

Vor allem benutzte ich die Terpestralbe, da das Terpestralstreupulver nicht selten starke Reizerscheinungen hervorrief. Bei der Verwendung der Salbe habe ich Reizung der umgebenden Haut niemals beobachtet.

Den überraschendsten Erfolg zeigte ein mit Terpestralbe behandelter Fall von Lupus exulcerans. Es handelte sich um einen seit mehreren Jahren bestehenden Lupus mit mehrfachen, von grau-schmierigem Belag bedeckten Geschwüren. Bereits nach 14 tägiger Behandlung war ein Teil der Geschwüre vernarbt. In der Umgebung sah man noch Knötchen. Bei systematischer Weiterbehandlung mit Terpestralbe vernarbten die letzten Geschwüre, und nach mehreren Monaten waren auch die Knötchen verschwunden.

Bei 8 Kranken mit ausgedehnten Dekubitalgeschwüren habe ich die Terpestralbe ebenfalls angewandt. Schon nach einer Behandlung von wenigen Tagen zeigte sich eine lebhafte Granulationsbildung. In mehreren Fällen gelang es, durch die systematische Behandlung die ausgedehnten Defekte in kürzester Zeit zur vollständigen Heilung zu bringen.

Dieselbe günstige Wirkung sah ich auch bei Unterschenkelgeschwüren, auch hier trat Granulationsbildung und oft schnelle Ueberhäutung ein; selbst bei Fällen, die sich anderen Behandlungsmethoden gegenüber vollständig rekraktär verhalten hatten.

In einem Fall von über handtellergroßem Röntgenulcus der vorderen Brustwand, der lange Zeit vorher vergeblich behandelt war, sah ich ebenfalls rasche Granulationsbildung und beginnende Ueberhäutung. Leider verließ die Kranke zu früh die Klinik.

Aus naheliegenden Gründen bringe ich keine einzelnen Krankengeschichten, möchte aber die Terpestralbe besonders für die Behandlung schlecht heilender eitriger Wunden empfehlen und zur Nachprüfung anregen. Es liegt natürlich nahe, die ätherischen Öle auch als Salbengrundlage für andere Zwecke zu verwenden, z. B. sind Versuche mit einer Diphtheriegiftsalbe im Gange.

#### Literatur.

Heinz: D.m.W. 1921 Nr. 13. — v. Noorden: M.m.W. 1921 Nr. 38. — Platz: Ebenda 1922 Nr. 46. — Sticker: Heilwirkung der terpenhaltigen Öle und Harze. Wien, Hölder, 1917.

Aus der gynäkologischen Universitätspoliklinik in München (Vorstand: Prof. Polano.)

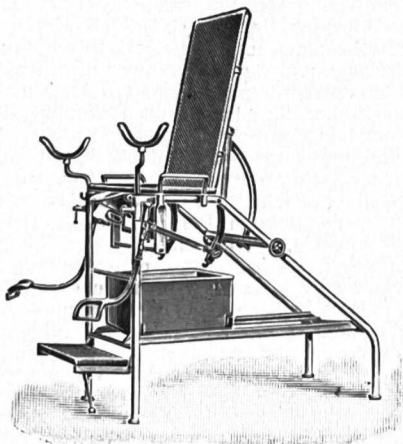
### Ein neuer Untersuchungs- und Operationsstuhl.

Von Dr. F. Binz, Assistent der Poliklinik.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungsstühlen, die den Zweck haben, die Herstellung der üblichen Untersuchungslage für gynäkologische Zwecke zu erleichtern. Sie vermochten sich nicht einzubürgern, entweder waren sie zu kompliziert und schreckten durch ihr ungewöhnliches Aussehen die Kranken mehr als nötig, oder sie bedurften zu ihrer Bedienung grosser Kraft von seiten des Arztes. Andere Modelle wiederum waren nur für spezielle Zwecke, nicht aber für die Bedürfnisse der allgemeinen Praxis geeignet. Diesen Mängeln soll der unten abgebildete Stuhl abhelfen.

Wie aus dem Bild ersichtlich, unterscheidet er sich auf den ersten Blick kaum von denen, an die das moderne Publikum bereits gewöhnt ist. Der neue Stuhl besitzt keinerlei Zahnräder, Kurbeln oder Hebel, die die Mechanik komplizieren oder der raschen Abnutzung unterworfen sind. Er gestattet die Trendelenburgsche Beckenhochlagerung. Mit Hilfe von Beinplatten, die im Bild weggelassen sind, entsteht ein Untersuchungs- und Operationsstuhl für chirurgische und andere Zwecke. 2 wegnehmbare Kniestützen dienen zur Lagerung der Kranken bei urologischen Untersuchungen und Operationen und bei vaginalen und Dammoperationen. Hierbei gestattet ein ausschaltbarer „Mitnehmer“ die Sitzfläche mehr oder weniger zu neigen, was dem Urologen wie dem Gynäkologen willkommen sein dürfte. Ein grosser, verschiebbarer Kasten nimmt die gebrauchten Tupfer etc. und die Spülflüssigkeit auf, ein unter der Sitzplatte befindliches Trichterspülbecken vermindert die Fallhöhe der Flüssigkeit und damit das unliebsame Verspritzen derselben.

Der neue Stuhl erfüllt also alle Anforderungen, die der chirurgisch, gynäkologisch und urologisch tätige Arzt an einen Universalstuhl für Untersuchung und Operation stellen kann. Darüber hinaus gestattet er aber besonders dem Frauenarzt die bequeme und dezente Herstellung der bei gynäkologischen Untersuchungen üblichen Steinschnittlage, eine Erleichterung, die Arzt wie Kranke nur angenehm sein kann. Eine Frau, die sich entschlossen hat, eine innere Untersuchung über sich ergehen zu lassen, empfindet diese selbst weniger peinlich, als die dazu nötigen Vorbereitungen, zu deren unangenehmsten Teil die Lagerung auf den Stuhl gehört. Die Beobachtung von Kranken zeigt, welche Ueberwindung es sie kostet, entweder aus eigener Kraft oder mit der vielleicht noch unangenehmer empfundenen Nachhilfe von der Hand des Arztes, ihre Beine in gespreizte Stellung bringen zu müssen, zumal der Arzt hierbei meist zu Füßen der Frau stehen muss. Der Vorteil des neuen Stuhles ist es nun,



diesen Akt der Initiative der Kranken zu entziehen, ohne dass der Arzt deshalb die Frau berühren muss. Die neue Vorrichtung, die diesem Zwecke dient, wird am besten durch den Vorgang bei der Lagerung selbst beschrieben:

Wie bei fast allen bisher üblichen Modellen setzt sich die Kranke mit Hilfe des Trittes auf die Sitzplatte. Die Fussstützen — bei den früheren Modellen hoch in der Luft und nur mühsam erreichbar — schweben hier kaum handbreit über dem Trittbrett und sind mühelos für die Füße der Frau zu erreichen. Rücken und Kopf der Frau lehnen sich nun an die Lehne, für die Hände sind abnehmbare Handstützen vorgesehen. Der seitlich der Kranken stehende Arzt öffnet nun — entweder rechts oder links, je nach seinem augenblicklichen Standpunkt — die Arretierung (im Bild das kleine Rädchen am hinteren Stuhlbein). Mit der freien Hand regelt der Arzt die Neigung und Geschwindigkeit, mit der die Rückenlehne niedergelegt wird. Diese Bewegung wird durch eine Pleuelstange auf die Fussstützen übertragen und die Füße werden gehoben. Gewicht der Beine und des Oberkörpers halten sich dabei derart die Wage, dass die Bewegung der Lehne keiner Anstrengung bedarf. Sobald die entsprechende Neigung der Lehne und Erhebung der Füße erreicht ist, wird die Arretierung wieder zugezogen, worauf die Untersuchung beginnen kann. Da es manchmal erwünscht ist, entweder die Beine übermässig stark zu heben, oder auch im Gegenteil nur wenig zu erhöhen, manchmal auch — etwa bei einseitigen Hüftgelenksaffektionen — ein Bein nicht die gleiche Exkursion wie das andere machen kann oder soll, so ist die Vorrichtung in diesem Sinne weitgehend mit je einem Griff auf jeder Seite verstellbar, ebenso auch vollkommen ausschaltbar. Die Länge der Fussstützen entspricht der bei anderen Modellen üblichen, doch ist für Fälle besonderer Länge oder Kürze der Beine eine Verlängerung oder Verkürzung mit je einem Griff möglich. Soll die Sitzplatte geneigt werden, so genügt ein Griff, um einen unter dem Sitz hängenden Bügel einzuklappen, der als „Mitnehmer“ wirksam die Sitzplatte mehr oder weniger neigt. Der Griff zum Verschieben des Trichterspülbeckens ist an geschützter Stelle, so dass er nicht mit Sekret oder Spülwasser beschmutzt eine Quelle der Uebertragung von Krankheiten wird. Der neue Stuhl ist aus Rohr, autogen geschweisst, weiss lackiert und hat vernickelte Armaturen. Er wiegt weniger als die meisten Modelle und ist trotzdem äusserst stabil.

Anmerkung: Herstellung und Vertrieb des geschützten Stuhles, D.R.M. Nr. 810755, liegt in den Händen der Firma L. Frohnhäuser, München, Sonnenstrasse. Der Preis ist etwa der gleiche wie der des Simsstuhles.

Aus meiner Gerichtsmappe. VI.

### Sachverständigen Gutachten in einem Alimentationsprozesse.

Von A. Döderlein, München.

An das Amtsgericht N. . . . .

Betreff: L. gegen S. wegen Vaterschaft und Unterhalts.

Durch Beweisbeschluss des Amtsgerichts N. vom 7. VII. 1922 wurde ich zu einem Gutachten veranlasst über die Behauptung des Beklagten,

„es sei nach dem Reifegrad des am 18. XII. 1921 geborenen Kindes offenbar unmöglich, dass die Kindsmutter das Kind aus einer Bewohnung des Beklagten vom 8. V. 1921 empfangen hat“.

Das klägerische Kind wurde am 18. XII. 1921 unter Hilfe der Hebamme E. geboren. Die Hebamme gibt darüber an: Das Kind hatte ein normales Aussehen; das Gesicht war rund und voll, die Farbe hellrot. Die Gliedmassen waren gut ausgebildet, die Knochen am Kopfe waren fest; man fühlte zwischen den Schädelknochen an der kleinen Fontanelle keine Lücke mehr, die Knochen lagen eng aneinander. Es waren Kopfhare in mässiger Zahl vorhanden. Keine Wollhaare. Keine sonst bei Frühgeburten beobachteten Anzeichen für Frühgeburt. Die Fingernägel waren fest und gut ausgebildet. Die Geschlechts-teile habe sie nicht genau angesehen. 9 Tage später habe sie das Kind gemessen und gewogen; es war 50 cm lang und 6 Pfund schwer.

Dr. M., prakt. Arzt in N., hat das Kind am 1. III. 1922, also etwa 3 Monate nach der Geburt gesehen und untersucht. Er gibt darüber an, dass die von ihm genommenen Maasse den Mittelwerten entsprechen hätten.

Nach den Aussagen der bei der Geburt anwesenden Hebamme muss angenommen werden, dass das Kind reif oder wenigstens nahezu reif, also am normalen Ende der Schwangerschaft, zur Welt gekommen ist. Ein am 18. XII. 1921 ausgetragenes Kind entstammt erfahrungsgemäss einem um Mitte März 1921 gelegenen Geschlechtsverkehr. Wäre das Kind dagegen erst am 8. V. 1921, dem Termin des Geschlechtsverkehrs mit dem Beklagten, gezeugt worden, so wäre sein Geburtstermin als am Ende der Schwangerschaft auf die Zeit um den 8. II. 1922 zu berechnen. Wäre dieses Kind aber am 18. XII. 1921 zur Welt gekommen, dann wäre es etwa 7 Wochen zu früh, also in der 33. Entwicklungswoche, geboren worden. Eine derartige Frühgeburt hätte eine Länge von etwa 40–42 cm gehabt und ein Gewicht von höchstens 2000 g. Ausserdem hätte es so augenfällige Zeichen der Unreife dargeboten — breite Fontanellen, breite Kopfnähte mit weit auseinanderstehenden Kopfknochen, Wollhaare am ganzen Körper, schwache, weinerliche Stimme — dass einer einigermaßen geschulten und erfahrenen Hebamme diese auffallenden Merkmale nicht hätten entgehen können. Und selbst wenn die 8 Tage später von der Hebamme vorgenommenen Längen- und Gewichtsmessungen nicht ganz genau stimmen, wie in den Akten wiederholt vermerkt ist, so könnte es sich bei solchen Messfehlern doch nur um ganz geringe Unterschiede handeln, also etwa 1–2 cm in der Länge und vielleicht 100–200 g im Gewicht, während die Unterschiede zwischen einem in der 32. Entwicklungswoche zur Welt ge-

kommenen und einem reifen Kinde, wie oben dargelegt ist, so gross sind, dass demgegenüber Messfehler in dieser geringen Breite nicht in Betracht kommen können. Auch ist zu berücksichtigen, dass Früchte, die in der 32. Entwicklungswoche zur Welt kommen, so lebensschwach sind, dass es kaum möglich ist, sie ohne ganz besondere künstliche Aufzuchtsmittel, wie etwa Wärmekästen, am Leben zu erhalten. Wie Dr. M. aber bei dem  $\frac{1}{4}$  Jahr alten Kinde feststellen konnte, ist das Kind gut gediehen, und es spricht dies im Verein mit den bei der Geburt wahrgenommenen Entwicklungszeichen des Kindes unbedingt dagegen, dass das Kind in der 32. Entwicklungswoche zur Welt gekommen ist.

Ich halte es demnach für den Umständen nach offenbar unmöglich, dass das am 18. Dezember 1921 geborene Kind von einem am 8. Mai 1921 stattgehabten Geschlechtsverkehr stammt.

Vom dem Rechtsanwalt St. in N. bin ich noch weiter unterm 28. VII. 1922 ersucht, in meinem Gutachten nachstehende Fragen zu berücksichtigen:

1. Können die Angaben der Hebamme als zuverlässige Grundlage für ein ärztliches Gutachten über die Möglichkeit der Erzeugung des Kindes am 8. V. 1921 angesehen werden, nachdem die Hebamme, wie Sachverständiger Dr. M. auch angibt, die Maasse und das Gewicht des Kindes nicht einwandfrei festgestellt hat? Das Kind wurde am 9. Tage nach der Geburt gemessen und gewogen. Das Maass wird, soviel mir bekannt, in der Regel von den Aerzten in der Weise genommen, dass das Kind auf den Tisch gelegt und zwischen zwei Bretter, Bücher od. dgl. ausgestreckt wird. Das Gewicht wurde auf einer alten Küchenwaage festgestellt, wobei das Kind Kittelchen, Hemd und Binde anhatte. Die Hebamme hat am 7. III. 1922 angegeben: „Das Kind kann 14 Tage früher auf die Welt gekommen sein. . . . Ich kann mich nicht mehr erinnern, gesehen zu haben, ob die kleinen Schamlippen die äusseren überragten. Ich dachte nicht, dass es zu einem Prozess kommen werde, sonst hätte ich die Sache noch näher untersucht.“ Auch die Angaben der Hebamme über die Beschaffenheit der Fingernägel stehen im Widerspruch zu den Feststellungen des Zeugen und Sachverständigen Dr. M. Dieser hat auch bekundet, dass die von ihm genommenen Maasse den Mittelwerten entsprechen, während Brustkinder kräftiger Eltern diese in der Regel übersteigen; dies würde wohl auch dafür sprechen, dass das Kind zu früh auf die Welt gekommen ist.

ad 1: Ueber die Bewertung der von der Hebamme erhobenen Maasse habe ich in meinem Gutachten bereits ein Urteil abgegeben und wiederhole hier, dass bei dem grossen Zwischenraum, der zwischen dem aus dem Geschlechtsverkehr vom 8. V. 1921 berechneten Geburtstermin und dem tatsächlichen vom 18. XII. 1921 liegt, auf die absolute Genauigkeit der Maasse durchaus kein so grosses Gewicht gelegt zu werden braucht. Auch dass das Kind von der Hebamme erst am 9. Tage nach der Geburt gemessen und gewogen worden ist, spielt für die Beurteilung des Prozesses deswegen keine so grosse Rolle, weil sich die Länge eines Kindes in der ersten Lebenswoche kaum ändert, die tatsächliche Differenz noch nicht 1 cm betragen würde und das Gewicht des Kindes am 9. Tage höchstens das Anfangsgewicht nach der Geburt beträgt, in den meisten Fällen sogar etwas weniger, da die Kinder in den ersten 4 Tagen abzunehmen pflegen und bei bestem Gedeihen eine Woche brauchen, um diese Abnahme in den ersten Lebenstagen wieder einzuholen. Es ist also kein Fehler, wenn man namentlich die am 9. Tage erhobene Länge des Kindes, selbst bei angegebener Ungenauigkeit der Messung, als das entscheidendste Merkmal für die Beurteilung des Kindes ansieht, da Schwankungen von 1 cm oder weniger keine Rolle spielen gegenüber der Tatsache, dass zwischen einem in der 33. Entwicklungswoche geborenen Kinde und einem reifen Kinde der Unterschied nahezu 10 cm betragen müsste, denn gerade die Länge schwankt bei reifen Kindern am wenigsten.

Wenn in den Akten von den verschiedenen Sachverständigen angegeben wird, dass die Länge und das Gewicht der reifen Kinder sehr schwanken, und ebenso dass die Schwangerschaftsdauer ausserordentlichen Schwankungen unterworfen ist und die betreffenden Gutachter sich auf autoritative Angaben in den verschiedenen Lehrbüchern beziehen, so ist demgegenüber zu bemerken, dass solche Schwankungen in der Schwangerschaftsdauer und solche Grössenunterschiede der geborenen Kinder wohl vorkommen, aber zu den allergrössten Seltenheiten gehören, die die Sachverständigen bei ihrem Urteil in Alimentationsprozessen doch nur in ganz besonders gelagerten Fällen in Rücksicht ziehen können. Absolut sichere Urteile kann und soll der Sachverständige bei Alimentationsprozessen überhaupt nicht aussprechen. Aus diesem Grunde ist die Fassung des § 1717 im BGB., Abschnitt 1, vorsorglich so getroffen, dass es heisst: „Eine Beiwohnung bleibt jedoch ausser Betracht, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass die Mutter das Kind aus dieser Beiwohnung empfangen hat.“ Es sind also alle Umstände bei der Abgabe eines solchen Gutachtens zu berücksichtigen, und es ist dann nur auszusprechen, ob es diesen Umständen nach offenbar, nicht absolut, unmöglich ist. Diese Fassung des Gesetzesparagraphen schliesst in sich, dass es wohl seltene Ausnahmen geben kann, die eine vollkommen sichere Schlussfolgerung in den betreffenden Fällen erschweren. Solche seltene Ereignisse von Uebertragungen über die gesetzliche Empfängniszeit von 302 Tagen, über die durchschnittliche Entwicklung der Kinder von 50 cm Länge und 3300 g Gewicht, besonders frühzeitige Entwicklung und deshalb verkürzte Schwangerschaftsdauer, ereignen sich auf Hunderttausende von Fällen einmal. Würde man solche Seltenheiten bei Alimentationsprozessen zu Einwänden gebrauchen, dann wäre es ebenso selten möglich, bei einigermaßen schwierig gelagerten

Fällen überhaupt ein Urteil abzugeben. Man kann so weit gehen, zu behaupten, dass dann Alimentationsprozesse überhaupt nicht mehr geführt zu werden brauchen, weil es dann ein Leichtes wäre, in jedem solchen Fall widersprechende Gutachten zu bekommen, und das Gericht auf die grössten Schwierigkeiten käme, bei den Widersprüchen der Gutachten jemals ein Urteil zu fällen.

Auf die übrigen Zeichen der Reife oder Unreife, wie etwa dem Ueberragen der Fingernägel, Verschluss der Schamspalte, kann gegenüber dem leicht mit genügender Zuverlässigkeit erhobenen Längenmaasse des Kindes kein so grosses Gewicht gelegt werden. Wenn Dr. M. an dem  $\frac{1}{4}$  Jahr alten Kinde festgestellt hat, dass die Fingernägel noch nicht die Fingerkuppe überragten, so ist demgegenüber mit Recht in den Akten erwähnt, dass inzwischen die Fingernägel schon geschnitten sein konnten. Entscheidend ist die Länge des Kindes bei der Geburt, die viel weniger zu Irrtümern und Fehlschlüssen Anlass geben kann als die anderen, weniger zuverlässig erhobenen Zeichen.

2. Kann nicht in 240 Tagen vor der letzten Periode der Kindsmutter an bei kräftigen Eltern ein reifes Kind, d. h. ein Kind mit 6 Pfund und 50 cm Länge, zur Welt gebracht werden? (Oishausen, Winckel, Haberd, Opitz).

ad 2: In den allgemeinen Ausführungen zu 1 habe ich auf diese Frage bereits Rücksicht genommen. Ob dies möglich ist, ist eine wissenschaftliche Streitfrage, die bei der meistens gegebenen Unsicherheit des Empfängnisterrains kaum je mit voller Bestimmtheit entschieden werden kann. Jedenfalls würde die Tatsache, dass ein 30—40 Tage vor dem Durchschnittstermin der Schwangerschaftsdauer zur Welt gekommenes Kind die Maasse eines reifen zeigt, eine solche Seltenheit bedeuten, dass dies für die Beurteilung in Alimentationsprozessen nicht in Betracht kommen kann.

3. Können nicht Kinder kräftiger Eltern bei einer Schwangerschaft von 9 Monaten ein Gewicht von 10 Pfund und eine Länge von 60 cm erreichen?

ad 3: Reife Kinder, die in der 40. Woche zur Welt kommen, erreichen kaum je ein solches Gewicht und eine solche Länge. Solche übergrosse Kinder sind in der Regel übertragen und haben dann eine Entwicklungszeit von 43 und mehr Wochen, von der Empfängniszeit ab gerechnet. Solche Ausnahmen kommen vor, gehören aber zu den grössten Seltenheiten. Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob das Kind das erste der betreffenden Kindmutter ist oder nicht. Erstgebärende übertragen viel seltener als Mehrgebärende, und das erste Kind ist in der Regel das kleinste in der Reihe mehrerer Geburten. Handelt es sich also um eine Erstgebärende, dann würde dies die im Vorstehenden gemachten Ausführungen noch wesentlich unterstützen in dem Sinne, dass eben dabei alle Umstände berücksichtigt werden, die bei der Beurteilung in Alimentationsprozessen nach dem Wortlaut des Gesetzesparagraphen in Rechnung gezogen werden müssen.

Zu diesen Umständen gehört auch die Berücksichtigung des Zeitpunktes der letzten Periode. Die Kindsmutter L. gibt hierüber an, dass sie die Periode am 16. V. 1921 wieder erwartet habe, sie sei aber ausgeblieben. Wenn das Kind aus dem am 8. V., also 1 Woche vor Eintritt der Periode stattgehabten Geschlechtsverkehr stammte, dann würde der ausserordentlich seltene Fall hier zu verzeichnen sein, dass eine Konzeption kurz vor Eintritt der Periode stattgefunden hat. Es liegen nun ausgedehnte Erfahrungen, besonders aus neuerer Zeit, bei Kriegerurlauben vor, die dahin gehen, dass am häufigsten die Befruchtung gleich nach einer Periode stattfindet, dass dann die Häufigkeit der Befruchtungsmöglichkeit von Woche zu Woche abnimmt und in der letzten Woche der Zwischenzeit zwischen zwei Perioden, also direkt vor einer Periode, die Befruchtung kaum je vorkommt. Es ist sogar von Forschern, die sich mit diesen Fragen besonders befasst haben, behauptet worden, dass dies überhaupt nie vorkomme. Ist die Kindsmutter dagegen, wie die Berechnung nach dem Geburtstermin ergeben würde, im März 1921 nach der entsprechenden Periode schwanger geworden, so würde dies mit den allgemeinen Annahmen der Befruchtung nach einer Periode übereinstimmen, und wenn die Kindsmutter im April die Periode noch einmal gehabt hat, so spricht dies durchaus nicht dagegen, dass sie doch im März konzipiert hat; denn es kommt ziemlich häufig vor, dass noch einmal in der Schwangerschaft die Periode sich zeigt, in der Regel allerdings dann ausserordentlich schwach ist, worüber in den Akten keine Angabe enthalten ist.

Berücksichtigt man also in diesem Fall alle Umstände, den Zeitpunkt der letzten Periode, das Verhältnis des Konzeptionstermins zur Periode, die Entwicklung des Kindes, das Gedeihen des Kindes, dann müsste man, wenn man den am 8. V. 1921 stattgehabten Geschlechtsverkehr als den befruchtenden ansehen wollte, diesen Umständen geradezu Gewalt antun, und es wäre hier eine Häufung von seltensten Vorkommnissen, wie abnorm kurze Schwangerschaftsdauer, sehr ungewöhnliche Entwicklung des Kindes, Befruchtung vor einer Periode, angenommen werden, wie dies kaum möglich ist. So grosse Seltenheiten schliessen eben auch an sich schon Unwahrscheinlichkeit in sich. Legte man sie aber einem Urteil in Alimentationsprozessen zugrunde, dann wäre es besser, die Gerichte würden sich und den Parteien die Kosten sparen, Alimentationsprozesse überhaupt zu führen, denn dann lässt sich in keinem einzigen eine Entscheidung treffen.

Ich komme somit zu dem Schlusse, dass es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass das am 18. XII. 1921 geborene Kind L. von einem am 8. V. 1921 stattgehabten Geschlechtsverkehr stammt.