לפי מצב הדברים כיום ביחס לשכיחות המומים, סוגיהם, אפשרויות הטפול בהם, שיטות האיבחון והמניעה המודרניים — שאין הצדקה מספקת מבחינה רפואית, משפטית והלכתית — להתיר הפלה במקרה של אדמת.

ולבסוף ברצוני לציין, שגם בין הרופאים קיימים חלוקי-דעות ביחס לעמדה, שיש לנקוט בבעיה זו. וכך מציג את השאלה אחד הרופאים: "האם מוצדק הדבר להשמיד 8 או 9 יצורים גורמליים בגלל שלאחד או שניים עוליים להיות פגמים קונגניטליים?"<sup>11</sup>. יש להניח, שהחיסון יוציא את העוקץ מהטענות בעד הפלות מלאכותיות במקרה של אדמת<sup>12</sup>.

- 1) N. M. Gregg, *Tran. Ophthalmol. Soc. Aust.*, 3:35—46, 1941.
- 2) *JAMA*, 12 Oct., 1957, p. 675.
- 3) J. Sever et al., *Amer. J. Dis. Child.*, 110:395—407, 1965.
- 4) *Proc. Soc. Exp. Biol. & Med.*, 111:215, 1962.
- 5) *Acta Paediat. Scand.*, Suppl. 51:133, 1962.
- 6) D. M. Hostmann et al., *Amer. J. Dis. Child.*, 110:408—415, 1965.
- 7) *Lancet*, 1:975, 1954.
- 8) J. E. Banatvala, et al., *New Engl. J. Med.*, 273:474—478, 1965.
- 9) L. Z. Cooper, *Postgraduate Med.*, Vol. 46, No. 6, 106—108, 1969.
- 10) *The Conduction Medical Association J.*, 393, 1970.
- 11) A. Barno, *Postgraduate Med.*, Vol. 46, No. 4, 177—179, 1969.
- 12) L. Z. Cooper et al. *Amer. J. Dis. Child.*, 110:416—427, 1965.
- 13) M. Siegel et al., *Am. J. Obst. & Gynec.*, 96:247—253, 1966.
- 14) G. L. Stewart et al., *New Engl. J. Med.*, 276:554—557, 1967.
- 15) *Bri. Med. J.*, 3:470, 1970.
- 16) ש. פרידמן וחב', הרפואה, כרך ע"ט, עמ' 58—60, 1970.
- 17) Editorial, *Lancet*, 1:1279—1280, 1971.
- 18) *Postgraduate Med.*, 46:179, 1969.
- 19) S. A. Plotkin et al., *Amer. J. Dis. Child.*, 110:381—389, 1965.
- 20) T. M. Ingalls & H. N. Horne, *Lancet*, 1:830—832, 1971.
- 21) M. S. Calderon, *Abortion in the United States*, 1958, p. 129.
- 22) *Abortion: Another look*, p. 52.

(23) ת. פ. ת. 207/52 — י. מ. נ. הורביץ מ"מ. ה. עמ' 459.



- 24) Halsburg's Statutes of England, p. 492—3, S.I(b).  
 25) J. P. Crawford, Lancet, 2:1138, 1970.  
 26) Med. Sci. Law, 9:3, 1969.  
 27) Med. Leg. Bull., 208:1, 1970.  
 28) A. Klarman, The Crux of Pastoral Medicine, Ratisbon, 1912, p. 135.  
 29) Essays, p. 54.

30) ראה בהרחבה: ע. יעקובוביץ, הרפואה והיהדות, ירושלים, תשכ"ו, עמ' 214.

31) משנה אהלות, ז' ו'.

32א) ראה מראה מקומות באסיא, גליון ב', עמ' 39.

32) הרב אונטרמן, נועם, כרך ו', עמ' א' ואילך.

33) שו"ת צננת סענת, סי' נ"ט.

34) שו"ת יביע אומר, ח"ד, חאה"ע, סי' א'.

35) שו"ת חות יאיר סי' ל"א.

36) שו"ת שאילת יעבץ, ח"א, סי' מ"ג.

37) שו"ת משפטי עוזיאל, ח"ג, חח"מ, סי' מ"ו.

38) שו"ת מהר"ט, סי' צ"ז, סי' צ"ט.

39) עמוד הימיני, סי' ל"ב.

40) תורת האדם, הובא בל"א"ש ור"ן, יומא, פ"ג, א'.

41) פחד יצחק, ערך נפלים.

42) שו"ת שאילת יעבץ, סי' ס"ב.

43) שו"ת רב פעלים, ח"א חאה"ע, סי' ד'.

44) הרב צחייג, נועם, כרך ז', עמ' ל"ו.

45) נועם, כרך ט', עמ' קצ"ג.

46) הרפואה, כרך ע"ה, חוברת ה', עמוד 389.

הבטיח את החולה ותבשרהו בשלמותו, אף אם אתה לא תהיה בטוח בו,

כי בזה תחוק את טבעו.

(ר' יצחק בן שלמה ישראלי (953), מוסר הרוסאים, פרק ל"א).