

Zusammenfassung

Es wird die Dosisbelastung von Arzt und Patient in der medizinischen Röntgendiagnostik besprochen und die heute schon möglichen Richtlinien zu ihrer Verminderung aufgestellt.

Summary

A discussion on the dosage received by doctor and patient in medical radiography and some new suggestions for reduction of that dosage.

*Verfasser: PD Dr. K. Hohl,
Chefarzt des Röntgeninstitutes des Kantonsspitals St. Gallen.*

Literaturverzeichnis

Frik, W. und Buchheim, C. E.: F'schr. Röntgenstr. 82, (1955), 466.

Janker, R.: Bundesarbeitsblatt 24, (1955), 1115.

Lorenz, W.: Dtsch. Med. Wschr. 81, (1956), 1585.

Schaal, A.: F'schr. Röntgenstr. 87, (1957), 769.

Aspect social des «toxicophilies»

Par *Yvette Mayor*, Lausanne

A l'occasion d'un cours de perfectionnement d'assistantes sociales d'hôpital, consacré à l'étude des toxicomanies et d'autres excès pathologiques, nous avons examiné l'histoire de 51 patients (13 hommes et 38 femmes) vus dans les services de psychiatrie vaudois, en 1955 et 1956. 20 d'entre eux avaient séjourné en clinique psychiatrique.

Le dépistage, le traitement et la post-cure de ces patients peuvent-ils être améliorés sur la base de données sociales constantes? Leur âge, leur situation familiale et professionnelle, leur milieu et leur comportement social influencent-ils le cours de leur affection? Plus loin, les mesures prises pour soulager ces 51 malades ont-elles apporté une stabilisation suffisante?

Nous avons constaté d'emblée que les toxicomanies classiques – à la morphine, à la cocaïne, à leurs dérivés ou aux produits synthétiques de même formule – formaient un groupe à part. En voici la brève description: sur 9 patients, (4 hommes et 5 femmes), 8 s'intoxiquent à la suite d'opérations ou de traitements pour des affections graves. L'une est infirmière et un autre employé dans un hôpital. Deux ont pâti de conditions familiales mauvaises dans l'enfance. Dans un seul cas, on ne trouve pas de «cause» somatique ou sociale au penchant: il s'agit d'un caractériel aboulique.

Nous avons accordé beaucoup plus d'attention aux «états de besoin» que la littérature médicale appelle maintenant «toxicophilies». Il s'agit d'abus de médicaments qu'on pourrait croire anodins puisque certains s'achètent sans

ordonnance non seulement dans les pharmacies, mais dans les épiceries de campagne. Une consommation excessive, à la suite de céphalées répétées, de maux de dents, de menses difficiles, de fatigue ou d'insomnie conduit rapidement à une accoutumance et au besoin de doses accrues.

Les patients dont nous avons examiné la situation abusaient avec prédilection d'Optalidon et de Saridon. Puis viennent, par ordre d'importance, les poudres Kafa, l'aspirine, l'amphétamine, la Cibalgine, le Dicodid, la codéine sous d'autres formes, la Médomine, le Luminal, etc., enfin des somnifères. La majorité consomme ce qu'on a l'habitude d'appeler des calmants, mais qui sont tous en même temps euphorisants et excitants. Un cinquième s'est accoutumé à la consommation régulière de stimulants (amphétamines, etc.). Nous avons ajouté deux cas d'abus de laxatifs associés à la consommation irrégulière de calmants, dont l'histoire se compare à celle des autres intoxiqués.

Enfin, nous avons tenu à relever d'autres habitudes nocives par leur excès qui sont, dans beaucoup de cas, l'indice d'une toxicomanie: tabac et alcool, café et thé. Il est frappant de constater que le médecin y prend moins garde lorsqu'il s'agit d'hommes, alors que chez la femme, ces servitudes sont moins habituelles et plus choquantes. L'assistante sociale, par contre, constate souvent à domicile le tabagisme et la quasi-permanence d'une cafetière ou d'une théière en service.

C'est ce qui provoque probablement une partie de la grande différence numérique entre les hommes et les femmes, celles-ci formant presque le 80%. Mais d'autres faits nous invitent à penser que la toxicophilie est une affection proprement féminine.

A quel âge commence la toxicophilie?

Elle s'installe le plus souvent chez l'homme d'âge mûr, à la suite de difficultés généralement d'ordre affectif. L'élément déclenchant est fréquemment l'hôpital: la plupart des patients ont été opérés ou traités à plusieurs reprises. De même, ce n'est qu'en fonction d'infirmités ou d'opérations graves dans la jeunesse qu'une toxicomanie masculine s'installe plus tôt.

Chez la femme, par contre, elle commence souvent à la puberté (menses douloureuses) et les échecs sentimentaux y prédisposent.

Pour l'ensemble des patients (hommes et femmes) *le milieu parental* est pauvre (père inexistant) ou restreignant (rigidité morale). En effet, la moitié est formée d'orphelins de père ou de mère. Un quart a un père alcoolique. Le dernier quart souffre de conflits parentaux. Notons que quatre milieux sont naturistes ou rigoristes. — De multiples placements en découlent et quelques substituts maternels ou paternels ne seront jamais acceptés. Par la suite, ces candidats à la fuite dans l'oubli, l'anesthésie ou le sommeil, vont-ils pouvoir créer des liens affectifs normaux?

La fratrie est le plus souvent rejetée. Les 9 hommes souffrent de solitude ou d'inadaptation à une vie affective normale: un veuf, 3 célibataires (dont deux à tendances homosexuelles), deux divorcés. Les trois mariés vivent de graves conflits conjugaux et n'ont pas d'enfants. Parmi les femmes, même solitude: 12 célibataires, et mêmes conflits: 10 femmes divorcées ou séparées (dont 3 remariées il est vrai). Notons que les séparations sont demandées par les maris. 6/33 femmes se sentent déclassées par leur mariage. 4 seulement ont des enfants, mais la tuberculose (qui sépare les conjoints), l'alcoolisme ou l'incapacité professionnelle du mari combattent ce facteur de stabilisation.

La *profession* de ces patients leur donne-t-elle au moins une satisfaction? De nouveau, nous constatons des différences entre le groupe des hommes et celui des femmes. Chez les premiers, la pauvreté des emplois est frappante. Un paysan mal adapté en ville travaille comme garçon de maison. Deux infirmes seuls sont stables, probablement à cause de leur état physique. Les six derniers changent constamment de place ou de domaine de travail. Deux d'entre eux ont des emplois subalternes dans des hôpitaux et deux sont dits «sans profession». Pratiquement, l'un est sporadiquement commerçant, artiste ou artisan. Un autre est successivement coiffeur, employé de bureau, puis aide-infirmier.

Tout autre est la *physionomie* du groupe féminin. Capables dans leur métier, dans la majorité, ces femmes lui sont attachées après leur mariage et le préféreront parfois à leur ménage. Ouvrières, employées de commerce, infirmières, institutrices ou gouvernantes, elles ne peuvent invoquer des difficultés dans ce domaine pour justifier leur toxicomanie. Mais nous relevons cependant que trois d'entre elles travaillent dans des hôpitaux.

Sur 7 célibataires de plus de 40 ans, 4 sont institutrices privées ou gouvernantes d'enfants. Trois de ces dernières sont «xénophiles», s'étant toujours trouvées mieux à l'étranger qu'en Suisse où leur comportement est nettement caractériel.

Ces remarques ne signifient pas que ces hommes sont moins capables professionnellement. Leurs employeurs s'accordent à leur reconnaître en général habileté et rapide adaptation. Mais ils sont dépourvus d'ambition professionnelle. Inversément, ces femmes ne sont pas nécessairement stables. A leurs troubles caractériels qui compromettent leur insertion dans la vie sociale, s'ajoutent les écarts et absences causés par leur toxicophilie même, d'où leurs fréquents changements de place.

L'état de santé physique joue un grand rôle dans le déclenchement de la toxicophilie. Chez les hommes, nous trouvons sur 9 cas deux infirmes, deux «polyopérés» et deux «polytraités». Tous sont fixés sur leur handicap, multiplient les consultations, hantent les hôpitaux. L'un revendique des prestations d'assurance. Si l'on reprend l'histoire de ces patients, l'évolution de leur santé semble marquée par leur besoin d'être entourés et par leur dépendance d'un cadre-substitut du milieu affectif carencé. En voici un exemple: à 7 ans, ce

patient orphelin de père a une « affection de la colonne » qui l'allonge sur un lit pendant un an; il subit ventriculographie et artériographie après dénudation de la carotide. Souffrant d'éblouissements, de vertiges, de bégaiement dès l'enfance, il fait de la fièvre pendant trois mois lors de son école de recrues, sans qu'on y trouve une cause objective, puis il subit une cholécystectomie. Il consulte médecins, chirurgiens, guérisseurs et bénéficie d'impositions de mains.

Un autre exemple: un célibataire de 45 ans seulement se résoud volontiers à son placement dans des asiles de vieillards. Il souffre de bronchite chronique, d'une affection cardio-vasculaire, d'une importante dystonie neuro-végétative et d'une sinusite – opérée sans succès. Brouillé avec sa famille et fréquentant des amis aussi malade que lui, il est taxé d'homosexualité.

Tous ces patients estiment que leurs habitudes toxicomaniaques ont débuté lors des traitements médicaux ou chirurgicaux.

Chez les femmes, 7 patientes pratiquent « l'hospitalisme » pour des affections diverses, la plupart étant atteintes de troubles successifs de localisation différente. Les deux cas extrêmes sont celui d'une institutrice sourde victime de diagnostics contradictoires et celui d'une femme qui est opérée chaque année pour un autre motif, dès l'âge de 30 ans, sans qu'on constate une amélioration après les interventions. On diagnostique finalement une importante dystonie neuro-végétative.

Deux femmes seulement estiment que leur état de santé est la genèse de leurs abus de médicaments. L'une souffre d'une obésité d'origine psychologique, soignée par l'amphétamine.

Il y a un certain intérêt à relever que 8 patients souffrent de dystonie neuro-végétative (hommes et femmes) et que 4 femmes souffrent d'obésité. L'existence de ces affections bien connues pour l'importance des troubles affectifs qui les conditionnent confirme la réalité de ces mêmes troubles chez nos toxicomanes.

La plupart des patients ne sont pas conscients que la maladie est une manière de justifier la consommation abusive de médicaments. Nous avons donc conclu de ce premier groupe de faits que *le dépistage et le traitement doivent commencer dans les cliniques médicales ou chirurgicales, en liaison avec le psychiatre demandé assez tôt pour qu'il soit possible d'enrayer l'évolution conflictuelle de la vie affective.*

Comment le patient est-il amené à être soigné pour ses abus de médicaments?

Ces derniers sont rarement le motif de l'envoi du malade au psychiatre. A la différence des morphinomanes et des cocaïnomanes dont l'état, le teint et le comportement révèlent plus rapidement l'intoxication, les toxicophiles sont adressés principalement pour leur état dépressif, leurs angoisses, leurs cauchemars, leurs maux de tête irréductibles. Cinq patients seulement sont confiés à la

policlinique ou à la clinique psychiatriques pour traitement de leurs abus, l'un travaillant dans un hôpital ou disparaissent des réserves pharmaceutiques et une infirmière diminuant les doses prescrites à ses malades à son profit.

Un patient est adressé pour conflit conjugal et quatorze le sont avant tout au service social pour résoudre leurs difficultés matérielles ou éducatives, ou pour placement après des échecs répétés. Trois femmes sont envoyées par l'assistante de police pour comportement asocial: bagarre conjugale, scandales publics. Huit patients sont signalés pour tentative de suicide.

Que constate le spécialiste? En gros, nous discernons dans le groupe des hommes

- a) les évolutions névrotiques et les réactions psychogènes,
- b) les caractériels.

Ces deux groupes les départagent exactement si l'on excepte une dépression endogène (veuf inconsolable).

Chez les femmes, l'âge détermine les groupes. Chez les jeunes célibataires, la prédominance de caractérielles est nette, chez les célibataires de plus de 40 ans (6), il y a par contre prédominance de dépressions mixtes. Dans les autres groupes (femmes mariées, divorcées, etc.): les conflits conjugaux dont la source est avant tout névrotique ou caractérielle sont le lot commun.

Pour l'ensemble des cas, il y a un grand nombre de diagnostics multiples souvent imprécis et parfois changeants. Plusieurs semblent évoluer vers une psychose. Dans 11 cas, la toxicophilie serait réactive à une situation aiguë et associée à l'alcoolisme. Diagnostic principal d'un quart des cas environ, elle n'est mentionnée qu'accessoirement dans un tiers et omise pour le reste. Seule l'assistante sociale aura l'occasion de la constater ou d'en mesurer l'importance, par le fait qu'elle a des contacts avec l'entourage du patient et qu'elle intervient parfois dans son milieu. Peut-être les femmes séparées sont-elles « étiquetées » plus rapidement, leur mari se servant de leurs habitudes nocives comme argument pour le divorce.

Quelles sont les caractéristiques de ces toxicophilies? Le choix du médicament semble lié à la « culture médicale » de l'intoxiqué. Ainsi les agriculteurs et un débile se contentent-ils de Saridon. Les infirmes et les malades chroniques mis en contact avec des médicaments dont l'action est spécifique, recourent aux barbituriques, parfois aux amphétamines. Remarquons en passant l'art de « bronchitiques chroniques » qui sont de grands fumeurs à obtenir des ordonnances pour des produits composés entre autres de codéine. Chez un seul homme, le médecin a relevé aussi l'abus d'alcool et de tabac, alors que chez les femmes les « polytoxicomanies » sont fréquentes (deux tiers). Un tiers d'entre elles s'adonne en effet à un réel tabagisme. La grande majorité cumule les calmants et les somnifères.

La moitié des abus sont réguliers, un quart périodique et le dernier quart semble réactif à une situation traumatisante (pour les hommes, échecs pro-

fessionnels et affectifs répétés; pour les femmes, conflits conjugaux). Enfin la toxicophilie s'accompagne chez un tiers des femmes de tentatives de suicide répétées, par absorption de médicaments.

Nous nous sommes demandé comment il était possible qu'une patiente puisse acheter (en faisant des dettes chez son pharmacien) des conditionnements-hôpitaux d'Optalidon; d'autres achètent quasiment chaque jour leur tube de 10 comprimés chez deux ou trois pharmaciens sans que ceux-ci puissent intervenir. Deux cas appartiennent à des familles dont plusieurs membres, dits « nerveux », sont également consommateurs sans frein de médicaments, en particulier de somnifères.

Pourquoi ces patients abusent-ils de médicaments, à leur avis? Une femme ne veut pas être dérangée par son mari ronfleur! Mais la plupart des patients sont influencés par la presse, les réclames pharmaceutiques, la propagande à la radio (Radio-Luxembourg) et adoptent tel ou tel produit-miracle vanté dans le commerce. L'angoisse, les soucis professionnels, la fuite des difficultés conjugales sont les motifs les plus souvent invoqués. Ceux qui se droguent en quelque sorte par entraînement professionnel (infirmiers, employés d'hôpital) dissimulent davantage les circonstances de leur intoxication.

Les modifications de la personnalité les plus importantes chez les hommes sont d'ordre caractériel: formée d'individus irritables, angoissés et méfiants, la moitié a un caractère dominant agressif. L'autre moitié est formée de patients plutôt dépressifs. Chez les femmes, l'état dépressif est beaucoup plus général. Il s'y ajoute la labilité d'humeur (phases d'activité avec irritabilité et susceptibilité suivies de dépendance teintée d'indifférence affective). Sur le plan de la sexualité, alors que le groupe d'hommes met en évidence une baisse de l'appétit sexuel, les préoccupations de cet ordre croissent dans le groupe des femmes. Parfois celles-ci se négligent et sont désinhibées. Quelques-unes sont méticuleuses et manifestent une religiosité exagérée, avec manie du scrupule. Les traits de caractère sont donc toujours forcés.

Nous avons cependant remarqué chez la plupart des toxicomanes que nous avons vu à domicile des intérieurs soignés.

La moitié des cas environ provoque *l'intervention du service social psychiatrique*. Trois hommes, instables professionnels, doivent être constamment replacés. Aussitôt pourvus d'un nouveau havre – car leur placement ne réussit que dans des cadres substitutifs de l'entourage familial ou amical – ils tentent d'échapper au traitement médical et au service social, font des dettes, indisposent leur entourage par leur comportement. Véritables « clochards », ils abandonnent leurs effets qu'il faut récupérer, s'acoquinent à de curieux amis délinquants ou dévoyés. Isolés volontaires de leur famille et désolidarisés de leurs amis, ils auraient besoin d'être constamment revalorisés et encouragés.

Citons le cas d'un sectaire, farouchement asocial, qui répond bien à la description ci-dessus. Errant de pension en pension, il argue de son droit à

l'assistance d'un Pays qu'il a servi pendant la guerre (infirmier militaire pendant quatre ans) pour ne prendre aucun emploi stable. Menant une vie cloîtrée dans des mansardes surencombrées, il souffre de maux de tête qu'il calme avec des poudres Kafa. Celles-ci l'aident à fournir un travail « intellectuel » (copies de livres religieux, sans effort de réflexion, à des fins missionnaires). Très préoccupé de sa santé abîmée par ses fatigues de soldat, il abuse également de laxatifs que sa vie végétative et son alimentation rudimentaire rendent nécessaires. Il vit d'ailleurs un perpétuel combat intérieur puisque ses convictions lui interdisent tout médicament, symbole du péché.

Parmi les femmes, 10 sont adressées au service social pour placement professionnel et désendettement. Pour elles aussi, seul un home ou une clinique compenseront leur isolement affectif. Ambivalentes à l'égard du service social, elles en attendent parfois des suggestions, mais plus souvent dissimulent leur intention de persévérer dans leur refus de contacts sociaux. A noter qu'une des patientes s'endette pour se procurer les suppositoires de Cibalgine ordonnés à son mari hémiplégique, qu'elle se charge d'utiliser elle-même.

6 autres cas sont conditionnés par un conflit conjugal. Le service social intervient sur la « constellation » de la patiente tant pour obtenir sa compréhension que pour veiller à la sécurité d'enfants. Dans 3 cas (un homme, deux femmes), le service social propose la nomination d'un tuteur ou d'un curateur, avec l'assentiment du patient.

En résumé, les patients suivis par le service social lui demandent surtout son approbation et une certaine sécurité. Mais ils ne « collaborent » pas réellement. Seul l'entourage peut être amené à organiser la vie familiale ou professionnelle de telle sorte que le patient soit moins angoissé et se sente moins « abandonné ». Ainsi l'assistante sociale obtient-elle dans 3 cas d'un partenaire passif et peu affectueux, manquant d'ambition, qu'il prenne une part plus grande des responsabilités du ménage, lorsque l'épouse malade excuse sa toxicophilie par la nécessité de compenser par ses gains ceux de son mari, insuffisants.

Nous avons donc conclu que *l'action du service social n'était efficace que si la constellation était accessible, tant sur le plan psychologique que dans le rayon géographique.*

Quant au *traitement psychiatrique*, il faut bien reconnaître qu'ambulatoire il est rarement désiré et suivi. Le médecin n'obtient pas la confiance du patient, peu capable d'ailleurs d'avoir un vrai contact avec son entourage. Le besoin de drogues le pousse à changer souvent de médecin pour obtenir de nouvelles ordonnances, en faisant valoir des maux réels, mais souvent consécutifs à l'intoxication (douleurs rénales, aigreurs d'estomac, céphalées, insomnies, irritabilité) ce qui rend l'orientation du praticien difficile.

Seule la cure de substitution lente stabilise un certain nombre de patients pendant quelques mois (Largactil). Mais ils échappent tous au traitement

médical après un certain temps. Pour l'ensemble des patients, le nombre des rechutes est considérable. Les $\frac{3}{8}$ totalisent plus de cinquante séjours en clinique. 6 d'entre eux demandent plusieurs fois leur admission volontaire mais ne se font pas suivre ambulatoirement par la suite. Ils manifestent ainsi leur besoin de cadre et de sécurité et démontrent tant au médecin qu'à l'assistante sociale qu'ils ne souffrent pas tant de leurs excès que de la cause de ceux-ci. Cette démonstration est d'ailleurs purement involontaire, car les patients n'acceptent guère l'incursion du thérapeute dans leur vie personnelle. S'ils reprochent volontiers à leur milieu les circonstances qui les ont acheminés vers la maladie, ils ne tolèrent qu'une psychothérapie de soutien. Angoissés, ils manifestent une très grande avidité affective mais sont incapables de créer eux-mêmes des liens dont ils n'ont pas éprouvé dans l'enfance l'existence ni la solidité.

Conclusions

Nous avons postulé au début que la toxicophilie était une affection proprement féminine. D'une part en effet, elle commence plus tôt chez la femme. D'autre part, la sensibilité de celle-ci s'accommode moins bien des difficultés affectives. Le métier de la plupart des patientes ne suffit pas à compenser les vides ressentis dès l'adolescence et renouvelés à l'âge adulte. Chez les hommes de notre étude, l'absence de réelle profession est au contraire frappante car la profession constitue pour l'homme un objectif important, valorisant et parfois compensateur des chagrins sentimentaux. Or, il est beaucoup plus rare de rencontrer des hommes sans profession que des femmes sensibilisées par des chocs affectifs.

Ces mêmes constatations doivent guider l'action médico-sociale auprès des toxicophiles. Le *dépistage* doit être précoce. Nous avons déjà dit qu'il devrait se faire dans les services de médecine et de chirurgie que hantent les futurs toxicomanes. Ce dépistage peut se baser sur les traits de caractère particuliers au toxicomane: irritabilité, dépendance, alternance d'états de dépression et d'anxiété et d'états d'excitation; plaintes hypocondriaques.

Seul un *traitement médico-social* peut apporter quelque amélioration, en particulier par son action sur l'entourage du patient. Celui-ci doit contribuer, connaissant les limites du malade, à le resocialiser en répondant à sa froideur affective et à son abandon par une attitude compréhensive et tolérante. Le succès du traitement dépend donc de la qualité de cet entourage. Or nous avons constaté que plusieurs conjoints étaient frustes, voire brutaux, souvent passifs, et qu'un certain nombre de parents étaient « nerveux ». Des enfants ont été exposés aux négligences de parents malades. Il ne sera donc pas toujours possible de redonner au toxicophile son entourage naturel. Il faudra désormais prévoir un emploi ou un home-substitut, dans lequel il soit à la fois soutenu et surveillé.

Symptômes d'une situation de conflit, la toxicomanie et la toxicophilie trouvent leur origine dans l'affectivité perturbée. C'est donc celle-ci qu'il importe de soigner.

Auteur: Mlle Y. Mayor, assistante sociale, policlinique psychiatrique, rue Caroline 11bis, Lausanne

Résumé

A part 9 toxicomanies classiques, l'étude porte sur 9 hommes et 33 femmes abusant de calmants et stimulants auxquels s'ajoutent parfois l'alcool, le tabac, le café et le thé. L'analyse de l'âge, du milieu, de la profession, des circonstances de la maladie et des interventions médico-sociales permet de tirer quelques conclusions: ces toxicomanies commencent souvent lors de traitements médicaux ou chirurgicaux. Seul un dépistage précoce dans les cliniques et dans le milieu, par les médecins et par les travailleurs sociaux, permet une cure dont l'efficacité est proportionnée à la qualité de l'entourage affectif du malade.

Zusammenfassung

Außer 9 klassischen Toxikomanien umfaßt die Untersuchung 9 Männer und 33 Frauen, die sich mit Schmerz- und Anregungsmitteln betäuben und manchmal auch noch Alkohol, Tabak, Kaffee oder Tee hinzufügen. Nacheinander sind Alter, Beruf, Milieu, Toxikomanie und ärztliche und soziale Vermittlungen beschrieben. Die daraus gezogenen Folgerungen sind: Die Sucht fängt oft mit medizinischer oder chirurgischer Behandlung an; nur ein frühzeitiges Aufdecken durch den Arzt und den Sozialarbeiter, sowohl in den Kliniken als auch zu Hause kann zu einem positiven Resultat führen, das der Qualität der affektiven Umgebung des Kranken entspricht.

Die Düngung als hygienisches Problem

von *S. Hoffmann*, St. Gallen

Ausgangslage

Sowohl die Luftverunreinigung wie die Lärmbekämpfung, die chemischen Lebensmittelzusätze und die chemische Schädlingsbekämpfung liegen heute im Interessenbereich der Hygiene und der Wissenschaft.

Auch die Düngung unserer Kulturpflanzen befindet sich in einem deutlich abgezeichneten Spannungsfeld! Das heißt, die Agrikulturchemie muß sich für ihre Haut insofern wehren, als die Richtigkeit ihrer Thesen, die grundlegend für die heutige Düngung sind, von verschiedenen Seiten ernstlich angezweifelt wird.

Vor allem ist einmal seit Jahren eine beharrliche Strömung im Volk gegen die gebräuchliche Düngung zu beachten. So wird Obst und Gemüse, das weder mit Kunstdünger noch mit Jauche oder frischem Mist und auch nicht mit Schädlingsbekämpfungsmitteln in Kontakt gekommen ist, besonderer hygienischer und gesundheitlicher Wert beigemessen. Man ist auch gerne bereit, für solche mit spezieller Sorgfalt gezogene Produkte einen Mehrpreis zu bezahlen. Die Angebote an « biologisch gezogenen Kartoffeln », an « Bio-Sauerkraut », « Bio-Gurken », « biologisch gepflanzten Körnern », « biologisch gezogenen spanischen Orangen und Grapefruits », an « Vorzugsgemüse » und « Reformgemüse » usw. sind vielerorts groß. In einer 1956 im Zürcher Gemeinderat erfolgten