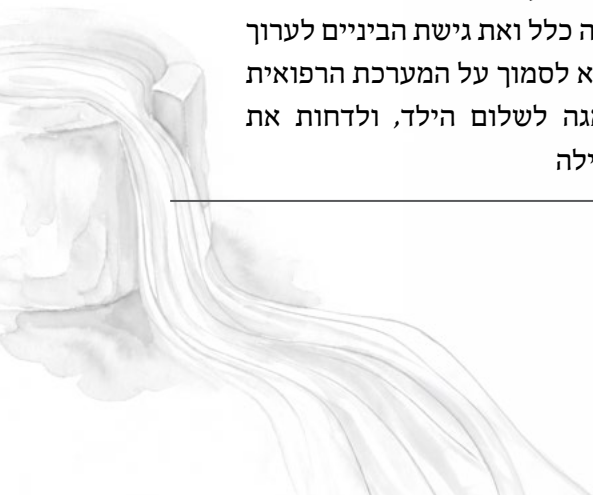




הרב נועם ברנפלד מילת תינוק עם מום היפוספדיאס

- מבוא
- היפוספדיאס – רקע רפואי כללי
- דיונים הלכתיים מוקדמים
- תקדים הלכתי – "רגל קלובה"
- עמדת המתירים לדחות את הברית לשם הניתוח
- דיון בעמדת המתירים
- עמדת המורים לערוך מילה חלקית
- דיון בעמדת המורים לערוך מילה חלקית
- עמדת המחמירים והפולמוס מול המערכת הרפואית
- עמדת ספר ברית אברהם הכהן
- השפעת עמדת ספר ברית אברהם הכהן
- עמדת הרב יהודה דוד בלייך
- עמדת הרב הרצוג
- מענה לטענות המחמירים
- סיכום ומסקנות
- היבטים מעשיים באיבחון תינוק עם היפוספדיאס
- הלכה למעשה

אחת לכמה מאות לידות נתקלים הורים בעובדה שבנם אובחן עם מום ה'היפּוֹסְפּוֹדִיאָס' בתוך ימים אחדים עליהם לקבל החלטה דרמטית, לרוב בנושא שמעולם לא הכירו: האם לדחות את ברית המילה לאחר הניתוח במאמרו מלבן הרב נועם ברנפלד את גישת המחמירים לא לדחות את המילה כלל ואת גישת הביניים לערוך מילה חלקית בזמנה מסקנתו היא לסמוך על המערכת הרפואית הקלאסית ושיקוליה החשובים בדאגה לשלום הילד, ולדחות את ברית המילה



הרב נועם ברנפלד

מילת תינוק עם מום היפוספדיאס

מבוא

תחום השאלות ההלכתיות-רפואיות מתאפיין בשני נושאים עיקריים – עקרונות הלכתיים, ומציאות רפואית משתנה. הכרעה בשאלות אלו דורשת צעד כפול: עיון מעמיק בסוגיות ובמקורות, לצד היכרות מדויקת עם עובדות רפואיות עדכניות. במקומות שבהם ישנו פער בין ההתפתחות הרפואית לבין המקורות ההלכתיים, או כאשר הנתונים הרפואיים אינם מונחים במלואם לפני מבררי ההלכה, נוצרת עמימות המקשה על קבלת הכרעה.¹

מורכבות זו ניכרת במקרה הרפואי הנדון במאמר זה – תינוק המאובחן עם מום ה'היפוספדיאס'. במצב זה, הורי התינוק ניצבים בפני הכרעה קשה, וזאת תוך ימים ספורים מהלידה, ובסד-זמנים קצר: מצד אחד, ההנחיה הרפואית היא להימנע מברית המילה ביום השמיני, כדי לשמר את עור העורלה לצורך התיקון הכירורגי. מצד שני, החובה והרצון לקיים את המילה בזמנה. הקושי של ההורים מתעצם לאור לחץ הזמנים התובעני עד ליום השמיני והצורך להכריע בין עמדות שונות, לעיתים ללא נגישות מיידית לאורולוג מומחה או לפרטי הסוגיה ההלכתית.

במאמר זה אבקש לסדר את הסוגיה מזוויותיה השונות, להציג את המציאות הרפואית העדכנית, לסקור את השתלשלות ההלכה לאורך התקופות השונות, לגבש עמדה ברורה לגבי ההתנהלות המעשית במצב זה, ובכך להקל על המצב המורכב אליו נקלעים ההורים. כמו כן, על רקע שאלה זו, אגע בלב הפולמוס סביב שאלת הניתוחים, וביחס הראוי למערכת הרפואה הציבורית. תקוותי שבירור זה יסייע להורים לקבל תמונה בהירה על מנת לקבל החלטה מושכלת במציאות המורכבת.

1. בפתח דבריי אבקש להודות לד"ר בצלאל סיוון, רופא ירא שמיים ומוהל מוסמך, מומחה לכירורגיה אורולוגית, ומנהל יחידת אורולוגיה ילדים בבית החולים ספרא לילדים (שיבא, תל השומר), על סיועו האדיב בפרטים שונים. תחום התמחותו הוא היפוספדיאס, והערותיו המנוסות פזורות ושזורות לאורך המאמר שלפניכם. מובן שכל הנאמר במאמר זה הוא על אחריותי בלבד.

היפוספדיאס – רקע רפואי כללי

היפוספדיאס (Hypospadias) הוא מום מולד באיבר המין הזכרי, הנגרם מהתפתחות חלקית של שביל הזרע והשתן. כתוצאה מכך, נקב השופכה (פתח יציאת השתן והזרע) אינו ממוקם בקצה העטרה כפי טבעו, אלא בנקודה כלשהי לאורך האיבר. במקרים הקלים לטיפול הפתח יהיה ממוקם באזור העטרה או ב'נזר העטרה', כלומר בצד הפתח הרגיל, אך עדיין לא על הגיד עצמו אלא בחלק המוגבה שבראש האיבר (להלן ייקראו "דיסטלים", שפירושו: רחוק מהגוף). במקרים הקשים, הפתח יהיה ממוקם לאורך הגיד עצמו, כאשר במקרי קצה יהיה ממוקם בשק האשכים ואף באזור פי הטבעת (להלן ייקראו "פרוקסימלים", שפירושו: קרוב לגוף).

שכיחות המום נעה בין 1 ל-200 (0.5%) עד 1 ל-300 (0.33%) מתוך לידות הזכרים, כאשר ישנם מספר גורמים המשפיעים על סיכויי הימצאותו: גנטיקה,² משקל לידה נמוך, טיפולי פוריות וחשיפה לכימיקלים במהלך ההיריון. מתוך הקבוצה הכללית של המום, כ-80% מהמקרים הם דיסטלים, והשאר פרוקסימלים. המום מלווה לעיתים קרובות בעקמת ובכיפוף של הגיד כלפי מטה, הנקרא בשפה המקצועית Chordee (להלן: קורדי). הקורדי קיים בכשליש ממקרי ההיפוספדיאס הדיסטלים, וככל שחומרת המום עולה, כך גם עולים הסיכויים להופעת הקורדי. להיעדר טיפול בו יש השלכות חמורות יותר, כגון כאב בזמן קישוי או יחסים, קושי מכני בקיום יחסים שעשוי להשפיע על כניסה להריון, קשיים פסיכולוגיים חריפים יותר, קשיים תפקודיים במתן שתן, ועוד. ככל שחומרת הקורדי עולה, כך קשיים אלו מחריפים.³

בעבר, כפי שמשתקף בתשובות הפוסקים המוקדמים, היו הרופאים דוחים את הניתוח עד לגיל 4. כיום הניתוח מתבצע בשלב יחסית מוקדם, בסביבות גיל שנה. ניתוח קודם היום השמיני אינו אפשרי משום שהתינוק צריך לעבור קפיצת גדילה באזור האיבר כדי לנתחו, דבר שקורה רק לאחר מספר חודשים. בדרך כלל, גם מסיבה מערכתית אי אפשר לנתח לפני היום השמיני, משום שבמערכת הרפואה הציבורית אין תורים בזמינות כזו.

דיונים הלכתיים מוקדמים

האזכור הראשון למום ההיפוספדיאס מופיע בשו"ת הרא"ש (סי' לג, ד. הובא גם בב"י אה"ע ה, ו). עיקר הדיון שם נסוב סביב השאלה האם בעל המום נחשב כ'כרות שופכה'

2. עי' שו"ת רב פעלים אה"ע ג, יב, שמעיד על מקרים רבים של מום זה בבגדאד. כלומר, ניתן לראות בבירור את ההשפעה התורשתית.

3. וכך כתב לי ד"ר בצלאל סיוון: "אם נותרת עקמת משמעותית (מעל 30 מעלות), היא צפויה להפריע בכיוון זרם השתן, ביחסי אישות ובדימוי העצמי". יש לציין כי במקרים של קורדי קל תופעות אלו יהיו זניחות.

ונפסל מלבוא בקהל. בדורות מאוחרים יותר, כשהתחילו לבצע ניתוחים לתיקון היפוספדיאס, היו שחששו שהניתוח עצמו יהפוך אותו ל'פצוע דכא וכרות שופכה'. דיונים אלו, שלא דנו בשאלת המילה שבה נדון במאמר, נידונו החל מתקופת רבי משה סופר (שו"ת חת"ס ו, ליקוטים סד), ועד תקופתם של רבי שניאור זלמן פרדקין (תורת חסד אה"ע לח), ורבי יוסף חיים (רב פעלים אה"ע ג, יב).⁴

השימוש בעורלה לצורך תיקון ההיפוספדיאס דווח לראשונה רק ב-1838, על ידי המנתח הסקוטי רוברט ליסטון (Liston). מאז, ולאורך עשרות שנים, התעצם והתפשט השימוש בעורלה, ובתחילת המאה ה-20 נדונה בספרות השו"ת דחיית המילה עבור ניתוח לתיקון היפוספדיאס.

השאלה שנשאלו הפוסקים: הרופאים אבחנו שהילד עם מום, ולטענתם אם לא יתקנוהו – לא יוכל הילד להזריע כראוי, ולא יוכל לקיים מצוות פריה ורביה. חלק מתיקון המום דורש שימוש בעור העורלה (בעבר – כדי ליצור את הצינור החדש, וכיום – כדי לכסות את מקום הניתוח), ולצורך כך דורשים הרופאים לדחות את המילה כדי לנתח לאחר זמן, ובעת הניתוח ימולו הרופאים את הילד.

יש לציין כי רוב הפוסקים המוקדמים, דהיינו עד תחילת המאה ה-20, נשאלו על היפוספדיאס שללא תיקון לא יוכל להוליד. חשש זה אמנם קיים רק במקרים הפרוקסימלים של המום, אך לא במקרים הדיסטלים (כאשר לא מתלווה להיפוספדיאס מום נלווה כמו קורדי או אשך טמיר). רק בשלב מאוחר יותר החלו לדון גם במקרים הקלים. הסיבה לשינוי נובעת מהתפתחות הרפואה; בעבר ניתחו רק מקרים קשים, בהם ההשלכות של אי-ניתוח חמורות, ולא טיפלו במקרים הקלים, כיוון שאחוז הסיבוכים היה גבוה יחסית. רק במהלך המחצית השנייה של המאה ה-20, כשדרכי הניתוח התפתחו, ונוצרו שיטות חדשות עם פחות סיבוכים וסיכונים, החלו לנתח גם מקרים קלים.⁵

תקדים הלכתי – "רגל קלובה"

הפוסקים שהתירו לדחות את ברית המילה עבור ניתוח לתיקון היפוספדיאס, מצאו תקדים לכך בשאלה רפואית אחרת – מה שמכונה כיום "רגל קלובה". התשובות מתייחסות למקרה שהיה בשנת תרס"ד בפלונסק, עירו של הרב צבי יחזקאל מיכלסון (שו"ת תירוש ויצהר צז), בו נולד ילד עם עיוות אורתופדי בכף הרגל.

4. בזמנם של החת"ס ותורת חסד, הניתוח לתיקון היפוספדיאס נעשה על ידי "קדיחה" של חור במקום הרצוי, והשחלת צינורית כסף שתהווה חלופה לצינור הטבעי. שיטה זו תועדה עוד במאות ה-14 וה-16, ושוכללה במאות ה-18 וה-19.

5. אחת השיטות שהביאו למצב זה היא שיטת MAGPI (Meatal Advancement and Glanuloplasty) שהוצגה לראשונה על ידי פרופ' ג'ון דאקט (Duckett) ב-1981.

הרופא הסביר כי צריך לגבס את הרגל על מנת ליישר אותה, ויש לעשות זאת בהקדם לפני שהעצמות מתקשות, אך מחמת הטיפול לא יוכלו למול את הילד ביום השמיני, כיוון שהטיפול מחליש את התינוק (נראה שבעבר הגיבוס היה אגרסיבי יותר). השאלה הייתה, האם מותר לדחות את הברית עבור הגיבוס, "או שהחיוב למול בזמנו, אף שעל ידי זה ישאר הילד בעל מום?"

הרב מיכלסון התיר לדחות את המילה על סמך דברי הנימוקי יוסף (יבמות כד, א, הובא בש"ך רסב, ג): "כל תינוק שהוא מצטער, בין מחמת חולי בין מחמת דבר אחר – אין מוהלין אותו עד שיבריא". לכן, אם רופא מומחה יאמר שיש לתינוק צער מחמת המום ברגל, אפילו אם יגדיר זאת כצער קטן, אפשר יהיה לדחות את המילה. אמנם הרב מיכלסון לא רצה לסמוך על עצמו, היות ש"הענין היה כדבר החדש", ולכן שלח שאלה זו לאבני נזר, "והשאלה הזו נתפרסמה בעולם, והובא זאת אחר כך בכמה ירחונים במדינתנו" פולין.

תשובת האבני נזר (יו"ד שכא) מהווה הגדרה יסודית שמאפשרת הכרעה במקומות אחרים של התנגשות בין רפואה לקיום המצוות:

אם האמת כדברי הרופאים – הדבר ברור דמותר לעשות האפיראציע (=אופרציה), דמצוות עשה אינו מחוייב לבזבז עליה הון רב (כדאיתא באורח חיים סימן תרנ"ו בהגה), כל שכן שלא יהיה הילד בעל מום.

כלומר, האבנ"ז מתיר לדחות את המילה עבור הגיבוס, וטעמו – אין אדם חייב לבזבז הון רב על מצוות עשה, וקל וחומר שאינו חייב להיעשות בעל מום לשם כך. האבנ"ז מביא טעם נוסף, שחיוב ברית המילה לא חל לפני היום השמיני, ולכן אם אפשר לעשות את הגיבוס לפני היום השמיני, צריך לעשות כן. אמנם גם אם הדבר לא אפשרי, התיר לדחות את המילה עבור הגיבוס על סמך טעמו הראשון.⁶

תשובה נוספת לרב מיכלסון התקבלה מאת הרב יהודה לייב צירלסון (שו"ת עצי הלבנון סי' סא). הרב צירלסון לא רק התיר לדחות את המילה, אלא חייב לדחותה: "נלע"ד דבשביל תחבושת כזו, אדרבא, מחוייבין אנו לדחות מילה בזמנה". ונימק זאת בשלושה נימוקים: א) כבוד הבריות דוחה מצוות עשה ב"שב ואל תעשה", ואם לא גבסו את רגל התינוק, "הלוא ישאר בעל מום כל ימיו, ממילא – הרי אין לך גנאי גדול

6. האבני נזר הדגיש שהיתרו הוא רק עבור גיבוס ולא עבור ניתוח, משום שניתוח הוא מסוכן למדי: "אך אם היה זה אפיראציע (=אופרציה) – לא הייתי מסכים כלל לעשות האפיראציע, וכל האפיראציעס בחזקת סכנה. ואף שהרופאים מבטיחים – הנסיון יגיד שאין לסמוך עליהם בזה. אך גופסין (=גיבוס), אחר שנראה שאין זה אפיראציע כלל, על כן מותר לעשות גופסין בתוך שבעה, ואף אם בשמיני, מחמת טעם ראשון".

מזה, הן מצד השחתת גזרת הגוף, והן מצד השפלת ערכו לעתיד בחברת עם סגולה".
 (ב) מצוות 'השבת אבדה' כוללת גם את השבת גופו של חברו, וברור שמצווה זו חלה גם על השבת איבר אחד מגופו של חברו, שיפעל בתקינות, לכן "היכא שצפויים להאדם יסורים קשים כל ימיו מהפסדת איבר, דודאי מחויב ומחויב כל מי שהיכולת בידו להתאמץ בענין 'השבה' כזו בכל עוז". ומצווה זו, של 'השבת גופו', חלה לפני מצוות המילה ביום השמיני, ולכן חובת קיומה קודמת. (ג) מי שאינו משתדל בהצלת איברו של חברו עובר על שני 'לאווים' – "לא תעמוד על דם רעך", ו"לא תוכל להתעלם". וכיוון שלאווים אלו חלים לפני זמן המילה, ה'עשה' של מילה אינו דוחה אותם.

הרי שישנם שני יסודות בדברי הרב צירלסון: כבוד הבריות דוחה עשה ב'שב ואל תעשה'; אף אם כבר חל עליו חיוב ה'עשה' של המילה – מצוות ההצלה קודמת למצוות המילה. לפיכך מסקנתו: "מחויבין אליבא דכולי עלמא לעשות להתינוק תחבושת הרופאים תיכף להולדו, וכל הקודם בזה – הרי זה משובח".

גם הרב מלכיאל צבי טננבוים קיבל שאלה זו מהרב מיכלסון (שו"ת דברי מלכיאל ה, קמח), ואף הוא התיר זאת, על פי הסברה שעדיין לא נכנס בחיוב המילה. אך לא קיבל את הטענה שמדובר בסכנת איבר, ולשיטתו אף אם היה מדובר בסכנת איבר היה צריך להחמיר, כיוון שקיימא לן שאין שבת נדחית מפני סכנת איבר.⁷

השאלה הובאה גם בפני רבי משה פרלמוטר (שו"ת אבן שהם יו"ד לח), בידי מחותנו של הרב מיכלסון – הרב יחיאל איכל אלברג. גם הוא הסכים להתיר על פי הסברה שעדיין לא חל חיוב המילה, אף שהקשה על כך, אך כיוון שחשש להתיר לגמרי על דעת עצמו, הוסיף שאולי כולי עלמא יודו שסכנת איבר דוחה עשה ב'שב ואל תעשה', אף שלעניין חילול שבת נחלקו.

לסיכום, בשאלת "רגל קלובה" ראינו שני יסודות עיקריים להיתר דחיית המילה: א' מניעת מום מהילד. ב' חיוב המילה עוד לא חל עד היום השמיני. היסוד השני אינו רלוונטי לשאלת ההיפוספדיאס, כיוון שהניתוח מתבצע לאחר היום השמיני. אמנם ניתן לטעון כי חובת האב להציל את האיבר מונחת לפתחו כבר משעת הלידה, ולכן היא קודמת לחובת המילה ודוחה אותה.

7. מבואר בשו"ע (או"ח שכח, יז) שאין לחלל שבת באיסורי דאורייתא עבור סכנת איבר, ומותר באיסורי דרבנן (עי' פנה"ל שבת כח, א, 1, ובהרחבות שם, שכיום יתירו גם איסורי דאורייתא). אמנם לעניין דיני ייהרג ואל יעבור, בשאר עבירות בצנעה, כתב הש"ך (יו"ד קנז, ג) להתיר לעבור על איסורי לא תעשה להצלת איבר, בדומה לסכנת נפשות. ואף שהפמ"ג (משב"ז או"ח שכח, ז) סייג בדברי הש"ך נאמרו רק בשאר איסורים ולא בשבת, רבים הבינו שהש"ך היקל גם באיסורי שבת, בניגוד לדעת המחבר.

עמדת המתירים לדחות את הברית לשם הניתוח

כאמור, הפוסקים המוקדמים דנו במקרים בהם ברור היה שקיום המילה בזמנה יגרם להימנעות מניתוח לתיקון ההיפוספדיאס, וכתוצאה מכך המום יישאר והנולד יהיה עקר. בהתאם להשלכות הללו, נראה כי רוב הפוסקים התירו לדחות את המילה.⁸ מספר טעמים ניתנו כדי להתיר את דחיית המילה. הטעם המרכזי הוא שניתן לבטל 'עשה' כדי להימנע מעשיית הילד כבעל מום, כל שכן כשמדובר במום שעל ידו לא ניתן לקיים מצוות פריה ורביה.

אחת מהתשובות היסודיות שהתירו את הדחייה היא תשובת החלקת יעקב (אה"ע כז). בדבריו הסתמך על האבנ"ז הנ"ל, והסיק שאם לגבי מום ברגל התירו לדחות את המילה כדי שהילד לא יעשה בעל מום, כל שכן במקרה שלנו. שהרי בלאו הכי כבר עבר זמן המילה,⁹ ו"מי שאין לו בנים גרע עוד יותר מבעל מום". ומכיוון שבכל אופן תתקיים הברית, הרי זה כמצווה עוברת שדוחה מצווה שאינה עוברת.

כעין זה כתב להתיר בשו"ת בית אב"י (ח"ד י"ד, קלו). גם הוא הסתמך על תשובת האבנ"ז להתיר, כיוון ש"אין לך מום גדול כזה אם לא יוכל להוליד", וכן הסתמך על נימוקי הרב צירלסון. והוסיף שגם אם לא היה חשש לבעיות פוריות היה מתיר, כיוון שמדובר בסכנת איבר, ומותר לבטל עשה משום סכנת איבר. ואף שנחלקו האחרונים אם מותר לעבור על לא תעשה עבור הצלת איבר, כולם יודו שלעניין ביטול עשה מותר. יש לציין, שבהצגת השאלה הוסיף השואל פרט שלא מופיע בתשובות אחרות. והוא, שלפי דברי הרופאים, "אפילו אם ימולו אותו בזמנו – אין זה ודאי שלא יכלו לעשות הניתוח... כי יהיה להם עצה אחרת למלאות הנקב". כלומר, גם אם ימולו את הילד בזמנו, אין הכרח שדבר זה ימנע את הניתוח, שאולי ינתחוהו באמצעות לקיחת רקמה מאזור אחר בגוף, למרות שהיא פחות איכותית ומתאימה לניתוח מאשר רקמת העורלה. בגוף התשובה אין התייחסות לפרט זה, ומכך שאפשרות זו הועלתה בשאלה, ובכל זאת התיר הבית אב"י לדחות את המילה, משמע שמיקל בכל אופן.

בגישה זו נקט גם הרב משה נתן נטע למברגר בשו"ת עטרת משה (י"ד ב, קצז), שהתיר את דחיית המילה מכיוון שמדובר בספק ביטול עשה ב'שב ואל תעשה' (הספק הוא כיוון שיעבור על 'עשה' רק אם ימות הבן עד המילה). ומכך שאין לבזבז הונן על מצווה עוברת, "פשוט שאין צריך לסכן אבר מאבריו בביטול עשה ב'שב ואל תעשה'", בפרט

8. זאת בשונה מהתמונה שיכולה להצטייר ממאמרו של פרופ' סודי נמיר (תחומין לג, תשע"ג, עמ' 374). הדיון הארוך בדבריו על העדיפות למילה חלקית מגמד את ההיתר לדחיית המילה, בעוד שזו העמדה הרווחת בפוסקים, כפי שעולה מהסקירה המובאת באנציקלופדיה הלכתית רפואית כרך ד, ערך 'מילה'.

9. כפי שקרה במקרה שלפניו. מכל מקום, גם ללא כן, יש להניח שאף אם היו שולחים אליו שאלה זו ביום הראשון ללידת התינוק, המכתב עם התשובה היה מגיע לנמען רק לאחר המילה. עיכוב בהכרעה ההלכתית עד ליום השמיני יכול להיות שכיח גם היום, ונרחיב בכך בהמשך.

ב"מצות פריה ורביה, שהוא מצוה רבה".¹⁰ והוסיף שאם עבר כבר היום השמיני, יש ללמוד מדברי נוב"י (תניינא י"ד קסו) וחת"ס (ו ליקוטים, סד) כי מעתה החובה להקדים את המילה כמה שאפשר אינה כחיוב מוחלט, אלא כ"זריזים מקדימים למצוות".¹¹

טעם נוסף שהובא לדחיית המילה הוא החשש שמא האב – ולא דווקא הבן הנולד – לא יקיים מצוות פריה ורביה, על כל פנים מדרבנן. הרב אהרן בוראק (פרי אהרן א, עמ' 282) הציע להתיר לדחות כיוון שחובת האב בפריה ורביה מתקיימת רק כאשר יהיה לו בן "בר בנים". ואף אם יצא כבר ידי חובת פריה ורביה, מכל מקום חייב מדרבנן כל עוד יש לו כוח. ואם בנו זה יהיה עקר, נמצא שלא קיים בו את המצווה.¹² עמדה נוספת, הרואה בהיתר הדחייה כשיטה המרכזית, מופיעה בדברי הרב יצחק גליקמן (נעם יח, תשל"ה-ו, עמ' נב), אשר הוזמן לברית בה המוהל רצה לבצע מילה חלקית, והביע אי נוחות מההליך והציע לדחות לגמרי, ובהמשך ימולו בניתוח. לעניין היתר הדחייה כתב ש"כבר דנו בזה מחברי זמננו והורו להיתר", ונימק זאת בחשש שלא יוכל להוליד. והאריך לבקר את המילה החלקית.¹³

כיוצא בזה פסק הרב אברהם אלקנה כהנא שפירא (שנה בשנה תשנ"א, עמ' 205) כאשר נשאל על דחיית המילה עבור תינוק עם "פגם בשופכה" כדי שיהיה ראוי להוליד. בדבריו האריך בכמה צדדים להתיר את הדחייה,¹⁴ ובסוף דבריו הביא את האבנ"ז כראיה.

10. והביא ראיות לכך שניתן לדחות את המילה גם עבור דברים פעוטים יחסית, משום "יומא דעיבא" או משום כאב עיניים. אולם הטעם לדחיית המילה במקרים אלו הוא מפני הסכנה, שמא ימולו ויסתכן מכך.

11. וכן התירו פוסקים נוספים: הרב מרדכי פינחס טייץ (הפרדס [כח, ז], תשי"ד, עמ' 8), התיר על פי האבנ"ז ועל פי דברי הש"ך (י"ד קנז, ג), שהיקל בביטול עשה מול סכנת איבר, ועל ידי דחיית המילה יזכה הילד להיות "תמים", ולא יישאר בעל מום כל ימי חייו. וכ"כ הרב יהודה אריה ליב גרוסנס, בשו"ת לב אריה (א, מא), על פי ההנחה שאין לאבד הונו (וגופו) על מצוות עשה, ועל פי דברי הש"ך. ויש לציין כי הגדיר "איבוד איבר" כחיסרון שימוש, כלומר שלא יוכל להשתמש באיבר למטרת הולדה. הוסיף על דבריו הרב חיים אורי ליפשיץ (סיני סג, אב-אלול תשכ"ח, עמ' רפו), והביא ראיות לכך שאין אדם יכול לקיים מצווה, כולל מילה, ועל ידי כך לפגוע בחברו, אף במצב שלכאורה חייב היה לסכן את הנפש לו היה מדובר בסכנת גופו שלו. ולכן אין האב יכול לקיים מצוות מילה על ידי פגיעה בבנו, שיעשה מכך בעל מום.

12. כמו כן הוסיף נימוקים קלים להתיר, כגון חיוב על האב מדין חינוך למנוע מבנו קושי בפור', שכל חולי שהוא דוחה את המילה אף ללא סכנה, ושביטול עשה ועונש הכרת חלים רק אם ביטל במזיד ולא מתוך אונס. נימוק המרכזי של הרב בוראק הופיע גם בבית אב"י. אמנם הרב מרדכי פינחס טייץ דחה חלק מטענותיו. לדעתו יש לדחות את הסברה שיש חיוב פור' של האב מכוח הבן, כיוון שאין האב חייב לקיים מצוות פור' בילד זה דווקא. וכן אין לומר שכדי לצאת ידי חובה צריך לנתח את הילד על מנת שיהיה ראוי להוליד, ובוודאי שאין לדחות בשביל זה מצוות מילה. כמו כן, אין חיוב מצד "לערב אל תנח ירך", כיוון שאין בגדר מצווה זו להוליד דווקא ילדים הראויים להוליד.

13. נראה שגם בציץ אליעזר (יח, נא) ראה בשיטת המתירים את העמדה המרכזית, אף שהזכיר בתשובתו גם את ההצעות למילה חלקית. וכן עולה מדברי הרב יעקב אריאל (באהלה של תורה א, לה), שהתיר לדחות את המילה על סמך האבנ"ז, אך כתב שיש ערך בעשיית מילה חלקית.

14. האב אינו רשאי לקיים מצווה על חשבון תקלה לאחרים; חומרת ביטול מצוות המילה חלה על הבן ולא על

דיון בעמדת המתירים

כפי שתיארנו, ניתן לחלק את מום ההיפוספדיאס לשניים: הסוג הדיסטלי שבו אין חשש לבעיות פוריות בעתיד, והסוג הפרוקסימלי שקרוב לוודאי שיוביל לבעיות פוריות. הסברנו שבעבר הגיעו אל הפוסקים רק השאלות ה"קשות", ולכן חלק גדול מהדיון נסב סביב החשש שמא בעתיד לא יוכל הילד לקיים מצוות פריה ורביה. לפיכך יהיה קשה, לכאורה, להסיק מדיונים אלו מסקנה לסוגים הדיסטלים.

אף על פי כן, ניתן לדלות עקרונות מתוך דברי הפוסקים השייכים לכלל המקרים: א. הסתמכות הפוסקים על סברת האבנ"ז, ותליית ההיתר במום עצמו ולא רק בהשלכותיו, מעלה כי כל מום יתיר את הדחייה.¹⁵ ב. חלק מהפוסקים הסתמכו על דינים בהלכות מילה, לפיהם ניתן לדחותה גם לצרכים קלים או בשל חולי שאין בו סכנה. ג. בשו"ת בית אב"י כתב הרב ליבס במפורש, שגם ללא חשש הפגיעה בפוריות היה מתיר משום סכנת איבר. וכללו של דבר, בדברי כל הפוסקים הנזכרים יש נימוקים המועילים לכלל סוגי ההיפוספדיאס.

קושי נוסף בהשלכת מסקנות הפוסקים לימינו קשור לאופן הצגת הבעיה. בכל תיאורי התשובות, למעט בשו"ת בית אב"י, התמונה שהוצגה לרבנים היא שכדי שהילד לא יהיה בעל מום כל חייו, אין מנוס מלבד דחיית הברית לשם שימור העורלה ושימוש בה בניתוח. אלא שהמידע הרפואי הנוכחי מלמד כי יש רקמות אחרות בגוף שיכולות לשמש לתיקון המום (אמנם הרקמה היעילה ביותר היא של העורלה, בעוד שלשאר הרקמות יש מספר חסרונות). על פי זה, אפשר לומר שאילו היו יודעים הפוסקים שיש דרך נוספת לניתוח, לא היו מתירים לדחות את המילה. ניתן לענות על כך בכמה רמות:

- א. כאמור, בתשובתו בשו"ת בית אב"י, הרב ליבס היה מודע לאפשרות הזו, ואף על פי כן התיר לדחות את המילה (אמנם עיקר נימוקו היה שלא יהיה הילד בעל מום).
- ב. ייתכן שהמתירים היו ממליצים לדחות את המילה כדי לבצע את ההליך בצורה הטובה ביותר מבחינה רפואית, וזאת משום ששימוש ברקמות אחרות עלול

האב; על פי דברי הש"ך שהתיר לעבור על לא תעשה להצלת איבר, וכל שכן בביטול עשה; מצינו מקרים בהם דוחים מילה מפני סכנת 'שמא ייעשה כרות שופכה'; כשם שאין לתת כל ממונו על מצוות עשה, כך אין לאבד על כך איבר.

15. ואף שאפשר לחלק ולומר שמום דיסטלי אינו משפיע על שגרת החיים התקינה של הילד, ולכן לא יוגדר כמום, כבר עמד על כך הרב צירלסון וכתב שמום הוא גנאי גדול, כיוון שפוסל לדברים רבים, וכן כלפי הציבור יש גנאי להיות בעל מום, והביא מהתנחומא (יתרו ח'): "אמר הקב"ה: אינו דין שאתן תורתך (שכולה תמימה, שלימה היא) – לשון הילקוט) לבעלי מומין". מכל מקום, הוסיף שם כי "ענין גדלות הגנאי תלוי לפי ראות עיני המורה, בהתאמה למה שהוא נהוג ומקובל אצל הבריות". לכן נרחיב בהמשך על ההשלכות של מום זה על עתיד הילד, לרבות השפעות נפשיות.

להיות מורכב, ארוך, ומייסר יותר.¹⁶ בחירה בחלופה בעלת אפשרות גבוהה לסיבוכים משמעה ניתוחים ארוכים יותר, והיערכות למספר ניתוחים (ניתוח דו-שלבי, וגם ניתוחים חוזרים לתיקון), כלומר הכנסת התינוק להרדמות נוספות, שגם בהן יש סיכונים. כיוצא בזה כתב פרופ' סודי נמיר ('וימל אברהם', עמ' 614), שאין צורך לוותר על הרקמה האיכותית של העורלה לשם שימוש בחלופה פחות טובה, רק כדי להימנע מדחיית הברית (אף שגישתו הכללית מחמירה יותר).

ג. ככלל, הפוסקים סומכים על שיקול דעת הרופאים ואינם מתערבים בפרוצדורה הכירורגית, כיוון שלרוב, לרופאים יש מידע שמאפשר לקבוע מה התהליך הטוב ביותר עבור החולה. במקרה הנידון, אמנם לא מדובר בענייני נפשות, אך במערכת הרפואה הציבורית הפועלת על פי פרוטוקולים קשיחים, דרישה מהמנתח לסטות משיטתו הרגילה אינה סבירה, ועלולה אף להגביר את הסיכון לסיבוכים. "עימות חזיתי" בין ההלכה והרפואה הוא אופציה אחרונה בעדיפות, שצריכה להינקט רק במקרי קצה של התנגשות ממשית בין דין התורה להנחיה הרפואית באופן שלא מאפשר את קיומם של שני הדברים גם יחד.

ד. האבני נזר מייסד את היתרו על העיקרון שאיבוד איבר חמור מהפסד ממון, הדוחה מצוות עשה. ניתן להרחיב סברה זו גם למניעת צער וסבל מופרזים, אף שאינם מגיעים לכדי איבוד איבר ממשי. על פי זה, ניתן לדחות את המילה ב'שב ואל תעשה' כדי להעדיף ניתוח בטוח ובעל סיכויי הצלחה גבוהים יותר, ובפרט לאור העובדה שהמצווה תקוים במלואה בהמשך. תימוכין להרחבה זו, המשווה צער וסבל להפסד ממון הדוחה עשה, מצינו בפוסקים שפטרו חולי צליאק מאכילת מצה (ב'שב ואל תעשה') מחמת צער גדול, וזאת אף ללא סכנת נפשות או חשש איבוד איבר.¹⁷

באשר למציאות היום, עדיין יש פער בין שימוש ברקמת העורלה לבין שימוש בחלופות, ואף שמאז דברי הפוסקים פותחו שיטות חדשות, כגון שימוש ברקמה

16. ראו לעיל באחד מנימוקי הרב צירלסון להתיר דחיית מילה עבור טיפול ב"רגל קלובה", שיש חובה להציל אדם מייסורים, כחלק ממצוות השבת אבדה. כמו כן, ניתן לצרף את סברת הרב מיכלסון, שהסיק שדי בהגדרת התינוק כמצטער על מנת להתיר לדחות את המילה.

17. עי' פנה"ל פסח טז, ל, שלרוב, חולים אינם נצרכים להיתר קיצוני זה, ובדרך כלל יכולים להסתפק בכזית מצומצם ללא תופעות לוואי. על כל פנים, בסוגיה זו חידשו כמה פוסקים שאין אדם מחויב להכניס עצמו לסבל גדול עבור מצוות עשה. כך התיר הרב שלמה הכהן בשו"ת בנין שלמה (א, מז, בדרך אפשר), וכן הרב יואב יהושע וינגרטן בשו"ת חלקת יואב (אונס ז) דן בכך בצורה נרחבת. למעשה, בחזון עובדיה (א, לג) וצ"א (יד, כז) הכריעו להקל, בין השאר על סמך הבנין שלמה. עוד ראוי לציין, שגם הרב ליבס היקל לחולה שלא לאכול מצה, במידה וייפול למשכב על ידי האכילה (שו"ת בית אב"ד, ד, לז).

מריית הפה, בפועל הניתוחים המבוצעים על ידי שימוש בעור העורלה נחשבים יותר מוצלחים.¹⁸

עמדת המורים לערוך מילה חלקית

לעומת המתירים לדחות את המילה, היו פוסקים שהורו למול חלקית ביום השמיני, בהסתמך על כך שבניתוח יסירו את שאר העורלה. הבסיס להצעות אלו הוא שיטת הדברי חיים (יו"ד ב, קיד-קיה), שלפיה בדיעבד אין צורך בחיתוך מלא של העורלה, אלא די להפשיל, להסיר ולנתק את העורלה אף ללא חיתוך ממש, וכפי שהבינו את דבריו הדברי יציב (יו"ד קנט) ושבת הלוי (ו, קמח). בדבריו הסתמך הדברי חיים על הבנת החת"ס (יו"ד רמט), שפירושה המילולי של "מילה" הוא "הסרה", ולא בהכרח חיתוך. לא כאן המקום להאריך בשיטות השונות של אופן ביצוע המילה, וביסוד המחלוקת בין הדברי חיים לחכמת אדם (קמט, יז), שהחמיר לחתוך את כל עור העורלה. אזכיר רק את ההצעות השונות שהועלו, האפשרות המעשית של ההצעות, ודברי פוסקים שדחו הצעות אלו.

ההצעה המרכזית היא חיתוך קטן של העורלה יחד עם הפשלת העור. הצעה זו הובאה בפני החלקת יעקב (יו"ד קמה), ובמסגרתה נטען שעל פי הרופאים ניתן לחתוך חיתוך קטן מהעורלה. ואף שבתשובה אחרת (שהובאה לעיל) התיר לדחות לגמרי את המילה, הסכים למול כך. בדבריו הסתמך על הדברי חיים, והוסיף שאף שמעשה זה אינו לכתחילה – שעת הדחק כדיעבד דמי.

וכ"כ בשבט הלוי (ו, קמח; י, קע) ואף הזכיר שלא כל מקרה דורש ניתוח. וכן כתב הרב יעקב אריאל (באהלה של תורה א, לה), שיש ערך למול חלקית, בהסתמך על הדברי חיים, אף שהתיר לדחות את המילה. וכן בשו"ת עטרת משה (יו"ד ב, קצז), אף שהרחיב

18. באשר לשימוש בעור העורלה כיום, לעומת השימוש בחלופות, כתב לי ד"ר בצלאל סיוון: "לעורלה שמשמרים יש מספר שימושים אפשריים. ראשית, אם יש כיפוף בולט, יהיה צורך לפצל את העור האחורי ולסובב אותו לצד הקדמי לצורך השלמת חסר-העור הקדמי. שימוש שני הוא בתת-עור שנמצא בתוך העורלה. לפעמים אין מספיק רקמה תת-עורית קדמית, וצריך להעביר רקמה אחורית לצורך כיסוי השופכה ששחזרה. במקרים קשים יותר, שבהם אין שופכה טובה, או שיש עקמת קשה, משתמשים בעור הפריעה – העורלה הפנימית האחורית – כתשתית לבניית השופכה בשלב הבא. יש ניסיון טוב בשימוש בחלקים של העורלה לכל המטרות האלה. שְׁתָּל משפה יכול לשמש רק לאינדיקציה האחרונה. שתלי עור אחרים הרבה פחות מוצלחים". עוד הפנה לעבודה מחקרית שנעשתה במסגרת ביה"ח איכילוב, בה נמצא הבדל ניכר בשיעור הסיבוכים בין ניתוח לאחר מילה (כלומר ללא עורלה), לבין ניתוח לפני המילה. נראה שמדובר בעבודת מחקר שנערכה על ידי ד"ר חיים הרצברג, ד"ר עדיט דובי-סובול, ד"ר תומר מנדלסון ועוד. המחקר ערך תצפית רטרופקטיבית על 69 ילדים שעברו ניתוח לאחר המילה במשך כ-19 שנים (1999-2018). מסקנת המחקר היא ששיעור הניתוחים החוזרים עמד על 30%, שיעור הדומה לזה הנצפה בניתוחי תיקון חוזרים של היפוספדיאס (כלומר ניתוח שהתבצע לאחר כישלון). דהיינו, מדובר בשיעור גבוה ביחס לתיקון שמתבצע על ידי שימוש בעורלה. ההמלצה שעולה ממחקר זה היא לדחות את ברית המילה (J Pediatr Surg. 2022;57(11):676-680).

להתיר את דחיית המילה, כאשר דן בשיטת הדברי חיים – היקל למול כך, וזאת רק באישור הרופא. אך אם יש ספק, הורה לדחות, והבהיר שהצעת המילה החלקית היא רק "מהיות טוב".

כיוצא בזה הביא הרב יוסף דוד ויסברג (אוצר הברית ג, עמ' שסב), שהדרך המוסכמת היא חיתוך קטן, ובנוסף חיתוך רוחבי של העורלה, וכך העורלה תישאר מגולה. לדבריו, הסכימו לשיטה זו הרב פנחס אפשטיין, הרב יצחק וייס, הרב שלמה זלמן אוירבך והרב יוסף שלום אלישיב. והוסיף שדרך זו היא בהסכמת "גדולי המנתחים הפלסטיים בארצנו", ומכל מקום את שיעור החיתוך יש לתאם עם הרופא המנתח.¹⁹ הצעה נוספת הובאה במאמרם של פרופ' סודי נמיר, רופא ומוהל, והרב בניו שנדורפי ('מילת תינוק עם היפוספדיאס ביום השמיני', תחומין לג, תשע"ג, עמ' 374), לפיה אפשר להפשיל את העורלה כלפי מטה ולהשאירה שם "זמן מה" עם תחבושת, על ידי הוצאת דם. פתרון זה מבוסס על הבנת שבט הלוי ודברי יציב בדברי חיים הנ"ל, שדי בניתוק של העורלה, ללא חיתוך ממשי. כך הביאו המחברים בשם הרב שלמה מילר שקיבל מהחזון איש, הרב מוצפי שקיבל מהרב מרדכי אליהו, וכן בשם הרב ישראל יעקב פישר והרב בן ציון אבא שאול (עוד הביאו במאמרם את הצעת הרב ויסברג; דעת חלק מהפוסקים שהתירו לדחות לגמרי את המילה; וכן הצעה נוספת לחתוך את כל עור העורלה, בסיכום עם הרופא, ולהשאיר רק את עור הפריעה).

גם מבין אלו שהציעו מילה חלקית, היו שהדגישו שהעורלה צריכה להישאר מופשלת: נשמת אברהם (יו"ד רסב, ט) בשם הרב אוירבך, והובאו דבריו גם בציץ אליעזר (יח, נא), וכן עטרת משה (יו"ד ב, קצז) ושבט הלוי (ו, קמח). אמנם במאמר של פרופ' נמיר והרב שנדורפי, הובא בשם החזו"א והרב אליהו שאין צורך לדקדק אם העורלה חוזרת ומכסה את העטרה. נעיר כי קשה להניח שהעורלה תישאר מופשלת חודשים ארוכים עד לניתוח, ללא התערבות מתמדת בחבישת איבר התינוק.

דיון בעמדת המורים לערוך מילה חלקית

בפן המעשי, חיתוך מוקדם של העורלה, אף חיתוך חלקי, עלול ליצור כמה בעיות קליניות, כגון חוסר באספקת דם לחלק מהעורלה (מה שעלול לגרום לקשיים בהשתלת הרקמה, וכן להחלמה קשה יותר), וחוסר גמישות הנצרכת לניתוח (כתוצאה מהצטלקות; ואם ישנן צלקות מרובות הדבר אף עלול לגרום לסיבוכים לאחר הניתוח). כל שכן שקשיים מעין אלו עלולים להופיע לאחר חיתוך מסיבי יותר על ידי השארת עור הפריעה בלבד.²⁰ וכן

19. יש לציין שהרב ויסברג התיר זאת רק במקרים פרוקסימלים, אך במקרים דיסטלים כתב שיש למול כרגיל, ומדבריו משמע שאין לשמוע לדברי הרופאים לנתח במקרים הקלים.

20. כתב לי ד"ר בצלאל סיוון: "לגבי שימור של עור הפריעה, תיאורטית זאת פשרה טובה. באופן אישי הניסיון

כתב הרב יהודה דוד בלייך, שהתייעץ עם רופאים מומחים בעניין, והסיק כי פתרון החיתוך החלקי טוב רק בחלק קטן של המקרים, כאשר אין קורדי, העורלה גדולה, והנקב קרוב לעטרה (דיסטלי). אך ברבים מהמקרים נדרש חלק גדול יותר מהעורלה (אור המזרח כט, תשרי-טבת תשמ"א, עמ' 103).

היו פוסקים שלא ראו את הפתרון של מילה חלקית בעין חיובית גם מבחינה הלכתית. כך כתב הרב יצחק גליקמן (נועם יח, עמ' נב), שאין דעתו נוחה מכך, ועדיף לדחות לגמרי את המילה ולמול בניתוח. אחת הסיבות לכך היא שלאחר ה"מילה" יחשוב אבי הבן שיצא ידי חובה, וישכח להשלימה. ביתר שאת יצא הרב גליקמן נגד הטפת דם סמלית, בטענה שיש בה משום גניבת דעת הציבור, וכן איסור חבלה וצער לתינוק שלא לצורך.

גם הרב מאיר ברנדסדורפר (שו"ת קנה בשם ג, פו), בעצמו מוהל מנוסה, דחה את המילה החלקית הנהוגה, כיוון שהבין את שיטת הדברי חיים לחומרא, שצריך חיתוך רחב יותר של העורלה, ולא רק חיתוך "סמלי". אמנם למעשה נקט גישה מחמירה לגבי ניתוחי ההיפוספדיאס, כפי שנראה בהמשך.

כמו כן, במאמרם של פרופ' נמיר והרב שנדורפי מובאת דעת הרב מנשה קליין, הרב יוסף שרעבי והרב שמואל טל, שעדיף לדחות את המילה מאשר לבצע מילה חלקית כלשהי, מחשש לברכה לבטלה, הוצאת דם לחינם, וחזרת עור העורלה. מעבר לכך, דעת המתירים לדחות את המילה מבוססת, ורבים נקטו בה, ואילו הפתרון של מילה חלקית הוא רק ניסיון לצאת ידי חובת מילה על פי הבנת המקילים לפי שיטה מסוימת. נזכיר את דברי הרב אריה ליב גרוסנס (לב אריה א, מא): "נראה ברור, דהיכא דעל ידי עשית המצוה יעשה בזה הפסד והיזק לחברו – דעליו למנוע ולא לעשות המצוה". כל שכן כאשר מדובר במידת חסידות שנועדה "לצאת ידי חובת כולם", וכפי שכתב הרב למברג, שזהו "מהיות טוב".

עמדת המחמירים והפולמוס מול המערכת הרפואית

הדיון סביב שאלת דחיית המילה, ולמעלה מכך שאלת הניתוח כשלעצמו, עלה שלב כאשר הרפואה התקדמה והחלו לנתח גם מקרים קלים יותר. כך, מאז שלהי המחצית השנייה של המאה ה-20, ועד ימינו, התפתחו הדיונים לכיוון נוסף: אף שרבים הורו לדחות את המילה ולנתח במקרים הפרוקסימלים מחשש לבעיות פוריות, חלקם יצאו בתוקף כנגד הניתוחים למקרים הדיסטלים, בטענה כי מדובר בתיקון קוסמטי

שלי לא כל כך טוב. הרבה פעמים לא הצלחתי להפיק הרבה תועלת ממה שהשאירו. זה תלוי בכמה המוהל משאיר, כמה הוא אגרסיבי בביצוע החתך בשעה 12 בזמן הפריעה. לעיתים אפילו נתקלתי בהצטלקות קשה בצד התחתון, אפילו שלא בוצע שם חיתוך".

בלבד, שאינו מהווה עילה מספקת לדחיית המילה, ואף אינו מהווה עילה לניתוח הכולל בתוכו סיכונים מסוימים, או כניסה למצב של ספק 'כרות שופכה'.

עמדת ספר ברית אברהם הכהן

נראה כי החיבור המרכזי שעורר את הדיון היה ספר "ברית אברהם הכהן", שחובר על ידי הרב אברהם הכהן קאהן, תלמיד חכם, מוהל ואיש עסקים אמריקאי.²¹ עיקר התייחסותו להיפוספדיאס אינה בשאלת דחיית המילה, אלא בניתוח כשלעצמו, כאשר חששו הוא שמא ייעשה הילד כרות שופכה במהלך הניתוח או בעקבותיו. אמנם הוא לא הרחיב בצד ההלכתי של החשש, אלא בנושא הרפואי והשלכותיו. את הרקע להבנתו בתחום האורולוגיה, מלבד קריאת מקורות מסוימים והתייעצויות, קיבל בעת שהותו במחלקה האורולוגית בבית החולים מיימונידס בברוקלין, ניו יורק, שם מל בקביעות בחדר הניתוח, כאשר רבים מהנימולים היו עולים מרוסיה (בריה"מ לשעבר).

בסקירתו חילק את המום לארבעה מצבים: מצב בו הנקב בעטרה, בנזר העטרה,²² על הגיד ובכיס האשכים. בשלושת המקרים הראשונים הורה לא לנתח, מחשש לפסול כרות שופכה, וזאת למרות שבמקרה השלישי יש חשש שהמום יפגע בפוריות. ונימוקו, שעל פי המידע הרפואי הקיים, רוב הילדים שנולדים עם סוג זה של מום יכולים להוליד,²³ ואדרבה, הניתוח דווקא עלול להוריד את סיכויי ההולדה. במקרה הרביעי, שבו בוודאי לא יוכל להוליד, ואף יש חשש לזיהומים, הורה להורים להתיעץ עם מורה הוראה, ונמנע מלהתיר בכתב באופן גורף.

עוד חידוש יש בדבריו לגבי המום הנלווה 'קורדי'. להבנתו, יש שני מקרים של קורדי: מקרה אחד עם "עורלה כבושה", דהיינו שמחמת מיעוט העור בצד התחתון של האיבר, האיבר נמתח כלפי מטה ויוצר עקמת. המקרה השני נובע מחמת שינוי ברקמת הבשר, שדורש ניתוח כדי לתקנו. הסוג הראשון ניתן לדעתו לפתרון

21. "ברית אברהם הכהן" יצא לאור בכמה מהדורות. המהדורה הראשונה נדפסה בשנת תשנ"ד (1993), והאחרונה בשנת תשע"ו. המהדורה בה השתמשתי היא מהדורת תשס"ז (עמ' שנו והלאה).

22. בסקירתו כתב שבשני המקרים הראשונים (שמהווים 80% מהמקרים) רובם היו ללא בעיות פוריות וללא בעיות תפקודיות במתן שתן. אעיר כי על אף ההנחות הנכונות שהזכיר לגבי סוגים אלו, סיכולים להזרע כראוי, לגבי מתן שתן כיוון זרם השתן יהיה מוסט (בייחוד בסוג השני, בנזר העטרה). כך שבמובן מסוים הדבר יהווה בעיה תפקודית; לא בהכרח יפריע לחייו, אך יצטרך להסתגל למתן שתן זוויתי.

23. נתון זה נתמך מחקרים. ואף שכלל שהנקב נמוך יותר סיכויי ההולדה יורדים, מחקר שבחן מקרים דיסטלים וסוג זה שנמצא על הגיד (midshaft), מצא כי שיעורי האבהות בקבוצות אלו היו דומים לאלו של קבוצת הביקורת. אלא שיש לדעת כי במקרים רבים מתלווה 'קורדי' שגורם בפני עצמו לקשיים (Örtqvist L., et al. Sexuality and fertility in men with hypospadias; improved outcome. Andrology. 2017;5(2):286-93).

באמצעות מילה מקצועית, כפי שסיפר על עצמו שעשה פעמים רבות. אמנם הדגיש, שנצרך לכך מוהל מומחה מאוד, שלא יזיק יותר מאשר יועיל.

בדבריו פירט שלוש סיבות מדוע הנוהג הרפואי הוא להכווין כל מקרה של היפוספדיאס לניתוח, ושלושתן אינטרסנטיות: א. שיקול כספי – לטענתו, המניע הראשון הוא "כוונת הרופא למלאות כיסו עם כמה אלפים דאלאר שמקבל עבור הניתוח", ומתוך כך "תאוות ממון גורמת לו שמייצע לעשות הניתוח אפילו במקום שאין צריך רק למראית עין". ב. ניסיון מקצועי – הרופא חפץ בניתוח כדי לרכוש עוד ניסיון בפרוצדורה. ג. ניסיון לימודי – כדי שהמתמחים יתלמדו.

עוד ציין לכנס שנעשה בנושא בבורו פארק בהשתתפות כמה רבנים, ביניהם הרב מנשה קליין. בכנס נשמעו עדויות של רופאים, לפיהן ההמלצה הרפואית היא לנתח גם במקרים קלים, כיוון שבתרבות המערבית החיצוניות האסטטית חשובה.²⁴ הרב קאהן פנה להורים וכתב כי רוב הרופאים אינם בקיאים מספיק במומים אלו, ולכן ייעץ ללכת אחר רופאים מומחים ייעודיים להיפוספדיאס. לדעתו, יש מעט מאוד מומחים "אמיתיים". הוא שלח למספר רבנים את סברתו לאסור ניתוחים "קוסמטיים" במקרים הקלים, מחשש שהילד יעשה כרות שופכה. חלקם תמכו בדעתו וחלקם חלקו עליה.²⁵

24. כמו כן הציגו טענה לפיה ממחקר שנערך עלה כי בקרב גברים שלא נותחו עומד שיעור הילודה על 91%, כלומר רק 9% לא יכלו להוליד, וגם אלו היו רק מהסוגים הקשים של המום (פרוקסימלי). לעומת זאת, אצל מי שנותרו שיעור הילודה צנח ל-41% בלבד. לכאורה עולה מהדברים שעצם הניתוח הוריד את אחוזי הילודה מ-91% ל-41%.

אולם הצגת נתונים אלו מופרכת, ומבוססת על שגיאה. המחקר המדובר הוא עבודת תזה מפורסמת משנת 1953 של חוקר דני בשם ד"ר הנס רבן סורנסן (Sorensen). המחקר בדק, בין היתר, את שיעורי הפרייון של גברים עם היפוספדיאס בדנמרק. בנוגע לנתונים, אכן כ-91% שלא נותחו הולידו, ואותם 91% היו מהמקרים הקלים (דיסטלים). את ממצאיו של סורנסן לגבי קבוצת המנותחים לא מצאתי, ואולי בדק רק את הלא-מנותחים. גם לאחר חיפוש אודות הטענה שרק 41% מהמנותחים יכלו להוליד, לא מצאתי מחקר שמביא זאת במפורש (בוודאי לא אצל סורנסן). אך נתון דומה מופיע במחקר משנת 1976 של החוקר השוודי לארס אוולאן (Avellán) [The Development of Puberty, the Sexual Début and Sexual Function in Hypospadiacs], שמצא כי מתוך 41 גברים נשואים שעברו ניתוח לתיקון היפוספדיאס בילדותם, רק ל-24 מהם נולדו ילדים. המשמעות היא כי ל-17 מתוך ה-41 לא נולדו ילדים, כלומר כ-41%. אולם במחקר הנ"ל לא נטען כי לאותם 41% היו קשיים ביכולת ההולדה. בנוסף לכך, נטען במחקר כי היו מיוצגים בו כל סוגי ההיפוספדיאס, ולכן טבעי שמתוך 41% היו לא מעט מקרים פרוקסימליים.

נראה אפוא, שהנתונים שהציג הרב קאהן מוטעים, שכן אין שום הגיון שהרופאים ינתחו באופן שרק מקלקל את סיכויי ההולדה. מכל מקום, ביחס לרפואה העדכנית, כתב לי ד"ר בצלאל סיון כי "נדיר שתיקוני היפוספדיאס יגרמו לבעיית פוריות. לרוב זה יקרה בסיבוכים משמעותיים כמו היצרות קשה שלא טופלה. השיטות הניתוחיות השתנו בעשורים האחרונים, ויתכן שזאת הסיבה שרואים פחות סיבוכים כאלה".

25. הסכים לדבריו הרב נתן גשטטנר (להורות נתן י, סח). לעומת זאת, הרב מאיר ברנדסדורפר (שו"ת קנה בש, ג, פו) לא קיבל את הטענה לחשש שמא יעשה כרות שופכה, אך אסר לדחות את המילה עבור המקרים

השפעת עמדת ספר ברית אברהם הכהן

דברי הרב אברהם קאהן הוזכרו בחיבורים נוספים סביב שאלת ההיפוספידיאס, ובהשוואה לחיבורים מאוחרים אחרים נראה שהוא נחשב כפורץ דרך בתחום. במובן מסוים, עמדתו גיבשה שיטה שמתנגדת לרוב הניתוחים.

לגישתו הכללית נראה שהסכים הרב מאיר ברנדסדורפר (שו"ת קנה בשם ג, פו), שאסר לדחות את המילה עבור המקרים הדיסטלים, כיוון שמדובר בתיקון אסתטי לחלוטין. והוסיף כי השתלת העורלה מחדש בזמן הניתוח הופכת את הילד לערל מדרבנן, כיוון שהעורלה מכסה מעט את העטרה.

גם הרב שלמה שוחט, תלמיד חכם ומוהל ממשפחת מוהלים, ששימש כמפקח מטעם הרבנות הראשית על מוהלים, בספרו 'מילה שלמה' (יג, יא), סקר באריכות את המצב הרפואי העדכני לגבי המום ודרישות הרופאים, ונראה שנטה לדעת הרב קאהן. בדבריו תיאר משבר אמון עמוק בין הרופאים למוהלים והפוסקים, הנובע לטענתו מ"התנשאות אקדמית הגורמת לתחושה של נטילת הגמוניה של המנתחים כ"יודעי הכל" בנושא, כשהתוצאה הבלתי נמנעת היא העדר הסכמה מצד הרופאים לראות ברבנים ובמוהלים 'ברי שיח'... וכן בשל העלמת מידע על הצורך האמיתי בניתוח". אולם אף שביקש לערער על קביעות רפואיות שונות, מסקנתו המעשית היא להתיר ניתוחים ודחיית מילה במקרים רבים.

בין היתר טען הרב שוחט כי ה"רופאים" (כביטוי כוללני), גורמים לעוינות ולחוסר אמון מצד המטופלים החרדים. אחת מטענותיו היא שהרופאים מסרבים להכניס מוהלים לחדר הניתוח לביצוע החיתוך. אולם דבריו תמוהים, משום שסירוב זה אינו נובע מעוינות או מאטימות, אלא מִנְהָלִי סטריליות מקובלים שמטרתם למנוע זיהומים. בנוסף, מנקודת מבטו של הצוות הרפואי, לא מקובל לשלב בניתוח אדם חיצוני שאינו מיומן בעבודה בחדרי ניתוח, אף אם הוא מומחה בתחום אחר. משום

הקלים, כמבואר להלן. וכן מובא בשם הרב אלישיב שעל פי דברי הרופאים התיר לנתח גם מקרים קלים, ולא חשש שמא ייעשה כרות שופכה (הרב שלמה שוחט, מילה שלמה – ברית מילה כהלכתה, ד, יא). הוכחה נוספת שאין לחשוש שהניתוח יגרום לפסול כרות שופכה, עולה מפסיקתם של המתירים לדחות את המילה (כחלקת יעקב ובית אב"י). כידוע, מום מולד אינו אוסר את האדם לבוא בקהל, כיוון שהוא מוגדר כ'סריס בידי שמיים', לעומת מום שנגרם מחבלה במהלך חיי האדם, הנחשב כ'סריס בידי אדם', ונאסר לבוא בקהל (רמב"ם איסור"ב טז, ט; שו"ע אה"ע ה, י). ממילא, אילו הפוסקים היו חוששים שהניתוח יפגע בילד ויפסול אותו מלבוא בקהל, היו אוסרים את הניתוח מכל וכל, שהרי ללא ניתוח הוא כשר לבוא בקהל, אף אם נולד עקר. העובדה שהתירו לנתח, ואף לדחות את הברית לשם כך, מוכיחה שאין לדעתם חשש לפסול זה (ועי' בחלקת יעקב אה"ע כח, שהרחיב בזה והתיר לנתח).

בנוסף לכך, עיין בנספח לפרק על היפוספידיאס בספרו של פרופ' סודי נמיר (זימל אברהם'), בו פירט את הפוסקים שקבעו במפורש שאין חשש לכרות שופכה בפרוצדורות רפואיות שמטרתן לתקן את האיבר: ים של שלמה (יבמות ח, ח), חלקת יעקב (אה"ע כח), חבצלת השרון (א אה"ע, יב), חת"ס (שו"ת ג, אה"ע א, יז). וכן הסיק פת"ש (אה"ע ה, סק"ז) מלשון הסמ"ג (לאוין קיט).

כך, תמוה שמחברים המפגינים בקיאות מרשימה בספרות ובידע הרפואי, מתעלמים מהנחות יסוד רפואיות בסיסיות.

אמנם בהמשך דבריו ציין לדברי הרב אלישיב, שכאשר שאלוהו לגבי היפוספדיאס, והביאו לפניו את טענת הרופא כי יש חשש להשפעות פסיכולוגיות עתידיות, השיב כי "יש להתחשב בבעיות נפשיות משום שהן יכולות להפריע הרבה בחיים... הרי תמיד שומעים לרופאים".²⁶ עם זאת, טען הרב שוחט כי הדברים מכוונים רק לציבורים "פתוחים", בהם כל שינוי באיבר עלול לגרום להשפעות פסיכולוגיות, ולא לציבור החרדי השמרני. אמנם קשה לתלות זאת בדברי הרב אלישיב, משום שלא סייג את דבריו, ומה גם שציבור ששואל רבנים כיצד לנהוג בסיטואציות כאלו, הוא לרוב ציבור שומר תורה ומצוות. לכן דברי הרב אלישיב נאמרו בפשטות לציבור הדתי והחרדי.

בפועל, הוראתו של הרב שוחט דומה להוראת הרב קאהן: במקרים פרוקסימלים יש לנתח, ובמקרים דיסטלים ככלל אין לנתח. אולם בשונה מהרב קאהן, התיר הרב שוחט לבצע את הניתוח כאשר המטופל שייך לציבור שבו יש חשש לבעיות פסיכולוגיות.

בגישה דומה לרב שוחט ולרב קאהן נוקט פרופ' סודי נמיר (וימל אברהם, תש"פ, עמ' 579). בנוסף למאמרו בתחומין (שהובא כפרק בפני עצמו בספר הנ"ל), כתב פרק בספרו על מום ההיפוספדיאס, השלכותיו, והגישה הנכונה להבנתו בטיפול במום אל מול דחיית המילה. עמדתו העקרונית שוללת ניתוחים במקרים קלים (דיסטליים), ובאשר למקרים קשים, אף שהתיר לדחות את הברית – העדיף פתרון של מילה חלקית בזמנה. פרופ' נמיר טען כי בבתי החולים קיים "לחץ יתר" לנתח, ומתוך חשש לשיקולים זרים (בפרט ברפואה הפרטית) הוא הנחה את ההורים לגלות ביקורתיות ולהיוועץ במומחים חסרי נגיעות כחוות דעת שנייה, וכן בפוסקים מובהקים. בנוסף טען, כי "אין מקום לקבל את חוות דעתו של רופא כלשהו, ללא התייעצות עם פוסק בעל שיעור קומה במקביל לקבלת המלצתו של מוהל ותיק ומנוסה", וכי "עדיף בכל מקרה שרק אפשר, לשקול מניעה מהתערבות כירורגית, אם היילוד לא יסבול מכך".

עוד ביקש לערער על הנחת היסוד של המנתחים ביחס להשלכות פסיכולוגיות של המום, והסביר כי "כל החלטה לגבי ניתוח היא ללא בסיס מדעי מוצק", כיוון ש"לעולם לא נבדק בקרב ציבור בעלי מערכת ערכים של קדושה... כיצד, נפשית, נתפס אצלנו שינוי מבני באיבר שנשמר בצניעות". לאור קביעתו שאין ביסוס מדעי

26. עוד הביא בשמו, שקודם שהשיב שאל הרב אלישיב אם הרופא נחשב "מומחה בתחומי", דבר המלמד כי לדעתו יש חשיבות לרופא הנשאל, ולא כל רופא יכול להביע עמדה מקיפה בנושא. במקרה שהובא לפניו, אכן הרופא לא היה "מומחה בתחומי", הוא היה מומחה לפלסטיקה ולא התמחה באורולוגיה.

בהיעדר בדיקה מקיפה, יש לתהות כיצד בכל זאת קבע כי "בדרך כלל אין כל השלכה לעתיד מחמת שהמקום מוסתר".²⁷

המלצתו למעשה: במקרים קלים יש להימנע מניתוח. במקרים חריגים, בהם צפוי קושי נפשי מובהק, יש לנתח. במקרים בהם קיימות בעיות תפקודיות, הורה לתאם עם המנתח מילה חלקית ביום השמיני. כאשר הניתוח מחייב עורלה שלמה, יש להיוועץ במורה הוראה לגבי האפשרויות השונות.

עמדת הרב יהודה דוד בלייך

גישה נוספת, הרואה צורך בהתערבות מסוימת בפרוצדורות הרפואיות, הציג הרב יהודה דוד בלייך (אור המזרח כט, תשרי-טבת תשמ"א, עמ' 103). לאחר שתואר את הרקע הרפואי וההלכתי של המום, וציין לתשובות רבות, העיר הערה חשובה לדיון ההלכתי בנושא: בניגוד להנחת הפוסקים שהברית רק נדחית לשעת הניתוח, על פי הספרות הרפואית "ברובם ככולם של הטיפולים לרפאות לקוי זה, אי אפשר לקיים מצוות מילה כתיקונה, זאת אומרת על ידי חתיכת הערלה עד העטרה". זאת משום שבשיטות הניתוח הקיימות, משתמשים בעורלה לשחזור השופכה ולכיסוי האיבר, ללא כריתה מלאה שלה.²⁸

אף על פי כן, הציע הרב בלייך שחלק מהנימוקים שהביאו הפוסקים רלוונטיים

27. בדעת האוסרים לבצע ניתוח במקרים הקלים, הביא את הרב נתן גשטטנר (להורות נתן י, סח), שבתשובה לרב קאהן אסר משום חבלה לחינם. כיוצא בזה הביא מהרב יצחק זילברשטיין, שכתב לו לאסור את דחיית המילה עבור ניתוח אסתטי בלבד. מנגד הביא את היתרו של הרב אלישיב, כפי שהביא הרב שוחט. וכן הזכיר היתר כזה בשם הרב אשר וייס, שסייג את ההיתר למקרה שמראה המום חריג משמעותית. אמנם את הסייג העלה רק לאחר שהסביר לו פרופ' נמיר שבדרך כלל אין השלכות נפשיות היות שהמקום מוסתר. בהקשר זה השווה פרופ' נמיר (הע' 68) את שאלת המצוקה הנפשית לדיון על נוכחות הבעל בחדר הלידה. לשיטתו, די בליווי נשי עבור היולדת, ובהסתמכו על הרב משה הלברשטאם (אסיא כא, עמ' 18), טען כי האיסור ההלכתי על נוכחות הבעל מקובל על רוב הפוסקים, ורק יגביר את לחצה של האישה. אולם השוואה זו מובילה למסקנה הפוכה: עמדתם הרווחת של הפוסקים היא שאין איסור מעיקר הדין על נוכחות הבעל בחדר הלידה (והאוסרים אסרו זאת רק כסייג בפני איסורים חמורים). אדרבה, הפוסקים התירו זאת במפורש, כדי להרגיע את היולדת ולהפיג את חרדתה – בהם הרב משה פיינשטיין (אג"מ י"ד ב, עה), הרב עובדיה יוסף (טה"ב ב, עמ' קעד), הרב אוריבך (נשמת אברהם ב, עמ' רב) והרב יהודה הרצל הנקין (בני בנים א, לג). נמצא כי פוסקים רבים מכירים במשקלם של קשיים פסיכולוגיים, גם אם מקורם במוסכמות מודרניות. לפיכך, אין לפטור כללאחר יד את החשש מהשלכות נפשיות אצל בעלי היפוספדיאס שלא נותחו, בפרט כאשר חששות אלו נתמכים במחקרים רפואיים.

28. מידע רפואי זה נכתב בשנות ה-80 ומשקף את השיטות שנהגו בזמנו. בדבריו תיאר שיטות בהן נעשה שימוש בעורלה לבניית השופכה, כגון שיטת TPIF (Transverse Preputial Island Flap) שפורסמה ע"י Duckett ב-1980, או "טכניקת נקב הכפתור" (Buttonhole Technique), וכן שיטה נוספת הנעשית ב"חטיטת השביל" (Glans Tunneling), אמנם זאת התייתרה לאחר שהתברר כי היא גורמת לשיעור גבוה של סיבוכים כהיצרות שופכה, הצטלקויות ופיסטולות (חיבור לא תקין בין איברים). נראה כי בחלק מהשיטות שהוזכרו אין כריתה מלאה של העורלה, כדי להשאיר את אספקת הדם לרקמה. אך מתיאורי השיטות לא עולה מניעה חד משמעית לנתק את

גם לניתוחים אלו, אף שבפועל על ידי הניתוח תתבטל המילה לגמרי. וביקש לסמוך על שיטת הדברי חיים, והצעת הפוסקים למול מילה חלקית, שכל הנראה ממילא תתבצע במהלך ניתוחים אלו. כמו כן הסתמך על דברי האבנ"ז, לפיהם האדם אינו מחויב להיעשות בעל מום כדי לקיים מצוות מילה.²⁹ אמנם במקרים דיסטלים, כאשר אין 'קורדי', כתב ש"אפשר שיש לבצע ניתוח מבלי להשתמש בעור המילה כלל", ולמול כרגיל בזמן, כיוון שלדעת רופאים מומחים רבים "כשיגדל הילד יוכל לשמש מיטתו ככל אדם ולהוליד". למעשה, הרב בלייך הציע שינוי מסוים בביצוע הניתוח, על מנת לוודא שאכן העורלה נכרתת.

עמדת הרב הרצוג

קודם שניכנס למענה לטענות השונות, נציין לפוסק שהציג קו מחמיר אך דבריו המלאים נקטעו.

הרב יצחק אייזיק הלוי הרצוג (פסקים וכתבים ד, פא-פב) נשאל גם הוא על ענייני מילה. בשאלה הראשונה (פא) משמע מהפרטים שזהו הפוספדיאס: "בחולי שאין יכול להיות יורה כחץ, אלא אם כן ינתחוהו... ואחרי הניתוח אי אפשר למולו, ואם ימולו עכשיו – אי אפשר אחר כך לנתחו". לאחר דיון הלכתי, וכן התייעצות עם מומחה שהשיב שיש רק חשש מסוים שעל ידי המילה לא יוכלו לנתח, אך על פי רוב יוכלו לנתח – הכריע שיש למול, שכן "משום ספק קצת רחוק כזה, שאין בו חשש ספק נפשות, ודאי שאין לבטל מצות מילה". בסימן הבא (פב) נשאל ישירות על הפוספדיאס, והדילמה הייתה דומה. אמנם תשובה זו נקטעה לאחר כמה פסקאות, ושאר התשובה אבדה.

מכל מקום נראה מדבריו בסימן פא שאין לבטל עשה עבור ספק כזה, והיות שכיום יש אפשרות אחרת לניתוח ללא שימוש בעורלה, אלא שאחוז הסיבוכים בו גבוה יותר, נראה שהרב הרצוג היה מורה להחמיר, כל שכן במקרים הדיסטלים.

מקור העורלה לאחר סיום ההשתלה. ובמילים אחרות, העובדה שבספרות הרפואית לא מתואר חיתוך העורלה בסוף הניתוח כחלק מההתליך, אינה מלמדת שיש מניעה לעשות כך.

29. אמנם ספק אם האבנ"ז יסכים לכך כאשר המילה תתבטל לגמרי, שהרי נשאל על דחיית המילה ולא על ביטולה. כמו כן, נימוקו הוא על פי דברי הרמ"א, שאין אדם מחויב לבזבז הון רב על מצוות עשה, כל שכן שלא להיעשות בעל מום. אך לא ברור מדבריו אם הדין שווה אף במצוות עשה שיש בה כרת, והרמב"ם (מילה א, ב), אף שבעיני הראב"ד היקל, פסק כי אם האדם מת ערל (במזיד) – חייב כרת. אכן, הרב בלייך עצמו הביא בהע' 9 שלמנ"ח (ה, ח) יש לבזבז כל הונו על כרת. לכן, כיוון שיש במקרה זה של "מת כערל" חיוב כרת לכו"ע (כלומר גם לרמב"ם), אולי האבנ"ז יחמיר. אך אפשר להסביר זאת כהבנת הרב בוראק בתשובתו (פרחי אהרן א, עמ' 282), שגם במקרה כזה נחשב כאנוס ולא כמזיד, ולכן לא יתחייב בכרת.

מענה לטענות המחמירים

כדי להבהיר את הנתונים ואת המציאות, נעבור על הטענות השונות שהוצגו כנגד הניתוחים, וכן כנגד הנאמנות הרפואית, וננסה לבאר באמצעותן את התמונה המלאה.

טענה ראשונה: בהכנסת התינוק לניתוח לתיקון היפוספדיאס יש סיכון לעשותו כרות שופכה. הטענה נענתה באריכות בהערה על דברי הרב קאהן.

טענה שנייה: ישנם שני סוגי 'קורדי', אחד שנובע ממחסור בעור בחלק התחתון של האיבר, ואחד שנובע כתוצאה מרקמות נוקשות סביב האיבר. הרב קאהן הציע שאת הסוג הראשון ניתן לפתור ללא ניתוח, באמצעות מילה מקצועית, בעוד שהסוג השני אכן דורש התערבות ניתוחית.

המענה: אף שתיאורטית דבר זה אפשרי, שכן בעקבות הניתוח האיבר מתיישר לאחר שחרור העור (אך גם זה בעקמת קלה);³⁰ בפועל, אין מקום להורות כך לציבור הרחב, שמא מתוך כך יתעלמו מהבעיה ויפנו ישר למוהל, וכפי שכתב הרב קאהן בעצמו, שנדרש מוהל מקצועי ביותר שלא יעשה נזק. בנוסף, על המוהל לזהות טרם הברית שאכן מדובר בסוג הראשון של הקורדי ולא השני. כלומר, פתרון הבעיה על ידי מילה הוא נדיר ולא מעשי.

טענה שלישית: יש ללכת רק לרופאים ללא מניעים אישיים (אינטרסים), כגון להגיע לרופא להתייעצות בלבד, כאשר הרופא מודע לכך שהוא לא זה שינתח את הילד. המענה לכך הוא בשתי רמות: ראשית, לגופם של דברים, אין מקום להטיל חשד גורף בכלל הרופאים. הנחת היסוד ההלכתית והמעשית היא שרופאים שוקלים שיקולים מקצועיים לטובת המטופל. ואף אם ייתכן עירוב של שיקולים זרים אצל רופא מסוים, הפתרון לכך הוא פנייה לרופא אחר או לחוות דעת נוספת, ולא שלילת האמון בממסד הרפואי כולו.

שנית, בפועל השיקולים הזרים מצומצמים מאוד, עד לכדי מקרים נדירים. כך ביחס לארה"ב, שם התגורר הרב קאהן, שעל אף קיום מודלים של משכורת לפי "תפוקה", ההנחה שהרופא ימליץ על ניתוח במקרים רבים רק מתוך מניעים זרים, מופרכת. שכן מערכת הבריאות בארה"ב מפעילה רשת שלמה של מנגנוני מניעה, בקרה וענישה כדי לצמצם את האפשרות שרופאים יפעלו משיקולים פיננסיים. חברות הביטוח מעסיקות רופאים שתפקידם לבדוק ולאשר כל הליך רפואי ולוודא שאכן הוא נצרך רפואית, לצידן נחקקו חוקים פדרליים מחמירים ביותר נגד הונאה, ומתקיים מעקב הדוק אחר דפוסי העבודה של הרופאים, שמצמצם ניתוחים מיותרים. ביחס לישראל שלילת הטענה מובהקת עוד יותר. במערכת הבריאות הציבורית המשכורות הן גלובליות וקבועות, ולכן אין לרופאים תמריץ כספי לשלוח

30. כך כתב לי ד"ר בצלאל סיוון.

מטופל לניתוח. ואף ברפואה הפרטית פועלים מנגנוני בקרה, אתיקה רפואית ופיקוח מקצועי, השוללים פעולה ממניעים מעין אלו. משום כך, אין כל מקום לטענה שרופאים מונעים משיקולים כספיים, והטלת דופי בצורה גורפת משוללת כל אחיזה במציאות הקיימת במערכת הרפואית.³¹ לפיכך, ככלל, יש לסמוך על הרופאים ששוקלים את השיקולים לטובתו של המטופל.

במישור עקרוני יותר, הטלת דופי בממסד הרפואי, כפי שמופיעה ב"ברית אברהם הכהן", היא קיצונית למדי, ואינה משקפת את המצב בשטח, שהרי אנו רואים שמערכות הרפואה המודרניות העלו באופן חסר תקדים את איכות החיים ואת תוחלת החיים של כלל החברה המערבית. השכל הישר מורה שהצלחות אלה אמורות להגביר את האמון הכללי שלנו בדברי הרופאים, תוך הנחה שהן הרמה המקצועית והן הרמה האתית השתפרו, והמנגנון הרפואי ככלל פועל לטובת החולה, גם אם ישנם אי אלו מקרי קצה חריגים. זאת מבלי להזכיר את האמון הכללי שנתנו רבים מהפוסקים בדברי הרופאים, בתקופות בהן מערכת רפואה ציבורית הייתה רחוקה מלהתמסד, והטיפול נעשו בצורה פרטית ונעדרת כל זיכרון ארגוני.³²

טענה רביעית: החשש מבעיות פסיכולוגיות במקרים הקלים רלוונטי רק בציבורים "פתוחים".

המענה: בטענה זו יש הגיון, כיוון שבחברה יותר "פתוחה", בה הנושא המיני תופס מקום חשוב יותר, ובטח כאשר ישנן בעיות צניעות למיניהן (כגון יחסים לפני חתונה וכד') – יש יותר חשש לקשיים נפשיים, בושה ועוד. במובן מסוים, בחברה כזו המום יותר גלוי, ולכן הדבר גורם קושי. לעומת זאת, בחברה "סגורה" הנושא המיני תופס פחות מקום, והמום נשאר "אישי" ולכן ניתן לומר שהוא יוצר פחות קשיים נפשיים. אלא שהנחה זו אינה מוכרחת, שכן הקושי הנפשי לא נובע תמיד מ"מה יגידו אחרים", אלא מעצם הידיעה של האדם שהוא בעל מום. בנוסף, יש לדון בחיי האישיות לאחר הנישואין. אין ספק שגם אם מבחינה פרקטית יצליח האדם לקיים יחסי אישות, עדיין סביר שיתבייש מפני אשתו. הנושא המיני טעון, וככל שהחברה סגורה יותר, רבה בה המבוכה סביב העיסוק בזה. הוספת מכשול נוסף בדרך לחיי אישות ולקיום מצוות עונה בשמחה ובפתיחות, עשויה לגרום למעמסה נפשית.

בנדון דנן, נערכו כמה מחקרים אודות ההנחה שהיפוספדיאס קל ללא

31. כמובן, גם לאחר המנגנונים השונים הפיקוח אינו הרמטי, אך המקרים ה'בעייתיים' הם מקרי קצה נדירים.

32. מלבד זאת, יש להדגיש שהצעתו הסופית של הרב קאהן ללכת רק לרופאים "אמיתיים", אינה פרקטית. הוא עצמו העיד כי לדעתו יש מספר קטן מאוד של רופאים שניתן לסמוך עליהם. כלומר, הנחיה לציבור הרחב לתור אחר קטגוריה מאוד מסוימת של רופאים אינה מעשית, בוודאי שלא להורים שזה עתה נודע להם שלבנם יש מום לא מוכר, ויש להם לכל היותר 6-7 ימים עד ליום השמיני למצוא את המומחה, להיפגש עמו ולהחליט.

ניתוח יגרום בעתיד לקשיים פסיכולוגיים. ממחקרים מאוחרים נראה כי הקשיים הפסיכולוגיים העיקריים מופיעים במקרים פרוקסימלים שלא נותחו, או בעקמת שלא טופלה. אמנם גם במקרים הקלים, הנחקרים דיווחו על קשיים מסוגים שונים. ואף שתוצאות המחקר העלו כי אחוז הקשיים בקרב קבוצה זו היה נמוך ביחס למקרים הפרוקסימלים, מכל מקום גם הם חוו קשיים באחוז גבוה ביחס לאוכלוסייה הכללית.³³ כלומר, ככלל ניתן לומר כי גם היפוספדיאס דיסטלי מלווה בקשיים. יש לציין שהמחקרים בנושא ראשוניים, כיוון שרוב המחקר עוסק רק במקרים שנותחו. **טענה חמישית:** שיטות הניתוח לא כוללות כריתה של העורלה, דבר הגורם לילד להישאר ערל.

המענה: גם בשיטות הניתוח הישנות, לא מוכח שהיה הכרח להשאיר את העורלה מחוברת למקומה המקורי. אך מכל מקום, בשיטות הניתוח הרווחות כיום העורלה אכן נכרתת.³⁴

לסיכום, ראינו כי על אף הטענות כנגד המערכת הרפואית ככלל, וכנגד הרופאים המומחים בפרט, רצוי וראוי לסמוך על המלצותיהם, ואכן לרוב המלצותיהם משקפות את מסקנות המחקרים.

סיכום ומסקנות

במאמר זה בחנו את סוגיית תיקון מום ההיפוספדיאס. במרכז המאמר עמדה שאלת דחיית מצוות המילה עבור התיקון, שכן מום זה דורש התערבות כירורגית שבה עור העורלה מהווה את הרקמה האיכותית והיעילה ביותר לשחזור. היסוד המרכזי להתיר

33. עי' במחקרים הללו:

Ruppen-Greeff (2025). Psychological outcome, sexuality, and health-related quality of life (HRQoL) in men with uncorrected hypospadias. Journal of Pediatric Urology. Schlomer, B (2014). Do adult men with untreated hypospadias have adverse outcomes? Journal of Pediatric Urology, 10(4), 672–679.

ראה עוד במחקר זה: M. A. Keays et al., "Long term consequences of uncorrected hypospadias", SPU Fall Congress, 2019.

34. בשנת 1994 המציא הרופא וורן סנודגראס (Snodgrass) טכניקה הנקראת TIP (Tubularized Incised Plate). טכניקה זו נחשבת כיום לשיטה הנפוצה ביותר בעולם לתיקון היפוספדיאס ברמת חומרה קלה עד בינונית. בשיטה זו המנתח לא משתמש בעור העורלה כדי לבנות את צינור השתן, אלא לוקח את המשטח המקורי של הגיד, חורץ אותו וסוגר אותו לצינור. עם זאת, המנתח עדיין משתמש בשכבת הפנים של העורלה כדי לכסות את התפרים ולמנוע דליפות. בסיום הליך זה, ברוב המקרים, שארית העורלה אכן נכרתת לחלוטין.

וכך כתב לי ד"ר בצלאל סיוון: "בהיפוספדיאס דיסטלי, ללא עקמת קשה, התיקון הכי מקובל היום הוא tip (מכונה סנודגראס)". באשר לאחוז הסיבוכים כתב: "אצל מנתח מנוסה אחוז הסיבוכים הוא סביב 10%. הסיבוך הכי שכיח הוא פיסטולה – פתח במיקום כלשהו לאורך השופכה ששוחזרה. יש במקרים אלו הבדלי גישות. חלק מציעים תיקון כולל בניית שופכה בכל מקרה. מנסיוני, חלקם יכולים להסתדר עם פעולה פשוטה יותר – מיאטופלסטיה ושחזור צווארון בחלק התחתון / הונטרלי. ההחלטה תלויה בממצאים בבדיקה, כולל ההתרשמות של המנתח מאיכות הרקמה".

את דחיית המילה נשען על סברת האבני נזר, שאומצה על ידי פוסקים רבים, לפיה כשם שאין אדם מחויב לבזבז את כל הונו עבור מצוות עשה, כך אינו מחויב להיעשות בעל מום על מנת לקיים מצוות מילה בזמנה. אל יסוד זה מצטרפים טעמים הלכתיים נוספים שנקטו הפוסקים, התקפים ישירות גם למקרים הדיסטלים (הקלים).

הקורדי – שקיים בכשליש ממקרי ההיפוספדיאס הדיסטלים, וככל שחומרת המום עולה כך גם הסיכויים להופעתו – מדגיש את חשיבות הסוגיה. להיעדר טיפול בו יש השלכות חמורות יותר, כגון כאב בזמן קישוי או יחסים, קושי מכני בקיום יחסים שעשוי להשפיע על כניסה להריון, קשיים פסיכולוגיים חריפים יותר, קשיים תפקודיים במתן שתן, ועוד. ככל שחומרת הקורדי עולה, כך קשיים אלו מחריפים. כלומר, גם אם ככלל יש להחמיר שלא לדחות את המילה בהיפוספדיאס דיסטלי, ברבים מן המקרים לתינוק עם היפוספדיאס דיסטלי מופיע קורדי שדומה בחומרתו להיפוספדיאס פרוקסימלי (קשה).

אף שקיימות כיום חלופות לשימוש ברקמת העורלה, נתונים קליניים מוכיחים שניתוח ללא עורלה כרוך בשיעור סיבוכים גבוה משמעותית, בסיכון מיותר להרדמות מלאות חוזרות, ובצער לתינוק. יוצא אם כן, שהיתר דחיית המילה במקרה זה נשען על היסוד שאין אדם מחויב לסבול צער מופרז או להסתכן בסיבוכים לצורך קיום עשה, שהוא כנגזרת לטעם בו השתמש האבנ"ז, לצד הטענה שאין זה סביר ופרקטי להתערב בפרוטוקולים הנהוגים ברפואה הציבורית ולכפות על מנתחים שיטות ניתוח זרות. ההצעה למילה חלקית ביום השמיני נשללת רפואית – שכן חיתוך או הפשלה מוקדמים עלולים ליצור הצטלקויות ופוגעים באספקת הדם לרקמה באופן שיכול לגרום סיבוכים בניתוח; והלכתית – בשל גרימת צער חינם לתינוק במקום שיש היתר מרווח לדחות, ובשל פקפוק בעצם קיום המצווה באופן זה.

היבטים מעשיים באיבחון תינוק עם היפוספדיאס

ראוי לעמוד על הקשיים המעשיים שהורים נתקלים בהם כאשר הם שומעים לראשונה שבנם לוקה בהיפוספדיאס. ברוב המקרים ההורים מתוודעים לכך בבית החולים לאחר הלידה, תוך התייעצות עם אורולוג. במקרה פחות טוב, הם מתוודעים לכך בביקור של המוהל לפני הברית. במצבים אלו עליהם להכריע בתוך ימים ספורים, ולעיתים אף בתוך יום, האם למול כרגיל, לדחות את המילה או לבצע מילה חלקית. כל זאת, כאשר זמן לא רב קודם לכן כלל לא ידעו על קיומו של מום זה, ובוודאי שלא היו מודעים להשלכותיו. על פי רוב, גם חוות דעת רפואית בבית החולים לא עונה על כל פערי המידע של רוב ההורים ושל רוב הרבנים.

להלן מקצת מן השאלות שבירורן נחוץ לשם הכרעה הלכתית: האם יש הבדל בין ההשלכות של היפוספדיאס דיסטלי לעומת היפוספדיאס פרוקסימלי? מאיזה

שלב מוגדר המום כפרוקסימלי באופן העלול לפגוע בפוריות? האם רקמת העורלה הכרחית לניתוח, או שניתן להשתמש ברקמות חלופיות? האם ניתן לבצע מילה חלקית ביום השמיני מבלי לפגוע באפשרות הניתוח? האם לאחר השלמת הניתוח התינוק נחשב מהול, או שמא העורלה נותרת? מהן ההשלכות של מום הקורדי? האם קיימות השפעות פסיכולוגיות? ועוד.

במצב אידיאלי, ראוי היה שהרב הנשאל יפנה את ההורים לרופא מומחה, כשהם מצוידיים בשאלות ממוקדות שיסייעו בידם לברר את המציאות הרפואית בהתאם למצב היילוד, ומתוך כך יוכל הרב להכריע בשאלה ההלכתית. לאחר קבלת חוות הדעת המקצועית של הרופא. אולם דרך זו אינה ישימה. בדרך כלל לא ניתן לקבוע תור לרופא מומחה "מהיום להיום" במסגרת הרפואה הציבורית, וממילא עד שתתברר התמונה הרפואית וניתן יהיה להגיע להכרעה הלכתית, כבר יחלוף היום השמיני.³⁵

הלכה למעשה

לאור זאת, על פי כל המבואר במאמר זה, המסקנה המעשית וההלכתית היא שברירת המחדל במקרה של איבחון היפוספדיאס צריכה להיות – קודם כל להמתין, דהיינו שניתן לסמוך על שיטת המתירים לדחות את ברית המילה. וגם אם ירצו ההורים להחמיר כשיטות אחרות, יוכלו לסמוך על שיטת המקילים לפחות עד שיגיעו להחלטה מושכלת כיצד לנהוג במקרה שלפניהם.

הוראה זו משחררת את הלחץ הנפשי שבו נתונים ההורים בשל הזמן הדוחק. במקום להתרוצץ בבהילות בניסיון להשיג חוות דעת דחופה של מומחה תוך ימים ספורים, תוך סיכון בקבלת החלטות פזיזות כגון "מילה חלקית", שעלולות לחבל בסיכויי ההצלחה של הניתוח העתידי, ההורים מקבלים גיבוי להמתין. תקופת ההמתנה תאפשר להם לקבוע תור מסודר לאורולוג מומחה ברפואה הציבורית, להבין לעומק את מצבו הספציפי של ילדם, ולתכנן את הניתוח וברית המילה בצורה רגועה ובטוחה.

35. פנייה לרופא פרטי מחייבת הוצאה כספית גדולה, ולא נראה שניתן להשית אותה כחובה הלכתית, שכן לא מדובר בתשלום על ביצוע המילה, אלא רק על בירור המציאות. בנוסף, גם ברפואה הפרטית זמינות התורים אינה מיידית.

ראוי להוסיף, כי רוב הפוסקים שמוזכרים במאמר הכריעו על פי הנתונים הראשוניים, ולא הפנו את השאלים לבירורים חוזרים, אלא התמודדו עם הנתונים שהוצגו בפניהם מפי הרופאים בפעם הראשונה. כלומר, הם לא ראו את ההתרוצצות בין הרב לרופא כדבר רצוי, או לפחות כפתרון ישים. כיום, ברבים מהמקרים זו ההוראה להורים (או למטופלים, כשמדובר בשאלות אחרות). אבל לענ"ד אין מקום לטעון שהמציאות בעשרות השנים האחרונות השתנתה, כך שהרופאים יותר זמינים לפגישות מיידיות. גם היום, כמו בעבר, הסיכוי לפגישה בטווח הקרוב נמוך. הדבר היחיד שהשתנה הוא נגישות מידע רפואי ברשת, אלא שאין זה נחשב כמענה, כאשר מדובר במציאות בה כל מקרה נידון לגופו.

