

התכנסנו כאן ב"שערי צדק" בערב הזכרון החמישי לפטירתו של ד"ר פלק שליזנברג ז"ל לטקס הענקת הפרס השנתי לזכרו למרן הרב הראשי לישראל יבלח"א, ובמסגרת זו נשמע את הרצאתו, דעת תורה, בנושא חשוב, חיוני ואקטואלי זה, אשר בו עסק בין היתר, גם במסגרת השעורים, עבורם ניתן הפרס.

קודם לכן ירצה ד"ר דב ארליך, מנהל בית החולים "ביקור חולים", על מכלול ההיבטים הרפואיים-מדעיים לצורך הבהרת הנשא, בבחינת "שאלת חכם".

## **"הרקע הרפואי להפסקת הריון כמבוא לדיון הלכתי" / ד"ר דב ארליך**

על השילוב בין מדע לתורה ניתן, אולי, ללמוד מדברי הירושלמי<sup>1</sup>: "מה שעשת חכמה עטרה לראשה, עשת ענוה עקב לסולייתה", במובן שדברים עיקריים בחכמה היינו - המדע, הם בסיס לצד הלכתי תורתי - הענוה, שהרי ניתן למצוא בספרים ש"הענוה היא שורש של כל דבר קדושה"<sup>2</sup>.

בערב זה אנסה לעמוד על הצד המדעי של בעיית ההפלה, ואני מקוה שיהיה בכך מעין רקע ובסיס לצד ההלכתי. אולי אצליח ע"י כך להדגים שאין ההלכה מנותקת מן המדע אלא להיפך. ההריון שהוא תחילתו של היצור החי הוא מעין השלמה והשתתפות של האדם עם הקב"ה. כבר עמדו על כך חז"ל לגבי הפסוק<sup>3</sup> "קִיִּיתִי אִישׁ אֶת ה' ", היינו עם ה'<sup>4</sup>. מטרתו של ההריון באה לידי מיצוי בפירוש האבן עזרא לפסוק זה: "כאשר ראה (כלומר האדם) שלא יחיה בגופו בעצמו לעולם הרצך לחיות זמין".

את התפתחות העובר ברחם ניתן לחלק לשתי תקופות השתות זו מזו. התקופה הראשונה היא "תקופת היצירה" או "תקופת ההתהוות" והיא מתחילה בהפריה ומסתיימת בסוף החודש השני. לתקופה זו שני שלבים: הראשון - מתחילת ההפריה עד סוף השבוע הראשון, כאשר היצור המתפתח קרוי ביצה מופרית או "Ovum". בסוף שבוע זה חודרת הביצית המופרית לדירית הרחם. בשלב השני, מסוף השבוע הראשון ועד לסוף החודש השני, קרוי היצור המתפתח כשם אמבריו. בכל התקופה הראשונה מתהווים צורת העובר ואבריו השונים ומתחילה פעילותם<sup>5</sup>.

התקופה השנייה - אותה ניתן לכנות "תקופת הגדילה" מתחילה בחודש השלישי. בתקופה זו יש כבר ליצור המתפתח צורת אדם והוא קרוי בשם "פוטוס" - "עובר". בתקופה זו יש רק גדילת ממדים מיצור שארכו 23 מ"מ בסוף חודש שני עד לגודל ילוד רגיל<sup>5</sup>. הכרה זו של ההתפתחות מתמצית בדברי חז"ל<sup>6</sup>: "עד שלוש חודשים יבקש רחמים שלא יהיה סנדל", היינו קיימת ההכרה שבתקופה הראשונה אין זמין ליצור אנשי. נעמוד על מספר עובדות הקשורות בתקופה הראשונה ואשר להן השלכה הלכתית. בתחילה היצור המתפתח הינו מיקרוסקופי וזהו יתכן ההסבר למונח "מיא בעלמא"<sup>\*</sup>.

\* על המשכעות של עובדה זו ניתן אולי ללמוד כמקובל אחרים בהם כשהכע שאין להחשב ביצור מיקרוסקופי, שלולא זאת היו נאסרים כל כים לשהיה כמכילי שקצים, או היינו פוסלים הלב (= סכין שהיטה) על אף היותו נראה ככה, "ידברו במיקרוסקופ ניהו יבצאו בו פגמים, וכפי אולי כשהברת עכדה הטוענים "מיא בעלמא"!

עובדה אחרת היא מינו של העובר. בניגוד לדעה המקובלת עד לשנים האחרונות לאור האינפורמציה הגנטית, אין זמין של העובר נקבע רק בזמן ההפריה ע"י כרומוזומי זמין. התפיסה המקובלת היום היא, שיש להשפעה הורמונלית מאוחרת חלק תורם לקביעת הזמן<sup>8</sup>. מכל מקום אברי הזמן הפנימיים מתחילים להופיע בערך בשבוע השישי<sup>9</sup>.

אם תרצו הרי לפנינו בסיס לזיכוח התלמודי על המועד בו נקבע מין העובר<sup>6</sup>: "האומר יה"ר שתלד אשתי זכר הרי זו תפילת שוא" ופרושו של רש"י: "ומי מהני תפילה לזכר אפילו בתוך ארבעים יום והלא הדבר תלוי בהרעה תחילה". (כלומר קביעה גנטית). ולעומת זאת האומרים "עד ארבעים יום יבקש רחמים עידיה זכר"<sup>6</sup> (כלומר קביעה מאוחרת יותר).

תוך כדי גדילת העובר חלים שינויים הורמונליים באשה ובטוים הראשון - הפסקת המחזור החודשי. היות שההפריה קורית ברוב הנשים באמצע המחזור החודשי (העבודה הניסויית הראשונה שתמכה בכך של אלן וחבריו<sup>10</sup>). יוצא איפוא כי גילוי ההריון אפשרי רק בסביבות השבוע השלישי לפחות. מכאן ניתן להסיק שני דברים: א) נתונים רבים על ההתפתחות המוקדמת של העובר אינם ידועים, וכל המידע שבידינו, או רובו, מתבסס על השוואה למה שקורה בבעלי חיים אחרים<sup>8</sup>. הכרת ההריון היא בשבוע שלישי להתהוות העובר ואזי ישנן כבר פעימות לב. על בעיד מענינת, אשר העסיקה את הרופאים והוגי הדעות ממתי ניתן לדבר על חיים<sup>11</sup>: 12 - אין למעשה תשובה מוחלטת, ובודאי יש לעובדה זו השלכה הלכתית. לשם קביעת החיים יש להגדירם וקשה לומר האם התאים המתחלקים בשלב הראשון הם כבר חיים במובן פתקציונלי או שיש צורך בתנאים אחרים כמו פעילות לב, פעילות מח וכדומה.

הדיון הרגיל נמשך בערך 270 יום. כאשר הוא מסתיים מסיבה כל שהיא לפני השבוע ה-20 - מדברים על הפלה<sup>15</sup>. יש המגדירים את ההפלה כסיום ההריון לפני שהעובר בשל דיו כדי לחיות באופן עצמאי<sup>16</sup>.

ניתן להגדיר הפלה לפי גיל העובר או משקלו. צורות אחרות של הגדרה - לפי סיבת ההפלה או התמונה הקלינית בה היא מופיעה<sup>15</sup>: 16. לפי ארגון הבריאות העולמי (מצוטט בהערה 15) מדובר על הפלה מוקדמת כאשר זו מופיעה לפני 12 שבועות של הריון והפלה מאוחרת בין 12 ל-20 שבועות של הריון.

לצורך הדיון שלנו נעמוד על הגדרת ההפלה לפי הסיבה.

מחלקים את ההפלות לשתי קבוצות עיקריות: (1) הפלה עצמאית (ספונטנית), כאשר אין התערבות גורם חיצוני: (2) והפלה נגרמת או הפלה מלאכותית<sup>15</sup>.

את ההפלה המלאכותית שהיא הבסיס לדיון שלנו נוהגים לחלק לשלוש קבוצות: (1) הפלה רפואית: (2) הפלה אלקטיבית (היינו לפי בחירה): (3) הפלה פלילית (כלומר - הפלה שאין לה כיווץ בחוק).

לצורך הדיון כדאי להזכיר כי יש הטוענים שבדרך כלל יש בהפלה ספונטנית שכיחות גבוהה של בעלי מום יותר מאשר בהריונות רגילים. אחת העבודות המצוטטות ביותר<sup>17</sup> מצביעה על סדרה של 1000 נשים עם הפלה ספונטנית בה ל-7.61 מהעוברים היו מומים שלא ניתן לחיות אהם. עבודה אחרת<sup>18</sup> הראתה שכיחות גבוהה של הפרעות כרומוזומליות בקרב הנפלים.

ההפלות הרפואית והאלקטיבית ישמשו לצורך דיון זה כקבוצה אחת, בעוד שהפלה פלילית תהיה קבוצה נפרדת. התחום בין שתי קבוצות אלה אינו קבוע והוא עלול להיות שונה במקומות שונים בהתאם להפלות המותרות לפי החוק.

כיצד מתבצעת ההפלה המלאכותית? הצורה הפשוטה ביותר היא ע"י גרימת מותו של העובר כמו ע"י הקרנות או טיפול תרופתי. (לתרופות שונות נגד מחלות ממאירות השפעה כזו על העובר). צורות אחרות הן ע"י החדרת גוף זר לחלל הרחם או ניתוחים של הרחם הגורמים להתכווצות ובעקבות כך הפלה.

לצורך ביצוע הפלה מלאכותית ע"י הרקת תוכן הרחם יש להרחיב את הכניסה לחלל זה, כניסה הקרויה בשם צואר הרחם. מבחינה טכנית יש להבדיל בין שתי תקופות בהפלה. הראשונה עד 12 שבועות והשניה לאחר מכן<sup>15; 16</sup>.

בתקופה הראשונה ניתן להרחיב את צואר הרחם בצורה מכנית ואילו לאחר מכן יש סיכון רב בהרחבה משתי סיבות: א) עושר כלי הדם המצוי ברחם; ב) הקוטר הקטן שאליו יכול להגיע פתח צואר הרחם - קוטר אשר אינו מאפשר יציאת העובר ובמיוחד ראשו<sup>16</sup>. מסיבות אלה עד ל-12 שבועות הריון משתמשים בשיטה של הרחבת צואר הרחם והרקת תוכן הרחם באמצעות כלים המיועדים לכך (וזו הגרידה), או באמצעות שאיבה של תוכן הרחם לאחר הרחבת הצואר.

לאחר 12 שבועות הריון ניתנים תכשירים הממיתים את העובר ותכשירים הגורמים להתכווצות הרחם. התכווצות זו מרחיבה את הצואר ובעקבות כך יש הרקת של תוכן הרחם - בדומה ללידה.

השיטה המקובלת ביותר היום לאחר השבוע ה-12<sup>16</sup> היא של הזרקת תמיסת מלח מרוכזת של 20-30% לחלל השפיר ולאחר מכן הזרקת הורמון לתוך הוריד להתכווצות הרחם.

קיימת צורה אחרת של הפלה בתקופה מאוחרת והיא באמצעות ניתוח הקרוי היסטרוטומי. זהו מעין ניתוח קיסרי מיניאטורי אם כי הוא נחשב כניתוח גדול על סכנותיו<sup>16</sup>.

התקדמות בשטח גרימת הפלה מלאכותית הושגה ע"י שמוש בחומר שהתגלה בשנים האחרונות והוא קרוי פרוסטגלנדין<sup>15</sup>. כאן לפנינו קבוצת חומרים בעלי מבנה כימי אחד<sup>19</sup>, ולשנים מקבוצה זו הידועים בכינוי  $F_2$  ו- E יש השפעה על התכווצות הרחם<sup>15; 19</sup>. ברוב המקרים שדווח עליהם ישנה התרוקנות הרחם בין 6 ל-24 שעות מהזרקת החומר לוריד. הצטיון עם חומרים אלה מוגבל עדין אך המשתמשים בהם טוענים כי סיבוכי ההפלה בעקבות השימוש בהם הם אפסיים<sup>15</sup>.

בכל השיטות שהזכרנו עד כה לגרימת הפלה מלאכותית קיים סיכון לאשה<sup>15; 16</sup>. מן הסיכונים: התנקות הרחם, דמומים קשים עד לסכנת חיים, זיהומים של הרחם וזיהומים תוך-בטניים עד לספטיס כללי, נזק לצואר הרחם עד לאי ספיקת הצואר - נזק זה של הצואר יתן את ביטויו בהריונות הבאים כאשר התוצאה העיקרית יכולה להיות הפלה ספונטנית.

ביצוע הפלה מלאכותית יכול להיות, והינו, סיבה שכיחה לעקרות של האשה. כמו-כן יכולים להגרם בהריונות הבאים קרעים של הרחם<sup>15; 16; 20</sup>. הזרקות לחלל השפיר יכולות להביא

לידי דלקת השפיר - אמניונטיס. סיבוכים אחרים הם דמומים קשים ע"י חדירה לעורק אמהי, כמו-כן הכנסת זהום לחלל הבטן, גרימת יצירת נוגדנים לדם עובר ע"י האם, וסיבוכ של פגיעה קשה בכליות בגלל כניסת מי השפיר למחזור הדם<sup>13;14</sup>.

אם כי במאמרים שונים נמסר על אחוז נמוך של סיבוכים, אין להתעלם מהם ובמיוחד כאשר אחדים מהם מסכנים את חיי האשה. כמו כן אין להתעלם מהעובדה שרוב המאמרים דנים בסיבוכ אחד, אולם כאשר דנים במכלול הסיבוכים שכיתותם גבוהה יותר.

כאשר ההפלה מבוצעת באשה חולה הולכת הסכנה וגוברת ונוספות סכנות אחרות.

מה הן הסיבות להפלה המלאכותית? ניתן לחלקן ל-2 קבוצות עיקריות: א) סיבות הקשורות בעובר: ב) סיבות הקשורות באם.

הסיבות הקשורות בעובר: (1) קידם חשד או ידע על עובר פגום או חולה מבחינה תורשתית.

מדובר בקבוצה זו בעוברים בהם ידוע ומוכח פגם תורשתי, וידע כזה מתבסס או על הוכחה מעבדתית או סבירות סטטיסטית (מתוך ידע על שאר בני המשפחה וטיב המחלה המורשת).

במקרים רבים ניתן לקבל מידע על העובר באמצעות דיקור מי השפיר - אמניונצנטיס<sup>13;14</sup>.

מספר רב של מחלות תורשתיות ניתנות לזיהוי עוד בהיות העובר ברחם אמו. ידיעה זו הביאה את החוקרים לידי התלהבות עד כדי כך שאחד מהם המשמש היום כמנכ"ל משרד הבריאות כותב באחד ממאמריו<sup>21</sup>: "לא עוד עומד היועץ הגנטי חסר אונים. יש בידו להציע לשואלים בעצתו אמצעים דיאגנוסטיים פעילים כדי לקבוע תוך כדי ההריון אם תקין הוא הילד הגדל ברחם או שמא חולה הוא". אולם בסוף מאמרו יש צינור-מה של ההתלהבות: "האינדיקציות חייבות להיות ברורות. הבחירה של המקרים קפדנית לבל תבוצע אמניונצנטיס בגלל דברים של מה בכך וכן לבל תיהפך לבדיקה שבשגרה. יתר על כן הפעולות - הן של האמניונצנטיס והן של עיבוד החומר - חייבות להתבצע בידיים מנוסות ובמעבדות להן האמצעים, הידע והנסיון לחת את הפרוש הנכון, כי על כפות המאזניים החלטות רבות-משקל ביחס לגורל ההריון. אסור שהסיכון הטבוע בה לאשה ולילוד יהיה רב יותר מהפגם התורשתי בגללו ברצעה האמניונצנטיס".

2) מחלה של האם הגורמת פגמים בעובר: המחלה המפורסמת ביותר כגורם כזה היא האדמת.

קיימת התאמה סטטיסטית בעלת משמעות בין קידם אדמת אצל האם ופגמים בעובר. האחוז שבו נגוע העובר נתון בויכוח אולם נראה שרוב המחברים מסכים כי הוא נע בסביבות 20%<sup>22</sup>.

בעיה זו של מחלת האם כגורם לפגם עוברי והוראה להפלה בעקבותיה הולכת ומסתבכת כאשר ידועים היום מקרים רבים של תחלואה באדמת ללא תפירת, או הצטברות ידע על מחלות וירליות אחרות הגורמות למומים (כמו אבעבועות רוח או שפעת - אינפלואנצה).

קיום הוראה להפלה במקרים כאלה יכול להביא עד אבסורד שהרי בכל מחלת חום ברורה או

בלתי ברורה תבוצע הפלה - וכלום ניתן לשמר את האם בסכיבה מעוקרת?

השלכה להוראה הנרחבת להפלה בעקבות אדמת יכולנו לראות לפני מספר חודשים כאשר הילודה במספר בתי חולים בארץ הגיעה לכדי 60% ופחות מהילודה בתקופה מקבילה בשנים קודמות,

והסיבה לכך נעוצה בקיום מגפת האדמת שהיתה בארץ 9 חודשים קודם לכן. ביצוע ההפלות  
ההמתניות הקטין בצורה דראסטית את הילודה וההשלכה נראה במשך השנים כאשר יחסרו מחזוריים  
בגנים, בבתי הספר או בצה"ל.

(3) סיבות אחרות הידועות כמזיקות לעובר הן התרופות השונות, כשהמפורסם ביניהן הוא  
התלידומיד. בנשים רבות מברצעות הפלות לאחר לקחת תרופות הידועות כמזיקות לעובר, אולם  
אין לשכוח כי הנזק הוא סטטיסטי - היינו הפגיעה היא רק בחלק מהעוברים ולפי המצב הנוכחי  
לא ניתן לוודא מיהו העובר הניזוק.

את הסיבות של ההפלה הקשורות באם מחלקים לקבוצות הבאות:

(1) מחלות קודמות להריון המחרפות ע"י ההריון.

(2) מחלות הנגרמות ע"י ההריון.

(3) סיבות כלכליות.

(4) כניסה להריון ע"י גילוי עריות או אתס.

עבודת מחקר אשר נערכה בארץ בשנים 6-1965 בקרב הנשים אשר פנו לקופ"ח בבקשה לביצוע

הפלה<sup>23</sup> הראתה, כי 52.8% מכלל הפונות נמקו אח בקשתן בסיבה רפואית, 27% בסיבה

כלכלית, 4% בגלל קיום תינוקות עד גיל שנה במשפחה ו-6.6% לא נתנו כל סיבה.

עבודה זו קרוב לודאי אינה משקפת את המציאות, היות והיו אלה פניות למוסדות קופ"ח. אין

ספק שמספר גדול מחברי הקופה פנו לביצוע הפלה מחוץ למוסד, היות שהסיבה לא היתה

בריאות לקיחה וכו'. ומשום כך יגדל מספר המבצעים מסיבה סוציאלית. עבודה זו מתאשרת גם

ע"י סטטיסטיקות במדינות אחרות<sup>15</sup>. היינו רוב ההפלות על רקע סוציאלי מתבצעות שלא במסגרת

הממוסדת.

באשר למחלות המחרפות על-ידי ההריון - קיימות קבוצות רבות של נשים חולות (שהעיקריות

שבהן: מחלות נפש, מחלות לב, מחלות כליות, סכרת או מחלות סיסטמיות).

בשנים 8-1957 כתב אחד הגניקולוגים בספר השנה<sup>24</sup>: "הטיפול הרפואי התפתח היום במידה

רבה שרק מחלות בודדות מצדיקות את ביצוע ההפלה". יש רושם שהצהרה זו אופטימית במידת-מה,

היות והתפתחות הרפואה מעמידה בעיות חדשות בלתי מוכרות מתקופות קודמות. וכך מתעוררות

בעיות כמו ביצוע הפלה בחולה עם אי-ספיקת כליות כאשר יש אפשרות לדיאליזה או לא. יתר

על כן מה השפעת הדיאליזה על העובר?

בעיה אחרת היא "מה גורל הריון של אשה אשר בלבה הזכנס תותב במקום מסתם?"

אין ספק שהתקדמות הרפואה מאפשרת שמירה על הריון אשר נמנע בעבר, אולם הגסיון והידע

על גורל העובר בהריונות אלה והתפתחותו לאחר הלידה טרם ברורים.

אחת הבעיות הקשות העומדות בפני הרופאים ובוראי בפני אנשי ההלכה היא בעית ההפלה

מסיבה סוציאלית. כאן כדאי לצטט את אחד מגדולי המורים לגניקולוגיה, אם כי אין אנו חייבים

לקבל את דעתו<sup>25</sup>: "דמוגרפאים מסכימים כי להורים אחראיים היום, מספיקים לא יותר מ-2-

עד 3 ילדים זאת במאמץ להחליף את אוכלוסיית העולם אך לא להגדילה". לדבריו, "על אותם המסוגלים לגדל משפחות גדולות מסיבות רגשיות או כלכליות לעשות זאת על-ידי אימוץ".  
זהו מסיים: "מחובת הרופא ואחריותו לשמש דוגמא ולהפיץ את הידע על מידת רצינות הבעיה בעולם".

אם כי אין אנו מקבלים דעתו, מכל מקום אין ספק שהבעיה הסוציאלית דורשת פתרון החלטה ועל אנשי ההלכה להתייחס אליה.

בסכום: התחלנו בסקירה התפתחותית של העובר שהיא רלבנטית להכרעת הסטטוס ההלכתי של העובר תוך הפרדה לשתי תקפות עיקריות. בשלב זה לא יכולנו לעזור בהגדרה רפואית של החיים. עמדתנו על העבודה שההכרה בקיום הריון היא בשלב בו יש כבר התפתחות ניכרת של העובר.

הבאנו את צורות ההפלה השונות על סיכתיהן - פרט בעל חשיבות בהכרעה על ביצוע ההפלה. הגדרנו מצבים שונים בהם מתבצעת ההפלה; מצבים החוזרים הכרעה הלכתית כאשר אחד הכולטים שבהם הוא המצב הסוציאלי.

אני מקה שסקירה זו תהיה לעזר לבא אחרי בבחינת תלמיד המשמש את רבו, ואין לי אלא לסיים בתודה על הכבוד אשר ניתן לי להרצות לזכרו של אדם שהיה לסמל המיזוג של מדע הרפואה וההלכה.

#### מקורות

1. ירושלמי, שבת, פרק א' הלכה ג'.
2. ספר "נועם אלימלך", פרשח עקב, פסקה ראשונה.
3. בראשית פרק ד' פסוק א'.
4. רש"י - בראשית פרק ד' פסוק א'.
5. **Developmental Anatomy, C. B. Arey, 7th ed. Saunders Comp, 1965, P. 85**
6. מסכת ברכות דף ס' ע"א.
7. **Human Embryology, 3rd ed., B. M. Patten, Mc Grew-Hill Comp. N. Y. 1968**
8. **Gray's Anatomy edit by T. B. Johnston et al., 32nd ed., 1958**
9. **Allen, Pratt, Newell and Bland: Recovery of human ova from the uterine tubes, J. A. M. A. 91:1018, 1928**
10. **Moral Dilemmas in Medicine, A. V. Campbell; Churchill Livingstone p. 143, 1972**
11. הרפואה והיהדות. ע. יעקובוביץ, פרק י"ד אוסף מקורות, הוצאה מוסד הרב קוק, תשכ"ו.
12. דיקור השפיר כאמצעי לאבחון וטיפול עוברי חוץ רחמי, ד. מ. שר; ש. משיח; ב. ישמחוביץ הרפואה, 79; 493; 1970
13. **Antenatal diagnosis of genetic diseases ed. by A. E. H. Emery, Churchill livingstone 1973**

- Textbook of Obstetrics and Gynecology 2nd edit by D. N. Danforth .14  
Harper & Row Pub., 1971, Chap. 18.
- Synopsis of gynecology by D. W. Beachem and W. D. Beachem .15  
Mosby Comp 1972 p. 295
- Minimal criteria to Prove prima facie Case of traumatic abortion .16  
or mis-carriage Ann Surg., 117:596, 1943
- Analysis of data from abortuses which failed to grow in culture: .17  
Carr, D. H., Bateman A. J. and Murray A. B. Alstet Gynec, 28:611; 1966
- .18 פרוסטגלנדינים, א. דנון; פ. ג. זולמן, הרפואה, 1969; 77:25.
- .19 סקר ארצי על קרעי הרחם בישראל בשנים 1960-1965. א. רבאו, א. גרוס, הרפואה, 1970; 79:118
- .20 אכניוצנטזיס ויישוכו לאיבחון כחלות גנטיות הוך כדי הריון. ב. פדה, הרפואה, 1970; 79:497
- .21 ההפלה הכלאכותית במקרה של אדמת בהריון. א. שטינברג, "אסיא", גליון ד' עמ' 19, השל"ב.
- .22 סיבות לדרישה האשה להפלה כלאכותית בגלל הריון בלתי רצוי. ס. ישורון ברמן, הרפואה, 1969; 76:452.
- .23 Yearbook Obstetrics, 1957-1958, Greenhills review.
- .24 Novak's textbook of Gynecology by E. R. Novak and G. S. Jones 6th ed. Williams & Wilhins Comp 1961.

## הפסקת ההריון לאור ההלכה

הראשון לציון, הרב הראשי לישראל, מרן הרב עובדיה יוסף שליט"א לפני שאתחיל להרצות בנושא שקבעו לי, אני רוצה קודם-כל להודות לאלה שהעניקו לי הערב את הפרס. זהו כבוד חסר, נוסף על כבוד מלא. כי בנותני שעורים לרופאים, זה היה כבוד אלי שכנס רופאים שומרי תורה ומצוות יבאו לשמוע את דבר ה', דבר חגיגות עד מאד. לי אישית היה כבוד בדבר הזה.

הגר"א מוילנא אומר, באבות פ"ו, שנינו: אין כבוד אלא תורה. שנאמר - כבוד חכמים ינחלו. ואילו במדרש בראשית רבה (פרשה עג סי' יב) כתוב: "ומאשר לאבינו עשה את כל הכבוד הזה, אין כבוד אלא כסף, שנאמר - ברוז כסף, ברוז זהב, כבוד מכל כלי חמדה". איך שני הדברים תואמים? והוא אומר: כבוד מלא ו' זה תורה. על זה אמרו: אין כבוד אלא תורה, שנאמר כבוד חכמים ינחלו. ואילו בבראשית כתוב, מאשר לאבינו עשה את כל הכבוד הזה, כבוד חסר, לא כבוד מלא, לפיכך נדרש על כסף.

ובכן כבוד חסר זהו כסף. לזה התכוונתי, שהוסיפו לי הערב כבוד חסר, על הכבוד המלא.

אני נותן תורה לרופאים שומרי ומוקירי התורה, שבאמת יש להמליץ עליהם: "כזה ראה וקדש". שמח אני לראות אנשים יקרים כאלה, שעושים מלאכתם באמונה לאור ההלכה. על-פי דיני