

ההפלה המלאכותית במקרה של אדמת בהריון*

אברהם שטינברג

במסגרת הרצאתי זו ברצוני לברר את השאלה האם קיימת אינדיקציה רפואית-הלכתית לבצוע הפלה במקרה של אדמת בהריון ובעקב בשליש הראשון. לצורך זה אציג בפניכם את האספקטים השונים של הבעיה - מבחינה רפואית, מבחינה משפטית ומבחינה הלכתית, אך ברצוני להדגיש מראש, שאין בכוחה הרצאה זו לפסוק הלכה למעשה משום בדינה דובר זה כמובן נתון למורו-ההוראה ולפוסקים. ההחלטה חייבת להיות אינדיבידואלית ותחומאית לכל מקרה בהתאם לנסיבות המיוחדות. מטרהי היא רק לתת תמונה של הבעיה מבחינותיה השונות ולהעיד על מספר מסקנות הנובעות מהדברים.

א. מבחינה היסטורית יש לציין שהמצב המכונה תסמונת האדמת והמולדת או Congenital Rubella Syndrome ידוע לנו בסך-הכל מזה כשלושים שנה. בשנת 1941 פרסם לראשונה תיאור של קורקט (ירוד) קונביטליל בילודים לאמהות עם אדמת בחודשי הריון הראשונים, ע"י Gregg⁽¹⁾, באוסטרליה.

מאז פרסמו מחקרים רבים בנושא זה והודיעו את התסמונת ע"י ייחוס ותפוצת קליניות-פתולוגיות קונביטליות מרובות לאסיה ולמזרח של אדמת בהריון, ובעקב בשליש הראשון. בשנים 1943-1949 פרסמו מחקרים רבים, שכולם היו רטרוספקטיביים, והיינו אספות לילדים עם פגמים נשאלו אם סבלו מאדמת בהריון, ומחקרים אלו הגיעו למספרים של 80-100% סבויים לילדים פגומים. מחקר פרטספקטיבי מהימן ראשון, פרטסם רק ב-1956 ולפני הסבויים לילודים פגומים הם כ-14% בלבד.⁽²⁾

בשנת 1962 נתגלה הוודד לראשונה הייחוס של האדמת ובכך נפתחה תקופה חדשה למחקר בקשר לזיסון נגד המולדה.⁽⁴⁾

בשנים 4-1962 הייתה מניפת האדמת הגדולה ביותר בארה"ב מאז 20 שנה שלפני-כן, ובה היו יותר ממיליון רשומות מאות אלף מקרי אדמת בשנת 1964 בלבד.⁽³⁾ מניפה זו הביאה לשורת מחקרים יסודיים בבעיה וכמו-כן תוארו ממצאים קליניים ומעבדתיים נוספים על התסמונת הקלאסית וכך נתקבלה התסמונת האדמת והמחוזבת - expanded rebella syndrome. ב-6 במאי 1965 נתקיים סמפוזיון על האדמת בפילדלפיה בעקבות האפידמיה הגדולה. ה-American Journal of Diseases of Children הקדיש, באוקטובר 1965, חוברת שלישית לבעיית האדמת ולסקירת הדיון בסמפוזיון זה"ל וברצוני להזכיר בעקב לממצאים של מחקרים יסודיים ותרטומים אלו, בגלל הערך הסטטיסטי של העובדות, עקב המספר הרב של מקרים שעמדו לרשות החוקרים.

* מתוך הרצאה בכנס הארצי השלישי לבעיות הלכה ומדע מטעם אגודת אנשי מדע שומרי חורה שהחייים ביום ט' אלול תשל"א (9.9.1971).

ב. תסמנת הארמח כוללת כ-20 תופעות קלינית-מעבדתית פתולוגיות שנתגלו בילודים לאמהות וולדות ארמח, אשר בחלקם נודרים מאוד. ביחס לשכיחות הסטטיסטית של המומים השונים קיימים חלוק-רעות בין המתברים השונים בהתאם למספר המקרים שעל-פיהם השבו את השכיחות. אחוז דבר אמור ביחס לאחוז הכללי של ילודים פגומים.

בעבודה וז"ל של A. J. D. C. נבדקו 6161 נשים וזוהו ותוכן נמצאו 750 נשים, אשר סבלו מארמח קלינית בהריון או שבאו במגע עם ארמח בתוך הטרימסטר הראשון. במסקנת העבודה נמצא ש-10% מהנשים עם ארמח קלינית בסרימסטר הראשון ילדו עם תסמנת הארמח, שאפשר היה לאבחן בתוך החודש הראשון. נשים שבאו במגע אבל לא פתחו ארמח קלינית ילדו 0.6% עם תסמנת הארמח⁽³⁾. סקרים אחרים מנפוח ארמח בעיקר באנגליה ושבדיה, והוא

שסכנייה של אשה שחלטה בארמח בשליש הראשון ללדת תינוק עם מומים, נעים בין 10-30%⁽⁵⁾.

סטטיסטיקה מוקדמת יותר מדברת על 40-50%, אך יש לציין שברובן הן מבוססות על מספר מקרים מעט וכן מבוססות הן על אבחנה קלינית בלבד, לעומת הסטטיסטיקה שאחרי המגפה ב-1964 המבוססת על מספרים גדולים ועל אבחנה טרולוגית-מעבדתית.

לכן נראה לי כטביר להניח, שהאחוז האמיתי לסכנייה המומים הוא בין 10-20%. כך גם ידוע מרוב המחקרים החדשים יותר^{(7) (8) (11)}.

הנה ביחס לפירוט המומים עצמם - בעבודה נטפת המובאת באחוז גליון של A. J. D. C. ניתן הפירוט הבא:

1. פגיעות בלב - 86%, מומים השכיח ביותר - patent ductus arteriosus - 70%

2. שריעות הטחול והכבד - (hepatosplenomegaly) - 55%

3. petechiae - 50%. בחלק היו גם פורפורות. בחלק - הפריחה כסוה את כל הגוף ובאחרים

- רק בבטן נקודות. הפורפורות היו סודמבורצטופניות (ססיות - 100,000-3,300).

התופעות בעוד נעלמו ברוב הילודים תוך כמה ימים והססיות חזרו גם-הן לתורמה;

4. ירוד (קטרקט) - 50%;

5. משקל-לידה נמוך - 50%;

6. מיקרוצפליה - 9%;

7. מיקרופתלמיה - 9%;

8. כוריורטיניטיס - 6%;

9. גלאוקטמה - 2.5%;

10. אטרדיה של המש - 2.5%⁽⁶⁾.

באחוז גליון מובאת סטטיסטיקה עם פירוט שונה במקצת אך הכולט בכולם הוא שהמומים הבאים הם השכיחים ביותר: נזק לב ובעקר patent ductus arteriosus ; שריעות

הטחול והכבד; ירוד (קטרקט) וטרומבורצטופניק פורפורה. יש לציין שבסקירות מוקדמות

יותר, הפורפורה הטרומבורצטופנית לא היתה שכיחה, בעוד שבסקירות אחרי מגפת 1964

היתה שכיחות ניכרת. כנראה שהסטה היא בזוגי-אדמת שונים⁽⁸⁾. כמו-כן יש לציין שבסקריות
החרישות לא נכללה החרישות מכיון שהבדיקה נערכו סגור ללידה ולצורך קביעת החרישות יש
צורך בעקוב מסושר. החרישות כנראה שכיחה מאוד ויש מחברים השמים אותה במקום הראשון⁽⁹⁾.
הפגם בשמיעה הוא סנסורי-ניירלי. קשה מאוד, נמעט בלתי אפשרי, לבדוק את השמיעה בילוד.
לא ברור אם הפגם הוא קונגניטלי או שנרכז אחרי הלידה. אין ספק לחרישות זו⁽¹⁰⁾.

הנה אם נדון על כל אחד מהמחמים הנ"ל, נמצא שרובם אינם חמורים תיחשים לחקן. ממי-
הלב, אשר למזלנו הרוב הם חקטוס אטרודוס פתוח, גיחשים כולם לחקן כירודגי ופתוח
החקטוס הוא הפגם הקרדיאלי הקל ביותר מבחינה כירודגית. הסרומברציטופניא, כאמור, היא
self-limited וחולפת ללא ספול וכן כמה ימים עד חודש⁽¹²⁾. קטרקט גיחן לסלק כירודגי.
משקל-לידה נמוך - ע"י האינקובטורים ושיטת ההודאה החרישות גיחן להחזיק ותיקת אל-
בזים.

מבין המחמים האחרים יש לציין עוד פגיעת חולפת בעצמות, הפסיטיס, ראנגי-ה, שלפי אחד
העבודות ב-A. J. D. C. שכיחותם היא 22%, 22%, 17% - בהנאמה⁽¹²⁾ ואף הם אינם חמורים
תיחשים לרפוי. כך שלמעשה הבעיה העיקרית היא החרישות, אשר מתגלה רק מאוחר יותר
ואינה ניתנת לרפוי. אך יש לציין שבבי"ח הדסה בירושלים נערכים מחקרים שנים לגילוי
מקדם של החרישות ולשפור המצב הקליני ויתכן שבעתיד הקרוב ימצא פתרון מציה את הדעת
עם למחם זה.

סך המקום לציין שעקר הבעיה היא הדבקה באדמת בשליש הראשון, כי ככל שהדבקה קרויה
מאוחר יותר, אחוז הסכייים לפגמים מולדים יורד בהרבה. כמו-כן יש לציין, שנטרף לפגמים
מולדים גרמה האדמת עם להפלות טבעיות (15%) ופתח עורבים (12%)⁽¹³⁾, אך אין זה רלבנטי
לדיון זה.

ג. הנה בשנים האחרונות חלה התקדמות ניכרת לגבי בעייתנו ע"י פתוח שיטות איכותן מודייקות
יותר מאשר הסתכלות קלינית בלבד, כפי שהיתה קיימת עד אז. מבחינים שנים קיימים לאבות
האדמת⁽¹⁴⁾.

1. Neutralization test - המבוק הבטוח ביותר, אבל יקר, מסובך ולדקח זמן רב -
 2. Fluorescent-antibody methods - בעיה בני"ל -
 3. Complement Fixation Antibody - פשוט, התוצאות תוך 24 שעות - חסרות - לא תמיד מפתוחים חולי אדמת נובנים אלו ולכן יש מקרים של false negative.
 4. Hemagglutination Inhibition Test - נחשב למבוק הסוב ביותר -
- בעקבות הכנסת שיטות אבחון סרולוגיים מודייקים אלו, התברר שהיקף האדמת קטן בהרבה
מהמצופה לפי איכותן קליני גרידא.

התברר שכ-90%-85 מכלל הנשים בהריון, מודגנות מפני אדמת⁽¹¹⁾ (15). כמו-כן התברר שמקרים רבים אובחנו כאדמת באופן קליני והוכח בבדיקת סרולוגיות אלו שהאבחנה הייתה מטעמית. לפי העבודה ב-A. J. D. C. רק 74% מאלו שאובחנו כסובלות מאדמת באופן קליני - אשוז ע"י ממצאים סרולוגיים⁽³⁾. במחקר שערך בארץ, מבין 50 נשים חשודות, אשוזה האדמת ב-7 מקרים בלבד, דבר המהווה 14%⁽¹⁶⁾. חשיבות עבודה אלו היא, כפי שמציינים החוקרים הנ"ל, בכך שלולי הבדיקת הסרולוגיות היו רובן עוברות הפלות מלאכותיות. כאן המקום להביא מחקר חדש שפורסם ב-Lancet⁽¹⁷⁾, שלפיו אפשרית הדבקה חוזרת באדמת, למרות הדבקה קודמת, שהוכחה בבדיקת סרולוגיות. מטפר המקרים מדעט, אך התברר שהדבקה החוזרת לא גורמת לפגם כלשהוא בילוד כנראה עקב העובדה שאין במקרה זה וירמיה כללית ואין מעבר דרך השלייה. לפי הפרקציה הגלובוליתית אפשר לקבוע אם זו תגובה אימתנית משנית או ראשונית ואם אכן מתברר שהדבקה היא משנית - אין כל אינדיקציה להפלה, לכן ממליץ, במסגרת-המערכת של העתון הנ"ל, לבצע גם בדיקה טפציפית זו.

ד. הישג נוסף בשנים האחרונות הוא ביחס לספרלים המתעים נגד אדמת, דבר המצמצם עוד יותר את הבעיה. באנגליה נערך מחקר לברור השאלה האם אימונוגלובולינים בכמות שונות לנשים הרות מסוגלים להפוזת את תדירות המחלה, וכן 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⁽¹⁵⁾. למסקנה דומה גם הגיעו בעבודה ב-A. J. D. C.⁽³⁾ אכן המהפכה באה עקב הכנסת ויסון פעיל ע"י נגיף מחולש. עד היום ישנם 3 זנים של אדמת לצורך ויסון, בנסיגות בארה"ב נמצאה יעילות של 98%-90 וויסון לזמן ארוך⁽¹¹⁾. הממצא היא לחת את הויסון בין גיל שנה לגיל הבגרות⁽¹⁸⁾. מחקרים שונים מראים על תוצאות טובות ביותר עם הויסון וישנן דרכים אחרות בהן אפשר לחת את הויסון⁽¹⁹⁾ (20).

לאור התוצאות הטובות הנ"ל, יש צורך, לדעתי, להכניס את הויסון הפעיל באופן רוטיני לערוח שבבדיקת סרולוגיות הנכח, שאינן מודגנות בפני אדמת, דבר העשוי למנוע לזלזולין את בעיית האדמת בהריון.

ה. לסיום האספקט הרפואי של הבעיה ברצוני עוד להעיר בקצרה על הצד הפסיכולוגי. אחת מהשקפות המזויבות הפלה במקרה של אדמת היא זו הודששת מפני ההשפעה הפסיכיאטרית העלולה להיות על האם כשיחולד לה ילד פגום וכל חייו יהיו יסורים. לעומת זאת יש הרואים באספקט הפסיכיאטרי דחקא הוראת-נגד להפלה במקרים אלו. כך מתאר ד"ר קלדרון שותשים "מאשימות את עצמן מיד אחרי המאורע, או לאור עובר כמה שנים על היחוק רוצחת ואח"כ נבטות לתגובות רכאניות עמוקות"⁽²¹⁾. וכן כתב ד"ר Cavanagh : "אין הצדקה פסיכיאטרית

להפלה ספולית. רוב הציונות להצדקה אתם מבוטסים על סבות רפואיות, אלא על סבות חברתיות. יש לקחת שהפסיכיאטרים לא ירשו לעצמם להיות מנרצלים למטרה זאת"²².
א"כ אין לדבר על אינדיקציה פסיכיאטרית ברורה בבעיות מעין אלו.

ו. מבחינת המשפט הקיים היום במדינה נחשבת ההפלה המלאכותית לעברה פלילית, לפי פקודת הרוק 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 הרוק לחיקון דיני עונשין תשכ"ו - 1966 (חיקון 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 הרוקיות מוציא מגדר העברה "כל מעשה הפלה אנב ספול רפואי מתאים הנעשה לשם הצלת חייה של האשה או שמירה על בריאותה"²³. הפסק הזה גם אישר בביהמ"ש העליון. הרחבת הרוק לפי פירושו של בית-המשפט כוללת רק אינדיקציות רפואיות המחזות סכנה לאם, אך אין בה משום היתר חוקי להפלה במקרה שהאינדיקציה היא פגיעה בעובר.

הרוק המחמיר ביחס להפלות היה קיים באנגליה עד שנת 1967, שאז פורסם ה- Abortion Act עם הקלות רבות, כולל מקרי חשש לפגיעה עוברית. זהו לשון הרוק: "אדם לא יאשם על פי הרוק המחמיר להפלה כאשר הפסקת ההריון נעשית ע"י רופא-רשום יחד עם שני רופאים כפועל... כשיש סכון ממשי שאם הולד יחולד הוא יסבול מפגמים פיזיים או נפשיים כאלה, שהם רציניים"²⁴. חוק זה עורר ויכוח רב בין רופאים שונים²⁵-²⁷, ולדעת ההקלה ביחס לסכנה לולד פגום איננה מוצדקת, כי למעשה אדמת הוא המצב היחיד העשוי להביא לתופעה זו, פרט לתרופות טרטובגיות כמו תלדומיד, אשר שימושו ממילא הופסק, ובאדמת כאמור הסכומים הם קטנים.

במדינות אחדות בעולם כגון ארצות סקנדינביה, יפן, רוסיה ובכמה מדינות של ארה"ב, ישנם חוקים מקילים מאוד ביחס לאינדיקציות כלליות של הפלות. לעומתן הרוק הקתולי מחמיר ביותר: "כל התערבות העשויה לגרום בהכרח לסלוק פרי הבטן, שאינו בן-קיימא, אסורה בכל התנאים, אפילו אם המטרה רצויה"²⁸. כותב O'Malley: "כשסיבוכים חמורים... מופיעים בחודשי ההריון הראשונים... על הרופא הקתולי... לסלק ידיו מן המקרה. אם לא יימצא רופא אחר לטפל באשה, עליו להניח לה למות"²⁹. התחום היא: "עדיפות שתי מיתות על רצח אחד"³⁰.

מבחינה הלכתית: מסובן אין בסמכותי ובאפשרותי לחון הלכה למעשה בבעיה ולפטוק הלכה, כי הדבר נתון למורי-ההוראה ולפרוסקים. ברצוני רק להביא בקצרה את נקודות הדיון העקרויות בבעיית ההפלה לאור ההלכה.

במשנה אהלוח⁽³¹⁾ שנית: "האשה שהיא מקטה לילד מחובין את הילד שבמעיה ומציאין אותו איברים-איברים, מפני שהיה קדמים לחיו. יבא רובו אין נוגעים בו, שאין ודחין נפש מפני נפש".

זה המקור התלמודי העיקרי - אם כי לא היחיד - הוץ במפורש בענין הפלה וסביב משנה זו נמצא דיון רחב ומפורט בפוסקים - ראשונים ואחרונים^(א31).

במשנת הגיסוד יש מחלוקת גדולה בין הפוסקים. אטכס כאן בקצרה כמה מהשיטות:

א. אסור דאורייתא משום "אביחיייהו דרצויה" (אף שאין על כך חיוב מיתה לכל הדעות, עי' סנהדרין, נ"ז ע"ב) (32-34);

ב. קל יותר משום הרצאת דע לבטלה⁽³⁵⁻³⁷⁾.

ג. מחבל או השחתה, כי "עובר-ידך אמו" (38-39);

ד. מניעת חיים בישראל, במול מצות פרי-ה-דב-ה-ומסול מצות "לשבת יצדה"^{(37) (35)}.

ביחס לשאלה אם הגיסוד הוא מדאורייתא או מדרבנן שובא דיון רחב ומפורט בשו"ת יביע אמו⁽³⁴⁾.

נקודה אחרת בדיון ביחס להפלה היא הטבחה הכרוכה בכך - כבסיס לגיסוד.

הרמב"ן⁽⁴⁰⁾ קובע: "כל מפלות בחוקת סכנה". אך כבר קבע הרב עוזיאל⁽³⁷⁾, שאם הדבר נעשה

בזהירות, בדרך הרפאה ועפ"י רופאים מומחים ושובהקים - הרי בשעת הצורך יש מקום להתעלם מחוקת סכנה זו.

אנטיקציות הלכותיות להפלה: גם כאן אביא רק סכסס קצר של דעות הפוסקים לגבי מצבים

שבהם מותר למרות להפלה:

א. הדעה הקיצונית ביותר היא דעתו של הפוסד יצחק⁽⁴¹⁾ - מותר למרות להפלה רק במצב אסור והוא - סכנה נפשית לאם והגדמת עקב העובר ישירות;

ב. מרבית הפוסקים מסכימים שיש להחיד בכל סכנת נפשית לאם, גם שלא בגלל העובר;

ג. יש המעידים גם במקום של מחלת האם, אע"פ שאין בה משום סכנת נפשית^{(42) (37) (39)};

ד. מחלוקת בקשר לעובר מודן לנשואין, כולל ממור, יש המעידים⁽⁴³⁾ משום פגם משפחה, בדיון חלול השם, ויש האסורים⁽³⁵⁾;

ה. יש באחרונים נסוחדים בלוח שנגזרים במידה מספקת למצבים שבהם מותר להפיל כגון "צרון

אמו"⁽³⁸⁾; "צורך גדול"⁽⁴²⁾, "צורך קלוש"⁽³⁷⁾ ויחכן שוכחותם גם במצבים לא רפואיים כגון

שקולים אקוטמיים, טריאליים, משפחתיים וכו'. יש לציין שפוסקים שונים שוללים במפורש סכנת סאלו כהיור להפלה⁽⁴⁴⁾.

האנטיקציה המעניינת אחרת במסגרת הרפאה זו היא הפלת חלוחת בעלי-מומים. בעייה זו -

אשר כאמור היא ודעשה - נידונה רק בין רבני דורנו והתשובות המתייחסות לה הן מועטות במספרן.

הרב אנטרמן⁽³²⁾ דן בשאלה זו ולדעתו יש לאסור באופן מחלט. דבריו מבוססים על ההנחה שיש בהפלה משום אביזרייהו ורציחה ואיסור דאורייתא ולכן אין להתיר איסור שהוא מעין רציחה מפני חששות. "האין הדעת טובלת מין היתר כזה, שלמנוע את החשש שמא יבא הזלזול פגום ימחזקה לגמרי. כל עצם המחשבה הזאת נראית לי כנוגדת את השקפת התורה" ק על דפי אנשי". ולדעת הרב אנטרמן אין גם מקום לחלק בין קודם ארבעים יום או אחר ארבעים יום - ובכל מקרה ואיסור במקומו עומד.

מסקנתו: "יש איסור חמור להפיל עובר וכפי שהזכרתי דברי הרמב"ן גם לפני ארבעים יום אסור. ומה שחוששין שמא חפגע בו מחלת האדמת, ומה זה לא מדיני פק"נ הוא (כי לא שמענו שכדי להגן עליו מפגיעה יקפוצ' את חייו, אומחה), אלא מפני שהחורים רוצים להקל על עצמם על הטפול בו האין איסור שהוא מעין רציחה גרושה מפני חששות".

גם הרב צחיני⁽⁴⁴⁾, אשר דן בבעיה בעקבות משפט התלידומיד המפורסם בבלגיה סבור לאסור. לדעתו אסור להפיל אפילו אם רואים ברנטגן, שהולד יהא מחוסר איברים, כי ההיתר היחיד הוא לצורך רפואת האם, אך כשאין בו משום רפואה אלא מטעם אחר "אין מקום ח"ו להקל, כי לתא דדיני נפשות שנו כאן". כמו-כן מביא המחבר תגובת רופא לזכר במשפט-התלידומיד: "הרפואה מתפתחת והולכת קדימה מיום ליום ויתכן מאוד כי באחד הימים תמצא רפואה לאלה אשר נחשבים היום לחשוכי מרפא וגם למחוסרי איברים יש מקום תחת השמש מאת היותן חיים לכל ודי". אך בנגד לרב אנטרמן, מוצא הרב צחיני מקום להקל, לחלק בין לפני ארבעים יום לבין אחר ותאריך זה. לעומתם סבור הרב ויינברג⁽⁴⁵⁾, בעל שו"ת שרידי אש, שאין בהפלה משום איסור רציחה וגם דחה את הטעם של השחפת זרע ובפרט שלדעתו קודם ארבעים יום העובר הוא בבחינת "מיא בעלמא" (עי' יבמות, ס"ט) - לכן מחיר בפשטות להפיל קודם ארבעים יום וגם לאחר ארבעים יום נטה להתיר מכיון שזה בבחינת צער גדול לאם. גם הרב ישראל⁽³⁹⁾ כתב להתיר מכיון שאי עובר כזה יהיו שרשרת של צער ויסורים וגם יש להתחשב בצערם של ההורים, ומסקנתו: "מכל זה נראה שנתא מותרת ההפלה במקרים כאלה, כל שלדעת הרופאים המומחים רוב הזלזות הם בעלי מומים גדולים או חסרי דעה". ויש להעיר, שלפי הדיון שהובא בהוצאה זו לא מתקיים כלל הענאי האחרון, היינו אין "רוב ולזכות בעלי מומים" וגם אין רוב המומים גדולים כל-כך במקרה של אדמת.

לסכום: אין אני בא חלילה להכריע ולפסק הלכה למעשה הדבר נתון בידי של מרי-ההוצאה, הפוסקים המובהקים, להכריע בשאלה חמורה זו וגם הדבר הוא כמובן אינו יחידואלי ומשונה ממקרה למקרה. אך באופן כללי נראה לי לפי מצב הדברים בידינו ביחס לשכיחות המומים, סוגיהם, אפשרויות הטפול בהם, שיטות האיבחון והפגיעה 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. וכן מצוה את השאלה אשר הרופאים: "האם מרצוק הדבר להשמיד 8 או 9 יחידים נדומליים בגלל שלאש או שניים עלולים להיות פגמים קונמיטליים?"⁽¹¹⁾. יש לציין שהדיון ירצא את העסקן מודענותו בעד הפלוח עקב השפעתו על העובר מבין שרוב והפלוח וצעמח כיום הן בגלל ארצות⁽¹¹⁾ 46.

ספרות

1. Gregg N. M., Tran. Ophthal. Soc. Austr. 3:35, 1941;
2. J. A. M. A., 12 October, 675, 1957;
3. Amer. J. Dis. Child. 110:395, 1965;
4. Proc. Soc. Exp. Biol & Med. 111:215, 1962;
5. Acta Paediat., 51 Suppl.:133, 1962;
6. Amer. J. Dis. Child. 110:408, 1965;
7. Lancet, 1:975, 1954;
8. New England J. of Medicine, 273:474, 1965;
9. Postgrad. Med. 46:106, 1969;
10. The Conduction Medical Association J., : 393, 1970;
11. Postgrad. Med. 46:177, 1969;
12. Amer. J. Dis. Child; 110:416, 1965;
13. Amer. J. Obstet. Gynec. 96:247, 1966;
14. New England J. of Medicine, 276:554, 1967;
15. Br. Med J., 3:470, 1970;
16. Harefuah, 79:58, 1970;
17. Lancet, 1:1279, 1971;
18. Postgrad. Med. 46:179, 1969;
19. Amer. J. Dis. Child 110:381, 1965;
20. Lancet, 1:830, 1971;
21. Abortion in the United States, 1958, p. 129;
22. Abortion:Another book, p. 52;
23. ת.פ.ת. 207/52 - י.ד.ו.ו. הדוניץ פ"מ, ה, עמ' 459
24. Halsburg's Statutes of England, p. 492-3, S. I (b);

25. Lancet, 2:1138, 1970;
 26. Med. Sci. Law, 9:3, 1969;
 27. Med. Leg. Bull., 208:1, 1970;
 28. The Crux of Pastoral Medicine, p. 135;
 29. Essays, p. 54;

30. ראה בהרחבה: ע. יעקובוביץ: הרפואה והיהדות, עם' 214;
 31. משנה אהלוח, פ"ז, מ"ו;
 31א. ראה מראה-מקומות באסיא, גליון ב', עם' 39;
 32. הרב אנטרמן, נועם, כרך ו', עם' א';
 33. שו"ח צפנת פענח, סי' ג"ט;
 34. שו"ח יביע אומר, וראה"ע סי' א';
 35. שו"ח תורת יאיר, סי' ל"א;
 36. שו"ח שאילת יעבץ, ח"א סי' מ"ג;
 37. שו"ח משפטי עוזיאל, ח"ג סי' מ"ז;
 38. שו"ח מהרי"ט, סי' צ"ז, צ"ט;
 39. עמוד הימיני, סי' ל"ב;
 40. תורת האדם, הובא ברא"ש וד"ן, יומא פ"ג ע"א;
 41. פחד יצחק, ע' נפלים;
 42. שו"ח שאילת יעבץ, סי' ט"ב;
 43. שו"ח רב פעלים, ח"א וראה"ע, סי' ד';
 44. הרב צווייג, נועם, כרך ז' עם' ל"ו;
 45. נועם, כרך ט', עם' קצ"ג;
 46. הרפואה, כרך ע"ח וחברת ח', עמוד 389.