

ידוע שחוק המדינה אוסר את הפסקת ההריון, אך זוהי הלכה ואין מורין כן. היועץ המשפטי הורה לפני שנים רבות כי אין להפעיל את החוק אלא במקרים שחלילה קורה אסון. החוק כבודו במקומו מונח, אך אינו מופעל הלכה למעשה אלא אם כן קורה אסון לאם. הוזה אומר, שלא המעשה הפלילי קובע ולא הכוונה כי אם התוצאה בלבד.

התכנסנו כאן ב"שערי צדק" בערב הזכרון החמישי לפטירתו של ד"ר פלך שלזינגר 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 הנושא, בבחינת "שאלת חכם".

הרקע הרפואי להפסקת הריון כמבוא לדיון הלכתי

ד"ר דב ארליך

על השילוב בין מדע לתורה ניתן, אולי, ללמוד מדברי הירושלמי: "מה שעשת חכמה עטרה לראשה, עשת עונה עקב לסולייתה", במובן שדברים עיקריים בחכמה, היינו — המדע, הם בסיס לצד הלכתי תורתי — העונה, שהרי ניתן למצוא בספרים ש"העונה היא שורש של כל דבר קדושה".

בערב זה אנסה לעמוד על הצד המדעי של בעית 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: "קניתי איש את ה'", היינו עם ה'. מטרתו של ההריון באה לידי מיצוי בפירוש האבן עזרא לפסוק זה: "כאשר ראה (כלומר האדם) שלא יחיה בגופו בעצמו לעולם והצרך להחיות המין".

את התפתחות העובר ברחם ניתן לחלק לשתי תקופות השונות 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 לרירית הרחם. בשלב השני,

מסוף השבוע הראשון ועד לסוף החודש השני, קרוי היצור המתפתח בשם אמבריו. בכל התקופה הראשונה מתהווים צורת העובר ואבריו השונים ומתחילה פעילותם.⁵

התקופה השנייה — אותה ניתן לכנות „תקופת הגדילה“ מתחילה בחודש השלישי. בתקופה זו יש כבר ליצור המתפתח צורת אדם והוא קרוי בשם „פטוס“ — „עובר“. בתקופה זו יש רק גדילת ממדים, מיצור שארכו 23 מ"מ בסוף חודש שני עד לגודל ילוד רגיל.⁵

הכרה זו של ההתפתחות מתמצית בדברי חז"ל⁶: „עד שלושה חודשים יבקש רחמים שלא יהיה סנדל“, היינו קיימת ההכרה שבתקופה הראשונה אין דמיון ליצור אנושי.

נעמוד על מספר עובדות הקשורות בתקופה הראשונה ואשר להן השלכה הלכתית. בתחילה היצור המתפתח הינו מיקרוסקופי וזהו יתכן ההסבר למונח „מיא בעלמא“⁷.

עובדה אחרת היא מינו של העובר. בניגוד לדעה המקובלת עד לשנים האחרונות לאור האינפורמציה הגנטית, אין המין של העובר נקבע רק בזמן ההפריה ע"י כרומוזומי המין. התפיסה המקובלת היום היא, שיש להשפעה הורמונלית מאוחרת חלק תורם לקביעת המין.⁷ מכל מקום, אברי המין הפנימיים מתחילים להופיע בערך בשבוע השישי.⁸

אם תרצו הרי לפנינו בסיס לויכוח התלמודי על המועד בו נקבע מין העובר⁹: „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 בהזרעה תחילה“. (כלומר קביעה גנטית). ולעומת זאת קיימת הצעה „עד ארבעים יום יבקש רחמים שיהא זכר“¹⁰ (כלומר קביעה מאוחרת יותר).

תוך כדי גדילת העובר חלים שינויים הורמונליים באשה וביטוים הראשון — הפסקת המחזור החודשי. היות שההפריה קורית ברוב הנשים באמצע המחזור החודשי (העבודה הניסויית הראשונה שתמכה בכך של אלן וחבריו¹¹). יוצא אפוא 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 בבצלי חיים אחרים.⁸ הכרת ההריון היא בשבוע שלישי להתהוות העובר ואזי ישגן כבר פעימות לב.

⁵ על המשמעות של עובדה זו ניתן אולי ללמוד ממקומות אחרים, מהם משתמע שאין להתחשב ביצור מיקרוסקופי, שלוא זאת היו נאסרים כל מים לשתיה כמכלי שקצים, או היינו פוסלים חלף (= סכך שחיטה) על אף היותו נראה כחז, שהרי במיקרוסקופ ניתן למצוא בו פגמים. ומכאן אולי מסתברת עמדת הטוענים „מיא בעלמא“!

על בעיה מענינת, אשר העסיקה את הרופאים והוגי הדעות ממתי ניתן לדבר על חיים? 11; 10. — אין למעשה תשובה מחלטת, ובודאי יש לעובדה זו השלכה הלכתית. לשם קביעת החיים יש להגדירם וקשה לומר האם התאים המתחלקים בשלב הראשון הם כבר חיים במובן פונקציונלי, או שיש צורך בתנאים אחרים כמו פעילות לב, פעילות מה וכדומה.

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

ניתן להגדיר הפלה לפי גיל העובר או משקלו. צורות אחרות של הגדרה — לפי סיבת ההפלה או התמונה הקלינית בה היא מופיעה¹⁵; ¹⁶. לפי ארגון הבריאות העולמי (מצוטט בהערה 15) מדובר על הפלה מוקדמת כאשר זו מופיעה לפני 12 שבועות של הריון והפלה מאוחרת בן 12 ל-20 שבועות של הריון.

לצורך הדיון שלנו נעמד על הגדרת ההפלה לפי הסיבה.

מחלקים את ההפלות לשתי קבוצות עיקריות (1) הפלה עצמונית (ספונטנית), כאשר אין התערבות גורם חיצוני; (2) הפלה נגרמת או הפלה מלאכותית.¹⁵

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 כיסוי 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 ביותר¹⁷ מצביעה על סדרה של 1000 נשים עם הפלה ספונטנית, בה ל-61.7% מהעוברים היו מומים שלא ניתן לחיות אתם. עבודה אחרת¹⁸ 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 חזרת גוף זר לחלל הרחם או ניתוחים של הרחם הגורמים להתכווצותו 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 והשנייה לאחר מכן¹⁵; ¹⁶.

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 דקטן שאליו יכול להגיע פתח צואר הרחם — קוטר אשר אינו מאפשר יציאת העובר ובמיוחד ראשו¹⁰. מסיבות אלה — עד ל-12 שבועות הריון משתמשים בשיטה של הרחבת צואר הרחם והרקת תוכן הרחם באמצעות כלים המיועדים לכך (זו וגרידה), או באמצעות שאיבה של תוכן הרחם לאחר הרחבת הצואר.

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

השיטה המקובלת ביותר היום לאחר השבוע ה-12¹⁶ 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 סכנותיו¹⁶.

התקדמות בשטח גרימת הפלה מלאכותית הושגה ע"י שמוש בחומר שהתגלה בשנים האחרונות והוא קרוי פרוסטגלנדין¹⁸. כאן לפנינו קבוצת חומרים בעלי מבנה כימי אחד¹⁸, ולשנים מקבוצה זו הידועים בכינוי E_1 יש השפעה על התכווצות הרחם¹⁵; ¹⁸. ברוב המקרים שדווח עליהם ישנה התרוקנות הרחם בין 6 ל-24 שעות מהזרקת החומר לוריד. הנסיון עם חומרים אלה מוגבל עדין, אך המשתמשים בהם טוענים כי סיבוכי ההפלה בעקבות השימוש בהם הם אפסיים¹⁵.

בכל השיטות שהזכרנו עד כה לגרימת הפלה מלאכותית קיים סיכון לאשה¹⁵; ¹⁶. מן הסיכונים: התנקבות הרחם, דמומים קשים עד לסכנת חיים, זהומים של הרחם וזהומים תוך-בטניים עד לספסיס 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 הרחם¹⁵; ¹⁶; ¹⁹. הזרקות לחלל השפיר יכולות להביא לידי דלקת השפיר — אמניוניטיס. סיבוכים אחרים הם דמומים קשים ע"י חדירה לעורק אמהי, כמו-כן הכנסת זהום לחלל הבטן, גרימת יצירת נוגדנים לדם עובר ע"י האם, וסיבוך של פגיעה קשה בכליות בגלל כניסת מי השפיר למחזור הדם¹³; ¹⁴.

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 בסיבוך 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) קיום 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 — אמניוצנטזיס¹³,¹⁴. מספר רב של מחלות תורשתיות ניתנות לזיהוי עוד בהיות העובר ברחם אמו. ידיעה זו הביאה את החוקרים לידי התלהבות עד כדי כך, שאחד מהם הממשש היום כמנכ"ל משרד הבריאות כותב באחד ממאמריו²⁰: „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 אמניוצנטזוה בגלל דברים של מה בכך וכן לבל תיהפך לבדיקה שבשגרה. יתר על כן, הפעולות — הן של האמניוצנטזוה והן של עיבוד החומר — חייבות להתבצע בידיים מנוסות ובמעבדות להן האמצעים. הידע והגסיון לתת את הפרוש הנכון, פי על כפות המאזניים החלטות רבות-משקל ביחס לגורל ההריון. אסור שהסיכון הטבוע בה לאשה ולילוד יהיה רב יותר מהפגם התורשתי בגללו בוצעה האמניוצנטזיס“.

(2) מחלה של האם הגורמת פגמים בעובר: המחלה המפורסמת ביותר כגורם כזה היא האדמת. קיימת התאמה סטטיסטית בעלת משמעות בין קיום אדמת אצל האם ופגמים בעובר. האחוז שבו נגוע העובר נתון בויכוח, אולם נראה שרוב המחברים מסכים כי הוא נע בסביבות 20%²¹.

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

קיום הוראה להפלה במקרים כאלה יכול להביא עד אבסורד, שהרי בכל מחלת חום ברורה או בלתי ברורה תבוצע הפלה — וכלום ניתן לשמר את האם בסביבה 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 ההמוניות הקטין בצורה דראסטית את הילודה וההשלכה נראה במשך השנים כאשר יחסרו מחזורים בגנים, בבתי הספר או בצה"ל.

3) סיבות אחרות הידועות כמוזיקות לעובר הן התרופות השונות, כשהמפורסם ביניהן הוא התלדומיד. בנשים רבות מבוצעות הפלות לאחר לקיחת תרופות הידועות כמוזיקות לעובר, אולם אין לשכוח כי הנוק הוא סטטיסטי — היינו הפגיעה היא רק בחלק מהעוברים ולפי המצב הנוכחי לא ניתן לוודא מיהו העובר הניוק.

את הסבות של ההפלה הקשורות באם מחלקים לקבוצות הבאות:

1) מחלות קודמות להריון המוחרפות ע"י ההריון.

2) מחלות הנגרמות ע"י ההריון.

3) סיבות כלכליות.

4) כניסה להריון ע"י גילוי עריות או אונס.

עבודת מחקר אשר נערכה בארץ בשנים 6—1965 בקרב הנשים אשר פנו לקופ"ח בבקשה לביצוע הפלה²² הראתה, כי 52.8% מכלל הפונות נמקו את בקשתן בסיבה רפואית, 27% בסיבה כלכלית, 4% בגלל קיום תינוקות עד גיל שנה במשפחה ו-6.6% לא נתנו כל סיבה.

עבודה זו קרוב לוודאי 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 לקויה וכו'. ומשום כך יגדל מספר המבצעים מסיבה סוציאלית. עובדה זו מתאשרת גם ע"י סטטיסטיקות במדינות אחרות.¹⁵ היינו רוב ההפלות על רקע סוציאלי מתבצעות שלא במסגרת הממוסדת.

באשר למחלות המוחרפות 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 השנה²³: „הטפול 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 הוכנס תותב במקום מסתם?"

אין ספק שהתקדמות הרפואה מאפשרת שמירה על הריון אשר נמנע בעבר, אולם הנסיון והידע על גורל העובר בהריונות אלה והתפתחותו לאחר הלידה טרם ברורים.

אחת הבעיות הקשות העומדות בפני הרופאים ובודאי בפני אנשי ההלכה היא בעית ההפלה מסיבה סוציאלית. כאן כדאי לצטט את אחד מגדולי המורים לגניקולוגיה, אם כי אין אנו חייבים לקבל את דעתו²⁴: "דמוגרפאים מסכימים כי להורים אחראיים היום, מספיקים לא יותר מ-2 עד 3 ילדים וזאת במאמץ להחליף את אוכלוסית העולם אך לא להגדילה". לדבריו, "על אותם המסוגלים לגדל משפחות גדולות מסיבות רגשיות או כלכליות לעשות זאת על-ידי אימוץ". והוא 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 והחלטה ועל אנשי ההלכה להתייחס אליה.

בסכום: התחלבו בסקירה התפתחותית של העובר, שהיא רלבנטית להכרעת הסטטוס ההלכתי של העובר, תוך הפרדה לשתי תקופות עיקריות. בשלב זה לא יכולנו לעזור בהגדרה רפואית של החיים. עמדנו על העובדה שההכרה בקיום הריון היא בשלב בו יש כבר התפתחות ניכרת של העובר.

הבאנו את צורות ההפלה השונות על סיכוניהן — פרט בעל חשיבות בהכרעה על ביצוע ההפלה. הגדרנו מצבים שונים בהם מתבצעת ההפלה; מצבים הדורשים הברעה הלכתית כאשר אחד הבולטים שבהם הוא המצב הסוציאלי. אני מקווה 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 המיווג של מדע הרפואה וההלכה.

מקורות

1. ירושלמי, שבת, פרק א' הלכה ג'.
2. ספר "נועם אלימלך", פרשת 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. Humen Embryology, 3rd., 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, הוצאת מוסד הרב קוק, תשכ"ו.
12. דיקור השפיר כאמצעי לאבחון וטיפול עוברי תוך 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.
14. Textbook of Obstetrics and Gynecology, 2nd edit, by D. N. Danforth. Harper & Row Pub., 1971, Chap. 18.
15. Synopsis of gynecology, by D. W. Beachem and W. D. Beachem, Mosby Comp., 1972, p. 295.
16. Minimal criteria to Prove prima facie Case of traumatic abortion or mis-carriage, *Ann Surg.*, 117:596, 1943.
17. Analysis of data from abortuses which failed to grow in culture: Carr, D. H., Bateman A. J. and Murray A. B., *Obstet Gynec*, 28:611; 1966.
18. פרסטגלנדינים, א. דנון; פ. ג. זולמן, הרפואה, 1969; 25: 77.
19. סקר ארצי על קרעי הרחם בישראל בשנים 1960—1965, א. רבאן, א. גרוס, הרפואה, 1970; 118: 79.
20. אמיניצנטזיס ויישומו לאיבחון מחלות גנטיות תוך הריון, ב. פדה, הרפואה, 1970; 497: 79.
21. ההפלה המלאכותית במקרה של אדמת בהריון, א. שטינברג, "אסיא", גליון ד' עמ' 19, תשל"ב.
22. סיבות לדרישת האשה להפלה מלאכותית בגלל הריון בלתי רצוי, ט. ישורון ברמן, הרפואה, 1969; 452: 76.
23. Year book 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.