

¿Qué es el cáncer? Un tumor de naturaleza invasora y agresiva -decía la ciencia médica tradicional-, que surge espontáneamente en un organismo sano y acaba por destruirlo. Wilhelm Reich se opone a esta concepción y define el cáncer no ya como un tumor -el tumor es una manifestación ulterior de la enfermedad-, sino como una dolencia sistémica causada por la frustración crónica del funcionamiento sexual natural. De acuerdo con esta concepción científica, radicalmente distinta, de un proceso que termina literalmente en la putrefacción del cuerpo vivo determinada por la asfixia crónica de los tejidos, Reich llegó a la conclusión de que "el cáncer es la expresión somática más significativa del efecto biofisiológico de la estasis sexual". Si la tesis de Reich se confirma, las perspectivas que se abren en el campo de la prevención del cáncer son enormes.

**Psicología
Contemporánea**

La biopatía del cáncer

Wilhelm Reich



Ediciones

Nueva Visión

Colección Psicología Contemporánea

Wilhelm Reich

La biopatía del cáncer

Segundo tomo de El descubrimiento del orgón

NOTA: Trabajo de presentación, contacto: fuina@wanadoo.es / jjaleon@gmail.com

Ediciones Nueva Visión
Buenos Aires

© 1985 de la traducción castellana by Mary Boyd Higgins as Trustee of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund.

Traducido de Der Krebs, volúmenes I y II, copyright © 1971 by Mary Boyd Higgins as Trustee of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund. Publicado originalmente en inglés con el título The Discovery of the Orgone, volumen II: The Cáncer Biopathy, copyright 1948 by The Orgone Institute Press, Inc. Nueva edición en inglés The Cáncer Biopathy, copyright © 1973 by Mary Boyd Higgins as Trustee of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund.

Las obras de Wilhelm Reich se publican en colaboración con The Wilhelm Reich Infant Trust Fund. Las personas que deseen información complementaria deberán dirigirse a dicha Fundación, 382 Burns Street, Forest Hills, N.Y. 11.375 o a The Wilhelm Reich Museum, Orgonon, Rangely, Maine 04970.

Traducción del alemán: Nélica Mendilaharzu de Machain

Revisión técnica: Dr. Mario César Lujan

ISBN: 950-602-090-6

©1985 por Ediciones Nueva Visión SAIC

Tucumán 3748, Buenos Aires, República Argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en la Argentina / Printed in Argentina

Este libro se terminó de imprimir
el 31 de marzo de 1985 en los Talleres
Gráficos Garamond, Cabrera 3856
Buenos Aires.

*El amor, el trabajo y el saber
son las fuentes de nuestra vida
Ellas deberían gobernarnos*

Wilhelm Reich



ÍNDICE

Prefacio	9
Prólogo al segundo tomo	15
I. Función de tensión y carga	25
II. Las vesículas de energía orgónica (biones) y la organización natural de los protozoarios	34
III. El verdadero descubrimiento de la energía orgónica	87
IV. Demostración objetiva de la existencia de la energía orgónica	106
V. La biopatía carcinomatosa de encogimiento	154
VI. La célula cancerosa	206
VII. Naturaleza y evolución de los experimentos de orgonterapia	271
VIII. Resultados de la orgonterapia experimental en seres humanos afectados de cáncer	289
IX. La anorgonía en la biopatía carcinomatosa de encogimiento	317
X. La biopatía del cáncer como problema sexual sociológico	365
Apéndice	385

PREFACIO

La teoría de Reich, según la cual el cáncer no es primariamente un tumor que aparece de forma misteriosa en un organismo por lo demás sano, sino una enfermedad sistémica provocada por una inanición sexual crónica, sorprenderá al lector medio, para quien los trastornos de la sexualidad, si bien penosos, no son patógenos. También irritará a muchos que, por prejuicios morales, consideran semejante asociación como algo ofensivo e insostenible. Wilhelm Reich, con su infalible sentido para captar las elaciones entre *todos* los fenómenos naturales, dejó de lado esos prejuicios e incluyó el orgasmo entre los temas dignos de seria investigación. Sus estudios lo llevaron a buscar la verdadera naturaleza de la energía que pone de manifiesto en el orgasmo, y a demostrar que dicha energía no Sólo actúa en los organismos vivientes, sino que representa el principio de funcionamiento común a toda la naturaleza.

En *La función del orgasmo* se describe el camino recorrido por Reich hasta llegar al descubrimiento de esta energía omnipresente, a la cual él denominó orgón. En el presente tomo, *La biopatía del cáncer*, Reich detalla el proceso en sí del descubrimiento de la energía orgónica y revela importancia práctica en el problema del cáncer. Contribuye así en una medida muy importante a la comprensión de la más grave y desconcertante de las enfermedades que aquejan hoy a la humanidad.

Aparecida por primera vez en 1948, *La biopatía del cáncer* es una obra prácticamente desconocida hasta ahora. Su difusión fue muy limitada y, por fin, una disposición oficial -según la cual los libros de Reich debían ser retenidos o incinerados por un organismo estatal de los EE.UU. -impidió la venta. Por fortuna, esta nueva edición revela una creciente apertura a los enfoques innovadores respecto al problema del cáncer.

La energía orgónica constituye la base de la teoría de Reich sobre el cáncer. Dicha energía puede ser utilizada para el estudio de todos los fenómenos naturales y para la investigación, tratamiento y profilaxis de enfermedades. Lo lógico habría sido que la demostración de la existencia de una energía cósmica -acerca de la cual el hombre ha especulado en el curso de toda su historia- fuera recibida con expectante entusiasmo. Sin embargo, la incapacidad del hombre medio para experimentar o entender sus propias sensaciones corpóreas —que son manifestaciones del movimiento de esa energía— lo llevó a rechazar la realidad de una fuerza específica que gobierna su organismo. Por eso consideró el descubrimiento de Reich, el de la energía orgónica, como una fantasía o una superchería.

Uno de los principales impedimentos para la comprensión de la teoría de Reich acerca del cáncer es el convencional enfoque mecanicista de la enfermedad. Hasta hace relativamente poco —en realidad, menos de cien años—, se atribuían las enfermedades a los efectos de la interacción de muchas variables en el individuo y su medio. Sin embargo, con las investigaciones de Pasteur y de Koch comienza a imponerse la "doctrina de la etiología específica", según la cual una enfermedad es provocada por un factor específico, por ejemplo, una bacteria o un virus o una deficiencia hormonal. La medicina moderna se basa en este enfoque mecanicista, respaldado en la actualidad por generosas partidas oficiales destinadas a la investigación del cáncer. El enfoque mecanicista goza de ese entusiasta apoyo porque ha demostrado que se puede provocar una determinada enfermedad en el animal de laboratorio, mediante un único factor aislado, o que un procedimiento mecánico o una sustancia química —con frecuencia descubierta por azar— pueden resultar efectivos para el tratamiento de una enfermedad. Hay científicos prominentes que rechazan tal enfoque y declaran inútil la búsqueda de un factor causal específico. Con todo, la búsqueda prosigue.

Hoy se investigan varias "causas" del cáncer, entre otras teorías, encontramos la del virus, la psicosomática y la bioquímica. Así algunos investigadores están convencidos de que el cáncer es una enfermedad infecciosa de origen virósico y creen que no tardará en desarrollarse una vacuna. Otros han señalado la posibilidad de una etiología psicosomática interaccional y han especulado acerca de la relación entre la aparición de tumores malignos y la depresión física, la falta de agresión, etc. Otros, por su parte, sugieren que ciertos factores psicológicos perturban el equilibrio hormonal del organismo o deprimen los mecanismos de inmunidad, contribuyendo así a la etiología del cáncer. Finalmente, en el terreno de la bioquímica -en vista de que la falta de oxígeno parece

contribuir al desarrollo del cáncer- se están reconsiderando los olvidados descubrimientos de Otto Warburg, quien comprobó que los procesos normales de oxidación sufren un daño irreversible en la célula cancerosa y son reemplazados por procesos anaeróbicos.

A pesar del interés estimulado por estas distintas teorías, es evidente que muchos interrogantes respecto de la etiología permanecen aún sin respuesta y que muchos aspectos siguen siendo oscuros y confusos. Por ejemplo: Si es verdad que los virus tienen una participación, ¿cómo y dónde se originan éstos? Si hay algo más fundamental que la acción virósica, algo químico, ¿qué es? Si las emociones intervienen en la etiología, ¿cómo producen concretamente el cáncer? La relación entre el cáncer y los virus, las emociones, la falta de oxígeno, etc., parece indudable; pero ignora por qué medios y de qué manera tales factores producen la transformación maligna de los tejidos.

Ante el desconocimiento de la etiología del cáncer, el tratamiento se orientado en gran parte por los síntomas, y los resultados han sido imprevisibles y, por lo general, desalentadores. En realidad, los sufrimientos del enfermo de cáncer suelen deberse más a los medios empleados para atar los síntomas, que a la enfermedad en sí. El tumor es la manifestación más visible de la enfermedad y la mayoría de los investigadores lo considera la enfermedad en sí; por eso, el tratamiento consiste en su extirpación quirúrgica o en el intento de destruirlo por medio de radiación de sustancias químicas. El valor de éstas es objeto de enconadas controversias. Por ejemplo, no se ha llegado nunca a un acuerdo respecto a la cantidad de tejido que debe ser extirpado para tener la seguridad de que no quedan células de cáncer que puedan invadir y destruir los tejidos vecinos sanos. El doctor George Crile (h.), de la Cleveland Clinic, ha comprobado que muchas intervenciones quirúrgicas son excesivas y se ha lamentado de que "en nuestra prisa por extirpar el cáncer mediante un uso indiscriminado de la cirugía, olvidamos al paciente y hasta difundimos la enfermedad". A pesar de las evidentes limitaciones que presenta el tratamiento de la enfermedad por medio de una extirpación quirúrgica o una destrucción del tumor, la medicina corriente considera que el tumor es el único blanco de intervención terapéutica. Eso se debe a una premisa mecanicista, según la cual el tumor aparece de novo en un organismo por lo demás sano.

En La biopatía del cáncer, Reich presenta una teoría funcional del cáncer, que explica el origen y desarrollo de la enfermedad y brinda posibilidades de tratamiento y, lo que es más importante, de profilaxis. Al hacerlo, no excluye las especulaciones actuales sobre una relación de esta enfermedad con la infección, con trastornos emocionales, y con daños en

el metabolismo celular, ni discute el valor de extirpar simplemente los grandes tumores, etcétera. El supuesto "virus del cáncer" guarda una indudable relación con los bacilos-T de Reich que producían tumores cancerosos en los animales de experimentación. Esto no haría más que brindar un fundamento a la actual teoría de la infección. Sin embargo, para conformarse con el punto de vista de Reich, la teoría de la infección debería contemplar el hecho de que el bacilo-T tiene un origen endógeno, puesto que surge de la desintegración bionosa de la sustancia viviente. (Por supuesto, esto no coincide con la teoría metafísica de los "gérmenes del aire", considerados como origen de todas las bacterias.) La depresión psíquica o la falta de agresión señalada por los psicomaticistas es la "resignación caracterológica" de Reich. Pero para Reich, la "resignación" no es sólo un interesante descubrimiento que interviene de manera poco clara en la génesis de la enfermedad; es la primera fase de un proceso de encogimiento, producto de un trastorno en la descarga de energía sexual. La actual teoría de la deficiencia de oxígeno a nivel celular, originariamente señalada por Warburg, no es un descubrimiento aislado sin explicación; según Reich, se trata de la expresión bioquímica interna de una insuficiencia en la respiración exterior. En otras palabras, en la teoría del cáncer de Reich estos y otros hechos no son elementos inconexos ni aparecen en un orden arbitrario, sino que se presentan como síntomas de una enfermedad sistémica, cuyo origen se debe a una estasis crónica de la energía biológica del organismo. Ello significa que estos elementos tienen un origen común y luego adquieren la capacidad de funcionar en forma autónoma y por eso producen la impresión de poseer una importancia etiológica primaria.

A diferencia de las demás explicaciones ofrecidas hasta ahora, la teoría de Reich toma en cuenta todos los aspectos del cáncer. Reich no sólo ha practicado las mismas observaciones que hoy se están encarando en forma individual, sino que ha demostrado la existencia de una relación funcional entre ellas, que la metodología mecanicista no pudo descubrir. Lo trágico es que los descubrimientos de Reich fueron recibidos con sorna, sin interés y, sobre todo, con indiferencia, cuando los hizo públicos hace más de un cuarto de siglo, y que jamás se intentó examinarlos con imparcialidad. Incluso el interés actual por las primeras obras de Reich — que mantienen su vigencia en el clima social de nuestros días— no se ha hecho extensivo a sus trabajos posteriores, vinculados con el descubrimiento de la energía orgónica. A pesar de todo, quizás ese nuevo interés estimule una recepción más favorable de su teoría del orgón y posibilite la utilización de esa energía en el estudio y tratamiento de enfermedades somáticas, como el cáncer.

Esperamos que *La biopatía del cáncer* no provoque un entusiasmo místico ni un rechazo ciego. Reich previo estas posibles reacciones irracionales ante su obra e insistió en señalar que la solución del problema del cáncer por él propuesta no significaba haber dado con un medio de curación. Pero pese a sus esfuerzos por evitar malentendidos y por moderar las expectativas exageradas, se lo ha condenado y ridiculizado por afirmaciones que jamás formuló, aunque predijo que se le atribuirían sin fundamento. De su prólogo surge con toda claridad esa conciencia de lo inevitable de las distorsiones y de las reacciones malévolas. Conviene leerlo con detenimiento para evitar cualquier malentendido respecto a lo que Reich realmente pretende. Además, para eliminar cualquier duda subsistente, recomendamos al lector un atento análisis del último capítulo, en el cual Reich subraya, una vez más, que la auténtica solución del problema del cáncer reside más en la profilaxis de la enfermedad que en su curación. Los medios para esta solución se encuentran, en primer lugar, en el terreno social, pues la sociedad coercitiva es la que crea la miseria sexual y el consiguiente estancamiento de energía biológica que da origen al cáncer.

Chester M. Raphael, M.D.

Forest Hills, N.Y.

1973

PROLOGO AL SEGUNDO TOMO

El presente libro es el segundo tomo de mi obra *El descubrimiento del orgón* y la inmediata continuación del primer tomo: *La función del orgasmo*. Está integrado por una serie de artículos aparecidos entre 1942 y 1945 en el *International Journal Of Sex Economy and Orgone Research*, en los cuales se informa acerca del descubrimiento de la energía cósmica orgónica. Estos ensayos se ofrecen en forma de recopilación de tal modo que la biofísica orgónica pueda verse más claramente como el resultado lógico de observaciones relevantes, experimentos e hipótesis de trabajo. El lector libre de prejuicios podrá convencerse así, mejor que a través de artículos aislados, que el descubridor de la energía orgónica ha sido mucho más un instrumento de la lógica y la coherencia científica, que un creador de "nuevas teorías". La plétora de deducciones y hechos presentados en este libro excede en mucho la capacidad de inventiva de la mente humana. Durante el proceso de descubrimiento de la energía cósmica orgónica, mi tarea no fue la de elaborar teorías sino -lisa y llanamente- la de registrar mis observaciones con atención, integridad y honesto autocontrol, para verificarlas por medio de experimentos apropiados y establecer los lógicos puentes de pensamiento entre un ámbito funcional y otro.

He reordenado, en parte, los artículos publicados previamente, para evitar repeticiones y para presentar las contribuciones en orden cronológico. He añadido, además, una enumeración de los errores relacionados con la "teoría de los gérmenes del aire" y un capítulo destinado a los especialistas en investigaciones sobre cáncer, en el cual procuro establecer una vinculación entre la investigación clásica y la *investigación orgonómica sobre el cáncer*. Al final de las secciones consagradas a la física orgonómica, se encontrará una breve nota sobre la demostración de la existencia de energía orgonómica

en la atmósfera mediante el empleo de un contador Geiger-Müller. Me fue imposible exponer en forma más detallada este hecho tan importante, en razón de que su descubrimiento se produjo en el transcurso del verano de 1947.

Creo -y espero- que este tomo resulte accesible al lector sin formación científica, aunque familiarizado con los principios de la investigación científica en general y de la ergonomía en particular. Estos lectores pueden saltar los capítulos demasiado especializados, sin que eso afecte demasiado su comprensión del tema en general.

El presente libro abarca un período de trabajo de unos diecisiete años, comprendido aproximadamente entre 1930 y 1947. Me he limitado a lo esencial, ya que de incluir todos los detalles, el libro se habría vuelto ilegible. No faltará oportunidad para proporcionar, en otros contextos, las informaciones importantes que se hayan omitido aquí.

Es lamentable, aunque fácilmente comprensible, que este tomo no pueda brindar una exposición definitiva. Esto debe atribuirse a que, en la investigación sobre el orgón, quedan todavía muchos claros, como ocurre en toda investigación objetiva practicada en el terreno de las ciencias naturales. No se trata de un "sistema de pensamiento" ni de una nueva "filosofía de la Naturaleza"; sólo presentamos nuevos hechos y nuevas relaciones entre hechos conocidos, en la medida en que estos hechos y relaciones han podido ser verificados hasta aquí. En los casos en que ha quedado un margen de duda, lo he señalado en forma expresa.

Las actuales investigaciones sobre el orgón van mucho más lejos de lo expuesto en esta obra. Los resultados *orgonométricos* de los últimos años quedan reservados para una publicación ulterior. La exposición sistemática de la *técnica de pensamiento funcional* -en la cual se basan todas las observaciones, experimentos y conclusiones- también debió ser pospuesta. Es una omisión lamentable, pero forzosa. En el transcurso de los últimos doce años se ha podido comprobar, una y otra vez, que los biólogos y físicos no entienden o malinterpretan los estudios sobre el orgón, porque no contemplan los hechos nuevos desde el *punto de vista del funcionalismo energético* sino que intentan abarcarlos con la ayuda de los tradicionales métodos del pensamiento *mecanicista*. Y eso es absolutamente imposible. Para el bacteriólogo, por ejemplo, el estafilococo es una formación estática, esférica u ovalada, de un tamaño aproximado de 0,8 micrón, que reacciona a la tinción Gram con una coloración azulada y está dispuesto en racimos. Para la biofísica orgonómica, estas características son importantes, pero no esenciales. El nombre en sí no dice nada acerca del origen, la función y posición de los cocos azules en la naturaleza. Para el físico que estudia el orgón, aquello que el bacteriólogo denomina "estafilococo",

es una pequeña *vesícula energética* implicada en un proceso de degeneración. La biofísica orgonómica investiga el origen del estafilococo a partir de otras formas de vida y sigue sus *transformaciones*, lo estudia en función de los procesos de la energía biológica total del organismo y lo *genera* experimentalmente mediante procesos degenerativos en biones, células, etcétera.

Con este ejemplo sólo pretendo señalar -nada más que señalar- por qué los hechos de la ergonomía no pueden ser aprehendidos por medio de los clásicos métodos mecanicistas y químicos, y por qué es tan importante la exposición sistemática de las técnicas de pensamiento y de los métodos de la ergonomía para comprender la energía orgónica.

Pero es preciso que me imponga límites y sólo me resta esperar que los hechos y funciones aquí expuestos hablen por sí mismos, aun cuando los bacteriólogos, biólogos y médicos de formación tradicional los vean como algo nuevo y extraño.

Los procesos naturales analizados en estas páginas no resultarán fácilmente accesibles sin un conocimiento de la *función biofísica del orgasmo*. El científico que pretenda estudiar especies animales deberá tener suficientes conocimientos de geología. Quien quiera investigar las leyes naturales que constituyen la base de la energía cósmica orgónica deberá tener conocimientos muy precisos acerca de la función del orgasmo. En cuanto al otro requisito que" debe llenar el observador que trabaje con energía orgónica, sólo puede ser mencionado aquí, pero no fundamentado. Esta exigencia se refiere a las sensaciones que dicho observador tiene de su propio organismo, que no deben ser demasiado reprimidas. Es comprensible que la estructura emocional del científico coloree sus observaciones y pensamientos; por lo tanto, las sensaciones orgánicas del investigador son una herramienta de trabajo. Este vale tanto para mí como para cualquiera que trabaje con funciones orgonómicas naturales; si bien es cierto que la experimentación debe confirmar o refutar las observaciones y las hipótesis de trabajo, la forma en que se idean y se ejecutan los experimentos depende del aparato sensorio del investigador. Las percepciones sensoriales y las sensaciones orgánicas son factores decisivos en este caso. Es un error creer que los experimentos por sí *solos* pueden llevarnos a una conclusión. Siempre es el organismo viviente, sensible y pensante el que explora, experimenta y saca conclusiones.

Y esto es todo lo que diremos acerca del amplio y difícil campo de la técnica de pensamiento funcional, que apenas se verá al pasar, en este libro.

Nuestro tema es muy serio y lleno de implicaciones decisivas para las ciencias naturales en general. He tenido plena conciencia de este hecho desde que comencé a registrar mis observaciones (1941). Por eso he dejado pasar

siempre varios años antes de publicar una nueva observación o un experimento poco usual. He tomado por norma no anunciar ningún hecho nuevo hasta tanto éste no haya quedado confirmado por otros hechos. Ruego al lector atento y bien dispuesto que no crea que -desde 1933- he invertido bastante más de 100.000 dólares de mis ingresos personales en la investigación de una "ilusión" o de una simple "idea", o sólo por entretenimiento. No pocos estudiosos reconocen que las investigaciones sobre el orgón han revolucionado varios conceptos anticuados e inexactos acerca de la Naturaleza. Mucha gente ha comprendido ya que en la organomía se quiebran las rígidas fronteras entre las ciencias especializadas. Todo aquel que trabaja con la energía cósmica orgónica debe poseer sólidos conocimientos de medicina, biología, sociología, física y astronomía para entender las funciones del orgón en sus diversos campos. La Naturaleza no reconoce límites entre funciones especiales. La *biopsiquiatría* fue mi punto de partida. El conocimiento de las emociones humanas y de la función de los impulsos instintivos desempeña un papel muy importante en la investigación organomía, no sólo en relación con las funciones básicas de la energía orgónica, sino en la comprensión de las reacciones humanas ante la existencia de una energía cósmica universal, que en la esfera de lo viviente funciona como "energía biológica", como la energía de nuestras emociones. Esto tiene, por cierto, implicaciones muy serias.

Dado que por espacio de una década mis investigaciones sobre las funciones biológicas esenciales de la energía orgónica han estado vinculadas con la *biopatía del cáncer*, es lógico que esta enfermedad represente el eje sobre el cual gira la tesis organomía del presente tomo. Creo que la biopsiquiatría ha sido la encargada de señalar el camino para una comprensión de la *energía biológica de la célula* y eso representa todo un éxito para dicha disciplina. La comprensión de la energía biológica de la célula, por su parte, preparó el terreno para el descubrimiento de la energía orgónica atmosférica. Esto irá surgiendo en forma lógica de la exposición que sigue. Además, es una satisfacción que, dentro de la biopsiquiatría, haya sido la rama de la *economía sexual*, en particular, la destinada a resolver el *enigma del cáncer* y de abrir nuevos horizontes para un posible método de *prevención* de esta enfermedad. Sé -y me preocupa el percibirlo- que estas afirmaciones representan una aterradora responsabilidad. Pero no puedo dejar de formularlas si pretendo transmitir al lector mi sensación de la seriedad de esta situación. La seriedad del tema de este libro exige una cautelosa evaluación de los hechos que expongo y de mis afirmaciones. Para resumir: el cáncer, cuyo mecanismo esencial consiste en una progresiva retracción del sistema vital, resulta claramente

comprensible no bien se supera la resistencia a abarcar en un todo los siguientes hechos:

1. Debemos abandonar la teoría de los gérmenes del aire y reconocer la "*infección endógena*".
2. Debemos admitir sin retaceos el papel de las emociones en las enfermedades orgánicas.
3. Debemos reconocer el desarrollo de una sustancia viva, de movimiento espontáneo, como derivada de otra sustancia viviente o aun no viviente, en realidad, proveniente de la energía orgónica libre. En otras palabras, al estudiar el cáncer nos vemos directamente enfrentados con el problema de la *biogénesis*.
4. Debemos centrar nuestros esfuerzos médicos al trabajar en cáncer -y esto es imperativo- en la tan odiada y evitada *patología sexual*.
5. Para entender el cáncer en forma simple, debemos reconocer, de una vez por todas, la existencia de una energía *cósmica* esencialmente nueva, omnipresente, que no obedece tanto a las leyes mecánicas como a las funciones, a la cual he denominado energía orgónica.

Cualquiera de estos cinco puntos basta para despertar al principio una actitud escéptica en todo investigador serio. Puedo asegurar al lector que he dejado transcurrir muchos años antes de animarme a revelar a otros -e incluso a mí mismo- la plétora de hechos y de relaciones que he ido descubriendo. El doctor Walter Hoppe me señaló muy acertadamente en una oportunidad que la mayor dificultad que presenta mi trabajo es el *exceso* de descubrimientos.

En la investigación científica sería existe la obligación de reconocer los hechos, aunque eso signifique arriesgar la propia cabeza. Yo no podía ni debía evitar ese riesgo si pretendía hacer justicia a los hechos descubiertos. Con el tiempo, la magnitud de los descubrimientos comenzó a parecerme menos aterradora. Y creo que el lector bien centrado y amigo de la verdad también perderá gran parte de su alarma una vez que se familiarice con las siguientes circunstancias:

1. La ruptura de los límites netos trazados entre las especialidades de las ciencias naturales facilita enormemente el trabajo en medicina y en investigación básica. A pesar de su infinita variedad, la Naturaleza es, en el fondo, una gran unidad. Esta unidad y simplicidad que subyace en la Naturaleza se refleja en la simplicidad de las funciones del orgón, cuando trabajamos con ellas. Creo que la energía orgónica es mucho menos aterradora y mucho menos complicada que otras formas de energía utilizadas para aniquilar ciudades enteras.

2. Cuanto más nos familiarizamos con las funciones del orgón, tanto más "a gusto" nos sentimos con ellas. La amplitud de visión que nos otorga dicho trabajo, nos alivia de la constante presión experimentada al tratar, por ejemplo, con enfermos de cáncer, cuando no se tienen conocimientos sobre la energía biológica. Luego de trabajar durante algunos años con estos conocimientos resulta imposible concebir cómo en algún momento hemos podido arreglárnoslas sin ellos. Los movimientos coreicos y los ataques epilépticos dejan de ser un misterio. Los procesos se hacen simples y transparentes.

3. Se aprende de manera gradual a enfrentar la irracionalidad humana más fácilmente. Se entiende mejor lo que ocurre dentro de los hombres cuando son víctimas del misticismo o de la peste emocional.

4. Además, hay un hecho que no debe subestimarse: se comprende mejor y más plenamente al hombre religioso cuando se sabe que existe una energía cósmica omnipotente que penetra todo (el éter de Newton, los dioses de todos los tiempos y todos los pueblos) y que puede experimentarse por medio de nuestras sensaciones orgánicas de la vista y hasta medirse con el termómetro, el electroscopio y el contador de Geiger-Müller.

5. Finalmente, es un alivio poder dar un contenido concreto al término médico "predisposición". Es un alivio entender por qué una persona sufre permanentemente de resfríos y otra jamás; es un alivio saber por qué, sólo ciertos individuos sucumben a una epidemia y otros no; por qué unos mueren de cáncer o de hipertensión vascular, y otros no; es un alivio saber, en qué estriba la diferencia entre un niño lleno de vitalidad y uno apático.

En resumen, la claridad de visión que nos brinda el conocimiento de la energía orgónica compensa con creces la alarma experimentada al descubrir los grandes enigmas de la naturaleza.

Para terminar, querría dedicar algunos párrafos a aquellos colaboradores que han consagrado su vida a la investigación y a la aplicación práctica del orgón cósmico.

El carácter revolucionario de nuestro trabajo nos obliga a adoptar ciertas actitudes nuevas respecto al medio y a renunciar a algunas de las técnicas usuales en el contacto con él; sólo así podremos cumplir nuestra misión de investigadores del orgón. No es el interés personal, sino el interés por el reconocimiento de la energía cósmica orgónica, para bien de todos" lo que me mueve a formular las siguientes observaciones: En nuestras relaciones con colegas y legos, chocamos con un clima de violenta hostilidad y hasta soportamos peligrosos ataques a nuestra integridad física y profesional. Como psiquiatras, comprendemos el carácter irracional de estos ataques y de esta hostilidad.

Sabemos de qué fuentes provienen. Nada tienen que ver con el carácter personal de tal o cual investigador orgónico o terapeuta orgónico. Nos llegan de manera *típica* tanto a mí como a otros que viven y actúan muy lejos de mi laboratorio. No podemos aplicar públicamente, de manera *personal*, nuestro conocimiento de los motivos de esa conducta irracional. *Bajo ningún concepto* podemos decirle a un físico que rechaza en forma neurótica las funciones del orgón, qué es lo que lo está motivando en el fondo. Podemos señalar esos motivos en términos generales pero en ningún caso formular juicios acerca de una determinada persona. Lo único que podemos hacer con la conciencia tranquila es preguntarnos si determinado ataque es racional o irracional. *Los ataques irracionales jamás deben recibir respuesta*. Nosotros los combatimos revelando el irracionalismo en la conducta humana. Ellos mismos se anularán con el tiempo, aun cuando en algún momento asuman formas peligrosas. Sabemos muy bien que nada atemoriza tanto al hombre medio de nuestros días como el conocimiento de su naturaleza biológica. Sabemos a la vez que su deseo más ferviente es el de *satisfacer* su naturaleza biológica. Ambos factores, miedo al conocimiento y ansia de satisfacción, se dan en forma conjunta. Por eso, siempre debemos buscar lo racional en lo irracional, comprenderlo y exponerlo sin odio ni indignación. Con el tiempo prevalecerá lo racional. Pero, lamentablemente, no puedo brindar consejo alguno respecto a cómo protegerse de la irracionalidad, que constituye una *amenaza* para la vida. En este caso de nada sirven los procesos judiciales ni las invectivas.

Sin embargo, existe un medio muy eficaz para obligar -tanto a los profesionales como a los legos- a adoptar una conducta racional: *No aceptar críticas en materia de investigación orgónica, si quien las formula no puede demostrar que está familiarizado con nuestras publicaciones y descubrimientos desde hace mucho tiempo*. Nuestra ciencia sólo puede ser juzgada desde el punto de vista de sus propias premisas, métodos y técnicas de pensamiento. Esta es una regla muy estricta en el intercambio científico, que siempre tiene validez cuando se está efectuando una investigación. Esperamos y deseamos la crítica, pero sólo crítica *inmanente*.

De modo que si un psiquiatra forense partidario de la abstinencia sexual, o un oncólogo recalcitrante y hasta un escritor *free-lance* se atreve a condenar nuestro trabajo porque no lo entiende o porque siente que su imagen del mundo se desintegra o porque se siente personalmente afectado o porque su partido político se siente amenazado, nosotros responderemos con el silencio. *Nos negamos a participar en polémicas o riñas irracionales*. Quisiera insistir sobre esta regla, que ha demostrado ser muy útil. Cuando se ha realizado un descubrimiento, es habitual buscar el respaldo de ciertas "autoridades",

para lo cual es necesario humillarse Y recurrir a todo tipo de tácticas y estratagemas en procura de su reconocimiento. Por lo común también se procura lograr publicidad a través de la prensa.

Nada de eso se presta para nuestra tarea, que es sumamente seria. Si trabajamos con honestidad y conciencia, si nos atenemos a los hechos y no cedemos a la tentación de llegar a compromisos en asuntos tan esenciales como la función del orgasmo, tarde o temprano ganaremos la confianza pública. Hay pocas cosas más urgentes para el mundo que el conocimiento de las funciones del orgón, dentro y fuera del organismo.

No podemos reconocer autoridad alguna en lo referente al orgón, porque no existe una autoridad en la materia. Sin embargo, debemos *delegar responsabilidades*. Es indudable que una clínica oncológica tiene la responsabilidad necesaria para trabajar con energía orgónica. Todo médico que haya sido testigo de los efectos terapéuticos de la energía orgónica, debe asumir la responsabilidad de defender estos hechos en el terreno profesional y no eludirlos ni aguardar la opinión de una "autoridad". Es responsabilidad de todo individuo que haya resultado beneficiado por los efectos terapéuticos de la energía orgónica, ayudar a su prójimo siempre que le sea posible.

Es ineludible responsabilidad de todo publicista no entorpecer el uso salvador del orgón por medio de artículos periodísticos sensacionalistas. Al articulista hay que hacerle comprender que está matando indirectamente a muchas personas al agitar la opinión pública en contra de nuestro trabajo. Finalmente, es responsabilidad de los gobiernos decidir si van a poner la energía cósmica orgónica al alcance de la comunidad y dentro de qué plazos lo han de hacer. Nosotros cumplimos con nuestro deber en todo sentido y de la mejor manera posible. Hemos trabajado duro por espacio de décadas. Hemos sacrificado dinero y tiempo libre. Procuramos ser decentes y honestos. Comunicamos nuestros resultados con sentido de responsabilidad. Es todo lo que podemos hacer. *Lo demás depende de la opinión pública*. Si se toleran las publicaciones difamatorias, las mentiras y las distorsiones, se estará perjudicando al público y no a un determinado profesional que aplica la orgonoterapia.

Quisiera evitar este tipo de declaraciones, pero no puedo. Es mi deber formularlas.

Al mismo tiempo debemos comprender que el mundo de la ciencia natural sería necesita mucho tiempo para orientarse en un terreno tan nuevo como el nuestro. Para mal de la humanidad, los ignorantes e incompetentes escriben y publican con gran rapidez y facilidad sus artículos; el orden político actual facilita mucho más la publicación de un artículo difamatorio que la de hechos de importancia vital. Debemos admitir, sin embargo, que los hechos

significativos se desarrollan con más efectividad, y precisión cuando se hace necesario luchar contra las reacciones humanas irracionales. Pero no por eso deja de ser triste que en la vida social lo racional necesite tiempo para su aceptación... ¡mucho tiempo!

Quisiera agradecer, por fin, a todos los amigos que me han ayudado, a lo largo de estos difíciles años, a construir el andamiaje descrito por este libro. Podría mencionar muchos nombres, nombres muy importantes. Aquellos que están familiarizados con nuestro trabajo comprenderán por qué no los nombro aquí. Algunos de mis amigos íntimos y de mis colaboradores más cercanos me han aconsejado también que dejara de lado esa práctica común a la mayoría de las publicaciones científicas.

De muchas de mis publicaciones surge a las claras mi conciencia de la deuda que tengo con los grandes pioneros de las ciencias naturales, sin cuyos esfuerzos habría sido imposible el descubrimiento de la energía cósmica orgónica. Con harta frecuencia he señalado la continuidad o interdependencia de todas las ramas del trabajo científico vital. Debo destacar que el cuantioso material recogido, con gran esfuerzo, por la investigación mecanicista del cáncer fue indispensable para mi nuevo enfoque de la biopatía carcinomatosa, por más que la teoría orgonómica del cáncer difiere mucho de la teoría clásica y hasta la contradice en muchos aspectos. Más de un especialista en cáncer ha comprendido ya que el problema del cáncer está *resuelto* y que para resolverlo fue necesario el descubrimiento del orgón y la dilucidación de la biogénesis.

Por otra parte, es preciso rechazar algunas injustificadas pretensiones de prioridad que se hicieron oír en el campo de la medicina psicosomática después de la publicación de *La función del orgasmo* (1942). La teoría del orgasmo (1923) es mucho más antigua que cualquiera de las demás concepciones derivadas del psicoanálisis como base para el conocimiento de los trastornos psicosomáticos. Si estas concepciones pasan completamente por alto la función del orgasmo -problema central de los procesos psicosomáticos-, no merecen demasiada consideración. Sólo podemos manifestar nuestro asombro ante la consecuencia con que se elude el factor más importante. Una vez más, las principales víctimas son los enfermos, que son muchos.

Publico este libro no sin serias preocupaciones. Me preocupa, ante todo, que muchos lectores creen que por fin se ha encontrado el remedio contra el cáncer. No es ése el caso. Si bien es cierto que el enigma del cáncer ha quedado aclarado gracias al descubrimiento del orgón, no debe creerse que de ahora en adelante todo aquel que padezca esta enfermedad puede ser salvado. Es preciso recorrer un largo camino de trabajo duro y de estrecha

cooperación antes de establecer en qué medida la energía orgónica puede ser útil en determinados casos de cáncer. Pero no cabe duda de que ese camino ya se ha iniciado.

Orgonon, septiembre de 1947

Wilhelm Reich

1 FUNCIÓN DE TENSION Y CARGA

1. La función del orgasmo

Quienes conocen la economía sexual saben que 1933 fue un año clave en el desarrollo de nuestras investigaciones, porque en ese año se *descubrió la función biológica de tensión y carga*. Quisiera explicar una vez más, y, en forma sucinta, la esencia de este descubrimiento.

La investigación clínica nos ha demostrado que la función del orgasmo es la clave del problema de la energía. Las neurosis son la consecuencia de un estancamiento, de una estasis de energía sexual. La causa de esta estasis es una perturbación en la *descarga* de una gran excitación sexual en el organismo, sea ésta percibida o no por el yo. Tampoco influye el hecho de que el aparato psíquico del hombre interprete los procesos en forma neurótica, ni que el sujeto se forje una idea equivocada acerca de la desarmonía de su sistema energético y la disfrace con ideologías. La experiencia clínica cotidiana no deja lugar a dudas: *La eliminación de la estasis sexual por medio de la descarga orgástica de la excitación biológica hace desaparecer todo tipo de manifestación neurótica*. La dificultad que ofrece esta solución es por lo general, de naturaleza social. Es indispensable llamar una y otra vez la atención sobre estos simples hechos básicos.

En economía sexual se sabía, desde hace mucho tiempo, que el orgasmo es un fenómeno *biológico fundamental*; "fundamental" porque la descarga orgástica de energía tiene lugar en la raíz misma de la función biológica. Esta descarga aparece en forma de una convulsión involuntaria de la totalidad del sistema plasmático. Como la respiración, es una función básica de todo sistema animal. Desde el punto de vista biofísico no se puede establecer una distinción entre la contracción total de una ameba y la contracción orgástica de un organismo multicelular. Las características más notables son:

intensa excitación biológica, repetida expansión y contracción, eyaculación de fluidos corporales y rápido descenso de la excitación biológica. Para concebir estas características como funciones biológicas debimos liberarnos, por supuesto, de las reacciones emocionales lascivas que provoca en el ser humano la contemplación de las funciones sexuales y, en realidad, de las funciones autónomas en general. Estas reacciones emocionales constituyen, en sí, expresiones neuróticas que representan un problema en nuestra labor psiquiátrica.

Con sus expansiones y contracciones en rápida sucesión, el orgasmo constituye una función compuesta por *aumento y disminución de la tensión*, por *carga y descarga*, es decir, *pulsación biológica*. Una observación más precisa demuestra que estas cuatro funciones no se presentan apareadas, sino más bien en cuatro tiempos, con un ritmo específico y regular. Al aumento de tensión en la excitación biológica, que se manifiesta precisamente como excitación *sexual*, sigue una carga de la periferia. Esto ha quedado claramente demostrado por las mediciones de potencial de las zonas erógenas durante la excitación agradable. Una vez que la tensión y la carga bioenergética han alcanzado una determinada intensidad, son seguidas por convulsiones, es decir, contracciones de todo el sistema biológico. La alta tensión de energía de la periferia *se descarga*. Esto se manifiesta en un repentino descenso del potencial bioeléctrico de la piel y, subjetivamente, por una brusca disminución de la excitación. El repentino paso de la alta carga a la descarga es lo que se denomina "acmé". A la descarga energética sigue un relajamiento mecánico de los tejidos, resultado del reflujo de líquidos corporales. La prueba de que se trata de una descarga de energía está en que el organismo no es capaz de una nueva excitación sexual inmediatamente después de la descarga. En lenguaje psicológico, este estado se denomina "gratificación". La necesidad de gratificación o, para expresado en términos biofísicos, la necesidad de *descargar el exceso de energía por medio de la fusión con otro organismo*, se presenta a intervalos más o menos regulares, según el individuo y la especie. Los intervalos se abrevian, por lo general, en la primavera. Entre los animales existe el fenómeno del celo, que es una concentración de estas necesidades biológicas en una determinada época del año, predominantemente en la primavera. Este hecho nos revela una estrecha relación entre la función del orgasmo y una función energética de naturaleza cósmica. Junto con los conocidos efectos del sol sobre el organismo viviente, la función del orgasmo es uno de los fenómenos que nos llevan a considerar al organismo viviente como una parte de la naturaleza no viviente, estado de un funcionamiento peculiar.

De modo que la función del orgasmo se puede definir como un ritmo de

cuatro tiempos: *tensión* → *carga* → *descarga* → *relajación*. Para abreviar, llamaremos a este ciclo "función T-C".

Por investigaciones anteriores sabemos que la función T-C no sólo es característica del orgasmo, sino que se aplica también a todas las funciones del aparato biológico autónomo. El corazón, los intestinos, la vejiga y los pulmones (respiración) funcionan con este ritmo. Incluso la división celular se cumple en cuatro tiempos. Otro tanto puede decirse del movimiento de los protozoarios y metazoarios de todo tipo. Los gusanos y las víboras exhiben claramente el funcionamiento rítmico definido por la fórmula T-C, tanto en el movimiento de sus partes como en el del organismo completo. Eso hace pensar en la existencia de una ley básica que gobierna el organismo como totalidad y también sus órganos autónomos.

El organismo en su totalidad se contrae en el orgasmo como el corazón en cada pulsación. Con nuestra fórmula biológica básica abarcamos la esencia misma de las funciones vivientes. *La fórmula del orgasmo resulta ser la fórmula de la vida misma.* Esto coincide por completo con nuestra primitiva formulación: *"El proceso sexual es el proceso biológico productivo per se"* en la procreación, en el trabajo, en el placer de vivir, en la productividad intelectual, etc. La aceptación o el rechazo de esta fórmula es la que define a los partidarios o a los opositores de la biofísica orgónica.

La tensión mecánica de los órganos por tumescencia es fácil de entender: los tejidos acumulan humores y las partículas individuales del coloide biológico se separan. La relajación mecánica, en cambio, se produce por detumescencia: los humores son expulsados de los tejidos y, así, las partículas vuelven a acercarse entre sí. El problema de la naturaleza de la carga y la descarga ya no es tan accesible. El hecho de que podamos medir el potencial eléctrico podría inducirnos a dar por resuelto este enorme problema rotulándolo como "carga eléctrica" y "descarga eléctrica"; porque, después de todo, se han medido cantidades de energía eléctrica en las contracciones musculares y en los llamados "peces eléctricos". ¿Y acaso no se han llegado a medir ondas eléctricas en el cerebro? En mis experimentos bioeléctricos (1934-36) registré los cambios de potencial que se producen en el placer y en la ansiedad.

2. El postulado de una energía biológica específica

¿Son la energía biológica específica y la electricidad una misma cosa? No podemos conformarnos con una respuesta demasiado simple. No cabe duda

de que sería muy cómodo expresar el funcionamiento del organismo en conceptos físicos muy familiares. De esa manera, el organismo se nos aparecería como una "máquina eléctrica particularmente compleja". Sería muy fácil y muy práctico explicar la reacción de los reumáticos a los cambios climáticos señalando que su "electricidad corporal" está sujeta a la influencia de las cargas "eléctricas" de la atmósfera. Se ha intentado también aplicar las leyes del magnetismo del hierro a los organismos vivientes. ¿Acaso no se dice que uno experimenta el "magnetismo" de la persona amada, o que uno está "electrizado" de excitación? Muy pronto nos convenceremos de que estas analogías tienen una base errónea. En publicaciones anteriores yo hablaba de "bioelectricidad", utilizando la terminología habitual. Es indudable que el organismo contiene electricidad, en forma de partículas coloidales cargadas eléctricamente y de iones. Toda la química coloidal opera con ella; otro tanto ocurre con la fisiología neuromuscular. Por medio de aplicaciones de corriente eléctrica pueden provocarse contracciones musculares. Al peinarse, suelen surgir chispas "eléctricas" del cabello.

Y sin embargo: *hay una serie de fenómenos que no coinciden de ninguna manera con la teoría de la energía electromagnética.*

En primer lugar están los efectos del "magnetismo" corporal. Muchos médicos y terapeutas legos hacen uso práctico de estas fuerzas magnéticas. Pero nosotros no podemos convencernos de que esas fuerzas magnéticas que conocemos surjan de una sustancia orgánica coloidal, no metálica. En las páginas que siguen aportaremos pruebas experimentales de que la energía del organismo viviente no es lo mismo que el electromagnetismo.

El cuerpo experimenta los efectos eléctricos de una corriente galvánica como algo extraño, "inorgánico". La energía eléctrica -incluso en cantidades mínimas- siempre provoca trastornos en nuestro funcionamiento normal. Los músculos, por ejemplo, se contraen de manera antinatural, inadecuada, "sin sentido". Jamás se ha visto que una carga eléctrica aplicada al cuerpo produzca movimientos que guarden el más remoto parecido con los movimientos normales de sistemas musculares enteros, o de grupos funcionales de músculos. La corriente eléctrica genera un movimiento en el cual faltan las características esenciales de la energía biológica: el movimiento de *un grupo de órganos en forma coordinada y con un sentido funcional*. Los trastornos del funcionamiento biológico provocados por una corriente eléctrica poseen, en cambio, el carácter de la energía eléctrica: son rápidos, bruscos, angulares, como los movimientos que se observan en un oscilógrafo cuando se frota un electrodo contra un metal (cf. *Die Funktion des Organismus*, Colonia, 1969).

En un preparado neuromuscular, el estímulo eléctrico no se manifiesta

directamente en el movimiento; de lo contrario, los músculos lisos deberían contraerse con la misma velocidad que los estriados. La contracción del músculo liso sigue el ritmo lento y ondulatorio que le es característico. De modo que entre el impulso eléctrico y la acción muscular se interpone un "algo" desconocido que sólo es activado por la corriente eléctrica y se manifiesta como movimiento acompañado por una corriente de acción. Pero ese "algo" en sí no es electricidad.

Nuestras sensaciones orgánicas nos demuestran con toda claridad que las emociones (que indudablemente son manifestaciones de nuestra energía biológica) difieren por completo de las sensaciones experimentadas como resultado de una descarga eléctrica. Nuestros órganos sensoriales no son capaces de registrar las ondas electromagnéticas que colman la atmósfera. No experimentamos nada en la proximidad de una emisora radial. Un receptor de radio reacciona en las proximidades de un cable de alta tensión; nosotros no. Si nuestra energía vital estuviera constituida por electricidad, sería incomprensible que sólo la longitud de ondas de la luz visible sea accesible al ojo, y que por lo demás seamos insensibles cuando nuestras sensaciones orgánicas son expresión de nuestra energía vital. No percibimos ni los electrones de un aparato de rayos X, ni las radiaciones del radium. La energía eléctrica no es capaz de proporcionar-nos una carga biológica. Por eso ha resultado hasta ahora imposible determinar la potencia de las vitaminas por medio de mediciones eléctricas, aun cuando es indudable que éstas contienen energía biológica. Y así podríamos seguir enumerando ejemplos en forma indefinida. Otro de los problemas es cómo se las arregla nuestro organismo para no ser destruido por los infinitos campos electromagnéticos que lo rodean.

Si bien es cierto que los voltímetros sensibles reaccionan al tacto de un organismo vivo, las magnitudes de esta reacción son tan ínfimas, comparadas con la cantidad de energía producida por nuestro organismo, que no parece existir relación alguna.

Todas éstas son contradicciones muy importantes que no pueden resolverse dentro del marco de las formas de energía conocidas hasta ahora. La biología y la filosofía de la Naturaleza las tenían en cuenta desde hace ya mucho tiempo. Se ha procurado superar esta brecha mediante conceptos destinados a hacer comprensibles las funciones específicas de la vida. La mayoría de estos intentos fueron comprendidos por los vitalistas que se oponían al materialismo mecanicista. Driesch procuró contribuir al esclarecimiento de la situación con su idea de "entelequia", fuerza vital inmanente a toda materia viviente, que gobernaba la vida. Pero como esa fuerza no era mensurable ni tangible, tal idea acabó siendo una contribución

a la metafísica. El *élan vital* de Bergson también procuraba tener en cuenta la incompatibilidad entre las formas conocidas de energía y las funciones vitales. Su *force créatrice* representa una explosiva función de la materia, que se manifiesta con particular claridad en la materia viva. La hipótesis de Bergson estaba dirigida contra el materialismo mecanicista, pero también contra el finalismo teológico. Desde el punto de vista teórico, captaba bien el carácter básicamente funcional del proceso de la vida, pero carecía de fundamento empírico. La fuerza en cuestión no era mensurable, tangible ni controlable.

El célebre fisiólogo alemán Pflüger presumió la existencia de una relación entre la energía vital y el fuego, sobre la base de la función del cianuro. Su suposición era correcta. Destacados biólogos -como el vienés Kammerer- se mostraron convencidos de la existencia de una *energía biológica específica*, sin relación directa con la electricidad, el magnetismo, etc.

Si he de señalar, finalmente, lo que a mí me parece más probable declararé -sobrepasando los límites de lo permisible al sentar un credo científico no demostrado y, por el momento, indemostrable- que creo en la existencia de una *¡fuerza vital específica!*. En una palabra, una energía que no es calor, ni electricidad, ni magnetismo, ni movimiento (incluyendo la oscilación y la radiación), como-tampoco energía química, ni un mosaico de todas ellas, sino una energía que corresponde específicamente a todos esos procesos naturales que denominamos 'vida'. Eso no significa que sólo esté presente en los cuerpos naturales que nosotros llamamos 'seres vivientes'; también lo está, por lo menos, en el proceso formativo de los cristales. Por esa razón, y para evitar malentendidos, sería mejor denominarla 'energía formativa' en lugar de 'energía vital'. No posee propiedades suprafísicas, a pesar de que no tiene nada en común con las energías físicas conocidas. No se trata de una misteriosa '*entelequia*' (Aristóteles, Driesch), sino de una auténtica '*energía*' natural; sólo que, así como la energía eléctrica está vinculada con fenómenos eléctricos y la energía química con transformaciones químicas, esta 'energía formativa' está vinculada con los fenómenos de la vida y con la gestación y cambio de las formas. Está sujeta, sobre todo, a la ley de la conservación de la energía y puede convertirse en otras formas de energía, así como, por ejemplo, el calor puede convertirse en energía cinética y viceversa. (P. Kammerer, *Allgemeine Biologie*, p. 8.)

Kammerer había tropezado con el problema de una "fuerza vital" formativa en el curso de sus experiencias sobre la herencia de los caracteres adquiridos en las salamandras. Las "sustancias hereditarias" y los "genes" postulados por los teóricos de la herencia confundían la comprensión de los procesos vivientes y parecían haber sido concebidos sólo para bloquear todo acceso a éstos. Eran teorías comparables con una pirámide invertida, una verdadera masa de afirmaciones hipotéticas que se balanceaba sobre la base mínima de un contado número de hechos dudosos. Recuérdense, por ejemplo,

las conclusiones anticientíficas, injustificadas y moralizantes que se sacaron del célebre estudio de la "familia Kalikak". Al leer las hipótesis sobre la herencia, siempre se tiene la impresión de que hay en ellas más fanatismos pseudo éticos que ciencia. El proceso de la vida queda asfixiado por una montaña de hipótesis mecanicistas. Esas teorías acabaron por desembocar en la perniciosa teoría racial de Hitler.

En la obra de los vitalistas, la fuerza vital se convirtió en un vago espectro; en la de los mecanicistas, en una máquina inanimada. Los bacteriólogos postularon la existencia de un germen especial -nunca visto-"en el aire". En la segunda mitad del siglo XIX, Pouchet se dedicó a la agotadora tarea de poner a prueba la exactitud de la teoría de los gérmenes del aire. Pasteur demostró en forma experimental que los líquidos llevados a cierta temperatura no contenían gérmenes, Si se encontraba algún organismo viviente, lo atribuía a la contaminación del aire. Friedrich Albert Lange, en su *Geschichte des Materialismus*, critica las conclusiones de Pasteur y cita los experimentos de Pouchet. Pouchet hizo pasar cientos de metros cúbicos de aire por agua y examinó el agua. Inventó un instrumento para su propio uso, que impulsaba aire contra unas planchas de vidrio sobre las cuales quedaban adheridas partículas de polvo. Luego analizaba el polvo así recogido. Efectuó estos experimentos en los glaciares de los Pirineos, en las catacumbas de Tebas, en el campo y en alta mar, en Egipto y en la torre más alta de la catedral de Ruán. Si bien dio con todo tipo de cosas, sólo muy de tanto en tanto encontró algún esporo de hongo y, en casos más excepcionales aún, un infusorio muerto. La refutación de Pasteur a las primitivas teorías de la generación espontánea fue mal entendida. Pesaba una verdadera prohibición sobre toda indagación relativa al origen de los *primeros* gérmenes de la vida. Para no entrar en conflicto con la doctrina de la "creación divina", se apeló a la idea de una sustancia plasmática que descendió a nuestro planeta desde el espacio exterior.

Ninguna de estas escuelas logró penetrar en los problemas funcionales de la vida ni encontrar un nexo con la física experimental. El proceso de la vida aparecía como un misterio insondable, intangible, reservado a la divina providencia, en medio del vasto campo de las ciencias naturales experimentales.

Y sin embargo, cada planta que brotaba, cada embrión que se desarrollaba, el movimiento espontáneo de los músculos y la productividad de todo organismo biológico demostraba diariamente la existencia de incalculables energías que gobernaban el trabajo de la sustancia viviente. *La "energía" es la capacidad de trabajo*. Ninguna de las formas de energía conocidas puede competir con la capacidad de trabajo de la totalidad de los organismos

vivientes en nuestro planeta. Las energías que realizan este trabajo deben tener su origen en *la materia no viviente*. Pero eso ha sido ignorado por la ciencia desde hace milenios.

¿Qué impedía a los seres humanos comprender esta energía? Con el descubrimiento de la función de la represión sexual, hecho por Freud, se abrió la primera brecha en el muro que nos separaba de, la comprensión del proceso de la vida. Primero fue necesario entender las manifestaciones del inconsciente y de la vida sexual reprimida. El segundo paso importante consistió en la corrección de la teoría freudiana del inconsciente: la represión de la vida instintiva no es natural; más bien es un resultado patológico de la supresión de los instintos naturales, sobre todo de la sexualidad genital. Un organismo que emplea la mayor parte de su energía en ocultar dentro de sí mismo el proceso natural de la vida, no puede estar en condiciones de comprender el proceso de la vida fuera de él. *La manifestación central de la vida es la función sexual genital*. A ella le debe su existencia y perduración. Una sociedad de seres vivos que ha proscrito y ha relegado al inconsciente la manifestación esencial de esa función no puede manejar las funciones vitales en forma racional y éstas aparecen como manifestaciones distorsionadas en la pornografía. Sólo los místicos mantuvieron siempre contacto -en un plano muy distante de la intelección científica- con el proceso de la vida. Y como el proceso de la vida se había convertido en dominio de la mística, las ciencias naturales serias se mantuvieron alejadas de él. En la literatura biológica y fisiológica, no se encuentra el menor atisbo de comprensión del movimiento autónomo, tal como, por ejemplo, se manifiesta en el gusano. Ese movimiento recuerda demasiado los despreciados actos sexuales del reino animal. De esa manera, la mística y la biología mecanicista quedaron enfrentadas. Y, sin embargo, la fuerza del sentimiento religioso en sí revelaba la existencia de un *algo* poderoso que los hombres sentían, pero que no podían definir con palabras ni controlar. También la religión había mistificado el proceso de la vida.

El problema sólo entraría en el terreno de las ciencias naturales cuando se postulara la existencia de una función energética mensurable y controlable, que hiciera comprensible la función básica de lo vivo y no entrara en conflicto con la física.

Se deduce que esa energía biológica específica debería reunir las siguientes propiedades:

1. Debería ser fundamentalmente distinta de la energía electromagnética y, sin embargo, tener relación con ella.
2. Debería existir -al margen de los organismos vivos- en la Naturaleza

no viviente, si nos atenemos al principio según el cual la materia orgánica tiene su origen en la inorgánica.

3. Debería dilucidar de manera satisfactoria la relación entre los seres vivientes y la Naturaleza no viviente (respiración, orgasmo, nutrición, etc.)

4. A diferencia de la electricidad galvánica, debería funcionar en la *substancia orgánica, no conductora de la electricidad*, y en los tejidos animales.

5. Su función no podría limitarse a células nerviosas aisladas o a grupos de células, sino que debería penetrar y gobernar todo el organismo.

6. Debería explicar con simplicidad la función pulsatoria básica (*contracción y expansión*) de la vida, tal cual se manifiesta en la respiración y en el orgasmo.

7. Debería manifestarse de manera comprensible en la producción de calor, que es una característica de la mayoría de los organismos vivientes.

8. Debería poder aclarar definitivamente la función sexual, es decir que debería explicar la atracción sexual.

9. Su naturaleza nos revelaría por qué los organismos vivientes no han desarrollado un órgano sensible al electromagnetismo.

10. Debería contribuir a la comprensión de la diferencia entre proteína viva y proteína muerta, y explicar qué se incorpora a la proteína -tan compleja desde el punto de vista químico- para darle *vida*. Debería tener la propiedad de *cargar* a la materia viviente y por lo tanto su efecto debería ser *positivo para la vida*.

11. Debería revelarnos los procesos que llevan a la simetría en el desarrollo de las formas, y cuál es la auténtica función de dicho desarrollo.

12. Finalmente, nos explicaría por qué la materia viviente sólo existe en la superficie de la Tierra.

Con la enumeración de estos problemas sólo se pretende fijar el marco necesario dentro del cual ha de desarrollarse cualquier discusión sobre biofísica o biogénesis.

II LAS VESÍCULAS DE ENERGÍA ORGÓNICA (BIONES) Y LA ORGANIZACIÓN NATURAL DE LOS PROTOZOARIOS

Base experimental para entender la biopatía del cáncer

El orgón fue descubierto en un cultivo de biones. Por eso, debemos comenzar por exponer los fenómenos orgonóticos, que representan la transición entre la materia no viviente y la viviente.

Dada la relación funcional existente entre los biones y la energía del orgón atmosférico, es importante que la exposición del descubrimiento del orgón en sí vaya precedida por un análisis de las funciones del orgón en la materia bionosa.

Es difícil precisar la fecha del descubrimiento del orgón. Ya en 1936-1939 se habían observado las funciones orgonóticas de la atracción, la penetración, la pulsación y la luminación y se las había investigado en diversos preparados biónicos. Sin embargo, por entonces yo ni sospechaba que me encontraba ante manifestaciones de una energía biológica específica. Los experimentos con cultivos de biones llevaron al descubrimiento de la energía orgónica en biones SAPA, en el transcurso de enero de 1939, y en la atmósfera, en el transcurso de julio de 1940. Sólo después de trabajar con las funciones puramente físicas de la energía orgónica (1939-1942), comprendí las observaciones que venía practicando desde 1936 en los biones y cultivos de biones. El enfoque de mi libro *Die Bione* (1938) se ajusta aún a los conceptos tradicionales de la bacteriología y la biología. El ulterior conocimiento de las funciones del orgón me obligó a corregir gran parte de lo expuesto. Por ejemplo, los cultivos de cocos y de bacilos derivados de los biones no representan una etapa avanzada en el desarrollo de los biones hacia la vida plena sino todo lo contrario: se trata de una degeneración de los biones hacia una forma biológicamente estéril, incapaz de evolucionar. La evolución normal de los biones pasa por su organización en protozoarios.

Los estafilococos, los estreptococos, los bacilos T y las bacterias de la putrefacción son resultados de una degeneración del plasma orgonótico viviente.

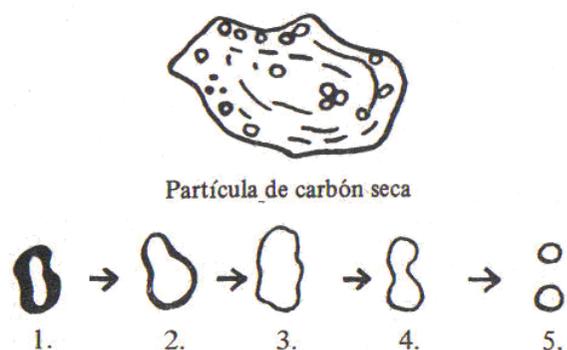
La exposición que sigue, acerca de los experimentos con biones, está basada en el conocimiento del orgón atmosférico y, por consiguiente, su enfoque ya no es biológico, sino funcional y se fundamenta en principios energéticos. Los errores y las posteriores correcciones son inevitables cuando se trabaja en un terreno inexplorado.

Los términos "bion" y "vesícula energética" designan a una misma formación microscópicamente visible en funcionamiento. El término "bion" significa que las vesículas dentro de las cuales toda materia expandida se descompone son formaciones de transición entre lo no viviente y lo viviente. El bion es la unidad funcional elemental de toda materia viviente. Al mismo tiempo es portadora de un quantum de energía orgónica y, como tal, funciona de una manera específicamente biológica. Es una unidad energética, compuesta por una membrana, un contenido líquido y un quantum de orgón, comprendido en éste. En una palabra, es una "vesícula de energía orgónica". Quisiera ahora resumir las observaciones y ensayos que justificaron estas conclusiones tan pretenciosas.

1. Desintegración vesicular de la materia expandida (biones Pa)

El carbono es la sustancia básica que, combinada con oxígeno, nitrógeno, hidrógeno y agua, constituye el punto de partida de innumerables compuestos orgánicos y también de la materia viva. Dejemos de lado ahora las reacciones químicas bien conocidas y limitémonos a observar una partícula de carbono bajo un microscopio equipado con una lente apocromática. Todos los estudios fueron practicados con buenos microscopios Reichert ("microscopios Z"), que posibilitan una ampliación de hasta 5000 veces. Los procesos biológicos más finos, como la expansión y la contracción, la vibración y la formación de un puente radiante, sólo pueden observarse con más de 2000 aumentos, preferentemente con 4000. Lo que interesa no es la resolución de los detalles estructurales más finos, sino la visualización del movimiento. Para ello podemos emplear carbono obtenido de la sangre cargada de anhídrido carbónico (en mis ensayos se utilizó el de la firma Merck) o de hollín común. El origen del carbón utilizado para el experimento carece de importancia, puesto que el proceso de combustión convierte todos los componentes orgánicos en carbón.

En primer lugar observamos la partícula de carbono en seco, con una ampliación de unas 300 veces. Vemos un cuerpo negro, irregular, que permanece inmóvil. En el campo oscuro observamos una estructura, en su mayor parte estriada, en la cual aparecen formaciones vesiculares. En los límites entre las estrías y en las minúsculas vesículas ovaladas, la luz se refracta con intensidad.



1. Pared gruesa de carbono, no elástica.
2. Aumento del contenido líquido, tumefacción.
3. Membrana más fina, elástica; el interior, azul, vibrante.
4. Bion de carbón en proceso de estrangulamiento.
5. División en dos biones.

Figura 1. Evolución de un bion de carbón.

Disponemos el microscopio para un aumento de aproximadamente 2000x (objetivo 80x, ocular 16x y tubo binocular inclinado, lo cual aumenta en un 50% el aumento) Ahora vemos la estructura estriada y vesicular con mayor claridad. No se advierte el más leve movimiento.

Añadimos una gota de agua común y volvemos a observar, primero con 300x, luego con 2000x de aumento. En esencia, nada ha variado. Seguimos sin percibir movimiento. Sólo de tanto en tanto se desplaza una partícula redonda e irregular. Su tamaño pocas veces supera el micrón de diámetro. En términos generales, el campo está "muerto". No vemos contracciones ni expansiones.

Con ayuda de una espátula, añadimos una pizca de carbón pulverizado al agua contenida en un tubo de ensayo. Parte del polvo se precipita; otra parte

queda flotando en la superficie. El agua en sí se mantiene clara; no se ha formado una solución coloidal. El preparado es *no* estéril. Diariamente recogemos una gota del líquido y lo observamos al microscopio. Queremos comprobar si se produce alguna transformación en el carbono y cuál es esa transformación. Sólo después de transcurridas algunas semanas establecemos que se ha producido una modificación. Las partículas esféricas que se mueven débilmente por el campo son ahora algo más numerosas. Las partículas de carbono de mayor tamaño muestran, en el campo oscuro, un progreso muy lento del número de formaciones esféricas contenidas en ellas. Pero el cuadro general es de ausencia de vida. Transcurren meses sin que el panorama varíe mucho. Nos llama la atención la ausencia de las habituales bacterias del aire. (Por supuesto, los tubos de ensayo han sido taponados con algodón) Microscópicamente, el líquido sigue sin mostrar modificaciones. Continúa siendo claro.

Este es nuestro ensayo de control. El experimento para *producir biones de carbón* es el siguiente.

A partir de este momento aplicamos procedimientos estrictamente estériles. Todos los líquidos se llevan a 1200C en la autoclave; todas las sustancias secas y los instrumentos se esterilizan, en seco, a 1800.

Cargamos tubos de vidrio con 50% de caldo y 50% de solución de KCl 0,1 normal y se los esteriliza en autoclave. Luego calentamos sobre la llama una pequeña porción de polvo de carbón en la punta de la espátula, hasta llevarlo a la incandescencia. Mientras aún está incandescente, sumergimos el carbono en el líquido estéril. Este se tiñe inmediatamente de negro y sólo las partículas pesadas del carbón precipitan en el fondo. Las partículas más livianas quedan flotando en la superficie. Se ha formado una *solución coloidal*, a diferencia de lo que ocurría con el preparado de control. En el transcurso de media hora, el negro pasa a ser gris. La solución sigue siendo coloidal durante varios días (3-6), luego se aclara. Todas las partículas han precipitado.

Una vez completada la preparación, recogemos -por medio de métodos estériles- una gota y la observamos en el microscopio, primero con un aumento de 300x en campo claro y oscuro, luego con 2000-3000x de aumento. El cuadro que se nos ofrece difiere por completo del que vimos en el preparado de control.

Hay un predominio de la estructura vesicular en las diferentes partículas de carbón. Si proseguimos la observación vemos que, del borde de las partículas más grandes, se desprenden pequeñas vesículas de alrededor de un micrón de diámetro y que éstas se mueven libremente en el líquido. Cuando la preparación es exitosa, observamos movimiento en los márgenes de las

partículas: extensión, contracción, vibración, etc. Y aun las partículas más pequeñas, las que están en movimiento, se transforman ante nuestros propios ojos por así decirlo; si las observamos duran bastante tiempo. Al comienzo parecen "duras", la membrana es negra y gruesa. En el interior distinguimos, cada vez con mayor claridad, un resplandor *azul* o *azul verdoso*. Las vesículas se vuelven más turgentes y en su interior aumenta el movimiento. En algunas vesículas se observa una vibración ondulatoria. Cuanto más se afina la membrana, tanto más intenso se vuelve el azul y tanto más elásticos se vuelven los movimientos. Muy pronto -ese mismo día o al día siguiente- observaremos con toda nitidez *movimientos de expansión y de contracción*. Nadie que haya estudiado estos preparados durante bastante tiempo dudará del carácter viviente de dichos movimientos. Distinguiremos entre los movimientos de traslación de la vesícula *de un lugar a otro*, y los movimientos *internos* del contenido de la vesícula: desplazamientos del azul, de la claridad, protrusiones y retracciones. *Las vesículas laten con un ritmo irregular*.

Hacemos pasar una corriente galvánica de alrededor de 0,2-0,5 Ma por el preparado. Las vesículas se desplazan en dirección al cátodo, de modo que tienen una carga eléctrica positiva. Después de varios días, cuando las partículas ya no están en suspensión coloidal, los fenómenos cataforéticos se debilitan y desaparecen. De modo que la carga de las vesículas parece ser requisito indispensable para la suspensión coloidal y para la motilidad, como ya lo supusiera Pauli. Además es el requisito para la capacidad de constituir un cultivo (cf. *Die Bione*, pp. 54 y ss.).

Intentamos ahora una reacción biológica al colorante, y para ello utilizamos Gram o fucsina fenicada. Como control, coloreamos simple polvo de carbón. El carbón no preparado no admite una tinción biológica. Las partículas continúan siendo negras. Los *biones de carbón*, en cambio, evidencian una reacción *positiva* a "la tinción (*azul*, cuando se utiliza Gram). También puede observarse que sólo aquellas partículas que han alcanzado un determinado grado de evolución bionosa (membrana fina, aumento del líquido y azul en el interior) tienen reacción positiva a la tinción, mientras que las partículas no evolucionadas se mantienen neutras como el preparado de control.

Al observar la preparación coloreada con un aumento de 3000x e inmersión en aceite, comprobamos que la mayoría de las vesículas azules son ahora esféricas, mientras que antes mostraban las formas más diversas. Pero hay un nuevo fenómeno que nos llama particularmente la atención: además de las vesículas de cerca de un micrón de diámetro, vemos unos *corpúsculos rojos* que no resultaban visibles con un aumento de 300x. Los más pequeños están en el límite de lo visible con microscopio, es decir alrededor de

0,2 micrones de longitud. Están agrupados en torno a las grandes vesículas redondas y azules y a los cristales no coloreados. Son alargados y uno de sus extremos es puntiagudo: parecen minúsculas lancetas. No los habíamos visto en el preparado fresco, pero podemos verlos vivos en otros preparados de biones de carbón (cf, Fig. 26, Apéndice).

Estos corpúsculos gram-negativos son de enorme importancia, como pudo comprobarse después de largas experiencias. Se trata de los así llamados "bacilos T", que desempeñan un papel tan crucial en el cáncer. Más adelante volveremos sobre este tema.

Nuestra conclusión es que los biones son formas biológicamente activas porque, a diferencia de la sustancia en la cual han tenido origen, reaccionan a la coloración biológica.

Hay otra reacción específicamente biológica de los biones: las sustancias no vivientes, vistas en el microscopio fluorescente, siempre muestran sólo su propio color característico: *negro*, carbón, *amarillo*, cloruro de sodio, etc. Los biones de carbón vistos con microscopio fluorescente no muestran un resplandor negro, sino *azul*, de la misma manera que un cultivo de estafilococos o un tejido celular orgánico. Esta es una prueba más del carácter biológico de los biones de carbón.

Antes de proceder a investigar otras propiedades de las vesículas energéticas, debemos establecer si las vesículas azules se forman solamente en el carbón, o si también aparecen en otras sustancias. Si se las encontrara sólo en el carbón, no sería difícil hallar la respuesta al interrogante fundamental acerca de la naturaleza de la energía biológica en la materia no viviente. Pero el problema se vuelve más complejo, pues mientras mayor es el número de sustancias que examinamos y sometemos a expansión, tanto más se confirma la siguiente conclusión: *Toda materia calentada hasta la incandescencia Y expandida está constituida por vesículas de un resplandor azulado o se desintegra en vesículas de esa naturaleza.*

1. *Alimentos cocidos*: el músculo sometido a hervor pierde en gran parte su estructura estriada y está constituido por vesículas azules, móviles. Lo mismo ocurre con la verdura de todo tipo. El tamaño y la forma de las vesículas puede variar, pero el contenido muestra siempre un resplandor azul.

2. *Yema de huevo*: está constituida por vesículas azules individuales, aunque también pueden aparecer en acúmulos, rodeadas por una membrana. Aparte de los *glóbulos de grasa*, la leche contiene biones azules. Lo mismo puede decirse de los quesos, sobre todo de las variedades obtenidas por la acción de bacterias, como el kéfir, el yogurt, el roquefort, etc. La presencia de los biones azules también es muy destacada en la caseína de todo tipo.

Las *vitaminas* consisten -observadas con un aumento de 2000x-en vesículas irregulares color azul, que refractan intensamente la luz. La clara de huevo cruda carece de estructura. Cuando se la somete a hervor, se constituyen acúmulos de vesículas azules. El comportamiento del *suero sanguíneo* es muy similar. Las plaquetas sanguíneas, los glóbulos blancos y los rojos muestran un intenso resplandor azul.

El *musgo* y la *hierba* presentan una estructura similar a la del músculo animal: estriada, sin corpúsculos. La hierba o el musgo hervidos se descomponen en vesículas azules. Al observarlos semejan algas. Por eso, cabe preguntarse si las algas que se encuentran en los charcos no son lo mismo que nuestros biones, es decir, vesículas energéticas de materia en desintegración. En agua estancada pululan las vesículas azules, que sirven de alimento a los protozoarios. Los experimentos con biones brindan una sorprendente respuesta a ese interrogante, que ya estudiaremos en detalle dentro de otro contexto.

Procuramos descubrir algo más acerca de la formación de biones. Mezclamos determinadas sustancias sin estructura en un orden determinado. Para comenzar preparamos las siguientes soluciones: a) 100 cm³ de agua + 50 cm³ de KCl 0,1 n + 2 mg de gelatina disuelta +50 cm³ de caldo filtrado; b) unas gotas de clara de huevo en KCl; un poco de lecitina fresca en KCl. Estas soluciones no muestran estructura. Sólo la mezcla de lecitina presentó membranas que encerraban un espacio sin estructura interna. Ahora mezclamos los tres grupos de sustancias. Al cabo de pocos minutos presenciamos en el microscopio la aparición de las vesículas azules. Antes no se había advertido el menor movimiento; ahora, las formaciones vivientes pululan en la solución. La gelatina reúne varias vesículas azules en un acúmulo, que se contrae y expande. Es como si las diferentes vesículas contenidas procuraran moverse en diferentes direcciones creando así un movimiento interno. En general, pueden distinguirse cuatro tipos de movimiento (ver. Fig. 2).

Si ahora añadimos carbón animal finamente pulverizado, podremos estudiar la aparición de biones de carbón muy móviles. Presenciamos cómo el carbono absorbe el líquido que contiene clara de huevo. Los tubos de lecitina, antes vacíos, se colman de vesículas azules. En todo eso bulle la "vida". Esterilizamos la mezcla en autoclave. El movimiento se vuelve más intenso aún. Ahora han aparecido los bacilos T. La reacción a la tinción biológica (fucsina fenicada, Giemsa o Gram) es ahora positiva. En enero de 1937 comuniqué los resultados de mi experimento -el número 6- a la Academia de Ciencias de París.

En enero de 1938 recibí noticias del profesor Lapique, quien me informaba que -después de un año- la preparación sometida a la autoclave aún mostraba movimientos vivos y aún contenía formas contráctiles.

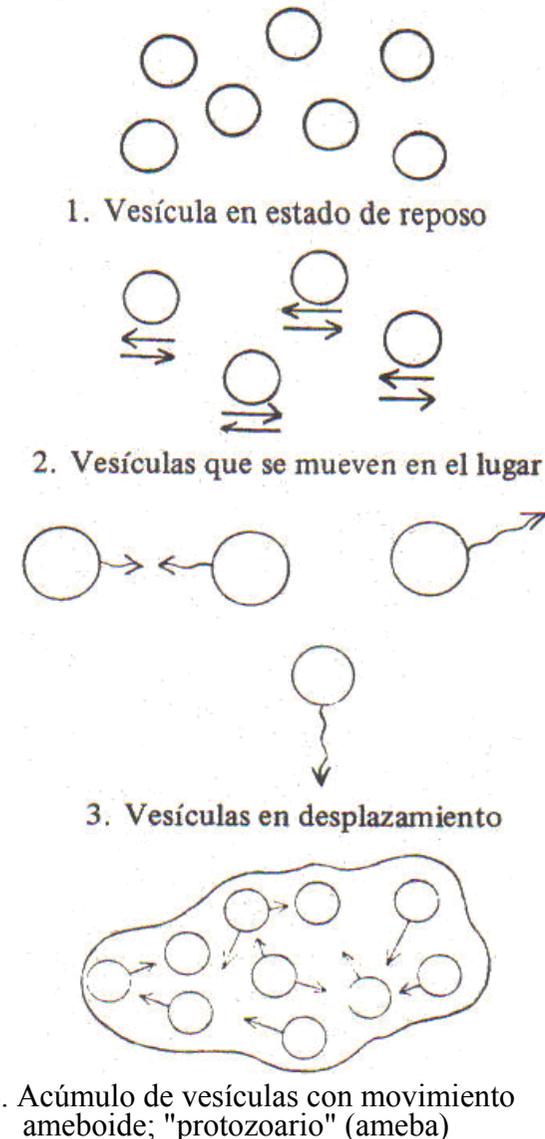


Figura 2. Formas de movimiento visible en los biones.

Lo más sorprendente es que el preparado estéril había sido sellado para evitar todo contacto con el aire. La nota del profesor Lapique dice así:

Université de Paris
Faculté des Sciences
LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE GENERALE
1, Rue Victor-Cousin (5e. Arr.)

Sorbonne, le 25 Janvier 1938

Monsieur le Docteur.

Chargé par l'Académie d'étudier votre communication du 8 Janvier de l'année dernière, j'ai d'abord attendu le film que vous annoncez. Puis, ne le recevant pas, j'ai examiné au microscope les échantillons que vous aviez joints à votre premier envoi. J'ai constaté, en effet, les mouvements d'apparence vitale que vous annoncez. Il y a quelque chose de curieux, en raison du long délai depuis la préparation.

Je suis disposé à proposer à l'Académie de publier brièvement votre constatation en la faisant suivre d'une courte note de moi-même, confirmant le fait avec une interprétation physico-chimique n'engageant que moi. Laisant de côté votre théorie électrique qui n'a rien à faire avec l'expérience, voulez-vous accepter que votre communication soit insérée simplement sous forme de l'extrait ci-joint qui, en réalité, est un résumé de la partie importante? Il me semble qu'ainsi vous recevriez satisfaction pour votre désir de voir vos recherches prendre place dans nos Comptes-Rendus.

Veillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma, considération distinguée.

(Fdo.) Dr. Louis Lapique
Professeur honoraire à la Sorbonne
Membre de l'Académie des Sciences

Traducción:

Sorbona, 25 de enero de 1938

De mi consideración:

Encargado por la Academia de estudiar su comunicación de fecha 8 de enero del año pasado, no emprendí nada en espera de la llegada del film que usted anunciaba. Pero al no recibirlo, decidí examinar microscópicamente las muestras que usted había añadido a su comunicación inicial. He podido comprobar, en efecto, los movimientos

de apariencia vital que usted describe. El hecho en sí es curioso, dado el tiempo transcurrido desde la preparación.

Quisiera proponer a la Academia la publicación de sus descubrimientos, en síntesis, junto con una breve nota mía en la que yo confirmaría el hecho y ofrecería una interpretación físico-química desde mi propio punto de vista. Dejando de lado su teoría eléctrica que nada tiene que ver con el experimento, ¿aceptaría usted que su comunicación fuera publicada simplemente en forma de extracto, como el adjunto, que en realidad es un resumen de la parte más importante? Considero que de esta manera cumpliríamos con su deseo de que la investigación quede registrada en nuestro boletín.

Saludo a usted con mi consideración más distinguida.

(Fdo.) Dr. Louis Lapique
Profesor honorario de la Sorbona
Miembro de la Academia de las Ciencias

Retiré mi consentimiento para la publicación en el Boletín de la Academia, por las siguientes razones:

1. La interpretación químico-física habría oscurecido el carácter *biológico* del experimento.

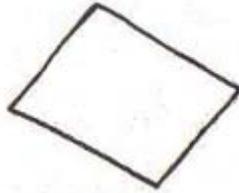
2. En el curso del año 1937 yo había producido cultivos de biones, confirmados experimentalmente por el profesor Du Teil, de Niza.¹ Este hecho, de importancia decisiva, *no* sería publicado.

3. El resumen propuesto para la publicación no reflejaba de ninguna manera el detallado informe que yo había enviado a la Academia. El resultado habrían sido malentendidos y experimentos de control fallidos.

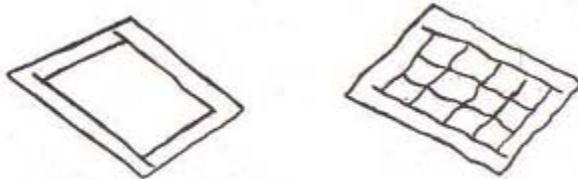
Entre las sustancias metálicas que más se prestan para nuestro experimento están las limaduras de hierro dulce. Pocos minutos después de haber introducido las limaduras estériles en nuestra solución estándar de caldo y KCl, comienzan a surgir minúsculas vesículas de las partículas de hierro. Este proceso puede seguirse en el microscopio. Se coloca una partícula de hierro en el portaobjetos y se le añade una pequeña cantidad de KCl. Al poco rato comienzan a surgir biones que, unos diez minutos después, dejan de moverse. Como diminutos imanes se han ordenado siguiendo líneas de fuerza magnética y se sostienen los unos a los otros (Figs. 27 y 28, Apéndice).

Una solución de biones de hierro se vuelve coloidal en el transcurso de pocos días. Las partículas están constituidas por vesículas energéticas de un

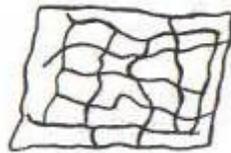
¹ El profesor Roger Du Teil dirigió experimentos de control de biones en la Universidad de Niza (N. del E.).



1. Forma angular, sobre campo oscuro, estructura vesicular con estrías



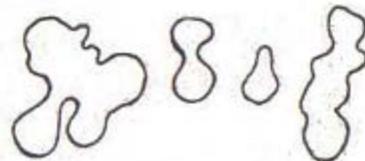
2. Aparición de estriado neto, con figuras típicamente rectangulares y romboidales



3. "Ablandamiento": la estructura estriada se curva



4. Etapa evolutiva avanzada en la formación de acúmulos de biones. El contenido entre las estructuras muestra un intenso resplandor azul. El conjunto ya comienza a mostrar movimiento.



5. Biones de limadura de con hierro del tipo PA. Móviles, contráctiles, resplandor azul, cultivables

Figura 3. Transformaciones experimentadas por la estructura de las limaduras de hierro durante el proceso de hinchazón en el caldo y KCl.

azul intenso, pesadas y angulosas, que se van haciendo cada vez más "blandas" y elásticas. Las vesículas azules pueden formar cultivos; este tema se expondrá más adelante.

El *humus* está compuesto por vesículas con un intenso resplandor azul, que por lo general son móviles. La tierra sometida a autoclave se descompone por completo en vesículas energéticas. La progresiva desintegración puede observarse diariamente con microscopio (Fig. 29, Apéndice). Estos experimentos son difíciles, exigen gran paciencia y constancia. No se pueden arrojar simplemente unas cuantas sustancias en el caldo de cultivo y esperar a que se desarrollen los biones, como hizo un biólogo que conozco. Tampoco se pueden practicar estas experiencias sin el debido conocimiento del proceso subyacente.

2. El problema del "movimiento browniano"

Antes de sacar conclusiones de las observaciones, debemos aclarar algunos problemas fundamentales.

Para rebatir la afirmación de que el movimiento de los biones se debía a fuerzas *bioenergéticas* específicas, se trajo a colación el "movimiento browniano". La física sabe desde hace mucho tiempo que las partículas coloidales más pequeñas están en movimiento, es decir que se desplazan por el campo en diversas direcciones. Estos movimientos incluso han sido calculados. Se los atribuye a colisiones entre las moléculas de la solución y las partículas coloidales más grandes.

Como vemos, esta interpretación es puramente *física y mecanicista*. Nada en ella es compatible con las manifestaciones de energía biológica que se advierten en las pulsaciones. ¿Podemos aplicar esta interpretación a los fenómenos observados en las vesículas energéticas bionosas? Una interpretación sólo adquiere validez cuando permite comprender nuevos fenómenos; carece de validez si entra en conflicto con las observaciones, y se torna inútil cuando contradice directamente las observaciones y puede ser reemplazada por otra interpretación que hace más comprensibles los fenómenos.

El "movimiento browniano" mecánico es defendido por los físicos como un dogma. Esta defensa se justifica cuando está dirigida contra alguna interpretación mística de los fenómenos de la vida. Pero la experiencia ha demostrado con igual claridad que la interpretación del "movimiento molecular" en sí tampoco está libre de motivos irracionales. De lo contrario, el físico que sólo ve en torno suyo movimientos brownianos, de naturaleza

puramente física, no se negaría de manera tan terminante a considerar algunos hechos que contradicen su interpretación en determinados casos. No creo que jamás llegue a convencer a *estos* físicos; pero sé que el callejón sin salida en que hoy se encuentra el enfoque puramente mecanicista, obligará algún día a la ciencia a prestar atención a nuevos hechos y argumentos.

Sin duda existen movimientos de las partículas más finas, que admiten una interpretación mecánica. Yo mismo creo, por ejemplo, que el movimiento del grupo de vesículas (cf. Fig. 2), cuyos elementos se balancean en el mismo lugar, no es de naturaleza biológica. No sé si son moléculas las que los impulsan en su balanceo, porque nunca he visto moléculas, así como tampoco las han visto los defensores del movimiento browniano, puramente mecánico.

En primer lugar, dejemos en claro lo defendido por la interpretación físico-mecánica. Puesto que ni las partículas ni las moléculas desaparecen jamás en la solución los impulsos moleculares lógicamente deberían actuar en forma indefinida y el movimiento de las partículas no debería cesar. Además, *todas* las partículas del mismo orden de magnitudes deberían estar en movimiento. Por último, en tales circunstancias, sólo debería existir un tipo de movimiento: el de traslación.

Las contracciones y expansiones del contenido de las partículas no pueden explicarse con ayuda de la interpretación mecánica. *¿Cómo es posible que el impulso de una molécula exterior provoque una vibración interna y hasta una expansión?* Más adelante nos familiarizaremos con otras propiedades de los biones que no admiten explicación en términos mecánicos.

Estas observaciones exigen como mínimo un aumento de 2000x. Es el mínimo indispensable. En realidad, para llegar a conclusiones correctas se requiere un aumento de 3000-4000x. También es necesaria la observación microscópica de un preparado *vivo*, antes de que éste sea destruido por la tinción biológica. El biólogo A. Fischer, de Copenhague, se mostró disgustado y hasta bastante hostil al no poder lograr un aumento superior a 1500x, como yo lo exigía para poder ver lo que yo le señalaba como un hecho. La coloración Giemsa de los biones practicada en su instituto en 1936, dio resultado positivo. Si se cumplen estos requisitos se manifiestan los siguientes fenómenos, que no pueden ser interpretados desde un punto de vista mecanicista:

1. Los movimientos se presentan unas veces y otras no. Se producen y luego cesan. Las vesículas aparecen en el margen de los cristales de carbón o de las partículas de musgo y muestran movimiento cuando se alcanza el grado suficiente de tensión y carga. Determinados preparados de biones no

muestran movimiento alguno. ¿Dónde están, en tales casos, los impulsos moleculares? ¡Las moléculas no se han ido y las partículas tampoco! Y la escuela mecanicista no postula un tercer factor en el origen de los movimientos. *Por lo tanto, el movimiento externo de la vesícula energética tiene que estar vinculado con su carga interna.*

2. *El movimiento interno* de algunos biones, su expansión, contracción, vibración y resplandor es un hecho que no puede explicarse como resultado de impulsos externos; sólo pueden atribuirse a desplazamientos *internos* de energía. *La motilidad interna tiene que estar también relacionada con la carga interna.*

3. El estudio de los biones incluye los glóbulos rojos vivos como vesículas orgonóticas. Son *azules* y laten, cuando se los observa con más de 2000 aumentos. Los glóbulos rojos muertos no son azules sino negros. Permanecen inmóviles y no laten.

El movimiento de los glóbulos rojos sólo puede provenir de su carga interna, no de impulsos externos. Con la desaparición del azul orgonótico, también desaparece la motilidad.

El problema fundamental de toda biología es el origen de los impulsos internos del organismo viviente. Nadie duda de que lo viviente se distingue de lo no viviente por el origen interno de los impulsos motores. El impulso motor interno sólo puede atribuirse a una *energía* que actúa *dentro* de los límites del organismo. El interrogante acerca del origen de esa energía recibe su respuesta a través del experimento con biones:

La energía biológicamente activa dentro del organismo, que genera los impulsos, proviene de la misma materia de la cual están compuestos los biones. He dado el nombre de "orgón" a la energía que observamos en la materia bionosa móvil. El término de orgón deriva de las palabras "organismo" y "orgástico". La expresión "orgonótico" abarca todos los fenómenos y procesos energéticos específicamente vinculados con la energía que gobierna la materia viviente. Todo organismo viviente es una estructura membranosa que contiene una cantidad de energía orgónica en sus humores; constituye un "sistema orgonótico".

La interpretación puramente físico-mecánica no aclara ninguna de las reacciones biológicas específicas. No hemos querido que nadie sospeche ni remotamente que pensamos en una fuerza vital sobrenatural, que trasciende la materia y la energía. Junto con eso reconocemos una relación entre las vesículas energéticas y la teoría *funcional* de Einstein sobre la materia y la energía. Hemos observado algunos procesos fundamentales que nos orientan acerca de la manera en que el orgón se libera de la materia.

Se trata de procesos específicos de desintegración de la materia y de expansión de las partículas en desintegración. *Estos procesos guardan la solución del enigma del funcionamiento vivó.* Las funciones objetivas esenciales de la energía biológica coinciden con las funciones esenciales de la materia viviente. Las funciones básicas de los organismos altamente desarrollados son las mismas que las del más mínimo fragmento de plasma contráctil. Aquí fracasa cualquier enfoque mecanicista o químico, pues no se trata de sustancias sino de *funciones* de la energía biológica. En este aspecto coincidimos con muchos biólogos. Uexküll, por ejemplo, escribe lo siguiente:

"La biología animal moderna debe su existencia a la introducción de la experimentación fisiológica en el estudio de los animales inferiores. Las esperanzas de que estas experiencias abrieran nuevos campos de investigación, alentadas por los fisiólogos, no se cumplieron. La descomposición de los fenómenos de la vida en procesos químicos y físicos no avanzó en lo más mínimo... para todos aquellos investigadores que ven el contenido esencial de la biología en el proceso mismo de la vida y no en su reducción a la química, la física y las matemáticas." (*Umwelt und Innenwelt der Tiere*, Springer, Berlín, 1921, p. 2.)

3. Los bacilos T

Al hablar del experimento con los biones de carbón, mencioné el descubrimiento -mediante la utilización de la tinción Gram- de minúsculos cuerpos lanceolados. Estos cuerpos recibieron el nombre de bacilos T (en alemán. *Todes bacilli* = bacilos de la muerte) debido a su doble conexión con el proceso de la muerte:

a) *Se forman por degeneración y descomposición pútrida de proteínas vivas y no vivas.*

b) *Los bacilos T, inyectados en fuertes dosis, pueden matar a una rata en el término de veinticuatro horas.*

Si se dejan estacionar durante un lapso bastante prolongado cultivos de estafilococos o bacterias de putrefacción (proteus B, etc.), en torno al cultivo se forma un borde *verdoso*, que contra la luz evidencia un resplandor *azulado*. Esta orla tiende a ampliarse. Al comienzo de la experiencia nos aseguramos de que el cultivo no contenía más que estafilococos. Transcurridas algunas semanas, o incluso meses, tomamos una muestra del

borde azul-verdoso y comprobamos que hay muy pocos cocos. En cambio pululan unos bacilos mucho más pequeños, que se desplazan con vivos movimientos zigzagueantes. Su longitud es de algo así como 0,2-0,5 micrones y, examinados con un aumento de por lo menos 2000x, su forma es ligeramente ovalada (véase Fig. 4-c). Inoculados en caldo producen un cultivo con un intenso resplandor azul-verdoso y un intenso olor ácido y amoniacal. Cuanto más tiempo se deja estar el cultivo en el caldo, tanto más denso se hace éste y tanto más se acentúa su coloración azul o azul-verdosa. Los cultivos de bacterias de putrefacción (proteus B, subtilis B y estafilococos) (véase Fig. 4-b) se aglutinan a los pocos días en el fondo del

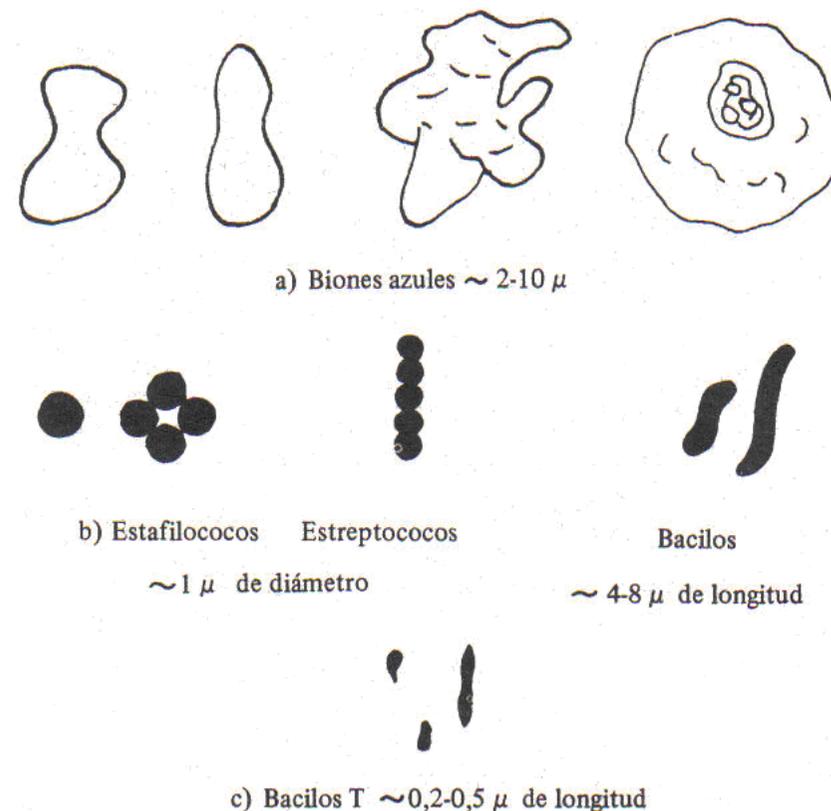


Figura 4. Formas típicas de biones azules, cocos negros, bacilos y bacilos T.

tubo de ensayo o constituyen una membrana en la superficie. Los cultivos de bacilos T, en cambio, sólo se aglutinan después de meses. Si se trata de un cultivo mixto, todos los demás bacilos se aglutinan rápidamente, mientras que los bacilos T continúan viviendo.

Los bacilos T pueden obtenerse por degeneración de todo tipo de sustancias proteicas. Hasta ahora se han cultivado bacilos T -idénticos en cuanto a forma y reacciones- a partir de quince fuentes distintas. *Por lo tanto, los bacilos T son el resultado de procesos degenerativos de putrefacción en los tejidos.* A continuación enumeraré algunas de las fuentes de bacilos T:

Sangre de enfermos de cáncer: a partir de la sangre de pacientes con cáncer muy avanzado pueden cultivarse bacilos T por simple inoculación en un caldo de cultivo. Esto se convirtió en una de las principales pruebas de cáncer en nuestro laboratorio.

Tejidos cancerosos: todo tejido canceroso, fresco o viejo, muestra bacilos T. visto en el microscopio y produce cultivos de éstos en caldo o en agar. Cuando se lo hierve, se desintegra casi por completo en corpúsculos T con la característica reacción roja a la tinción Gram.

Células y tejidos precancerosos: también éstos producen bacilos T, o sea que se desintegran en corpúsculos T o ya los contienen en estado de completo desarrollo. Los epitelios de la vagina, de la lengua, de la piel o del esputo por lo común no tienen estructura. En el estado precanceroso muestran corpúsculos T sumamente finos al examinarlos en campo oscuro.

Sangre en proceso de degeneración (experimento): se vuelca en una placa de Petri esterilizado 2 a 3 cm³ de sangre y se la deja secar durante 24 horas en una incubadora. Luego se espolvorea la sangre seca con carbón animal calentado hasta llegar a la incandescencia. Trascorridas otras 24 horas se añade suficiente cloruro de potasio y caldo hasta cubrir la sustancia. El examen microscópico y la reacción a la tinción biológica confirman inmediatamente la presencia de bacilos T.

Los bacilos T de cualquier origen generan excrecencias cancerosas, destructivas e infiltrantes en ratas sanas. Preferiría tratar por separado este aspecto del experimento con biones y restringirme aquí a las reacciones esenciales, de importancia biológica, vinculadas con el problema de la energía orgónica.

Los preparados de biones producen siempre dos tipos de biones: los biones PA azules, ya descritos, y los pequeños bacilos T negros. Estos dos tipos son antagónicos en el experimento biológico; *los biones PA pueden matar o inmovilizar a los bacilos T negros.* Este proceso se cumple tanto en la gota

sometida a estudio microscópico como en una rata con vida (Fig. 4).

Colocamos una gota de solución de biones de tierra, hierro o carbón en un portaobjetos cóncavo Y añadimos una gotita de un cultivo de bacilos T. Con un aumento de 400 x, en campo oscuro, y mejor de 2000x en campo claro, podremos ver que los bacilos se agitan en las proximidades de los biones azules y giran una y otra vez sobre sí mismos sin abandonar el lugar, luego se van deteniendo con movimiento trémulo, hasta que por fin permanecen inmóviles. A medida que pasa el tiempo se van acumulando cada vez más bacilos T en torno a los biones azules: se aglutinan. Los bacilos "muertos" parecen atraer a los vivos y ejercer una acción letal sobre ellos. Los experimentos con energía orgónica en materia de cáncer tuvieron su punto de partida en este significativo hecho.

Los bacilos subtilis o proteus, que son de cinco a ocho veces más grandes que los bacilos T, experimentan el mismo efecto. La acción letal de los biones azules puede observarse con mayor claridad en ellos. Al final, todo el campo queda cubierto de bacilos muertos.

Entre enero de 1937 y enero de 1939 se practicaron experimentos de inyección de biones PA y bacilos T en 178 ratas sanas. La tabla que sigue muestra los resultados.

Inyección	Número de ratas	Muertas en 8 días	Muertas en 15 meses	Enfermas a los 15 meses	Sanas a los 15 meses
Bacilos T	84	30	30	24	0
Biones PA luego bacilos T	45	0	9	-	36
Biones PA	39	0	0	-	39
Bacilos T luego Biones PA	10	0	8	-	0
	178		2 sacrificadas		

De las 30 ratas T que murieron en el transcurso de los quince meses, 25 fueron cuidadosamente examinadas en busca de excrecencias cancerosas. Siete de las ratas tenían células cancerosas ameboides en diversos tejidos. En trece ratas se comprobó la existencia de proliferaciones celulares destructivas

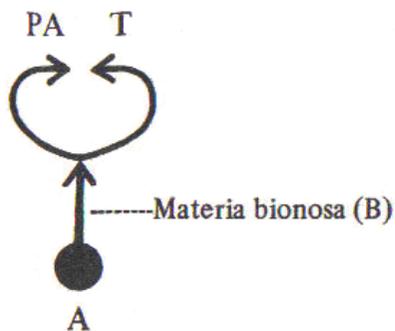
e infiltrativas, de naturaleza cancerosa. Las cinco restantes tenían excrecencias inflamatorias crónicas. Las ratas que habían resistido durante más tiempo a la inyección de bacilos T eran las que presentaban excrecencias cancerosas más avanzadas.

La relación entre los bacilos T y el cáncer es de importancia decisiva y se tratará más adelante.

Los resultados de estos experimentos tienen el siguiente significado para la evaluación de la energía orgónica:

1. *Teórico*: en la base misma de los procesos de la vida, en el límite entre lo no viviente y lo viviente, encontramos una forma de funcionamiento que coincide por completo con nuestro esquema de validez general del funcionamiento biológico: *Toda función viviente obedece a la ley natural de la disociación de lo unitario y de la antítesis funcional y la unidad de lo disociado.*

La materia no viviente A da origen a biones móviles B, con contenido de energía orgónica. Estos biones se dividen en dos grupos: el grupo PA y el grupo T. *Ambos grupos mantienen una relación antitética: los biones PA paralizan a los biones T.* Este hecho sólo tiene una interpretación plausible dentro del contexto de nuestro conocimiento de las funciones físicas de la energía orgónica. *Los biones PA son unidades orgonóticas totalmente desarrolladas e intensamente cargadas. Los biones T, por su parte, son producto de una degeneración y, por lo tanto, aparecen cuando los tejidos, células o bacterias comienzan a perder su carga de orgón.*



Contienen muy poco orgón y, por lo tanto, representan sistemas orgonóticos muy débiles. Puesto que los sistemas orgonóticos más fuertes siempre atraen a los débiles y les quitan su carga, se explica el hecho de que los biones PA paralicen a los T. De modo que la relación funcional biofísica entre los PA y

los T se puede deducir, por lo tanto, de las funciones puramente físicas de la energía orgónica.

2. *Práctico*: los T son producidos por *procesos de degeneración*; es decir, por pérdida de energía orgónica en formaciones más evolucionadas o *se originan a partir de una entidad insuficiente de orgón libre de masa*, dentro de una vesícula energética.

Hasta ahora los bacilos T han sido producidos en mi laboratorio por degeneración de los siguientes tejidos y preparados de biones: sangre seca, materias fecales secas, tejidos cancerosos esterilizados en autoclave, medio albuminoso espolvoreado con carbón incandescente y cubierto con hidróxido de potasio, epitelio de la lengua dañado por un puente dental, células degeneradas del epitelio vaginal, espermatozoides degenerados, bacterias de putrefacción degeneradas, preparados de carbono de todo tipo y medio albuminoso tratado con cianuro de potasio, etcétera.

La falta de contenido de orgón de los bacilos T se manifiesta en un hecho muy curioso, que yo he denominado "hambre de orgón". Las observaciones son las siguientes:

Filtramos sangre diluida 19 veces en una solución normal de KCl. Mediante el uso de un filtro Berkefeld, con una medida de poro no superior a los 0,25 micrones, evitamos el paso de cualquier bacilo T presente. El examen microscópico con un aumento de 2000 a 4000x sólo revela fluido sin la menor estructura. Incorporamos al suero una minúscula gotita de cultivo *puro* de bacilos T, es decir, sin contenido de biones PA. Al cabo de pocos minutos presenciamos un espectáculo muy interesante, que probablemente encierre en sí el misterio de los "cuerpos inmunes" del suero:

Al comienzo sólo vemos bacilos T que se desplazan a gran velocidad por el campo. Pero muy pronto aparecen aquí y allí grandes vesículas azules, en torno a las cuales se agrupan cada vez más bacilos T, como en la mezcla de PA y T. Los T parecen haber estimulado la formación de los biones azules PA; el suero de control sin T sigue sin contener PA. Los biones PA, una vez formados, ejercen una acción paralizante sobre los T, que comienzan a aglutinarse.

Y así se inicia un segundo proceso, más sorprendente aún que el primero. El acúmulo de T aglutinados es negro; no muestra el menor vestigio de azul. Pero transcurridos unos quince a treinta minutos, ese *montón negro e inerte comienza a mostrar una intensa coloración azul y a formar vesículas membranosas.* Estas vesículas no son otra cosa que biones PA. Los T muertos han extraído orgón del suero y se han transformado en biones PA.

Estos dos fenómenos no han sido estudiados a fondo hasta el momento. Por un lado guardan relación con la inmunidad, y por otro, con la estructuración vesicular o con la desintegración vesicular de los tejidos que entran en contacto con los bacilos T.

Si se inyectan por vía subcutánea bacilos T a una rata sana, a los pocos días aparece una pápula no purulenta. El examen microscópico nos revela que se trata de tejido en estado de desintegración vesicular. De la misma manera, los epitelios de los enfermos de cáncer comienzan por desintegrarse en T y luego aparecen en las inmediaciones numerosos biones PA.

Llegado a este punto, quisiera interrumpir la descripción de estas observaciones, que tanto nos han revelado acerca del orgón en el cuerpo, y aguardar los resultados de otras investigaciones antes de sacar conclusiones. De cualquier manera es indudable que *los bacilos T estimulan la desintegración bionosa*, y que *las células de cáncer se organizan a partir de los tejidos así desintegrados*, así como las amebas y otros protozoarios se forman a partir de los biones de musgo.

La prueba de sangre T

El vigor biológico -es decir, la capacidad funcional- de una célula no está determinado por su estructura ni por su composición química. La desintegración de la estructura y de la composición química deben considerarse como *consecuencias* y no como causas de la *degeneración biológica*. La estructura -junto con el equilibrio bioquímico de la célula- es la expresión de su vigor; pero la función biológica en sí ha sido hasta ahora un misterio. La carga orgonótica de la célula nos brinda la posibilidad de determinar en forma experimental el vigor biológico de la misma.

Los glóbulos rojos de dos personas pueden ser idénticos desde el punto de vista estructural y químico; pero pueden diferir por completo desde el punto de vista biológico y funcional. Observados al microscopio, ambos pueden tener la misma forma; la cantidad de glóbulos rojos y el contenido de hemoglobina de los mismos puede ser normal e idéntico en ambas personas.

Ahora bien, expongamos muestras de la sangre de ambas personas al mismo agente destructivo. Sometemos a la autoclave unas gotas de la sangre de cada persona en caldo y cloruro de potasio, por espacio de 1 media hora, a 120 grados Celsius y 15 libras de presión de vapor. El examen microscópico puede brindar dos resultados totalmente distintos. La sangre de uno de los individuos se ha desintegrado en grandes vesículas biónicas con un resplandor azul.

La sangre del otro no presenta vesículas azules sino únicamente bacilos T. La tinción con Gram confirma esta diferencia: una muestra de sangre produce vesículas azules, Gram-positivas (Fig. 31, Apéndice), la otra, bacilos T rojos, Gram-negativos (Bacilos T de un sarcoma, véase Fig. 32, Apéndice). De esto puede sacarse la siguiente conclusión:

Una muestra de sangre revela una fuerte carga orgonótica en sus glóbulos rojos. La carga se pone de manifiesto -después de haber pasado por la autoclave- en los biones azules ("reacción B"). La otra muestra revela una carga orgonótica débil o mínima en sus glóbulos rojos. La falta de carga orgonótica se manifiesta en la ausencia de biones azules y en la presencia de bacilos T -después que la sangre ha sido sometida a la autoclave-, lo cual es el resultado de la degeneración de los glóbulos rojos ("*reacción T*").

La reacción T es típica de los casos de cáncer avanzado, en los cuales el contenido de orgón de la sangre ha sido consumido en la lucha del organismo contra la enfermedad sistémica (biopatía del cáncer) y contra el tumor local. Esta reacción T se presenta por lo común *antes* que cualquier síntoma de anemia y con frecuencia revela el proceso canceroso mucho antes de que se haya formado un tumor perceptible.

Por otra parte, los glóbulos rojos absorben con avidez la energía orgónica cuando ésta es administrada al organismo por medio del acumulador orgónico. Las pruebas con autoclave demuestran un desplazamiento de la reacción T hacia la reacción B, es decir que los glóbulos rojos se han vuelto más resistentes a los efectos de la autoclave; contienen más orgón.

Los glóbulos rojos pueden ser cargados con orgón atmosférico. (Los efectos de la radiación solar se basan en el mismo principio.) Esto puede confirmarse experimentalmente. En el portaobjetos del microscopio mezclamos sangre biológicamente (o sea orgonóticamente) débil, con bacterias de putrefacción o con bacilos T. La sangre muestra una reacción débil, no destruye ni aglutina las bacterias y los bacilos T. Cuando el organismo ha recibido una carga orgonótica (lo cual puede apreciarse mediante pruebas de autoclave), la sangre ejerce un decidido efecto paralizante y aglutinante sobre los mismos microorganismos patógenos. Los protozoarios más pequeños también responden de la misma manera: no experimentan daño alguno con la sangre débil en orgón y son paralizados por sangre orgonóticamente fuerte.

El glóbulo rojo es un minúsculo sistema orgonótico, que contiene una pequeña cantidad de orgón dentro de una membrana. Con un aumento de 4000x, los glóbulos rojos muestran un intenso resplandor azul y se advierte una marcada vibración de su contenido. Se expanden y se contraen; por consiguiente no son rígidos, como se cree habitualmente.

Son los encargados de conducir el orgón atmosférico desde los pulmones hasta los tejidos. La indudable relación entre el oxígeno atmosférico y el orgón no ha podido ser experimentalmente confirmada hasta ahora. Ignoramos aún si el orgón es idéntico a las partículas químicas del aire o si es fundamentalmente distinto.

La carga orgonótica de los glóbulos rojos se revela también en su forma y estructura. Las células con carga débil aparecen más o menos encogidas y muestran un estrecho borde con un tenue reflejo azul. Cuando el organismo está cargado, los glóbulos rojos se vuelven turgentes y el borde azul adquiere una tonalidad intensa y se ensancha, a veces hasta llenar la totalidad de la célula. Ningún microorganismo patógeno puede sobrevivir en las proximidades de estos glóbulos sanguíneos con alta carga orgonótica.



Borde de orgón delgado
Color azul débil
Membrana con frecuencia
contraída ("poikilocitosis")

Color azul intenso
Borde de orgón ancho

Figura 5. Glóbulos rojos con carga orgonótica débil y fuerte (dibujados en observación directa, con un aumento de 4500x aproximadamente).

Aún no se ha aclarado la vinculación entre estos hechos y la inmunidad a las enfermedades infecciosas, resfríos, etc. Sin embargo, no debería ser difícil descubrir tal relación. Es probable que la carga orgonótica de los tejidos y células sanguíneas determine el grado de susceptibilidad a las infecciones, es decir, la "disposición a la enfermedad".

El hecho de que en el proceso de destrucción de los microorganismos patógenos los eritrocitos pierdan gradualmente su coloración azul, se vuelvan negros y a veces degeneren en corpúsculos T demuestra que la carga de orgón de los glóbulos rojos es el verdadero agente que produce la muerte de protozoarios y bacterias. El examen de los tejidos tumorales de ratas tratadas demuestra lo siguiente: los glóbulos rojos cargados penetran en el tejido canceroso que, en su vecindad, se desintegra en corpúsculos T inmóviles. En este proceso, los glóbulos rojos desaparecen y sólo se ven corpúsculos T. El tumor canceroso presenta grandes cavidades que, vistas al microscopio

(campo oscuro 300-400) resultan estar colmadas de corpúsculos T. Macroscópicamente, el contenido de las cavidades es primero de un rojo sangre que luego va adoptando una tonalidad pardusca a causa de la hemosiderina. El pigmento de hierro se ha separado de los glóbulos desintegrados, que han perdido su carga de energía. La típica anemia secundaria de los enfermos de cáncer es la manifestación de la pérdida de energía biológica de la sangre en la lucha contra los bacilos T y contra las células cancerosas.

Al tratar de nuestros experimentos con cáncer daremos más detalles sobre el tema. Aquí sólo hemos pretendido explicar de qué manera actúa la carga orgonótica de las células sanguíneas en diversas condiciones. Para resumir puede decirse que *los eritrocitos con gran carga orgonótica actúan sobre las bacterias y protozoarios pequeños, de la misma manera que los biones de tierra, hierro, carbón, etc.* Dado que los glóbulos rojos se forman en la médula ósea, es lógico suponer que ésta tiene la facultad de generar nuevos biones en forma permanente. El proceso de organización de vesículas energéticas es una característica básica del tejido animal y vegetal. Todos estos hechos constituyen el fundamento de la aplicación experimental de la orgonterapia en caso de cáncer. *La administración de energía orgónica desde el exterior alivia al organismo de la carga que representa consumir su propio orgón en la lucha contra la enfermedad.* Esta es una prueba más de la identidad entre orgón atmosférico y orgón orgánico (= "energía biológica").

El experimento revela las siguientes peculiaridades:

1. Una infusión de hierba desarrolla muy pocos protozoarios, o no desarrolla ninguno, si se la mantiene desde el comienzo en el acumulador orgónico. Es evidente que la energía orgónica carga los tejidos vegetales y evita su desintegración en protozoarios.
2. Los protozoarios totalmente desarrollados no son destruidos en el acumulador orgónico.
3. Los bacilos no son destruidos en el acumulador orgónico pero, por otra parte, la sangre de los enfermos de cáncer queda libre de corpúsculos T en pocos días, cuando el enfermo recibe la necesaria dosis de radiación orgónica.

4. Luminación y atracción

Todo el mundo sabe que la sangre animal emite radiaciones, según lo pudo comprobar por primera vez Gurtwitsch. Dado que, desde el punto de vista de

la biofísica del orgón, los glóbulos rojos no son otra cosa que vesículas de energía orgónica, es importante demostrar microscópicamente la existencia de esta radiación. Una de sus características más salientes es -como lo hemos podido comprobar en la física orgonótica pura- la "atracción orgonótica", que no guarda relación alguna con el magnetismo del hierro. Para observar la atracción orgonótica se deben llevar a cabo las siguientes experiencias, que consisten fundamentalmente en la reunión de biones de diverso origen en el habitual preparado de caldo y solución de cloruro de potasio y en su ulterior observación microscópica:

Desde un punto de vista bioenergético la destrucción y aglutinación de bacterias por acción de biones no es otra cosa que la *atracción y consiguiente extracción del orgón por parte del sistema orgonótico más fuerte, que es el del bion PA*. Al mezclar diferentes tipos de biones descubrimos otros efectos importantes de la energía orgónica.

En primer lugar experimentaremos con una *mezcla estéril de glóbulos rojos y biones de tierra*. Basta con una gota de sangre diluida y una de solución de biones de tierra para que la solución no sea excesivamente densa y permita una cómoda observación de cada bion. Con un aumento menor de 2000x no puede esperarse resultado alguno. Con todo, una buena lente-objetivo apocromática de 80x, combinada con un ocular de 16x, en un microscopio binocular inclinado bastaría para estos fines. Es conveniente el uso de una lente especial de inmersión en agua, que puede sumergirse directamente en la solución. Las interferencias mecánicas desaparecen rápidamente. No hay por qué temer los efectos del metal, ya que los fenómenos pueden observarse también con una cubierta de vidrio. Sin embargo se trabaja con mayor facilidad y rapidez con la inmersión directa. Los cubreobjetos no son convenientes con esta ampliación y si se emplean portaobjetos cóncavos, pues se quiebran con facilidad. Cualquier experimento de control nos convence de que la inmersión del objetivo en la solución no afecta los resultados.

Puente de radiación entre dos sistemas orgonóticos

Al comienzo, los biones de tierra y los hematíes le mueven por separado. Pero, poco a poco, se va estableciendo un agrupamiento. Por lo común, se juntan varios glóbulos rojos en torno a un bion de tierra -más grande y pesado- y se van acercando cada vez más, hasta que se rozan entre sí. En cada punto de contacto aparece una intensa radiación luminosa. Allí donde los glóbulos no se tocan directamente, sino que se mantienen a una distancia de 0,5 a 1 micrón, se forma un puente de intenso brillo *entre el bion de tierra y*

el eritrocito, que parece establecer una unión. Este puente evidencia una marcada vibración, se amplía o se estrecha. Finalmente, las membranas que están entre los cuerpos parecen más difusas; Si se observa el proceso durante un lapso considerable se verá con toda claridad que los eritrocitos refractan la luz con mayor intensidad, que su color azul se acentúa cada vez más y que se van volviendo más grandes y turgentes y muestran una pulsación muy vital. De esa manera se pueden cargar orgonóticamente los eritrocitos de la misma manera en que se cargan en el cuerpo, por administración de orgón al organismo. Si para este experimento se utilizan hematíes débiles y deformados de la sangre de un enfermo de cáncer, su expansión y radiación es más evidente aún. Los glóbulos rojos orgonóticamente débiles ejercen poca o ninguna influencia sobre los bacilos y pequeños protozoarios. Los efectos aparecen cuando están cargados con orgón. *Los eritrocitos "beben" el orgón de los biones de tierra hasta colmarse*.

Injectando biones de tierra, estériles a ratas con cáncer, se obtuvieron los mismos efectos que al exponerlas a la acumulación del acumulador orgónico: inhibición del crecimiento del tumor, reemplazo del tejido tumoral

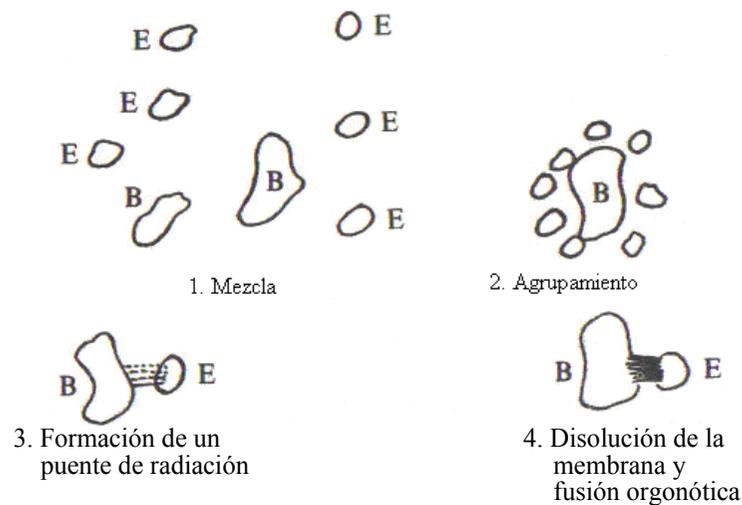


Figura 6. Fases en la formación de un puente de radiación y en la fusión orgonótica entre biones de tierra (B) y hematíes (E).

por sangre con fuerte radiación y destrucción de los bacilos T. En el examen microscópico de la mezcla de biones puede verse lo que ocurre realmente en el organismo como resultado de la inyección de biones.

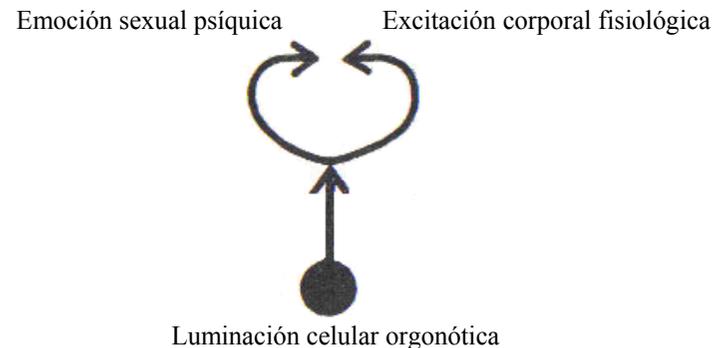
Este tipo de aplicación de orgón se efectuaba en mi laboratorio antes del descubrimiento del orgón atmosférico. Después de eso, las inyecciones de biones fueron reemplazadas por irradiación en el acumulador orgónico.

Entre los biones de tierra y los eritrocitos no hay fusión; sólo se forma un puente de radiación. Lo mismo ocurre con los biones de hierro, de carbón, etc. En cambio, los biones de carbón y los biones de sangre o de cualquier proteína esterilizada en autoclave se penetran entre sí. Esta *fusión* es de importancia decisiva para entender la producción experimental de tumores en las ratas, por medio de alquitrán.

5. Fusión e interpenetración

La sexualidad y la procreación tienen en común el hecho de que en ambas *dos sistemas vivientes se funden orgonóticamente entre sí*. En los organismos unicelulares, luego de la fusión que se produce en la copulación, hay una *mutua penetración* de sustancia corporal. La fusión y la interpenetración son procesos en los cuales interviene tanto la sustancia como la energía. Pero en los metazoarios, estos procesos son mucho más completos en cuanto a energía que en cuanto a sustancia. En la cópula, el órgano masculino penetra en el femenino. A partir de ese momento, ambos constituyen una unidad funcional. En muchos moluscos hermafroditas (caracoles, gusanos) la penetración es mutua, pero queda restringida a los genitales. En cambio, la unión de dos gametos para constituir una cigota es un perfecto ejemplo de total interpenetración y fusión de sustancia. Si bien es cierto que en los animales multicelulares la fusión se limita a los órganos genitales y a las células reproductoras, la función orgonótica es total; en otras palabras, en la cópula, dos seres se funden temporalmente en un *sistema orgonótico único de energía*. (En el ser humano éste sólo se cumple si ambas partes tienen potencia orgástica.)

La fusión orgonótica va siempre precedida por una luminación. La *luminación celular* orgonótica, la *excitación* fisiológica y la *emoción sexual* síquica son procesos idénticos, desde el punto de vista funcional. La percepción psíquica de un objeto sexual puede provocar una excitación fisiológica (erección); una excitación fisiológica (caricia, fricción), por su parte, puede despertar una emoción sexual. Este proceso psicósomático lleva a la luminación orgonótica del organismo entero. La intensa luminación orgonótica, a su vez, tiende a intensificar la necesidad de fricción fisiológica que acompaña a la emoción psicosexual. Por eso, nuestro diagrama del funcionamiento biológico conserva su validez:



Debemos tomar muy en serio la idea de que las manifestaciones energéticas del organismo pluricelular están presentes en *cada* célula individual y tienen en ellas su origen, en el sentido más estricto de la palabra. La luminación orgonótica de las células individuales es lo que la fisiología y la biología denominan "excitación celular" y la psicología profunda define como "libido de órgano" o "libido celular". Nosotros hemos logrado un importante progreso en la comprensión de estos procesos, puesto que ahora sabemos que en las células actúa una energía demostrable, específicamente biológica. Las principales funciones energéticas son: formación de un puente de radiación ("contacto sexual"), luminación y fusión e interpenetración. Nuestro propósito aquí es, simplemente, observar los procesos energéticos de fusión e interpenetración en los biones. Se justifica nuestra sensación de triunfo al contemplar la fusión de un bion de carbón y de un bion de tierra; conceptos hipotéticos como "excitación celular" y "libido de órgano" se han convertido en realidades tangibles.

Luego que los biones de carbón son atraídos por los biones de tierra -más pesados y, por lo tanto, menos móviles- y se forma el puente de radiación, continúa el proceso energético, que presenta con toda claridad las diferentes fases de la copulación.

Los biones "excitados", es decir, los "luminantes", se aproximan entre sí. En el punto en que se forman los puentes de radiación, la sustancia de carbón (en forma de bion) comienza a penetrar poco a poco en los biones de tierra. Parecería que los biones de tierra absorben a los de carbón. Por fin, los biones de carbón penetran por completo en el cuerpo del bion de tierra, que como hemos dicho es más grande. La membrana negra del bion de carbón se distingue netamente de la membrana pardusca de los biones de tierra. El terrón constituido por la suma de biones de tierra y de carbón tiene un aspecto parduzco y negruzco. Con el tiempo desaparece el negro, las membranas de

los biones de carbón se disuelven. El bion de tierra adopta una coloración más oscura y sus vesículas azules emiten una radiación más intensa. Al final ya no quedan rastros de la sustancia de carbón.

También podría decirse que el bion de tierra se ha "devorado" el de carbón. Pero no tiene mucho sentido hacer un distinguo entre "asimilación" y "copulación" en el proceso de fusión, puesto que en este nivel biológico -el más bajo de todos- la energía funciona aún en forma indiferenciada. Resulta difícil establecer un distinguo funcional entre copulación y la incorporación de pequeños protozoarios a otros más grandes.

Por otra parte, esto también ocurre con los animales multicelulares, cuando describimos procesos energéticos sin caer en la trampa antropomórfica de adjudicar una finalidad al fenómeno. El niño que mama persigue una "finalidad" completamente distinta a la de la mujer que acepta el órgano masculino en su vagina. El primero está "sirviendo" a la "preservación del individuo", la segunda a la "preservación de la especie". Pero deberíamos cuidarnos de estos distinguos finalistas cuando se trata del *funcionamiento biológico*. Desde un punto de vista *energético* -y éste es el único enfoque válido en biofísica- el proceso que tiene lugar entre la boca del lactante y el pezón de la madre es exactamente el mismo que se cumple entre el pene erecto y la vagina. Esta identidad funcional llega hasta el más menudo de los detalles fisiológicos. No debemos permitir que la mojigatería invada terrenos tan serios como éste, para presentarnos el "sagrado" acto de lactar como un proceso "asexual", a fin de no cometer el "sacrilegio" de compararlo con el "mefistofélico y sucio acto sexual". Aquí no interviene para nada lo sagrado o no sagrado; sólo importa el funcionamiento biológico. Sólo ahora comprendemos desde un ángulo biofísico el fundamental descubrimiento de Freud, según el cual la boca del lactante es un órgano *sexualmente* excitado, en la misma medida que lo es el pezón del pecho materno. Esta observación es más valiosa que muchas teorías médicas, cuando se trata de comprender la incapacidad de algunas mujeres para amamantar a sus hijos.

Por eso no importa si el bion de tierra se ha "devorado" al bion de carbón para "fortalecerse" -comportándose así de una manera "moral" o "racional"- o si se ha fundido "sexualmente" con el bion de carbón. Lo único que importa son las funciones energéticas, que son esenciales para el proceso en sí y comunes a todas las funciones biológicas básicas, ya sea la ingestión, la conjugación, la copulación, la formación de cigotas o el acto sexual del metazoario.

Debe señalarse que el hambre de orgón puede *saciarse*. Si se introduce un número limitado de biones de carbón en una solución de biones de tierra,

a los pocos días no quedan biones de carbón. Pero si la cantidad de biones de carbón incorporada a la solución es grande, no todos ellos desaparecen. El grado de "hambre de orgón" varía según las especies de biones. Por ejemplo, los cultivos de biones de arena demostraron "voracidad" en presencia de biones de carbón. Los biones de hierro también se funden fácilmente con los biones de carbón. Los biones formados a partir de sustancias orgánicas hervidas -por ejemplo, los músculos- son mucho menos voraces y absorben muchos menos biones de carbón. Esto nos permite sacar la siguiente conclusión: cuanto menor es la cantidad de carbono contenida originariamente por un bion, tanto mayor es su tendencia a colmarse de carbono. Los biones SAPA surgidos de la arena no contenían originariamente carbono, los biones de hierro sólo contenían pequeños vestigios, los biones de músculos, en cambio, están constituidos por compuestos de carbono. Por eso, su hambre de carbono es menor que la evidenciada por los biones de arena. Prefiero no sacar conclusiones de gran aliento acerca del origen del plasma en nuestro planeta y atenerme estrictamente a los hechos.

Los biones de carbón no son los únicos que se funden con otros. También se funden los biones de tierra y los de hierro, los de hierro y los de músculos, los de carbón y los de sangre, etc. He aquí un gran territorio virgen que se presta a fecundas investigaciones.

Para resumir: *las vesículas de energía orgónica muestran las funciones básicas de las sustancias vivientes con un desarrollo completo: luminación, puente de radiación, fusión y penetración*. Estas funciones son propiedades específicas de las vesículas de orgón, pues no se dan en los biones que han perdido su carga, de orgón. De modo que no están determinadas por la sustancia sino por la energía. Son funciones específicas del orgón y nada tienen que ver con el magnetismo o con la electricidad.

Considero que ahora estamos mejor preparados para encarar las observaciones efectuadas en el curso de nuestras investigaciones acerca de la organización de células de protozoarios y de células cancerosas.

6. La organización natural de los protozoarios.

Quiero iniciar este capítulo con los brillantes conceptos con los cuales el biólogo Uexküll comienza su obra *Umwelt und Innenwelt der Tiere*:

Hoy en día se practica un ridículo fetichismo con la palabra "ciencia", Por eso conviene señalar que la ciencia no es otra cosa que la suma de las opiniones de los investigadores vivientes. Todas las opiniones van cayendo en el olvido, son

desechadas o modificadas. Por eso, no incurriremos en una exageración si ante la pregunta: "¿Qué es una verdad científica?" respondemos: "Un error de hoy"... Sin duda esperamos avanzar de los errores más groseros a otros más sutiles, pero en *biología* se tienen serias razones para dudar de que realmente nos encontramos en el sendero acertado.

En el verano de 1938 publiqué en *Die Bione* algunas fotografías tomadas con técnicas de movimiento rápido y tiempo de exposiciones. Estas tomas demostraban con toda claridad que los organismos unicelulares no provienen de gérmenes que flotan en el aire y que nadie ha visto jamás, sino de la desintegración bionosa del musgo y de la hierba. El mundo de la biología, del "error de hoy", guardó silencio, con muy pocas excepciones. Hoy, los hechos hablan por sí mismos (Figs. [34](#), [35](#), [36](#), [37](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41a](#), [b](#), [c](#), [42](#), Apéndice).

El animal no es una mecánica suma de órganos, así como el órgano no es una simple suma de células. El animal como totalidad -cada órgano y cada célula por separado-, constituye, de por sí, un sistema orgonótico mantenido por un ritmo de cuatro tiempos de tensión → carga → descarga → relajación, y por lo tanto constituye unidades funcionales. Una de las características del sistema vivo es que cada una de sus partes -sola o en relación con el organismo en su totalidad- puede funcionar según la fórmula tensión-carga.

En la bibliografía biológica moderna se advierte, más o menos desde la Primera Guerra Mundial, un paulatino progreso del enfoque funcional que poco a poco va descontando ventaja al enfoque materialista-mecanicista. Uno de los grandes problemas de la biología es que las funciones de las estructuras (músculos, nervios, glándulas, etc.) resultan comprensibles desde el punto de vista mecánico, mientras que las funciones del protoplasma se contemplan como un milagro. El protoplasma se distingue de manera fundamental de una máquina, aunque más no sea porque resulta "imposible concebir una máquina líquida" (Uexküll). El protoplasma funciona sobre la base de características que las máquinas no poseen. Funciona *sin estar estructurado*. Se conserva por un equilibrio entre asimilación y desasimilación, o sea por *función* y no por estructura material. Cuando la función cesa, se descompone el estado material. La propia *estructura material depende de la función del plasma viviente*. "El animal es un suceso" (Jennings).

Estos hechos son inaccesibles a la biología de orientación mecanicista y materialista. Veamos ahora qué respuesta nos brinda el conocimiento de las funciones del orgón. Hay algo evidente: una concepción que deduce todo de los "gérmenes" y que acepta la existencia eterna del plasma germinativo, sin investigar el origen de éste, no puede dar una respuesta acerca

del funcionamiento plasmático. Esta concepción, para la cual todo existe ya "materialmente" en el germen, se asemeja a la antigua "teoría de la preformación" de todas las futuras generaciones en las células germinales. Ahora bien, si se puede observar en el microscopio y registrar en una película la *transformación de una materia no plasmática en plasma*, las conclusiones acerca de la *evolución* de la función plasmática en sí surgen por sí solas. Podemos establecer, sin vacilaciones, que *la función plasmática y la función de tensión y carga son una misma cosa*. Porque todas las funciones complejas tienen como punto de partida la alternancia de expansión y contracción de la pulsación biológica. La sustancia no viviente no late, la sustancia viviente, sí. *La solución al enigma de la biogénesis debe buscarse justamente en la transición entre inmovilidad y movimiento pulsatorio*. Y este punto de transición puede observarse con microscopio y puede registrarse en un filme.

Los hechos que enumeraremos a continuación nos demostrarán hasta qué punto la teoría metafísica de los gérmenes ha causado un daño a la investigación biológica.

Ni uno solo de los textos de biología que conozco contiene una descripción del *material* de las infusiones de protozoarios. No se nos informa acerca de lo que sucede en el musgo o en la hierba. Los protozoarios se nos presentan como "productos terminados". No es posible tomar en serio el argumento esgrimido con tanta frecuencia contra la organización natural de los organismos unicelulares, según el cual no existen protozoarios en el musgo calentado. Son varios los biólogos que han señalado su inexactitud desde hace mucho tiempo y la tenacidad con que se lo sigue sosteniendo revela un interés que *no es científico sino religioso*. Nosotros sólo podemos añadir que si el musgo hervido no contiene protozoarios, contiene en cambio biones azules.² Pero estos biones también se encuentran en el musgo no hervido, que experimenta un proceso de progresiva hinchazón.

En todo texto oficial de biología encontramos la afirmación -ciegamente copiada de un autor a otro- de que los protozoarios se desarrollan a partir de "gérmenes enquistados". Porque se ha observado que los protozoarios pueden adoptar forma esférica. La observación es correcta, por supuesto, pero se la ha interpretado erróneamente. Se trata de dos procesos tratados como si fueran un solo fenómeno. Un proceso es la adopción de una forma esférica por parte del protozoario dañado. El otro proceso es el desarrollo de formas esféricas en las infusiones de hierba. Estas formas nada tienen que ver con los

² En 1944 se obtuvieron protozoarios de hierba esterilizada a 50, 60, 70 y hasta 80 grados Celsius.

protozoarios que han adoptado forma esférica. Se trata del resultado del gradual desarrollo de biones que constituyen acúmulos de vesículas bionosas. El acúmulo esférico de biones representa una etapa típica en la formación natural de organismos unicelulares.

En los textos de biología se nos informa que las infusiones están llenas de "algas", que también se han desarrollado a partir de "gérmenes". Es verdad que los protozoarios se alimentan de "algas". Pero ¿quién ha visto el germen de una de esas "algas"? ¿Y cómo es posible que esas supuestas "algas" se encuentren en gran número y se muevan en preparados que sólo contienen sangre o tejido muscular esterilizado en autoclave? Las "algas" no son más que vesículas biónicas, es decir, esas vesículas en las cuales se descompone todo tejido orgánico al hincharse. De modo que, en lugar de afirmar que los "gérmenes" de protozoarios se encuentran en el aire y se "depositan" para iniciar su proceso evolutivo cuando "encuentran" un terreno "propicio", nos tomaremos el trabajo de observar una infusión con ayuda del microscopio, una hora por día, desde el instante de su preparación, con un aumento de 2000x. No hay "gérmenes" de protozoarios en el aire (Pouchet). El prejuicio de la biología nos parece tan inconcebible como lo que hemos llegado a observar.

Pero antes que nada queremos recurrir a un simple experimento para convencernos de que los "gérmenes de protozoarios" no son algo así como "esporos del cosmos" que se han posado sobre las hojas de hierba o de musgo. Para ello sostenemos unas cuantas briznas de hierba con unas pinzas y raspamos los "gérmenes" de modo que caigan en un recipiente con agua no estéril. Previamente se ha examinado la hierba para asegurarse de que las briznas no están ya en estado de desintegración vesicular y que conservan su estructura celular habitual. Sea cual fuere la forma en que procedamos *no podemos descubrir un solo protozoario o un solo quiste en el agua no esterilizada en la cual hemos sumergido las briznas de hierba. ¿Qué es lo que ocurre, entonces, en la infusión?*

En el curso de dos o tres días, las hojas de hierba experimentan una desintegración vesicular, como toda sustancia sometida a un proceso de hinchazón (Figs. 34, 35, Apéndice). Ni aun con un aumento de 4000x se advierte la presencia de bacterias, quistes o protozoarios. Transcurridos 2 ó 3 días más, apenas si aparece alguna brizna que conserva intacta su estructura celular estriada. Puede que hayan aparecido algunos protozoarios aislados, pero nuestra atención se concentra en los biones. Sólo aquí y allá observamos acúmulos de vesículas biónicas rodeados por membranas. El proceso evolutivo puede seguirse paso a paso. Ocasionalmente, dentro de un montón las vesículas biónicas individuales comienzan

a exhibir un suave movimiento rotativo o vibratorio. Se vuelven cada vez más turgentes y comienzan a tomar un aspecto que realmente se asemeja al de los quistes. Pero no se trata de protozoarios secos, sino de formas dentro del proceso de *desarrollo de los acúmulos de biones*. Estas masas o acúmulos de biones adoptan formas y tamaños muy variados. Cuanto más turgentes, más esféricos son. Se han llenado de líquido y, por lo tanto, están mecánicamente tensos. El primer paso de la función tensión-carga se ha cumplido. Vale la pena observar durante muchas horas una misma configuración esférica, con 2000x de aumento, y recargar permanentemente el líquido, para que la esfera se mantenga en foco. Podemos filmar esta formación con movimiento rápido, lo cual si bien facilita la tarea, hace que se pierdan muchos detalles interesantes. El proceso evolutivo por el cual uno de estos acúmulos de biones se transforma en un organismo unicelular pulsante dura de uno a dos días. La vesícula germinal del protozoario (acúmulos de biones) permanece inmóvil durante horas, pero como lo demuestra la película de movimiento rápido, se vuelve más turgente y de contornos cada vez más definidos. Poco a poco se inicia el *movimiento de las vesículas energéticas* en el interior del acúmulo de biones. Se pueden distinguir los siguientes tipos de movilidad:

a) *Movimiento de rodamiento*: las vesículas energéticas que se encuentran dentro del acúmulo de biones ruedan acercándose y alejándose rítmicamente entre sí. Se tiene la impresión de que se atraen y se rechazan en forma alternada. La razón de este movimiento de rodamientos sólo puede conjeturarse: originariamente, las vesículas de la hierba en descomposición se mantienen aún unidas entre sí con firmeza. Su carga de orgón es la misma que la de los demás biones de hierba, que *no* evolucionan hasta transformarse en protozoarios. A medida que el acúmulo esférico de vesículas se hincha y se vuelve más turgente, debe desarrollarse más orgón dentro de cada vesícula individual, ya que -como en el bión de carbón- la hinchazón afina la membrana e intensifica la carga orgonótica. Cuando las vesículas comprendidas dentro del acúmulo han perdido su cohesión mecánica, la carga de orgón comienza a manifestarse en movimiento, con el consiguiente desarrollo de *la atracción orgonótica* entre las vesículas. El efecto de atracción ejercido por las vesículas más remotas se traduce en la mutua atracción y repulsión.

b) *Movimiento de rotación*: todo el contenido de las vesículas comienza a rotar en una dirección. Este movimiento puede mantenerse por espacio de horas. Su intensidad aumenta hasta que, por fin, toda la masa, *incluyendo la membrana*, comienza a rotar. En este proceso, la membrana se separa del tejido vegetal que la rodea.

c) *Confluencia de las vesículas energéticas*: No todos los acúmulos de biones conservan la estructura vesicular de su plasma. En algunos tipos de amebas, los límites desaparecen entre las vesículas energéticas individuales y el plasma constituye una masa homogénea con un resplandor azul. En otros, la estructura vesicular persiste a través de todo el proceso evolutivo. Esto ocurre también en el caso de las células cancerosas, que se organizan de la misma manera, a partir de tejidos animales en estado de desintegración, que los protozoarios a partir de la hierba o el musgo. *Las células cancerosas no son otra cosa que protozoarios formados en el organismo humano a partir de biones tisulares*. La organización natural de protozoarios en las infusiones de hierba o musgo es *la clave* para comprender la organización de las células cancerosas en los tejidos animales.

d) *Pulsación*: con un aumento de 3000x aproximadamente se pueden observar movimientos mínimos de expansión y contracción en el acúmulo de biones. Parecería ser que las formaciones en las cuales hay coalescencia de las vesículas energéticas son mucho más capaces de pulsación que aquellas que retienen el carácter vesicular del plasma, por ejemplo, los "orgprotozoarios" (vorticela) (Figs. 39, 42, Apéndice).

En las vesículas germinales de algunos infusorios se observa una variante de la confluencia de biones. En este caso, los pequeños biones no convergen en una masa, sino que se agrupan en vesículas de tamaño mediano en el interior del cuerpo más grande. Entonces las vesículas comienzan a desarrollar movimientos de rodamiento y rotación alrededor y hacia cada una de ellas, exactamente del mismo modo que los biones de los cuales proceden. *Cuanto mayor es el número de biones que confluyen -es decir, cuanto más fluido es el plasma-, tanto más móvil es el organismo en su totalidad*.

Sobre todo en los bordes del musgo o la hierba en estado de desintegración, se pueden ver, además de animales "terminados", organismos y formas en todos los niveles de desarrollo. Como en la *amoeba limax* y en el *proteus II*, los núcleos se forman por una *concentración* distinta de las vesículas energéticas, que se pone de manifiesto por su luminación más intensa.

La fatiga hace difícil observar la transición de una etapa evolutiva a otra. El dispositivo retardador es una ayuda invaluable en este aspecto. Cuando la filmación se prolonga a través de varios días; se coloca el cubreobjeto sobre el portaobjeto de manera tal que una parte de la concavidad de éste último quede al descubierto. Además se hace subir el líquido hasta más arriba del borde de la concavidad y se forma afuera una reserva de líquido que puede reponerse a voluntad, sin perturbar el foco. Es imposible filmar con la cavidad del portaobjeto totalmente cubierto por el cubreobjeto.

En primer lugar, por la formación de burbujas de aire y, en segundo lugar, porque los microorganismos se asfixiarían. Hasta el momento se ha logrado filmar la estructura bionosa y la motilidad plasmática en protozoarios org, con un aumento de 2300x. La técnica de movimiento acelerado permite ver en el término de pocos minutos un proceso que, en la realidad, ha durado de dos a tres días.

La evolución es idéntica en todos los protozoarios, hasta la etapa en la cual se forma la vesícula germinal bionosa. A partir de ese punto los protozoarios se diferencian obedeciendo a una regla aún ininteligible para nosotros. No puedo suponer, después de años de observación, que las primeras vesículas germinales pertenezcan a formas individuales específicas. Más bien creo que la diferenciación de las formas sólo se inicia en un determinado punto de la evolución en común (Fig. 7). Las futuras observaciones deberán complementar y corregir mucho en este aspecto. Uno de los misterios más grandes es por qué determinadas formas, una vez desarrolladas, se reproducen de la misma manera. En lo que a este tema se refiere, el enfoque funcional deberá librar más de una batalla contra la teoría metafísica de la herencia que reemplaza la comprensión por genes completos y acabados.

Las vesículas germinales que adoptan un movimiento rotatorio y presentan una estructura vesicular grande, por lo general se convierten en paramecios. Las vesículas germinales inmóviles, en las cuales el contenido biónico se licua, se convierten en amebas fluyentes (*amoeba limax*) (Figs. 36, 37, Apéndice). La forma en que ambos tipos se separan de su matriz también es característica: los paramecios ruedan hasta desprenderse, mientras que las amebas simplemente fluyen y se apartan de la masa de biones (Fig. 38, Apéndice).

Las vorticelas, a las cuales yo he dado el nombre de "protozoarios org", por las contracciones y expansiones semejantes al orgasmo que muestran, suelen permanecer adheridas a las hojas de hierba hasta que están totalmente desarrolladas (Fig. 39). Pero en algunos casos se desprenden y nadan libremente, a veces con una minúscula porción de hierba bionosa adherida a ellas.

Los protozoarios completamente desarrollados absorben biones del líquido, por atracción. La atracción ejercida por los paramecios y los colpidios sobre las vesículas energéticas es enorme y no puede atribuirse a la acción mecánica de las cilias. Porque las vesículas del líquido no se mueven junto al cuerpo con la corriente, como ocurriría por acción de las cilias, sino que son atraídas hacia el paramecio con gran fuerza, cuando se encuentran a una determinada distancia. La impresión es inconfundible. Después de haberse contraído, el protozoario-org se expande y abre de par en par su

extremo estomático; los biones del fluido fluyen entonces al interior con gran fuerza. El estoma se cierra, el protozooario se contrae a su primitiva forma esférica y, en su interior, se inicia un movimiento rítmico de trituración. Las observaciones practicadas con un aumento de 2000-3000x proporcionan interesantes resultados. En el lugar en que ha de formarse un pseudopodio se advierte primero un intenso movimiento de fricción de las vesículas.

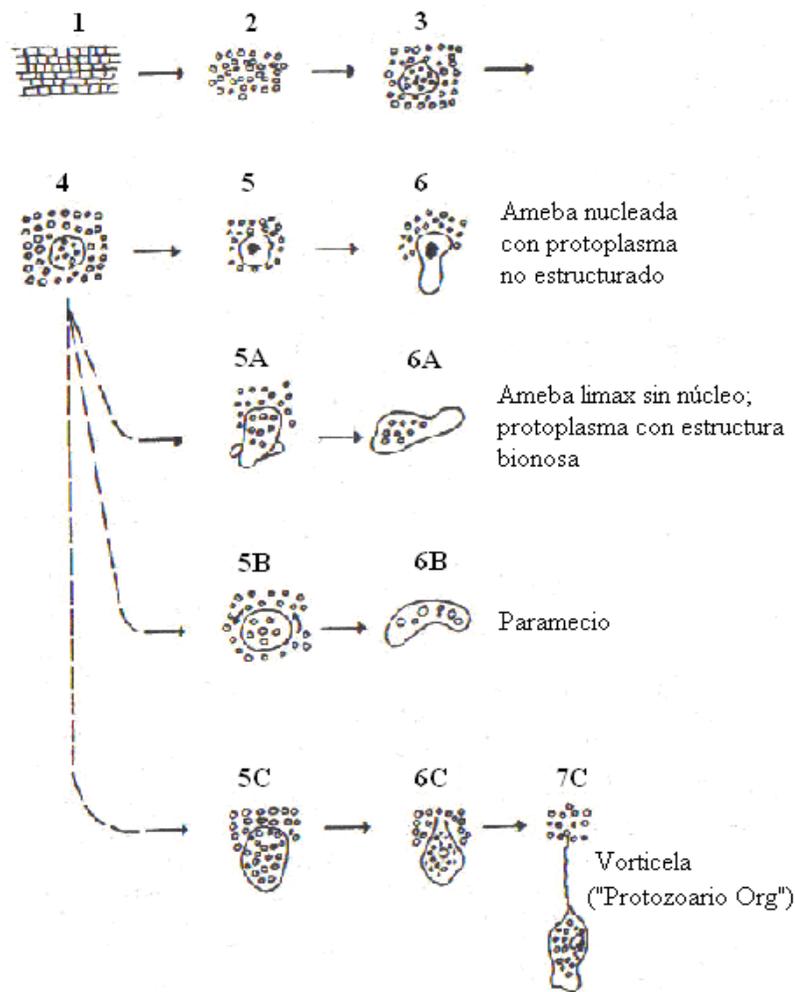


Figura 7. Diferenciación de formas. Evolución de protozoarios.

Estas presentan un brillante color azul. A continuación el plasma comienza a fluir hacia la periferia; en otras palabras, comienza la expansión. Algunas vesículas azules son arrastradas, pierden su color azul y se vuelven negras. Esto admite la siguiente interpretación: *La emisión del pseudopodio es precedida por una rápida e intensa concentración de orgón, que es la fuente del impulso de expansión.* Si el impulso se traduce en movimiento, la energía orgónica se consume en forma visible; no existe otra explicación del ennegrecimiento de las vesículas. No quisiera generalizar esta correlación, puesto que el fenómeno que acabamos de describir no se presenta en todos los protozoarios. Pero no cabe duda de que *la carga de orgón de los biones contenidos en el protozooario provee la energía del movimiento en forma de impulsos de expansión.* La interpretación mecanicista basada en el movimiento browniano no tiene cabida aquí. Tampoco puede echarse mano a la concepción química del plasma como un cuerpo de carbono extremadamente complejo. *El protoplasma viviente es una compleja proteína gobernada por orgón libre de masa.*

El cuerpo del protozooario representa también un *campo de energía orgónica* que actúa sobre el entorno. Esa influencia afecta a biones, pequeñas bacterias y otros pequeños protozoarios, que son atraídos y paralizados. Los eritrocitos cargados parecen ser orgonóticamente más fuertes que los paramecios y las amebas, ya que pueden limitar la movilidad de estos organismos. De modo que, desde el punto de vista de la física orgonótica, el protozooario consiste en *un núcleo, una periferia plasmática y un campo de energía orgónica, con lo cual constituye un "sistema orgonótico".*

Se entiende que la formación de protozoarios a partir de tejidos vegetales bionosos no contradice el hecho de su procreación por división. *El desarrollo por organización natural y la procreación por división se producen de manera simultánea,* como puede observarse con toda facilidad a través del microscopio.

Difícilmente exista un campo más apto para el estudio de las funciones de tensión → carga → relajación, que el que brindan los protozoarios. Sus movimientos, sus corrientes plasmáticas, su expansión y contracciones dejan trasuntar de manera inequívoca la vigencia de nuestra fórmula de funcionamiento del organismo vivo. Se pueden alterar, acelerar y hasta destruir estas funciones por medio de una débil corriente eléctrica. Pero, como lo demuestra el desarrollo de los protozoarios, la energía necesaria para estas funciones proviene de los biones que integran la vesícula germinal del protozooario. Las funciones locomotrices de la ameba deben atribuirse exclusivamente a la energía orgónica, en vista de la falta de composición estructural. Los pseudopodios aparecen y desaparecen no bien las funciones de

expansión y de contracción lo exigen. La ameba no forma un pseudopodio "con el fin" de llegar a un objeto. No lo hace en procura de un "objetivo", como se considera desde un punto de vista finalista. Se trata de algo funcional puesto que, por atracción, un objeto apropiado provoca un impulso de expansión en el plasma orgonótico.

Aunque sólo sea para proteger las futuras investigaciones, debemos atenernos con toda firmeza al principio de que la materia viviente simplemente *funciona* sin un "sentido" ni una "finalidad". Es fácil explicar todo cuando se invoca una "finalidad". Mucho más difícil es descubrir la naturaleza de las funciones desconocidas. La "conducta finalista" de la ameba puede atribuirse a la función del orgón; por ejemplo, el protozoo incorpora una vesícula biónica porque su carga orgonótica más intensa atrae la carga más débil del bion libre. Es verdad que de esa manera también se cumple la "finalidad" de la nutrición, pero esto es *el efecto y no la causa* del acto de ingestión. El protoplasma no funciona según principios finalistas mecánicos o metafísicos; lo hace sobre la base de las funciones energéticas del orgón.

Todas las funciones biológicas pueden reducirse, en principio, a la pulsación, es decir a la alternancia de expansión y contracción. La pulsación en sí es una expresión natural de dos funciones antitéticas de la energía orgónica: la disociación y la atracción de materia orgánica cargada con orgón. Si nos basamos en los procesos observados en el plasma de la ameba, debemos suponer que el estado inmediato de la materia ejerce la siguiente acción sobre la función de la energía orgónica:

Las vesículas individuales, cargadas de orgón, pueden disponerse en hileras, como en el musgo, y constituir una estructura tisular estriada. Esto debe atribuirse a la función organizativa de la atracción. En otros protozoarios, las vesículas energéticas convergen para formar una masa homogénea. Por efecto de la atracción, *toda concentración de materia, cargada de orgón desencadena, en forma automática, el impulso hacia la disociación y provoca, por lo tanto, una separación de las partículas*. Si la ameba ha adoptado ya una forma esférica, en el punto en el cual las vesículas energéticas están más densamente concentradas se advierte un vivaz movimiento de rotación. Este movimiento se convierte en una expansión, es decir, en una separación de las vesículas. A su vez, la separación de las vesículas desencadena el impulso de reaproximación por efecto de la atracción. Eso da lugar a la contracción. Mientras el plasma tenga suficiente carga de orgón, toda contracción provocará una expansión y toda expansión una contracción. Este proceso interno aparece exteriormente como pulsación biológica, cualquiera que sea su ritmo. Dado que la expansión va acompañada de tumefacción y la contracción de detumescencia, la función

mecánica y la orgonótica coinciden en el patrón de cuatro tiempos: tumescencia (tensión) → expansión (carga) → contracción (descarga) → detumescencia (relajación). Pero la pulsación en sí está ligada, en esencia, a la alternancia de la *disociación con la atracción* y de la *atracción con la disociación* de las partículas.

Este proceso es de extraordinaria claridad en la expansión y la contracción de la vorticela (protozoarios org): después de cada contracción, se inicia un movimiento de trituración o de fricción de las vesículas contenidas dentro del cuerpo, movimiento que culmina con una expansión. La apertura del estoma en un extremo del cuerpo está conectada con esta expansión. Las vesículas energéticas del líquido son atraídas ("devoradas"), es decir que se produce la carga. Esto va seguido por una contracción hasta alcanzar la forma esférica; lo cual significa un reaceramiento de las vesículas internas. Y esto se repite interminablemente.

Tendremos oportunidad de encontrar con frecuencia este funcionamiento biológico. *La pulsación biológica (contracción y expansión), en tanto fenómeno central de la sustancia viviente, quedaría explicada así por dos funciones físicas básicas antitéticas, dentro de la energía biológica: la atracción y la disociación.*

Resumen

1. Si se expone la materia a altas temperaturas y se provoca una hinchazón, se inicia en ella un proceso de desintegración vesicular.
2. A pesar de que las altas temperaturas -calentamiento hasta llevar a la incandescencia (unos 1500° C) o la acción de la autoclave (120° C)- destruyen la vida, producen vesículas energéticas que luego pueden desarrollarse hasta convertirse en organismos vivientes.
3. La función energética en los biones proviene de la desintegración vesicular de la materia y no de una fuente externa.
4. Las vesículas energéticas son cantidades ínfimas de materia que contienen una porción de energía originada por esa materia.
5. Los biones son portadores de energía biológica: Representan la transición entre lo no viviente y lo viviente.
6. El color azul de los biones es una manifestación de esa energía. Al desaparecer ese color también desaparece el carácter básicamente biológico de los biones.
7. Los experimentos con biones no "crean" vida artificial, Se limitan a revelar el proceso natural por el cual los organismos unicelulares y las células

cancerosas surgen espontáneamente de la desintegración vesicular de materia.

Experimento XX³

Sobre la organización de la materia plasmática a partir de energía orgónica libre de masa.

En las páginas que siguen quiero informar acerca de un resultado experimental debido al "azar". Fue una de esas casualidades que suelen darse en el curso de investigaciones experimentales sistemáticas. Por lo común, cuando se estudia más a fondo uno de estos sucesos accidentales se comprueba que son la lógica consecuencia del proceso experimental de pensamiento y de trabajo. En este caso, se trató de un simple experimento (Nº XX, 1944-1945).

Yo había estado observando durante varios años preparados de biones de tierra que mantenía con vida reponiendo el agua de manera continua. Transcurridos unos meses -en algunos casos, sólo después de algunos años- advertí la aparición de pequeños organismos vivientes de movimientos muy rápidos, con forma de porotos o semejantes a las cabezas de los espermatozoides. Pude seguir con toda claridad la evolución de esas formas a partir de biones intensamente radiantes, con una lenta pulsación. Como ya sabemos, esas formas vivientes no surgen del aire. En primer lugar, no se las encuentra en el polvo del ambiente; en segundo lugar, no se las puede cultivar a partir de la contaminación del aire; en tercer lugar, su aparición, sólo después de meses o años, en las preparaciones de biones de tierra no estériles confirma su organización a partir de las preparaciones mismas. Por añadidura, pudimos comprobar que en las preparaciones esterilizadas en autoclave surgían las mismas formas vivientes.

En diciembre de 1944, adquirimos un aparato especialmente diseñado para la medición cuantitativa de la fluorescencia en los líquidos, que también podía aplicarse a la colorimetría. El uso de ese aparato se basó en las siguientes consideraciones:

Experimentos anteriores habían demostrado que la energía orgónica tiene la propiedad de la "luminación". Era lógico suponer que los líquidos con

³ El protocolo se inició el 2 de enero de 1945. Fue autenticado el 3 de marzo de 1945 y concluido el 26 de mayo de 1945.

mayor potencia orgonótica -que, por lo tanto, contienen más energía orgónica- luminarían con más intensidad que los líquidos con menor potencia orgonótica. Por consiguiente, la intensidad de la fluorescencia en los líquidos se consideraría como expresión de la luminación. Como hipótesis de trabajo, se tomó el grado de fluorescencia como medida de la potencia orgonótica. Estas suposiciones se confirmaron en lo sucesivo y condujeron a resultados experimentales prácticos y controlables.

La medición de la intensidad fluorofotométrica, o sea de la potencia orgonótica de los líquidos que habían contenido biones de tierra durante meses y a veces durante años, dio por resultado inmediato e incuestionable un valor fluorofotométrico mucho más alto que el del agua común.

Quisimos averiguar los cambios que podía experimentar la potencia orgonótica expresada en valores fluorofotométricos, bajo diversas condiciones. Distribuimos en diversos lugares del laboratorio ampollas que contenían agua con biones de tierra ya sometida a medición fluorofotométrica. Dejamos ampollas cerradas en la propia sala del laboratorio, por espacio de varias semanas. Colocamos otras en un pequeño acumulador triple, en la sala de rayos X, al aire libre y enterradas. Nuestra intención era sólo la de controlar los valores fluorofotométricos después de cierto tiempo. *Trascurridas tres semanas, advertimos que las ampollas depositadas al aire libre, que se habían congelado a consecuencia de las bajas temperaturas, al derretirse presentaban densos copos.* Pero el azar interviene en lo siguiente: "estábamos a punto de descartar esas ampollas, por consideradas "contaminadas", cuando se me ocurrió examinar los copos en el microscopio. Para mi sorpresa, comprobé que los copos -que se habían formado en un líquido absolutamente cristalino: es decir, absolutamente libres de partículas- examinados al microscopio eran partículas de materia bionosa, con una intensa radiación. Con un aumento mayor (3000x) pudimos observar biones contráctiles y expansivos que nos resultaban muy familiares. Repetimos el experimento filtrando y congelando agua bionosa cristalina, hasta que no nos quedó la menor duda: *Estábamos ante un proceso a través del cual la energía orgónica que se encuentra libre en el agua -es decir, no ligada con una materia bionosa- se puede organizar hasta constituir sustancia plasmática viva, que presenta todos los criterios de la vida.*

En lo sucesivo me limitaré a exponer la técnica de este *Experimento XX* y de los hechos comprobados. Por el momento prefiero no ubicar estos datos experimentales dentro de un contexto más amplio. Las implicaciones de estos hechos son de extraordinaria trascendencia, pero sólo resultan comprensibles si se los analiza dentro del contexto de la función física orgonótica. Esto se intentará en otro momento.

Por ahora me limitaré a señalar el avance que significó este experimento para la preparación de biones, es decir de vesículas de energía orgónica viables. Resumiendo:

1. Desde 1936 hasta 1945, los biones se prepararon exclusivamente a partir de materia ya organizada (humus, hierba, hierro, arena, carbón, etc.). El avance representado por el Experimento XX reside en el hecho de que ahora las vesículas de energía orgónica -con todas las propiedades de lo viviente- también pueden obtenerse del orgón libre de masa., Por eso, en la producción de biones podemos distinguir entre los obtenidos de materia ya organizada ("formación secundaria") y la organización de vesículas de orgón a partir de energía no organizada ("formación primaria"). En otro momento hablaremos de la importancia de esta distinción para la comprensión de la biogénesis y de ciertos problemas bioquímicos.

2. Otro progreso del Experimento XX respecto a los experimentos con biones practicados hasta ahora consiste en que con él se ha logrado una nueva e irrefutable prueba de la naturaleza específicamente vital de la energía orgónica.

Prueba fluorofotométrica de la existencia de orgón en el agua con biones de tierra

1. Se tamiza tierra común de jardín para quitarle las partículas más grandes, tales como piedritas o terrones de barro. Se añade agua a la tierra así tamizada y se la observa a través del microscopio: no se advierte en ella el menor movimiento.

2. Se examina agua destilada y agua de vertiente con métodos fluorofotométricos. Si el valor fluorofotométrico del agua destilada se considera igual a 1, el agua con sales -es decir el agua de vertiente o el agua corriente de las cañerías- tiene un valor de 3 a 4, como se midió en Forest Hills, Nueva York. Consideramos, además, el valor fluorofotométrico del líquido como expresión de su luminación orgonótica, es decir, de su "potencia orgonótica". El galvanómetro conectado al fluorofotómetro tiene una escala con una graduación equidistante de 1-100. *La potencia orgonótica del líquido medido resulta entonces un múltiplo de la potencia orgonótica del agua destilada.* La tabla que sigue muestra los valores de la potencia orgonótica de una serie de líquidos.

3. La tierra de jardín ya tamizada es destilada o hervida durante una hora en agua corriente o sometida por espacio de media hora a la acción de la autoclave (120° C, 15 libras).

<i>Líquido</i>	<i>PO</i>
Agua destilada	1
Agua de lluvia	3
Agua corriente	4
Agua de mar	8
Arena en H ₂ O, filtrada	1
Limaduras de hierro en H ₂ O, filtrada	5
Polvo de carbón de leña en H ₂ O, filtrado	7
Tierra en H ₂ O, filtrada	8
Biones de tierra en H ₂ O, filtrados	(promedio) 50
Hierba en H ₂ O, filtrada. (después del desarrollo de biones y protozoarios)	13
Orina	43
NaCl (solución fisiológica)	4
KCl (0,1 normal)	2
CaCl ₂ (0,1 normal)	2,5
HCl (0,1 normal)	1
NaOH (0,1 normal)	2
Solución de Ringer	1,5
HgCl ₂ (desinfectante)	3,5
Alcohol (95%)	3
Caldo de cultivo	45
50% caldo, 50% KCl	60
Azúcar blanca (solución saturada)	9
Azúcar negra (solución saturada)	13
Melaza de arce (solución saturada)	27
Dextro-Maltosa (solución saturada)	41
Miel	73
Jugo de naranja	7
Leche (pasteurizada)	55
Leche (no pasteurizada)	más de 100
Clara de huevo	25
Té	2
Whisky	11

4. Se filtra el agua hasta quitarle la tierra hervida y dejarla cristalina. Llamaremos a este líquido "agua de biones". A diferencia del agua original, que era incolora, ésta presenta "una tonalidad amarilla de intensidad variable. Inmediatamente después de haber hervido y filtrado el agua de biones se efectúa la medición fluorofotométrica de su potencia orgonótica. El valor obtenido -o sea la PO- varía por lo general entre 30 y 60, con un promedio de 45. En otras palabras, la luminación orgonótica del agua de biones es, término medio, 45 veces mayor que antes del hervor. Puesto que el galvanómetro registra la reacción de una célula fotoeléctrica a los rayos de luz fluorescente, el aumento del valor fluorofotométrico del agua después de

la cocción de la tierra indica un mayor contenido energético del líquido. Este contenido puede estimarse en microamperios. Como es lógico, el valor en microamperios que leemos en el galvanómetro no es la verdadera medida de la luminación orgonótica; sólo es la medida de la excitación de la fotocélula transformada en energía eléctrica. Como he señalado en otro contexto, *las unidades de medida eléctrica sólo reproducen una ínfima fracción del verdadero valor energético del orgón.*

5. A primera vista resulta desconcertante e incomprensible que el agua bionosa hervida alcance valores energéticos que están en el nivel de los de líquidos orgánicos como los caldos de cultivo, la leche o las vitaminas. Pero si se analiza el problema veremos que el resultado es perfectamente lógico:

La cocción ha transformado la sustancia de la tierra en una materia *bionosa* móvil. Se ha liberado energía de la materia, como lo demuestra en forma inequívoca la movilidad interna, las lentas pulsaciones rítmicas y la contractilidad de las vesículas de energía orgónica (en contraste con la inmovilidad de las partículas de la misma tierra *antes* de la cocción). Pero la transformación de las partículas de tierra en biones y la liberación de energía dentro de las partículas no fueron los únicos efectos: *esa energía penetró en el agua porque el agua atrae al orgón y viceversa.* Por eso, la potencia orgonótica del agua ascendió de su propio valor básico al nivel de líquidos bioquímicos de alto valor orgonótico.

6 La experiencia nos ha demostrado que el agua bionosa hervida desarrolla bacterias de putrefacción, aun cuando se la envase herméticamente. Por esa razón, en los experimentos más recientes el agua bionosa se esterilizó en autoclave durante treinta minutos, a 15 libras de presión y 120° C. Este proceso hace que la PO descienda de 5 a 8 puntos, para luego recobrar su nivel original en el transcurso de las 24 a 48 horas. El agua bionosa sometida a la autoclave es envasada en frascos herméticamente cerrados con algodón esterilizado, o en ampollas selladas, que se conservan en heladeras.

Organización de materia bionosa y plasmática a partir de la energía orgónica contenida en el agua bionosa.

El agua bionosa completamente libre de partículas, estéril y con una alta potencia orgonótica es vertida en varias redomas y tubos de ensayo dos días después de haber sido esterilizada en la autoclave o hervida. Se sellan las redomas y se cierran los tubos con taponés de algodón esterilizado.

Dividimos los tubos en tres grupos. El *grupo A* es colocado en un acumulador de tres capas de orgón y de 1 pie cúbico; el *grupo B* se deja en el laboratorio; el *grupo C* se coloca en el congelador de la heladera. Para fines de control se colocan en los mismos lugares recipientes con agua común esterilizada para cada uno de los grupos.

Dos a ocho días después, se retira el grupo C de la heladera. Antes de comenzar el descongelamiento advertimos que *el amarillo del agua bionosa se ha concentrado en el centro del hielo, en una opaca mancha amarillo-parduzca:* El hielo circundante es completamente claro y transparente. No bien se licua el hielo, se advierte la presencia de copos blanquecinos y parduscos en el líquido antes cristalino. A simple vista, los copos son de 1-5 mm de largo y alrededor de 1 mm de ancho. El líquido en sí es de un amarillo homogéneo.

Los grupos A y B desarrollan los mismos copos, aunque con mucha más lentitud, en un lapso de tres a ocho semanas. De los grupos de control, ni el B -que se encuentra en el laboratorio- ni el C -que es agua común congelada- desarrollan esos copos. El grupo de control A, en cambio, es decir el agua común ubicada en el acumulador de orgón, llega a desarrollar copos en el transcurso de varios *meses*; si bien su densidad es mucho menor y su forma no es tan neta como la de los grupos experimentales A, B y C.

El examen microscópico de los copos revela siempre la existencia de dos tipos básicos: *formas lisas, plasmáticas, pero bien definidas,* en las cuales se encuentran dispersos gránulos oscuros y algunos biones PA azules, en diverso grado de densidad; o acúmulos de vesículas de energía orgónica con un *intenso resplandor azul* y un borde muy neto (Figs. 43-47, Apéndice).

Los preparados que siguen manteniéndose estériles muestran al cabo de varios días, y sobre todo después de dos o tres semanas, un aumento en el número de copos. A través del microscopio se puede establecer que los copos crecen individualmente por acumulación de sustancia y, además, se dividen. Los copos, filiformes, enulados, serpentinos y brillantes, se transforman en el transcurso de las semanas en acúmulos de biones con una intensa radiación.

Experimentos de cultivo. Para convencernos en forma definitiva del crecimiento y la multiplicación de los copos, colocamos algunos de ellos en agua bionosa, clara y esterilizada, operación en la cual se prestó mucha atención a las condiciones de esterilidad. Trascurridas una o dos semanas, en las muestras se observó con perfecta claridad la formación de cultivos. *Los copos se habían vuelto más densos.*

EXPERIMENTO XX

Fecha	Preparado Nº	Procedimiento	PO antes del tratamiento			Forma de organización		Otras formas existentes		Degener. T
			tratamiento	Bión	Plasma	Células aislad.	Form. de poroto	Proto-zoarios	Multipl.	
2/1/45	xx1 org	20 días en acumulador de orgón	46	+				+	+	+
3/1	xx 1 f	21 días congelado	38	+	+		+	+	+	+
6/1	xx 1 e	Autoclave, conservado bajo techo	41	+			+	+	+	+
8/1	xx 1 x	Sin tratamiento, conservado bajo techo	40	+			+	+	+	+
25/1	xx 2 f	Cong.4 días			+		+	+	+	+
26/1	xx 3 cf	Autoclave y 4 días congelado.	52		←+		+	+	+	+
30/1	xx 1 g	Secado en cristales añado agua destilada		+			+	+	+	+
30/1	xx 4 cf	Autoclave y 3 días congelado.	60	+	(+)		+	+	+	+
31/1	xx 5 cf	Autoclave y 4 días congelado.	51	+	(+)		+	+	+	+
31/1	xx 5 cg	Autoclave; secado e incorporado a agua destilada	51		+		+	+	+	+
5/2	xx 6cf	Autoclave; congelado y descongelado alternativamente durante 6 días	57	+	←+		+	+	+	+
6/2	xx 6cg	Autoclave; secado e incorporado a agua de biones	57	+			+	+	+	+
9/2	xx 8 cf	Autoclave; congelado 1 día		+	+		+	+	+	+
9/2	xx 9 cf	Autoclave; congelado 1 día	37	+	←+		+	+	+	+
9/2	xx 9 cg	Autoclave; secado, incorporado a agua de biones	37	+			+	+	+	+
12/2	xx 1 gg	1 g resecado, incorporado a agua de cañería		+			+	+	+	+
13/2	xx 10 f	Congelado durante 14 días	52	+	←+		+	+	+	+
13/2	xx 10 cf	Autoclave; congelado por 14 días	52	+	←+		+	+	+	+
13/2	xx 10g	Secado, incorporado a agua de biones	52	+			+	+	+	+
13/2	xx 10cg	Autoclave; secado, incorporado a agua de biones	52	+			+	+	+	+
20/2	xx 11 f	Congelado durante 8 días	42	+	←+		+	+	+	+
21/2	xx 11 f	Congelado durante 7 días degenerado; vuelto a congelar por 2 días	40	+	←+		+	+	+	+
1/II	xx 13 f	Brumoso, lleno de bacterias de putrefacción; congelado por 4 días ¹	44	+	←+		+	+	+	+
1/3	xx 14 cf	Autoclave; 4 días congelado.	48		+		+	+	+	+
2/3	xx 15 f	15 días congelado	61		+		+	+	+	+
5/3	xx 15 g	Secado e incorporado a agua bionosa	61		+		+	+	+	+
7/3	xx 16 c dil. f	Dilución; 1 parte de agua de biones en 4 partes de agua; autoclave: 5 días congel.	55	+	←+		+	+	+	+
7/3	xx 17 f	Contenía algunas bacterias de putrefacción; 5 días congelado	67	+	(+)		+	+	+	+
8/3	xx 18 cf	Autoclave; 4 días congelado	60		←+		+	+	+	+
14/3	xx 19 cf	Autoclave; brumoso, algunas bacterias de putrefacción; 13 días congelado		+	+		+	+	+	+
6/4	xx 20 cf	Autoclave; 3 días congelado.	38	+	+		+	+	+	+

Según nuestra experiencia, la PO del líquido de cultivo se mantiene aproximadamente en su nivel primitivo o hasta aumenta.

Si se cuenta con suficiente número de preparados y se los examina con microscopio a intervalos regulares (una vez a la semana durante varios meses), podremos observar cambios biofísicos muy graduales en los copos. En algunos de ellos aparecen biones esféricos de 2-3 micrones de diámetro, con un borde bien definido y un intenso resplandor azul. Estos biones se van estirando poco a poco y finalmente adoptan la siguiente forma de poroto:



En condiciones favorables, es decir, cuando no se ha producido una prematura desintegración T en los preparados, estas "formas de porotos" evolucionan hasta convertirse en protozoarios contráctiles que se mueven de una manera rápida y brusca. La mayoría de estos protozoarios tienen un plasma con estructura granular y estriada, otros tienen plasma liso, es decir, sin estructura. Pueden obtenerse cultivos puros de estos protozoarios inoculando el líquido que sobrenada, sin perturbar los copos depositados en el fondo. Los protozoarios se multiplican en el nuevo cultivo y, luego, de cultivo en cultivo, sin la menor dificultad.

Observaciones y pruebas para determinar la naturaleza biológica de los copos de orgón

1. *El agua bionosa descongelada de la preparación XX representa un coloide irreversible*: si se hace evaporar el agua bionosa, transparente y amarilla, de alta potencia orgonótica, en el fondo del recipiente se forma una capa amarillo-dorado, lisa y opaca. Si se raspa esta cubierta, se obtiene un polvo constituido por diminutos cristales entre amarillos y parduscos. Estos cristales -a los cuales hemos denominado "orgontina"- no pueden ser nuevamente disueltos, ni en agua común ni en agua con un alto contenido de orgón. Sólo se hinchan y se comportan de la misma manera que los copos obtenidos por descongelación del agua bionosa congelada. También estos

cristales muestran los fenómenos de crecimiento, multiplicación y formación de protozoarios.

2. *Observación microscópica de la organización*: los copos crecen en largo y ancho; los acúmulos de biones incorporan más biones del líquido, por organización. Los copos más pequeños aumentan de tamaño y los de mayor tamaño dan origen a biones pequeños. Los biones suelen disponerse en grupos. Cuanto más crecen los copos, tanto más oscuros se vuelven; adoptan una coloración entre pardusca y negruzca.

3. *Atracción orgonótica y efecto esterilizante*. Los copos de orgón reaccionan de la misma manera que todas las demás materias bionosas investigadas hasta ahora. Si se las acerca a bacterias de putrefacción, las matan o las paralizan.

4. *Degeneración T y putrefacción*: Los copos de orgón degeneran por putrefacción como toda otra sustancia orgánica o viviente o se desintegran en los corpúsculos T que ya conocemos. Los protozoarios se forman con mayor lentitud y dificultad en los preparados muy degenerados que en los estériles. Pero los preparados degenerados pueden quedar libres de bacilos T y de bacterias de putrefacción si se los congela repetidas veces. Esto parece aumentar la capacidad de organización de protozoarios móviles.

5. Los copos secos y molidos en pequeñas partículas se queman en la llama hasta reducirse a una sustancia negra *semejante al carbón*. Es decir que se comportan como el protoplasma viviente y como las combinaciones orgánicas no-vivientes de carbono. Aun cuando se los deje secar, sin molerlos, se desarrolla -probablemente por oxidación- la misma sustancia negruzca, que ha demostrado ser combustible a la llama.

6. *Contenido de azúcar*: El agua bionosa con alta potencia orgonótica tiene un sabor dulzón. Cuando se queman los copos se percibe un aroma a caramelo. (Hasta ahora no ha sido posible realizar un análisis bioquímico exacto, pero se proyecta hacerlo.)

7. Todos los recipientes que han estado en contacto por bastante tiempo con el agua de biones parecen *grasosos* al tacto.

8. El agua bionosa reacciona a las influencias debilitantes, como la acción de la autoclave, de la misma manera en que reaccionaría un organismo viviente, es decir con una *disminución de la PO*, que luego sólo se recupera en forma paulatina.

9. *Contractilidad del orgón libre de masa en el agua de biones*: la presencia de una mancha amarillenta, concentrada en el centro del hielo cristalino, sólo admite una explicación plausible: *la energía orgónica libre de masa reacciona en el agua en proceso de congelación de la misma manera que la energía orgónica en un organismo viviente en proceso de congelación*:

se contrae y se retira del punto en donde se está produciendo la congelación. Por lo tanto, la energía orgónica libre de masa tiene la facultad de contraerse. En el proceso se crea materia, evidentemente por *condensación*. Este proceso necesita un estudio intensivo.

10. Los copos de orgón se desarrollan con más rapidez hasta convertirse en protozoarios, cuando se añaden bacilos T al preparado. En ese caso puede observarse la aparición de formaciones fusiformes de tosca estructura, similares a las formaciones Ca III (ver Capítulo VI).

Etapas en el desarrollo de protozoarios en agua bionosa esterilizada, libre de partículas

1. Una vez que la solución de agua bionosa se ha descongelado, aparecen copos plasmáticos granulados de forma típicamente orgánica.

2. Muchos de los gránulos individuales se expanden y se desarrollan hasta convertirse en vesículas esféricas de energía orgónica, con un intenso resplandor azul. La mayoría de estos grupos de biones se fusionan en formaciones más grandes.

3. Los biones esféricos se van estirando con el correr de los días o semanas hasta adquirir una forma similar a la de un poroto, pero aún no muestran señales de movimiento.

4. Estas formaciones con aspecto de porotos adquieren luego movimiento en dos sentidos: con un aumento de 3000-5000x, el contenido de las vesículas energéticas revela finos movimientos de expansión y de contracción; la formación se estira cada vez más, sus membranas se vuelven más blandas y aparecen movimientos de traslación. Las formaciones que más se han elongado desarrollan movimientos serpenteantes y espiriformes. Los esquemas que siguen se tomaron en forma directa, con un aumento de 240x aproximadamente.



5. Si se inocula agua bionosa con protozoarios a agua bionosa esterilizada, los protozoarios se multiplican y pueden ser reinoculados al infinito. A estos protozoarios les he dado el nombre de *orgonomía*.

Experimentos de control

1. El congelamiento de agua común de pozo *no estéril* o destilada no produce ni copos ni protozoarios. De modo que debemos atribuir la organización de materia plasmática al alto contenido de orgón medido con el fluorofotómetro.

2. Cuando se destila agua bionosa de aproximadamente 40-50 PO, se observa un pequeño número de copos *inmediatamente después del enfriamiento* y un gran número después de la congelación. Esto confirma, en otro aspecto, la afirmación hecha en el punto 1.

3. El agua de mar es extraordinariamente rica en orgón, por eso no es de sorprender que siga produciendo copos y protozoarios después de ser filtrada y sometida a la acción de la autoclave. Sin embargo, debemos señalar que en esto subsiste un leve enigma. El agua del Océano Atlántico recogida en Jones Beach, Long Island, Nueva York, sólo tiene de 8 a 10 PO alrededor de una hora después de la extracción. En el agua bionosa de tierra con una PO tan baja no hay crecimiento bionoso o si lo hay es deficiente; por eso no se entiende que el bajo índice de PO no tenga importancia en el caso del agua de mar. El fenómeno es importante, pero es evidente que no podemos comprender todo en forma inmediata.

4. El agua de hierba sometida a la acción de la autoclave también produce, después de la congelación, copos que se multiplican y crecen.

Conclusiones generales

1. El humus contiene energía orgónica. La transformación de humus en biones de tierra da lugar a un aumento de la potencia orgonótica del agua que los contiene, de 4 a 30-70 (si la PO del agua destilada se considera igual a 1).

2. La energía orgónica en altas concentraciones otorga una tonalidad amarillenta a los líquidos.

3. La energía orgónica distribuida en forma homogénea en un líquido a temperatura ambiente se contrae cuando se la enfría o congela y forma un núcleo amarillo parduzco en el hielo.

4. El orgón libre de masa concentrado da origen a copos protoplasmáticos, o sea a materia.

5. Los líquidos de alta potencia orgonótica dan lugar al desarrollo de protozoarios por la vía de la formación de vesículas de energía orgónica.

6. La formación de materia plasmática a partir de energía orgónica concentrada indica un proceso general a través del cual se constituye materia

a partir de energía. Eso nos lleva a considerar la energía orgónica como la energía cósmica primordial.

7. Según los resultados obtenidos en nuestro Experimento XX, la evolución del plasma viviente precedió en nuestro planeta a la organización del carbón y de los hidratos de carbono. El carbón es un producto de la desintegración de la materia viviente. Las moléculas bioquímicas no existían antes del desarrollo de la sustancia plasmática; sólo aparecieron como uno de los elementos mecánicos en el proceso de la organización plasmática.

III EL VERDADERO DESCUBRIMIENTO DE LA ENERGÍA ORGÓNICA

1. Absurdos de la teoría de los gérmenes del aire

Hasta ahora habíamos tenido que defendernos contra una objeción o, mejor dicho, contra un *slogan*, según el cual los biones no son otra cosa que una "común y corriente infección por el aire". He esgrimido tres argumentos en contra de esa afirmación:

- 1. Las estructuras de biones en formación se pueden observar no bien se completa el preparado. La infección por el aire requiere, en cambio, muchas horas de incubadora para su desarrollo.*
- 2. Los experimentos con cultivos de biones pueden realizarse con éxito en un sistema hermético, sin contacto con el aire.*
- 3. Entre los cultivos de biones se encuentran algunos cuya identificación no se había logrado hasta ahora, por ejemplo, los biones SAPA.*

Para discutir los múltiples problemas planteados por el cultivo de biones, debemos comenzar por refutar la objeción de la infección a través del aire. Pero, por encima de todo -la causa así lo exige-, debemos poner de manifiesto el absurdo que significa en la actualidad el uso de ese argumento, y debemos hacerlo tanto en forma experimental como teórica. Cada vez que se produce un avance en el terreno de la ciencia, los obstáculos más difíciles de superar no son tanto los hechos como los conceptos muy arraigados.

Las formaciones a las cuales yo he designado como biones (PA y T) y cultivos de biones, no se encuentran en los cultivos de gérmenes del aire. Esto puede demostrarse con toda facilidad en forma experimental. Para ello debe llevarse a cabo la siguiente serie de experimentos:

a) Con una espátula esterilizada se raspa la palma de la mano y se colocan las impurezas así obtenidas en un caldo de cultivo. Luego de veinticuatro horas de permanencia en la incubadora, el líquido evidencia una *brumosidad flocculenta*, que vuelve a desaparecer en el curso de unos días o semanas, para ser remplazada por una fina membrana que flota sobre la superficie y un denso precipitado en el fondo. Al examinar el líquido con microscopio vemos diminutos cocos de forma redondeada a ovoide, con un brillo negruzco, y algunos bacilos alargados de movimientos serpenteantes. No encontramos, en cambio, ameboides contráctiles del tipo PA ni formas celulares nucleadas, ni bacilos T (en los preparados nuevos).

b) Añadimos unas gotas de agua de la canilla al caldo de cultivo. Por lo general trascurren varios días antes de que aparezca una turbiedad. Con frecuencia no se produce crecimiento de cultivo. Al microscopio se observan los mismos tipos de cocos —pequeños y redondeados— y de bacilos.

c) Colocamos un pequeño cuenco de agua al borde de una carretera polvorienta y lo dejamos allí, al aire libre, por espacio de una hora. Luego inoculamos una muestra de esa agua en un caldo de cultivo. Puede ser que no se produzca un crecimiento de cultivo. Si se produce, la turbiedad deja paso - al cabo de unos pocos días o semanas- a una membrana que flota en superficie y a una densa masa flocculenta depositada en el fondo. Pueden transcurrir de cuarenta y ocho a setenta y dos horas antes de que tal crecimiento aparezca realmente. Observado en el microscopio se ven pequeños cocos y bacterias alargadas, con aspecto de salchicha, de movimiento lento y serpentino. *No se advierte la presencia de formaciones del tipo de nuestros cultivos (amebas) en paquete y bacilos T.*

d) Dejamos abierto un tubo de ensayo con caldo de cultivo en posición vertical, durante media hora, en nuestro laboratorio. Trascurridas veinticuatro horas, se advierte turbiedad en el líquido. También esta turbiedad desaparece con el correr del tiempo para ser remplazada por una membrana en superficie y una masa flocculenta en el fondo. En el examen microscópico encontramos nuevamente los pequeños cocos ya conocidos, más hileras de formas estreptocócicas y una que otra formación claviforme. También se advierte la presencia de los bacilos con forma de salchicha y movimiento serpentinos. *De nuestros tipos de biones no existe el menor indicio.*

e) Dejamos un cultivo estéril de agar en una placa de Petri por espacio de media hora, sin cubierta, en nuestro laboratorio. Luego de veinticuatro horas en el horno se desarrolla un crecimiento constituido por los típicos pequeños acúmulos, no contráctiles, de vesículas. También pueden encontrarse,

de tanto en tanto, algunos bacilos. Pero nuestros biones no aparecen. Si dejamos la placa de agar descubierta el tiempo requerido como para una inoculación, nos convenceremos de que es muy difícil producir infección por el aire.

f) Podemos variar este experimento de control recogiendo polvo de la superficie de un armario o de un horno abierto, con ayuda de una espátula, e incorporándolo a nuestra solución de caldo y KCl 0,1n, es decir, sometándolo a las mismas condiciones a las cuales está sometido al cultivo de biones. Una vez más nos encontramos con el panorama familiar: crecimiento después de veinticuatro horas, pero también después de cuarenta y ocho o setenta y dos. Nada de biones, sólo bacterias filiformes, espirilos y formas análogas a las espiroquetas así como pequeños cocos, no contráctiles, que se desplazan a gran velocidad. Si se lo inocula en agar, el cultivo sólo produce, por lo general, formas bacilares con movimiento serpentino. Como todos los demás cultivos no estériles, éste forma una membrana y, trascurrido cierto tiempo, un precipitado flocculento. Cuan; do se utiliza medio de huevo se produce una contaminación masiva de polvo, por lo general de moho.

Estos experimentos de control respecto al problema de la infección por el aire pueden repetirse a voluntad en una gran variedad de formas, y siempre revelan dos hechos:

1. *Que el aire sólo contiene ciertas formas de bacilos más grandes y de cocos simples.*
2. *Que no es posible cultivar biones a partir del aire ni en caldo, ni en agar, ni en medio de huevo.*

Los experimentos de control nos demuestran un tercer hecho: *El peligro de infección por el aire ha sido un argumento muy exagerado por quienes lo esgrimen contra la idea de la organización bionosa de la materia no viviente.*

Después de habernos asegurado por partida doble de que nuestros cultivos de biones nada tienen que ver con los "gérmenes del aire", someteremos a un análisis crítico al propio concepto de "gérmenes del aire". Comencemos por resumir las conclusiones que pueden extraerse de la afirmación de que los organismos protozoarios sólo pueden provenir de gérmenes que están presentes en el aire:

1. *Debería existir un germen específico para cada tipo de organismo unicelular o bacteriano.* En otras palabras: debería haber tantos tipos de gérmenes como de microorganismos existentes, es decir, millones de tipos.

Esto se contradice con un hecho indiscutible, y es que el cultivo de bacterias del aire sólo produce una fracción mínima de las formas conocidas en patología. Esta sola discrepancia plantea algunos interrogantes que deberían recibir una respuesta clara y directa por parte de los defensores de la teoría de los gérmenes del aire.

¿Alguna vez se ha logrado cultivar directamente a partir del aire vibriones de cólera, bacilos de peste, espiroquetas de sífilis, etc.? Lo real y lo cierto es que hasta ahora sólo se han cultivado estas formas a partir de tejidos animales y luego se ha forjado una teoría. Mientras existan formas microbianas -y, ahora, también biones- que no han sido cultivados a partir del aire, la hipótesis de la infección por el aire carecerá de validez.

2. *Refutación de la teoría metafísica de los gérmenes del aire:* El experimento de los biones -que ha sido filmado- demostró que la desintegración vesicular del musgo da lugar a la organización natural de organismos unicelulares, como los protozoarios. La teoría metafísica de la esporogénesis, en cambio, asegura que los protozoarios tienen su origen en gérmenes omnipresentes en el aire, que se desarrollan en lugares favorables para su crecimiento. Ninguno de los paladines de esta teoría de los gérmenes ha podido hasta ahora probar su existencia. La inexactitud fundamental de esta teoría queda demostrada en forma palmaria por el siguiente experimento:

Si los protozoarios se originaran en gérmenes adheridos al musgo y al heno y pudieran aparecer después de unos días en infusiones, este hecho debería ponerse de manifiesto en la experiencia que sigue. Se lava heno o musgo, no esterilizado, con agua común. Para eliminar hasta la más ínfima partícula de heno, se hace pasar el agua por un filtro sobre el cual está apoyado el musgo, o bien se hacen correr briznas de heno por el agua, con ayuda de una pinza. El agua así "contaminada" no evidencia crecimiento de protozoarios y ni siquiera el menor atisbo de este fenómeno. En cambio, la infusión de heno o musgo muestra una progresiva hinchazón de los tejidos y todas las fases del desarrollo de protozoarios, desde la primera desintegración vesicular hasta la formación, en los bordes, de crecimientos hacia afuera de tejido vegetal, que finalmente se desprenden como protozoarios completamente formados.

Para que la teoría de los gérmenes del aire pueda confirmar su validez, será necesario que sus partidarios se esfuercen por demostrar en forma experimental que los esporos, a partir de los cuales evolucionan supuestamente los protozoarios, pueden ser aislados de la materia a la cual están adheridos para luego evolucionar hasta convertirse en protozoarios.

Supongamos por un momento que todas las formas microbianas conocidas y las nuevas formas de biones se encuentran en el aire;

¿puede considerarse la expresión "gérmenes del aire" como una *explicación* científica del origen de dichas formaciones? Con toda razón podríamos replicar: Y bien, esas formas existen en el aire; pero *¿de dónde provienen y cómo llegaron al aire?*

Si analizamos esta pregunta con atención estaremos de acuerdo en que la teoría de los gérmenes del aire carece de valor científico. Si estamos en lo cierto al afirmar que los microorganismos se forman a partir de la materia inorgánica y de la materia orgánica en descomposición, tendríamos una explicación válida acerca del *origen de los gérmenes del aire*. Por otra parte, en el aire no puede haber más que sustancias inorgánicas o sustancia orgánica muerta. Dejemos de lado el hecho de que sólo se han visto, a lo sumo, los esporos de unos pocos organismos primitivos; nadie ha *visto* jamás los gérmenes o esporos de una ameba o de un paramecio. Los *slogans* con los cuales se sustituye la auténtica experiencia visual, a modo de tesis teológicas absolutas —*Omne vivum ex vivo* y *Omnis cellula ex cellula*— no pueden ser consideradas como afirmaciones científicas serias a la luz de nuestras experiencias; sólo se las puede considerar una efectiva defensa contra hechos muy contundentes.

Ahora que hemos demostrado lo absurdo de la teoría de los gérmenes del aire, tal cual ésta predomina en el pensamiento médico actual, debemos esforzarnos por demostrar hasta qué punto es perjudicial para la comprensión de gran número de fenómenos de gran importancia dentro de la medicina; cómo, al desechar la idea de la organización natural, la medicina se priva de toda posibilidad de ver hechos simples y aleccionadores, de investigarlos a fondo y de aplicar esos conocimientos en la terapéutica.

1. La medicina sabe que en el organismo animal se forman, de manera permanente, organismos vivos de funcionamiento biológicamente autónomo. Tal es el caso de los glóbulos rojos y de los blancos, formados en la médula ósea y en el sistema linfático, o de los óvulos y espermatozoides formados en los epitelios de las gónadas. La discrepancia entre este hecho reconocido y la teoría de los gérmenes parece no haber turbado la conciencia del mundo científico. Se forman eritroblastos que dan origen a los eritrocitos; el óvulo se forma a partir del folículo; el espermatozoide tiene su origen en la espermatogonia. Las formas transitorias se desarrollan a partir de los epitelios de los órganos en cuestión. *Una forma celular se transforma en otra totalmente distinta*. Este proceso se produce en el cáncer y es uno de los factores primordiales del problema. La formación de entidades biológicamente independientes a partir de organismos biológicos de naturaleza diferente es continua dentro del cuerpo.

Y justamente esto resulta incomprensible si no se admite la metamorfosis de tejido orgánico en formaciones unicelulares independientes.

2. Hay diversas formas de microorganismos en las mucosas y orificios del cuerpo humano. Las bacterias intestinales, por ejemplo, deben de llegar al tubo digestivo desde alguna infección exterior al cuerpo. Pero la razón por la cual la bacteria coli se encuentra precisamente en el colon y no, por ejemplo, en la mucosa bucofaríngea, permanece en el misterio. Igualmente misteriosa es la razón por la cual los neumococos pasan del aire a los pulmones y no van a dar a los intestinos. Más aún, *¿cómo es posible que el género humano no se haya extinguido hace ya mucho tiempo si en el aire, y por consiguiente en las mucosas, hay miles de variedades de bacterias letales?* La fórmula mágica con que se elude este interrogante es la célebre "disposición". Pero el propio concepto de "disposición" revela lo que la teoría de los gérmenes del aire oculta. Es inexplicable, por ejemplo, que en un tejido canceroso recién extraído del interior de un hueso se encuentren cientos de miles de microorganismos cultivables y hasta fatales para las ratas. ¿Cómo llegaron al hueso? No podemos tomar muy en serio la información de que "vinieron del aire, se instalaron en las mucosas" y "de allí por vía circulatoria llegaron al hueso"; porque es imposible no formularse esta pregunta: ¿cómo es posible que esa bacteria del aire, en su complejo recorrido, se haya detenido precisamente en ese hueso y no haya desencadenado enfermedades infecciosas de todo tipo en su trayectoria a través del cuerpo humano? El hecho de que haya organismos patógenos en la garganta que sólo son dañinos en determinados momentos y para determinadas personas, es un milagro para cuya explicación no bastan, sin duda, las palabras "disposición" y "virulencia latente", porque no son más que palabras. Lo importante es establecer con precisión qué ocurre *dentro del organismo*, por qué un microorganismo ejerce sus efectos unas veces y otras no.

3. En la bibliografía sobre microorganismos encontramos a cada paso la explicación de que determinados organismos sólo prosperan en determinados medios de cultivo. Es más que místico suponer que los gérmenes de amebas, los cuales, según la teoría, tienen que estar repartidos por la atmósfera en forma pareja, escojan precisamente las charcas barrosas y la cara inferior de las hojas de las plantas. Más curioso aún es que estos gérmenes de ameba no puedan desarrollarse en el fresco musgo primaveral y, en cambio, aparezcan masivamente en el musgo de otoño. Es fácil advertir la carencia de lógica, la inconsecuencia y el afán de ocultar hechos que privan en un pensamiento de esta naturaleza.

4. Dentro del contexto de estas consideraciones, podemos arriesgarnos a rozar una problemática que desencadena todo tipo de pasiones.

De acuerdo con la teoría de los gérmenes del aire, los bacilos del cólera o de la peste bubónica zumban por el aire todo el tiempo, pero no se ponen de manifiesto en condiciones normales de higiene. Surgen del aire para producir epidemias, que cuestan la vida a cientos de miles de personas, en tiempos de guerra y en zonas densamente pobladas en las cuales no se adoptan las medidas de higiene apropiadas. ¿Cómo podemos creer que en estas epidemias no represente un papel importante el *estado biológico* de los seres humanos expuestos a una crónica falta de higiene o a los horrores de una larga guerra? ¿Es posible que toda la responsabilidad recaiga sobre un bacilo y que el organismo viviente en el cual éste ejerce su acción devastadora no tenga nada que ver? ¿Qué razones hay para atribuir tanta importancia al bacilo y tan poca al organismo del hombre? ¡Me temo que la "bacteria del aire" sea menos difícil de combatir que las biopatías! Si bien no pretendo responder aquí a las preguntas formuladas, quiero destacar que el estado biopático de las víctimas del cólera y de la peste bubónica merece una atención mucho mayor que las bacterias en cuestión, sobre cuyo origen muy poco se sabe hasta el día de hoy.

Para resumir: *La teoría de los gérmenes del aire no sólo es errónea desde el punto de vista experimental; no sólo no puede explicar fenómenos decisivos de la biología y la patología; por encima de todo, impide la clara comprensión de los mecanismos de la enfermedad. Se ha convertido hoy en un dogma, que, como todos los dogmas, evita pensar y buscar.* Hemos visto en qué medida la teoría de los biones y los hechos en los cuales ésta se basa pueden contribuir a la clarificación de los problemas no explicados por la teoría de los gérmenes del aire.

Volvamos ahora nuestra atención a un determinado cultivo de biones, en el cual se descubrió realmente la energía orgónica.

2. Los cultivos de biones radiantes de arena

Con el objeto de descartar en forma definitiva la teoría de la infección por el aire, ya en 1936 comencé a esterilizar en autoclave los preparados de biones, por espacio de media hora, a una temperatura de 120°C. Con este procedimiento, la desintegración en vesículas fue más completa aún que cuando utilizaba simplemente el proceso de hinchazón. Los biones azules aparecían con más rapidez; la reacción biológica a la tinción (Gram, fucsina fenicada) era más intensa. En mayo de 1937 comencé a calentar carbón y cristales de tierra en el mechero Bunsen hasta llevarlos a la incandescencia, antes de introducirlos en un medio de cultivo que favorecía la hinchazón.

El proceso de calentamiento aceleraba aún más la formación de biones. La desintegración bionosa podría llevarse ahora a cabo en el término de pocos minutos, si se aseguraba la esterilidad total. Ya no me era necesario esperar días y semanas para que se cumpliera el proceso de hinchazón que producía biones a temperatura ambiente. Para provocar la hinchazón de las sustancias utilizaba lejía y cloruro de potasio. Durante dos años (1937-1939), experimento tras experimento confirmaron la desintegración vesicular de la materia hinchada y la organización de biones.¹

En enero de 1939, una de mis ayudantes, que estaba haciendo una demostración del experimento de incandescencia en el laboratorio de Oslo, tomó un recipiente equivocado del esterilizador, y en lugar de calentar tierra hasta llevarla a la incandescencia, lo hizo con *arena oceánica*. Dos días después se había empezado a formar un cultivo en la solución de caldo y cloruro de potasio, que inoculada en un medio de huevo y agar producía un crecimiento amarillo. Examinado al microscopio, el novedoso cultivo estaba constituido por grandes y pocos móviles paquetes de vesículas energéticas, con un intenso resplandor azul. El cultivo era "puro", es decir, estaba constituido por *una sola* clase de formaciones. Con un aumento de 400x, éstas se asemejaban a las *sarcinas* que de tanto en tanto se encuentran en el agua. El examen con un aumento de 2000 y 4000x revelaba la presencia de formaciones con intensa refracción, constituidas por paquetes de 6 a 10 vesículas y de un tamaño de 10 a 15 micrones. Repetimos ocho veces el ensayo en el transcurso de unos meses y obtuvimos cinco veces las mismas formaciones (Fig. 48 a, b, Apéndice).

Dimos a estos biones el nombre de SAPA (*Sand-Packet*). Sus propiedades resultaron ser muy interesantes.

El efecto de los SAPA sobre las bacterias de putrefacción, los protozoarios y los bacilos T fue mucho más poderoso que el de otros biones. Al juntárselos con células cancerosas se pudo comprobar que ejercían sobre ellas una acción letal o paralizante a *distancia*, inclusive con unos 10 micrones de separación. Las células cancerosas ameboides se detenían a esa distancia, comenzaban a girar sobre sí mismas y por fin quedaban inmóviles. Este resultado se registró en una película.

Observé los biones SAPA por espacio de cuatro semanas, durante varias horas diarias. Trascurridos algunos días, los ojos comenzaron a dolerme cuando miraba mucho tiempo a través del ocular. Para controlar ese dolor utilicé un tubo monocular: siempre dolía sólo el ojo con el cual yo miraba por el microscopio. Por fin se me declaró una fuerte conjuntivitis; el ojo se volvió

¹ Véase *Die Bione*, 1938.

muy sensible a la luz y debí consultar a un oculista. Este consideró que la historia era "fantástica"; me trató el ojo, me prescribió anteojos negros y me prohibió trabajar con el microscopio durante varias semanas. Mi problema ocular mejoró, pero me convenció de que en todo aquello intervenían radiaciones. Varios meses antes de este resultado me había escrito el físico holandés doctor Bon, preguntándome si no había percibido alguna vez radiaciones en mis biones. Yo le había contestado que no. El doctor Bon mantenía desde hacía años una polémica con sus colegas, pues afirmaba que la vida era un fenómeno de radiación. Y de pronto yo me veía enfrentado a esa realidad. No sabía cómo aproximarme a ella. Si bien es cierto que conocía los problemas teóricos fundamentales de la física, nunca había trabajado con radiaciones en la práctica. Esto constituía una dificultad muy seria, pero tenía sus ventajas. La radiación descubierta resultó ser nueva y muy peculiar. Los métodos habituales de investigación sobre radiaciones dieron indefectiblemente resultados negativos. La radiación orgánica exigía la elaboración de métodos y procedimientos desconocidos hasta ese momento y que sólo podían lograrse en forma paulatina y tras prolongados periodos de observación. Los métodos esquemáticos de rutina fracasaban.

Para comenzar probé la existencia de radiación dentro de los tubos de cultivo en una forma muy primitiva: apoyándolos contra la palma de mi mano izquierda. Cada vez que lo hacía creía experimentar una débil comezón, pero no estaba seguro de esa sensación.

Luego coloque un portaobjetos (de cuarzo) sobre mi piel, volqué una pequeña cantidad de cultivo SAPA en una solución de cloruro de potasio y lo dejé actuar por espacio de unos diez minutos. En el lugar donde el cultivo actuaba sobre la piel (a través del cristal) se formó una mancha anémica con un borde hiperémico. Repetí este ensayo con todos mis discípulos, cuyas reacciones vegetativas conocía muy bien. Los individuos con gran movilidad vegetativa siempre presentaban resultado positivo. Los menos emocionales mostraban reacciones débiles o no evidenciaban reacción alguna. Eso indicaba algo, pero algo que aún no alcanzábamos a entender.

Recurrí al doctor Moxnes, físico especializado en radium, del hospital oncológico de Oslo. El doctor Moxnes colocó un tubo de cultivo en el electroscopio de radium. *No hubo reacción*. El físico declaró que "no había radiación". Puesto que su electroscopio estaba preparado exclusivamente para radium, objeté que sólo podía afirmarse que no había *radioactividad*, pero no podía asegurarse que no existiera ningún tipo de radiación. La reacción de la piel no podía ponerse en duda. Yo estaba desconcertado; no sabía con qué tipo de radiación tenía que vérmelas. La rapidez de la reacción epidérmica

hacia pensar en enejas enormes. El enrojecimiento de la piel sólo se produce al cabo de algunos días después de a exposición a rayos X o al radium Los cultivos SAPA, en cambio producían el enrojecimiento a los pocos minutos. Como veremos más adelante la ausencia de reacción en el electroscopio tenía una explicación perfectamente lógica.

Los resultados que se obtuvieron a continuación respondieron en forma completa al interrogante.

Trascurridas dos semanas más, la palma de mi mano izquierda se inflamó de manera notoria y comencé a experimentar fuertes dolores. No cabía la menor duda: los cultivos *podían* ejercer una acción biológica

Con el correr del tiempo advertí también que el aire de la sala en la cual permanecían los cultivos se ponía "pesado" y provocaba dolor de cabeza si no se abrían las ventanas durante más de *una* hora.

Un buen día advertí, durante un procedimiento experimental, que todos los objetos metálicos -tijeras, pinzas, agujas, etc.- evidenciaban un alto grado de magnetismo. Por supuesto, en ese momento no entendí para nada un fenómeno que hoy me parece tan comprensible. Jamás lo había observado antes y no estaba preparado. Pero como el electroscopio del físico de Oslo no había reaccionado, yo estaba dispuesto a recibir una sorpresa.

Experimenté con placas fotográficas de diversas maneras: coloqué preparados del cultivo sobre placas descubiertas, en la oscuridad, sobre placas guardadas en su portaplacas, sobre placas total o parcialmente cubiertas de plomo y, para fines de control, coloqué algunas placas sin cultivos en la misma sala. Para mi sorpresa, *todas* las placas que se encontraban en la sala de los cultivos se velaron. En algunas de ellas se veía un ennegrecimiento que coincidía con las juntas del portaplacas; en otras, observe un marcado ennegrecimiento en los lugares en donde el cultivo no había actuado directamente sobre la placa, pero que coincidían con los lugares en donde la cubierta de plomo presentaba alguna fisura. *Lo más curioso es que hasta las placas de control que estaban en la misma habitación aparecían veladas.* Yo no entendía nada. Era como si la energía actuara contorneando los ángulos de los portaplacas y a través de sus juntas *Aquella radiación parecía ser "omnipresente"*. Pero también podía existir un error incontrolable.

En el curso de dos décadas de trabajos clínico y experimental, yo había aprendido a no descartar ciertas ideas aparentemente incidentales como la de la "energía omnipresente". Me merecen gran respeto esas ocurrencias que pueden conducirnos al objetivo si se las sabe combinar con un estricto y

objetivo control. Mi intuición fue acertada: *La energía orgánica es realmente omnipresente.* Pero en aquellos tiempos esta frase no enunciaba nada concreto aún.

Había llegado a un callejón sin salida en lo referente a las experiencias con placas. Si "todo" estaba expuesto a esa radiación, no había posibilidades de aislar y controlar los fenómenos; no existía ningún factor de comparación.²

Trasladé los cultivos a sótanos oscuros y proseguí allí mis investigaciones. Con el fin de intensificar el efecto preparé docenas de cultivos. Las observaciones en tinieblas tenían algo de "siniestro e inquietante". Una vez que los ojos se acostumbraban a la oscuridad, el recinto no se veía absolutamente negro, sino *azul-grisáceo*. Yo veía vapores nebulosos, rayas luminosas de una tonalidad azulada y puntos que se movían de un lado a otro. Las paredes y los objetos parecían emitir a veces una luz de un violeta profundo. Estas *impresiones luminosas*, por lo general de color azul o azul-grisáceo, se hacían más intensas y las rayas y puntos aumentaban de tamaño si colocaba una lupa ante mis ojos. Los anteojos negros debilitaban las impresiones; en cambio, éstas se mantenían si cerraba los párpados. Todo eso sólo contribuía a aumentar mi confusión. Aún no sabía que la radiación orgánica irrita de manera específica los nervios ópticos y provoca una persistencia de imágenes.

La permanencia de una o dos horas en el sótano me provocaba dolor y enrojecimiento de los ojos. A pesar de eso, una noche permanecí en el sótano por espacio de cinco horas, sin interrupción. Trascurridas dos horas, pude ver con toda claridad que las palmas de mis manos emitían un resplandor, lo mismo que las mangas de mi camisa y mi cabello (visto en el espejo). El resplandor azul comenzó a rodear lentamente mi cuerpo y los objetos del recinto, como un luminoso vapor azul-grisáceo de vagos límites. Admito que me alarmé. Esa misma noche llamé al doctor Bon por teléfono y le relaté mi experiencia. El me recomendó que me protegiera. Pero yo no sabía cómo protegerme, puesto que esa radiación parecía ser omnipresente y penetraba por doquier.

Invité a nuestro amigo, el doctor H.,³ a que compartiera mis observaciones en el sótano a oscuras. A pesar de que éste nada sabía acerca de mi experiencia, confirmó la mayoría de mis observaciones, tal cual las acabo de describir. Durante varios meses sometí a una infinidad de personas a la prueba de la piel y a las observaciones en la oscuridad. Las descripciones coincidían; ya no cabía duda de la existencia de esa radiación.

² En el otoño de 1940 logré fotografiar por fin la radiación SAPA.

³ El doctor Harrevold, según la versión estadounidense.

La tarea más ardua consistió en deslindar los fenómenos objetivos de las sensaciones subjetivas del ojo. Pero en el curso del trabajo fueron surgiendo infinidad de pequeñas técnicas que permitían establecer la distinción. Por ejemplo, pedía a los sujetos que aferraran los objetos luminosos en plena oscuridad o que indicaran dónde estaba mi brazo en determinado momento. Luego les hacía apartar los ojos de las impresiones luminosas hasta que la persistencia de la imagen había desaparecido. Después les pedía que trataran de ubicar otra vez las impresiones primitivas. La radiación irritaba mucho los nervios visuales. Un comerciante, que me había suministrado un aparato y participó una vez en la experiencia, formuló el siguiente comentario: "Es como si hubiera estado mirando el sol durante un buen rato."

Este comentario de un lego me dio que pensar. No podía dejar de tener en cuenta la conjuntivitis que habían sufrido varias de las personas que habían compartido la experiencia. Un buen día surgió en mí la idea: "*Energía solar*". Y a continuación se me ocurrió una *solución simple*, que en el primer momento parecía absurda: *Los biones SAPA se habían obtenido de la arena de mar. Y la arena de mar no es otra cosa que energía solar solidificada. La incandescencia y la hinchazón de la arena habían vuelto a liberar esta energía del estado material.*

Debí superar mi renuencia emocional a aceptar esta conclusión. Si la energía en cuestión estaba directamente relacionada con la energía solar, muchos de los fenómenos quedaban explicados de la manera más simple. Tomemos por ejemplo la irritación de los ojos y de las conjuntivas, el enrojecimiento de la piel y su posterior oscurecimiento. Yo había emprendido las investigaciones en el invierno y comienzos de la primavera de 1939, no había tomado sol y, sin embargo, tenía la piel muy bronceada. Además me sentía muy fuerte, "fuerte como un oso" y con gran vitalidad vegetativa en todos los aspectos. Poco a poco fui perdiendo el temor a las consecuencias negativas de la radiación y comencé a trabajar sin protección.

No cabía la menor duda de que me encontraba ante una energía de extraordinaria acción biológica. Pero quedaba por averiguar de que naturaleza era aquella energía y qué método podía emplearse para su medición. Uno de mis colaboradores relató la experiencia de los biones SAPA a una asistente del Instituto Bohr de Copenhague. Esa persona consideró tan "fantasiosa" la idea de que pudieran producirse biones a partir de la arena, que decidí no exponer mi descubrimiento al peligro de un examen ya influido desde el comienzo por un descreimiento prejuicioso.

Por añadidura no podía ofrecer más que efectos biológicos y sensaciones subjetivas como punto de partida para una determinación cualitativa y cuantitativa de la radiación.

Hasta la reacción negativa de los cultivos en el electroscopio del físico de Oslo era una exhortación a la prudencia. La campaña contra las investigaciones del orgasmo y de los biones, iniciada poco antes por los patólogos y psiquiatras noruegos, había destruido las bases de una cooperación amistosa.

De modo que, por el momento, parecía no existir la menor posibilidad de una investigación cuantitativa. Debía dejar todo librado a la evolución espontánea de los hechos y al azar. Ese "azar" no tardó en intervenir.

Yo pasaba el tiempo dedicado a producir fenómenos electroscópicos bien conocidos provocados por la fricción entre diversos materiales. Un día se me ocurrió realizar un experimento electroscópico con alto voltaje. Para aislar mis manos me calcé un par de guantes de goma que siempre guardaba en una cajita de vidrio en el laboratorio. Cuando aproximé las manos al electroscopio se produjo un brusco movimiento en la hoja. Esta se dobló hacia arriba, luego *se dobló hacia la pared de vidrio del electroscopio y permaneció adherida a ella.* Yo sabía que los aisladores podían estar "cargados"; pero lo sorprendente era el movimiento lateral de la hoja y la manera tenaz en que se adhería al vidrio. *¡El aluminio no-magnético se adhería al vidrio aislante no sometido a fricción!* Yo no había friccionado los guantes de goma. ¿De dónde provenía la acción? Se comprobó que los guantes habían estado en la proximidad de un grupo de cultivos SAPA. A manera de control, dejé *un* guante de goma en un lugar ventilado y sin sol, trabajé con el otro y, trascurrido un rato, los cambié. Así pude comprobar que el guante (o bastoncillo de goma, según el caso) que había permanecido quince minutos al aire libre *no* provocaba reacción alguna en el electroscopio; en cambio el guante o bastoncillo antes neutro daba lugar a una intensa reacción si se lo dejaba durante media hora junto a los cultivos, bajo una cubierta metálica común. El resultado fue el mismo durante varias tardes consecutivas.

Pudo establecerse que los bastoncillos de goma dura, los guantes de goma, el papel, el algodón, la celulosa, etc., absorbían energía de los cultivos y por esa razón provocaban la brusca reacción de la hoja, sin que se los hubiera sometido previamente a fricción. La humedad, la sombra combinada con brisa fuerte y la permanencia de estos materiales en la mano durante varios minutos hacían desaparecer el efecto.

Habíamos logrado un punto de partida para la comprensión cualitativa de la radiación. No cabía duda de que los cultivos cargaban la goma y otras sustancias orgánicas. Estas sustancias podían ser cargadas con sólo ponerlas en contacto con los cultivos, y se las podía descargar exponiéndolas al aire libre o sumergiéndolas en agua.

La situación se complicó cuando adquirí un par de guantes de goma nuevos y comprobé que éstos también provocaban una reacción en el electroscopio, sin que los hubiera expuesto a la acción de los cultivos y sin que los hubiera sometido a fricción. ¡De modo que la energía no sólo estaba en los cultivos! ¡También estaba "en otras partes"! Este descubrimiento echaba por tierra la certeza de que la reacción a los cultivos era inequívoca. Sin embargo, parecía importante. Una vez más tuve la sensación de que esa radiación era omnipresente, como en el caso de mis experimentos con las placas fotográficas.

Y en esos momentos acudí a mi memoria aquel comentario de una de las personas que habían participado en las experiencias: "Es como si hubiera estado mirando el sol durante un buen rato." Aquella *radiación tenía que estar vinculada con la energía solar. Si estaba en todas partes sólo podía provenir del sol.* Dejé un par de guantes de goma descargados a pleno sol. Luego de una permanencia de cinco a quince minutos al sol, los guantes o bastoncillos de goma provocaban -sin previa fricción- una intensa reacción en la hoja de aluminio del electroscopio. Esa era una prueba más del origen solar de la energía: por un lado estaba el experimento con arena incandescente, que había liberado energía solar de ésta, por el otro, los aisladores se habían cargado directamente con la radiación solar. La irradiación prolongada de aisladores con lámpara ultravioleta producía el mismo efecto.

Pero era lógico pensar que si los biones y el sol emitían la energía en cuestión, ésta también debía estar presente en los organismos vivientes. Coloqué guantes y bastoncillos de goma descargados sobre la epidermis abdominal de un paciente vegetativamente muy activo. Al hacerlo procuré evitar toda fricción. El resultado fue *positivo*: luego de cinco a quince minutos de contacto con la piel del vientre, la goma provocaba una intensa reacción en el electroscopio. Repetí este experimento con varios discípulos y pacientes. El resultado fue siempre positivo. En los individuos con cierta rigidez vegetativa y con mala expiración, la reacción era más débil. La respiración forzada mejoraba el resultado.⁴

Ahora comprendía muchos fenómenos antes incomprensibles. Era evidente que estaba ante una energía desconocida con actividad específicamente biológica. Surgía de materia calentada hasta la incandescencia y sometida a un proceso de hinchazón. Probablemente se originaba por descomposición y desintegración de la materia (como en el caso de los biones radiantes). Además era irradiada por el sol en la atmósfera y por eso era omnipresente.

⁴ Véase "Drei Veisuche am statischen Elektroskop", en *Experimenteller und klinischer Bericht*, N° 7, 1939.

Eso aclaraba el hecho aparentemente contradictorio de que el electroscopio reaccionara no sólo en presencia de la goma cargada por los biones SAPA, sino también de aquella que no había estado cerca de los cultivos.

La energía recién descubierta también se encuentra en *el organismo viviente, el cual la absorbe de la atmósfera y directamente del sol.*

Era la misma energía con la cual mis biones azules -cualquiera que fuese su origen- mataban a los bacilos y a las células cancerosas. La única diferencia era que, en los biones, esa energía estaba contenida en minúsculas vesículas azules.

Dimos a esa energía el nombre de "orgón". Este nombre hace referencia a la historia de su descubrimiento, que partió de un estudio del orgasmo, y a su efecto biológico que consiste en cargar sustancias de origen orgánico.

Por fin entendía también aquellos vapores azul-grisáceos que había observado en la oscuridad en torno a mi cabeza, a mis manos y mi guardapolvo blanco: *la materia orgánica absorbe energía orgánica y la retiene.*

El electroscopio del físico de Oslo no había reaccionado a los cultivos porque la energía orgánica sólo puede influir sobre un electroscopio en forma *indirecta, a través de aisladores cargados.*

3. Visualización del orgón atmosférico

Era necesario estudiar la radiación de los biones SAPA sin necesidad de recurrir a medios demasiado complicados. Para eso debía construirse un ambiente que *contuviera y aislara* la radiación emanada de los biones y evitara su rápida difusión en el entorno. Para eso no podía emplearse materia orgánica, puesto que ésta absorbe la radiación. Sobre la base de ciertas observaciones, consideré que el metal podía ser, en cambio, lo más apropiado para reflejar la radiación y mantenerla dentro del ámbito en cuestión. Pero la radiación también podía llegar a atravesar el metal, para perderse en el exterior. Para evitar esto, *el aparato debía tener paredes interiores metálicas y exteriores de materia orgánica.* La radiación desarrollada adentro por los cultivos sería reflejada por las paredes metálicas interiores; la cubierta exterior de materia orgánica (algodón y madera) evitaría la irradiación del metal hacia afuera o por lo menos la reduciría. La pared frontal del aparato tendría una mirilla que permitiera observar la radiación desde el exterior.

Se construyó el aparato y se colocaron alrededor de doce preparados

de cultivo. Como visor se empleó uno de esos dispositivos con lupa que se utilizan para mirar las películas en detalle. Los rayos debían chocar contra el disco de celulosa del visor y de esta manera se harían visibles. El intento resultó. Pude observar con toda claridad móviles vapores de tonalidad azulada y rayas y puntos claros, entre amarillos y blancos. Varias personas que se prestaron para el control confirmaron mis observaciones. Los resultados parecían ahora ser lo bastante concluyentes como para ser publicados. Pero entonces se produjo un fenómeno totalmente inesperado. Yo suponía que una vez vacío y bien ventilado, el interior del aparato no mostraría ningún fenómeno luminoso. De no ser así, mi afirmación de que los rayos provenían de los cultivos quedaría invalidada. Ni por un instante dudé de que el control confirmaría el experimento.

Para mi sorpresa, en el cajón vacío aparecieron los mismos rayos, los vapores azulados y también las líneas brillantes. Desarmé por completo el dispositivo, sumergí en agua las planchas metálicas, cambié el algodón, ventilé todas las piezas durante varios días y volví a hacer la prueba. Suponía que el material de la cubierta había absorbido la radiación de los cultivos y que a eso se debían los efectos observados en el experimento de control. Todos mis esfuerzos fueron inútiles. *Me fue imposible suprimir los fenómenos de radiación del interior del cajón.* No encontraba explicación a lo que estaba sucediendo. ¿De dónde provenían los rayos en aquel cajón que no contenía cultivos? Porque si bien es cierto que los fenómenos luminosos no eran tan intensos como en presencia de los cultivos, no podía negarse que existían.

Hice construir otro cajón con una pared de vidrio adelante y sin cubierta orgánica. Lo mantuve alejado de todas las habitaciones en las que había cultivos SAPA. Puesto que no tenía cubierta de material orgánico, no podía hablarse de restos de energía absorbida.

Todo fue inútil, los rayos volvieron a aparecer. Después de algunos días y noches de explicable inquietud, recordé de pronto que con los guantes de goma y el electroscopio había ocurrido algo semejante. La goma sometida a la acción de los cultivos había excitado al electroscopio. El agua y la ventilación (a la sombra) habían suprimido el fenómeno. Si se sometía nuevamente la goma a la acción de los cultivos éste se repetía. Pero los guantes de goma que no habían permanecido en las proximidades de los cultivos ni habían sido sometidos a fricción también producían el fenómeno. En aquel momento yo había comprendido que los cultivos emitían una radiación omnipresente. El hecho de que el cajón siguiera conteniendo esa radiación aun sin la presencia de los cultivos me obligaba a extraer la misma conclusión. *¿De dónde provenía esa radiación?*

Hoy que la energía orgánica puede medirse y se utiliza para el tratamiento de enfermos de cáncer, mi desconcierto inicial parece absurdo. Porque desde el comienzo yo había intuido la omnipresencia de esa radiación. Además, el incidente de los guantes cargados a pesar de no haber sido expuestos a la acción de los cultivos debería haberme preparado para recibir sin sorpresa la presencia de radiación en el cajón vacío. Es fácil ser inteligente a posteriori; pero durante los dos primeros años yo dudaba de todas mis observaciones. Las sensaciones como "esa radiación está presente en todas partes" o sucesos como los de "los guantes espontáneamente cargados" no eran demasiado convincentes y más bien contribuían a apartar mi atención de la radiación en sí. Por añadidura, las constantes dudas, objeciones y comprobaciones negativas de físicos y bacteriólogos me impedían tomar mis propias observaciones tan en serio como ellas lo merecían. La confianza que tenía en mí mismo había declinado bastante a raíz de la campaña persecutoria emprendida por la prensa noruega, que acababa de terminar cuando descubrí la radiación. Esa confianza no bastaba, por cierto, para hacer frente al diluvio de descubrimientos que acababa de precipitarse sobre mí. Esos descubrimientos ponían en tela de juicio muchas convicciones inquebrantables en el terreno de la biología y la bacteriología: la teoría de los gérmenes del aire, la "electricidad corporal", la idea de que el protoplasma no era más que una proteína extremadamente compleja, la visión mecanicista y vitalista de la existencia, etc. Sólo la evolución espontánea y la lógica de mis experimentos me sostuvieron.

Es interesante y útil volver la vista a esos períodos de inseguridad, cuando uno miraba como fenómenos inexplicables hechos que hoy intervienen en la labor cotidiana. Eso brinda el coraje necesario para proseguir, a pesar de los descubrimientos perturbadores y aparentemente negativos que puedan darse en los experimentos de control, para no invalidar hechos nuevos por causa de un control superficial, *para controlar siempre personalmente los resultados negativos de los experimentos de control* y, finalmente, para no ceder a la tentación de una salida fácil y decirse: "Realmente, tiene que haber sido una simple ilusión". La existencia de la radiación había quedado demostrada sin lugar a dudas. No podía esperar que todos los fenómenos quedaran aclarados en un santiamén. Menos aún podía permitirme dar paso a las dudas y a las conmociones emocionales que esos estados de confusión traen aparejados.

Por supuesto, no bastaba con declarar que la radiación en ausencia de cultivos correspondía a la reacción del electroscopio a la goma que nunca había estado en las proximidades de éstos. Semejante explicación no era más que un puente temporal sobre un vacío que yo no estaba en condiciones de llenar.

Durante varias semanas observé la radiación en el gabinete vacío. Seguía como la primera vez que la viera. Allí estaba con sol o con lluvia, con niebla o con tiempo despejado, con índice alto o bajo de humedad ambiente, de noche y de día. De modo que no podía ser directamente provocada por la radiación solar, como la carga de la goma sometida a la acción del sol. Venía "de todas partes", pero no se podía determinar qué era "todas partes".

En el verano de 1940 tomé unas vacaciones y viajé a Maine, en Nueva Inglaterra. Una noche -aún bajo la presión del enigma no resuelto- comencé a observar el cielo sobre el mar. La luna estaba a muy poca altura sobre el horizonte occidental; en el sector opuesto del cielo, sobre el este, se veían estrellas que titilaban intensamente. Advertí que las estrellas que estaban en el cenit no titilaban con la misma intensidad. Si se cumplía la teoría según la cual el titilar de las estrellas se debe a la difusión de la luz, todas las estrellas -estuvieran donde estuvieran- deberían titilar con igual intensidad y, en todo caso, la titilación debía ser más marcada en las proximidades de la luz lunar. Pero ocurría justamente lo contrario.

Comencé a observar las estrellas por separado a través de un tubo de madera. Sin proponérmelo dirigí el tubo hacia un manchón azul oscuro del cielo, entre las estrellas. Para mi sorpresa vi en el campo circular del tubo una animada titilación, seguida por un entrecruzamiento de finos rayos de luz. El fenómeno se fue perdiendo a medida que yo movía el tubo en dirección a la luna. Alcanzaba su máxima intensidad en los lugares más oscuros del cielo, *entre* las estrellas. Eran los mismos temblorosos y minúsculos puntos de luz y las mismas finas rayas que yo había aprendido a conocer tan bien en mi caja. Inserté una lupa en el tubo para agrandar las imágenes. De pronto, mi cajón perdió todo misterio. El fenómeno se había hecho perfectamente inteligible. *La radiación que contenía mi cajón sin cultivos provenía simplemente de la atmósfera. La atmósfera contiene una energía de la cual yo no había oído hablar hasta ese momento.*

No podía tratarse de "rayos cósmicos". Nadie había visto los rayos cósmicos a simple vista. Por otra parte, los físicos aseguran que los "rayos cósmicos" provienen del espacio exterior y, por lo tanto, no tienen origen en nuestro planeta, si bien en los últimos tiempos hay quienes afirman que no es así. Pero si la supuesta radiación cósmica de los físicos fuera de origen planetario, no sería otra cosa que rayos de orgón. El gran "poder de penetración" de los "rayos cósmicos" se explicaría simplemente por el hecho de que *la energía orgánica está presente en todas partes.*⁵

⁵ Rudolf W. Ladenburg declara lo siguiente en "The Nature of Cosmic Rays

Dirigí el tubo hacia la tierra y las rocas. El fenómeno se repetía, unas veces era más intenso, otras menos. En las nubes ocurría lo mismo aunque en forma más intensa. Ahora entendía: *Durante mis experimentos de control de la radiación SAPA había descubierto la energía orgánica atmosférica.*

Ahora trataré de describir la energía orgánica en forma sistemática y de manera tal que cualquiera pueda descubrirla por sí mismo, sin recorrer los complicados caminos que yo recorrí con mis experimentos sobre biones. Al redescubrir el orgón conoceremos muchas propiedades desconocidas en otras formas de energía. Sólo después de esta exposición entenderemos la lógica que establece un vínculo entre el "bion azul" y su función energética, y la energía atmosférica. El orgón atmosférico podía haberse descubierto, sin duda, aun cuando no hubieran mediado los biones SAPA. Sin embargo, gracias a este complicado rodeo a través de la radiación bionosa hemos adquirido una visión de profundo significado: *La energía que gobierna todo lo vivo tiene que ser lo mismo que la energía atmosférica;* de lo contrario no habría conducido al descubrimiento del orgón atmosférico.

and the Constitution of Matter" (*Scientific Monthly*, mayo de 1942): "El origen de los rayos cósmicos es todavía un gran enigma. *Desconocemos los procesos responsables de la producción de estas partículas inmensamente energéticas.* Algunas de ellas tienen un millón de veces más energía que la mayoría de las partículas energéticas que podemos producir artificialmente. Y en cuanto al problema de la constitución de la materia, nuestra respuesta sigue siendo incompleta. Sabemos que toda materia consiste en átomos, que cada átomo está constituido por minúsculos núcleos rodeados de electrones y que los núcleos están constituidos por protones y neutrones. *Tiene que haber fuerzas muy grandes que actúen entre los protones y neutrones, para mantener los núcleos cohesionados. Pero ignoramos cuáles son esas fuerzas. No son de naturaleza eléctrica,* como hemos visto, y se han formulado muchas teorías en el afán de entender dichas fuerzas. El descubrimiento del mesón en los rayos cósmicos ha hecho concebir esperanzas de alcanzar la meta. Pero este fundamental problema está aún muy lejos de su solución." (La bastardilla ha sido incorporada por mí. W.R.)

IV DEMOSTRACIÓN OBJETIVA DE LA EXISTENCIA DE LA ENERGÍA ORGÓNICA

1. ¿Existen las impresiones luminosas subjetivas?

Cuando éramos niños, los fenómenos luminosos que veíamos con los ojos cenados eran una constante fuente de fascinación. Puntitos azul-violáceos flotaban lentamente de un lado a otro ante nuestros ojos. Surgían de algún lugar desconocido y nosotros seguíamos su recorrido con un lento girar del globo ocular; flotaban en curvas suaves y periódicamente describían un movimiento espiralado, en un recorrido más o menos así:



Nos divertía cambiar la forma y el recorrido de los puntitos de luz restregándonos los ojos con los párpados cerrados. De esa manera lográbamos también ejercer una influencia sobre el color de los puntos luminosos; el azul dejaba lugar a un rojo intenso, a un verde o a un amarillo. Parte del juego consistía en abrir los ojos de repente, mirar de lleno la luz de la lámpara, volver a cerrar los ojos y observar las postimágenes. Nuestra imaginación se encargaba de adjudicar una identidad a cada una de las formas que percibíamos: tan pronto eran arcos voltaicos, como globos o siluetas humanas o cabezas de animales.

Esos "entretenimientos infantiles" iban perdiendo interés a medida que crecíamos y comenzábamos a estudiar física, matemática y biología. Nos enterábamos de que las impresiones visuales subjetivas son "irreales" y deben ser separadas de los fenómenos físicos objetivos y mensurables representados

por la luz y sus siete colores. Con el correr del tiempo, lo que era posible de ser medido y pesado iba obliterando las vigorosas impresiones de nuestros órganos sensoriales. Dejamos de tomarlas en serio. La tarea práctica diaria exigía una total concentración en problemas concretos y la fantasía se convertía en un estorbo. Pero las impresiones luminosas subjetivas no desaparecían y más de uno se habrá preguntado alguna vez si fenómenos tan claros como las sensaciones visuales a ojos cerrados no reflejarían, después de todo, una realidad. Lo ilusorio de estas sensaciones visuales no es tan evidente como parece.

Se nos enseñó que las impresiones visuales a ojos cerrados eran "sólo subjetivas" y, por consiguiente, "no reales". La investigación científica no se ocupó más del asunto. Las impresiones visuales subjetivas quedaron relegadas al terreno de la "fantasía humana". La vida imaginativa del hombre es demasiado ajena a la realidad y, por añadidura, inestable e inspirada por deseos subjetivos; era lógico, pues, que la investigación científica buscara un fundamento realista y objetivo por la vía del experimento. El experimento ideal otorga independencia a nuestro juicio, lo emancipa de nuestras fantasías, ilusiones y deseos subjetivos. En una palabra, el hombre no confía en sus facultades de percepción. Cuando investiga algún fenómeno prefiere confiar - con toda razón- en la placa fotográfica, en el microscopio y en el electroscopio.

Sin embargo, pese a todo el progreso logrado, al abandonar la experiencia subjetiva para alcanzar una observación objetiva se perdió una cualidad esencial de la investigación. Aquello que captamos en forma objetiva tiene, sin duda, una existencia real; pero carece de vitalidad, es algo muerto. En interés de la objetividad científica, hemos aprendido a matar lo que está vivo, antes de tomarlo en cuenta. El resultado es, necesariamente, una imagen mecánica de lo vivo, en la cual falta la cualidad esencial: su específico "estar vivo". Pero ocurre que ese "estar vivo" nos recuerda demasiado las intensas percepciones sensoriales de nuestra infancia. Esas percepciones sensoriales subjetivas son el punto de partida de todas las formas del misticismo, sea el ensimismamiento yoga, el "ardor de la sangre" de los fascistas, la reacción de un médium espiritista o la vivencia extática de Dios de un derviche. El misticismo denuncia la existencia de fuerzas y procesos que las ciencias naturales niegan o desdennan. Pero si nos detenemos un instante a pensar comprenderemos que *el hombre no puede sentir ni imaginar nada que no tenga una existencia real y objetiva, en alguna forma. Pues las impresiones sensoriales humanas son sólo funciones de procesos naturales objetivos que se desarrollan dentro del organismo.* ¿No es posible que nuestras impresiones visuales "subjetivas" tengan por fundamento una realidad, después de todo?

¿No es posible que a través de nuestras sensaciones oculares "subjetivas" percibamos la energía biológica de nuestro propio organismo? La idea parece extraña, audaz. Pero veamos.

No podemos descartar las impresiones luminosas a ojos cerrados y tildarlas lisa y llanamente de "fantasías". Esas "fantasías" se cumplen en un organismo gobernado por determinadas leyes naturales y, por lo tanto, tienen que ser *reales*. No hace mucho, la medicina rechazaba por irreal y fantasiosos todos los trastornos funcionales y nerviosos que no entendía. Pero un dolor de cabeza es un dolor de cabeza y una impresión luminosa es una impresión luminosa, los entendamos o no.

Haremos bien en rechazar las afirmaciones místicas en una *errónea interpretación* de las sensaciones orgánicas, pero esa no es razón para negar la existencia de sensaciones orgánicas. También debemos rechazar las ciencias naturales fragmentadas con un criterio mecanicista, porque separan las sensaciones orgánicas de los procesos orgánicos reales. *La autopercepción es una parte esencial del proceso de la vida*. No podemos considerar por separado los nervios, los músculos y las sensaciones orgánicas; las acciones de los tejidos constituyen una *unidad funcional* inseparable de las sensaciones de las mismas. Esta habría de ser una de las fundamentales normas teóricas con basamento experimental en nuestra labor terapéutica. La alegría y el miedo expresan un determinado estado funcional de todo el organismo. Por eso debemos establecer una clara distinción entre el pensamiento funcional y el mecanicista y fragmentante, que jamás podrá penetrar en lo esencial del proceso de la vida. Veamos cuatro importantes principios del enfoque *funcional* de la Naturaleza:

1. *Todo organismo viviente constituye una unidad funcional cerrada y no una simple suma mecánica de órganos. La función biológica básica controla cada órgano y el organismo en su totalidad y gobierna a cada uno de sus órganos.*

2. *Todo organismo viviente es parte de la Naturaleza circundante y es idéntico a ésta desde el punto de vista funcional.*

3. *Toda percepción se basa en la correspondencia entre una función dentro del organismo y una función del medio externo, es decir, en una armonía orgonótica.*

4. *Toda autopercepción es expresión inmediata de procesos objetivos en el organismo (identidad psicofísica).*

De las especulaciones filosóficas acerca de la realidad de nuestras sensaciones es poco lo que puede esperarse, en tanto no se imponga el principio de que el yo que observa y percibe (*sujeto*) y el objeto observado y

percibido constituyen una *unidad funcional*. La investigación mecanicista divide esta unidad en una *dualidad*. El empirismo mecanicista contemporáneo no tiene salida, pues descarta por completo la sensación. *Todo descubrimiento importante comienza con la sensación subjetiva o vivencia de un hecho objetivo*, es decir, con un estado de armonía orgonótica. Sólo es preciso objetivar la sensación subjetiva, separarla del estímulo y descubrir la fuente del mismo. Como orgonoterapeutas hacemos eso muchas veces por día o por hora en nuestro trabajo con los pacientes, al entender la expresión corporal de éstos. En el proceso de intelección nos identificamos con el enfermo y sus funciones. Una vez que hemos comprendido emocionalmente, hacemos trabajar nuestro intelecto y objetivamos el fenómeno.

Volvamos ahora -ya con una idea clara de lo que es la armonía orgonótica- a las fantasías e impresiones luminosas de nuestra infancia. ¿Cómo podemos hacer para decidir en forma *objetiva* si las impresiones luminosas que recibimos con los ojos cerrados corresponden a procesos reales?

2. La titilación en el cielo objetivada (el orgonoscopio)

En primer lugar tratemos de establecer si percibimos fenómenos semejantes con los ojos abiertos y a plena luz del día. Si nos tomamos suficiente tiempo y observamos con atención, comprobaremos que esas sensaciones visuales también se producen de día y con los ojos abiertos. Miremos fijamente una pared, una pantalla o una puerta blanca. *Observaremos una titilación*. Es como si sobre la superficie blanca se deslizaran sombras o vapores, con mayor o menor rapidez y ritmo. En lugar de descartar esta observación so pretexto de que se trata de una "impresión visual subjetiva", resolvemos establecer *objetivamente* si tal titilación debe atribuirse a nuestros ojos o se produce fuera de nuestro organismo.

Al comienzo no es fácil idear un método que nos permita establecer la distinción. Cerramos los ojos, la titilación desaparece, pero deja lugar a un movimiento de pequeños puntos, formas y colores. Abrimos y cerramos los ojos hasta convencernos de que los fenómenos percibidos con los ojos cerrados son *diferentes* de los que observamos al mirar con fijeza la pared que está ante nosotros.

Miramos al cielo con "la mirada perdida en el infinito". Al comienzo no vemos nada. Pero si seguimos observando descubriremos, con sorpresa, una titilación rítmica y ondulante en el cielo azul. Se la percibe con toda claridad.

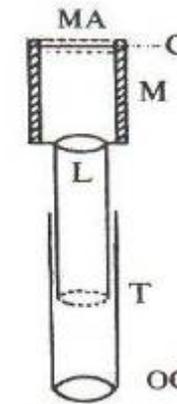
¿Está esa titilación solamente en nuestros ojos o en el cielo? Continuamos observando el fenómeno durante varios días con diferentes condiciones meteorológicas y a distintas horas. Descubrimos que el tipo y la intensidad de la titilación observada en el cielo varían mucho. Lo que más nos molesta es la luz difusa que llega a nuestros ojos desde todos los ángulos. Por eso intentamos practicar nuestras observaciones por la noche. Y comprobamos que por la noche se percibe la titilación con más nitidez. Es como si el cielo fuera atravesado por corrientes ondulatorias. A veces creemos sorprender aquí y allá un relámpago en forma de rayas o puntos. Distinguimos el titilar de puntos y los finísimos rayos también en las nubes oscuras, en donde se hace más intenso. Si observamos el cielo durante semanas advertimos que la titilación de las estrellas puede tener diferente intensidad. Algunas veces, las estrellas parecen muy luminosas y serenas, otras veces su titilación es débil y otras, intensísima. Los astrónomos atribuyen la titilación de las estrellas a la "luz difusa". Alguna vez aceptamos esta explicación sin pensar, como en tantos casos; pero ahora que la existencia o no existencia de una titilación en el cielo se ha convertido en una preocupación para nosotros, nos preguntamos si la titilación de las estrellas tendrá algo que ver con la que hemos observado *entre* las estrellas. Si fuera así habríamos dado el primer paso en la demostración de la existencia objetiva del movimiento de un algo desconocido en la atmósfera. Nadie puede afirmar que la titilación de las estrellas es un fenómeno visual subjetivo. Los astrónomos acostumbran instalar sus observatorios en la alta montaña para eliminarla. Por lo tanto, el algo desconocido que hace titilar las estrellas debe estar próximo a la superficie terrestre. Si la responsable del fenómeno fuese la "luz difusa", la titilación estelar debería ser siempre igual. Las variaciones en la intensidad de esa titilación no pueden explicarse como un resultado de la "luz difusa". Estas explicaciones sólo contribuyen a ocultar los hechos. Demoremos un poco la respuesta.

Cuanto más discernible se va haciendo la titilación en el cielo y en los objetos y cuanto más tiempo dedicamos a la observación del fenómeno, tanto más imperativa se hace la delimitación de un campo visual reducido. Construimos un tubo de metal de 2 a 3 pies de largo y 1 pulgada de diámetro, con paredes interiores negro mate. A través de ese tubo observamos las paredes de día y el cielo de noche. El tubo aísla un círculo que aparece más *claro* que el contorno. Si mantenemos ambos ojos abiertos y miramos por el tubo con uno, vemos un oscuro cielo nocturno en el cual aparece un círculo más claro. Dentro de ese círculo vemos primero un movimiento de titilación y luego aparecen los inconfundibles puntitos y rayitas de luz que se mueven en todas las direcciones, que aparecen y desaparecen constantemente.

El fenómeno pierde nitidez en las proximidades de la luna y esa nitidez va en aumento a medida que el fondo atmosférico se oscurece.

¿Seremos víctimas de una ilusión una vez más? Para cerciorarnos insertamos un ocular plano-convexo con un aumento de unas cinco veces y miramos a través de él.

El campo circular más claro se ha ampliado; los puntos y rayas de luz han aumentado de tamaño y se distinguen con más claridad. *Puesto que es imposible magnificar las impresiones luminosas subjetivas, el fenómeno tiene que ser objetivo.* Hemos apartado un sector bien delimitado y podemos observar el fenómeno con claridad (sin el inconveniente de la luz difusa). Por añadidura, el círculo claro aparece dentro de un campo negro constituido por las paredes interiores de nuestro tubo. En dichas paredes no se observa titilación; esta se limita estrictamente al círculo luminoso, por lo tanto no es una sensación "subjetiva". Sin pretenderlo, hemos construido un primitivo "orgonoscopio". Podemos perfeccionarlo de la siguiente manera:



- C: Disco de celulosa con superficie exterior mate
- MA: Malla de alambre a ambos lados del disco
- M: Cilindro metálico de 4" de largo y 2" de ancho, aproximadamente
- L: Lente biconvexa, aprox. 5 x, enfocada en el disco.
- T: Tubo telescópico, de 1 a 2 pies de largo y alrededor de 2" de ancho
- OC: Ocular, 5-10x, para aumento adicional

Figura 8. El orgonoscopio.

Apuntarnos con el tubo hacia el oscuro cielo nocturno, frente al espejo de un buen microscopio, equipado con lentes apocromáticas. Utilizamos un objetivo de 10x y un ocular de 5x. Para habituarse a la oscuridad nuestros ojos necesitan media hora más o menos. El microscopio muestra el fenómeno luminoso del cielo con toda claridad. Se percibe con nitidez rayo por rayo. Quitemos ahora el ocular del tubo. Ahora veremos la titilación en una escala menor, pero más intensa; ya no se distinguen los rayos individuales.

¿Pueden atribuirse estos fenómenos a la bruma atmosférica, por ejemplo? Procuremos observar los fenómenos en noches de niebla o bruma. No tardaremos en convencernos de que los fenómenos son muy débiles o han desaparecido por completo. *Ni la niebla ni la bruma producen titilación en el campo circular. El movimiento de las partículas luminosas en el campo del microscopio nada tiene que ver con el movimiento de la niebla.*

Por medio de una cuidadosa observación podemos establecer que los fenómenos de luz y ondas se extienden sobre la totalidad del cielo y sólo se debilitan en las proximidades de las estrellas o de la luna a causa de la luz. Alcanzan su máxima intensidad en las noches claras, con poca humedad relativa ambiente. Cuando la humedad relativa ambiente supera el 50%, los fenómenos de radiación disminuyen. *La humedad absorbe la radiación de la atmósfera*, tal cual ocurre con la radiación SAPA.

Dirigimos el tubo a diversos lugares de la superficie; observamos el suelo de las calles, la tierra removida, una superficie de césped, paredes, etc. Vemos el mismo movimiento de partículas luminosas. Es más marcado en la tierra que en el asfalto. Dirigimos el tubo a un arbusto muy frondoso y lo acercamos a unos 10 cm. Luego lo apartamos para enfocar otra cosa y volvemos lentamente a la fronda. Repetimos la operación. No cabe duda de que los fenómenos son mucho más intensos en el arbusto que en sus alrededores. Parecen partir de las propias hojas. Observamos diversas flores. Los fenómenos de radiación son más intensos en la flor que en el tallo.

La tierra, las paredes, los arbustos, la hierba, los animales, la atmósfera, etc., muestran los mismos fenómenos, sólo que con diferente grado de claridad y de densidad. Esto nos obliga a sacar la siguiente conclusión: *Los fenómenos de radiación existen en todas partes. Hay diversos grados de densidad e intensidad de energía.* Quizás nos hubiera gustado encontrarla en determinados lugares y en otros no. En ese caso, el descubrimiento no habría sido tan abrumador. Pero debemos atenernos a los hechos, por desconcertantes que nos parezcan.

3. Cómo delimitar un ámbito de radiación y hacerlo objetivamente visible

Quedamos, pues, en que *la radiación orgánica se encuentra por doquier*. Este conocimiento no nos habilita para emprender ningún tipo de experimento. Para describir con precisión un fenómeno, debemos aislarlo y captarlo por *comparación* con fenómenos de distinta naturaleza. Debemos crear un espacio bien delimitado en el cual pueda aislarse la energía.

Queremos cerciorarnos de si una habitación totalmente oscura nos puede proporcionar algún conocimiento nuevo. Asignamos más o menos media hora para que nuestros ojos se habitúen a las tinieblas. Durante ese lapso desaparecen todas las impresiones luminosas subjetivas y sólo vemos *negro*, es decir, *nada*. Recurrimos a nuestro tubo y miramos la oscuridad a través de él. ¡No vemos *nada*! Con esta experiencia no hacemos más que confirmar el hecho de que en la oscuridad total reina el negro total. La radiación ha desaparecido y estamos dispuestos a renunciar para no preocuparnos por un "problema estúpido". Más de uno se habría detenido aquí. Pero eso no es investigación, pues no podemos olvidar que habíamos establecido, *sin lugar a dudas*, que al aire libre se produce un fenómeno extraño. No es posible que haya desaparecido sin más ni más. Pero *convicción* y *demonstración* son cosas distintas.

Puesto que desconocemos las propiedades de nuestra radiación atmosférica, debemos trabajar con aparatos que se emplean en otros terrenos energéticos conocidos. Podemos utilizar una "jaula de Faraday", es decir un espacio cuyas paredes están constituidas por una densa red de alambre de hierro o de cobre. Una jaula de esta naturaleza tiene por lo común la función de crear un espacio cerrado en el cual no pueden penetrar ondas electromagnéticas exteriores. La jaula en sí está libre de campos electromagnéticos porque todas las ondas electromagnéticas que convergen sobre él desde el exterior son atrapadas por la red de cobre y conducidas a tierra por un cable. Si cruzamos en auto un puente con superestructura metálica, la radio deja de funcionar. El principio es el mismo que el de la jaula de Faraday. Dentro de la jaula se pueden practicar los experimentos más delicados con el oscilógrafo sin riesgo de interferencia.

Ahora construimos una de esas jaulas metálicas en un ángulo del sótano. Forramos las paredes de alambre de cobre con chapas de hierro, a fin de reducir a un mínimo el contacto entre el aire interior y el exterior. Sólo dejamos un par de grietas o de orificios para poder respirar dentro de la jaula. Nos sentamos en la jaula, completamente a oscuras y dejamos que nuestros ojos se acostumbren a las tinieblas.

Trascurrida media hora, aproximadamente, el negro da lugar a un resplandor indefinido. Curiosos fenómenos luminosos irritan nuestra vista.

Es como si el espacio fuera atravesado por vapores nebulosos de una coloración azul-grisácea. Si miramos con fijeza un determinado lugar de la pared, vemos movedizos fenómenos luminosos. Cuanto más tiempo permanecemos en ese recinto, tanto más nítidos se vuelven los fenómenos luminosos. Dentro de los vapores azul-grisáceos vemos puntitos de luz de una profunda tonalidad azul-violácea. Esos puntos nos recuerdan las familiares impresiones visuales subjetivas que experimentamos antes de dormirnos. Una vez más surge la duda: ¿están esas impresiones dentro o fuera de nuestros ojos? Si cerramos los ojos, los puntitos violáceos no desaparecen. ¿Estarán irritados nuestros nervios ópticos o los fenómenos luminosos no son reales? Los fenómenos deberían desaparecer al cerrar los párpados y reaparecer al abrirlos. Es cierto que la persistencia de las imágenes, que es de carácter subjetivo, existe. No podemos dejar de lado el problema porque aún ignoramos cómo pueden llegar a irritarse los nervios ópticos en la oscuridad total y por qué no podemos "apartar de los ojos" esos fenómenos. Cuanto más tiempo dura la observación, tanto más llamativos se vuelven los fenómenos. En los días secos y soleados se ven, por ejemplo, relámpagos de luz en la jaula metálica. Para eliminar toda duda acerca de la existencia de la energía atmosférica orgónica, insisto en que mis discípulos se familiaricen con estos fenómenos.

Algunos sujetos de experimentación sufren una leve conjuntivitis si permanecen una hora o más en la jaula de Faraday. Lo normal es que la vista descansa en la oscuridad completa, de modo que en la jaula tiene que haber algo que irrite los ojos, que *excite los nervios ópticos* y que congestione la conjuntiva. Repetimos las observaciones en la jaula oscura hasta que encontramos medios y caminos para resolver estos importantes problemas. Por ejemplo, *¿pueden ampliarse los fenómenos azul-grisáceo y violeta profundo con ayuda de un lente de aumento?* Comprobamos que un buen cristal de aumento amplía realmente los puntos luminosos. Estos se presentan de dos maneras: vienen *hacia nosotros o pasan ante nosotros*. En el primer caso observamos la siguiente secuencia de impresiones luminosas:



Cada punto de luz parece expandirse y contraerse en forma alternada, como si latiera. Los puntos de luz que pasan ante nosotros siguen una trayectoria más o menos como ésta:



A causa de la trayectoria descrita le hemos dado provisionalmente el nombre de onda espiriforme (*Kreiselwelle*). Su importancia sólo se hizo evidente mucho después.

Los puntitos luminosos azul-violáceo parecen surgir de las paredes metálicas a intervalos *rítmicos*.

Si permanecemos mucho tiempo —dos o tres horas— en la jaula, advertimos un resplandor azul-grisáceo en torno al guardapolvo blanco. Los contornos de otra persona se distinguen desdibujados, pero claros. No permitamos que el carácter místico y fantasmal de este fenómeno nos desconcierte. No hay nada de místico en él. La radiación parece adherirse a la tela y a los cabellos. Espolvoreamos un trozo de algodón con un buen material fluorescente, por ejemplo, sulfuro de cinc (ZnS), y lo sujetamos a una pared frente a nosotros. No nos habíamos engañado. La zona del trozo de algodón aparece más clara que sus inmediaciones. A través de la lente de aumento vemos la radiación ampliada. Se observa la titilación y los finos rayos de luz, que ya nos resultan familiares.

Dejamos un disco de papel impregnado en sulfuro de cinc en la jaula. Al cabo de varios días lo doblamos lentamente. Emite una intensa radiación. Como control dejamos un disco similar al aire libre o doblamos el primero para arriba y para abajo durante largo rato. En ambos casos el fenómeno luminoso desaparece. Ahora dejamos el disco de control otra vez durante unos cuantos días en el ámbito con orgón. Los fenómenos luminosos reaparecen cuando lo doblamos. *El disco de papel impregnado en sulfuro de cinc ha vuelto a absorber orgón.*

Nuestro siguiente cometido consistirá en hacer visible desde afuera el orgón contenido en la jaula. Recortamos una ventanita cuadrada, de 5 pulgadas de lado, en la pared frontal del aparato. Por dentro, sobre el forro metálico, cubrimos la abertura con una plancha de vidrio fluorescente, de esas que se utilizan para hacer visibles los rayos X.¹

¹ Por fluorescencia se entiende -a diferencia de luminación- la propiedad de una sustancia de producir luz mientras actúan sobre ella partículas de energía invisibles. En el caso de la luminación, el efecto luminoso persiste durante períodos más o menos prolongados, después que la sustancia ha sido sustraída a la influencia de los rayos excitantes. El sulfato de zinc es una sustancia fluorescente; el sulfato de calcio, en cambio, es luminiscente.

En la pared exterior de madera sujetamos un tubo metálico provisto de un ocular con un lente biconvexo cuyo aumento está entre 5 y 10x. Tanto el tubo como el lente son desmontables, a fin de que la plancha fluorescente pueda observarse con o sin ampliación.

En el interior de la jaula instalamos una bombita de luz verde, del tipo que se utiliza para revelar placas fotográficas de alta sensibilidad. La lamparita, controlada reostáticamente, suministra una luz mortecina y constante como fondo de la radiación. En este experimento imitamos el modelo proporcionado por la naturaleza: la radiación de orgón resulta bien visible de noche, sobre el fondo de un cielo nocturno apenas iluminado. Para reproducir también la titilación de las estrellas, practicamos unas cuantas perforaciones (de alrededor de 1/8 de pulgada de diámetro) en las paredes. Luego observamos el aparato desde afuera en una completa oscuridad.

A través de las perforaciones vemos una luz azulada, que *titila con notable intensidad*. En la plancha de vidrio fluorescente se percibe un marcado movimiento. Titilantes rayos de luz la cruzan rápidamente. Alcanzamos a distinguir con toda claridad especies de relámpagos, unas veces formados por rayas y otras por puntos luminosos. Trascurrido un rato, vemos vapores de una coloración violeta profundo que parecen brotar de las aberturas. El área visible de radiación es un cuadrado netamente definido sobre el negro de la jaula. La titilación y los rayos de luz sólo se observan dentro de ese cuadrado. A través de la lente de aumento, los fenómenos luminosos se ven con mucha mayor nitidez. Distinguimos cada rayo por separado. Con tiempo seco y cielo despejado los fenómenos son más nítidos e intensos que con tiempo húmedo y lluvioso. El uso del orgonoscopio mejoró sensiblemente la observación en la jaula de Faraday.

¿Cómo penetraba la energía en la jaula? Se suponía que la red de alambre derivaba a tierra toda energía electromagnética. El interior de la jaula debería haber estado libre de cargas eléctricas, de lo contrario no se habrían podido practicar en ella delicados experimentos eléctricos sin experimentar inconvenientes. Nos encontramos ante un problema:

¿Será electricidad la energía contenida en la jaula? Debemos encarar dos tareas:

1. Captar las propiedades de la energía radiante orgónica, ahora visible.
2. Investigar la relación entre energía orgónica y electricidad.

4. El acumulador de orgón

Interrumpiré aquí mi informe sobre el desarrollo de los experimentos en materia de orgonoterapia, para responder a una pregunta que debe de estar en la mente de todo lector atento: siempre se habla de "acumulador de orgón", pero no se explica cómo tiene lugar la acumulación de orgón atmosférico ni cómo se la mide.

No podemos responder aquí a esta pregunta en la forma exhaustiva en que debería hacerse. El orgón es una forma de energía desconocida hasta ahora y fundamentalmente distinta de la electricidad y del magnetismo. Su estudio y la definición de sus propiedades corre por cuenta de la física orgonómica en el campo de la naturaleza no viviente. Esta investigación se encuentra hasta ahora en sus comienzos. El lector que posea cierta formación científica conocerá los conceptos aplicables a la electricidad; pero éstos no lo son al orgón. Los nuevos conceptos físicos, que se van desarrollando en el curso de nuestros experimentos, requieren una exposición detallada, acompañada por una serie de experimentos bien definidos, puramente físicos. Esta exposición excedería los límites de un informe sobre orgonoterapia experimental, de modo que nos veremos obligados a diferirla. Dentro del presente contexto, lo más interesante para el lector es la información acerca del mecanismo de acumulación y del método de medición. A riesgo de ser mal entendido y mal interpretado por los electrofísicos, señalaré los tres hechos fundamentales que demuestran la acumulación de orgón en el acumulador y que posibilita sus mediciones.

Mecanismo por el cual se concentra la energía orgónica atmosférica

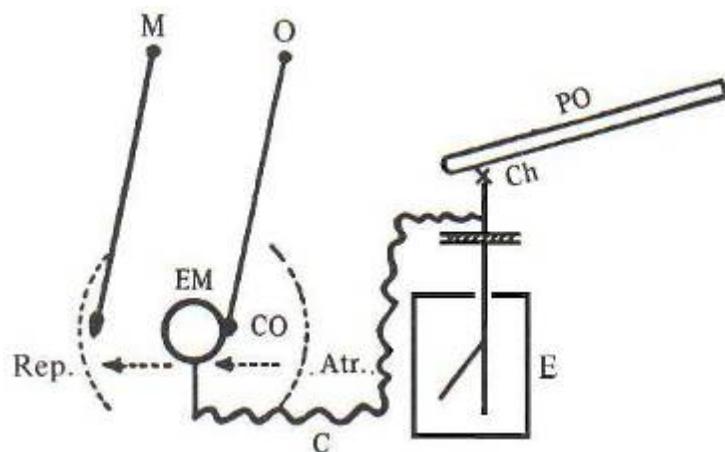
El acumulador de orgón está constituido por un gabinete de material orgánico, que puede ser madera o, mejor aún, celotex. La pared de ese gabinete está revestida por dentro con una fina chapa de hierro.* Este dispositivo basta para obtener una concentración de orgón atmosférico mucho mayor que la concentración corriente en la atmósfera. El mecanismo de esta concentración está basado en dos hechos:

1. *La materia orgánica de cualquier tipo atrae el orgón y lo absorbe. A su vez, el material con contenido de orgón atrae pequeñas partículas orgánicas y las retiene.*

* Cada capa está constituida por una plancha exterior de material orgánico y una interior de metal. Su número puede ampliarse a voluntad. Se han llegado a utilizar veinte capas. (Nota del editor alemán.)

2. Los materiales mecánicos, sobre todo el hierro, atraen orgón, pero lo repelen rápidamente. El metal cargado de orgón, por su parte, repele las partículas metálicas.

Estos dos hechos fundamentales en la física orgónica pueden demostrarse en forma experimental y ser reproducidos a voluntad de la siguiente manera:



- O: Material orgánico
- M: Material metálico
- CO: Campo de energía orgónica
- EM: Esfera metálica.
- Atr.: Atracción
- Rep.: Repulsión
- E: Electroscopio (orگونómetro) conectado a tierra o no
- C: Cable de unión
- PO: Portador de orgón (bastoncillo de poliéster)
- Ch: Chispa a la punta del electroscopio
- ←---: Dirección de la deflección

Figura 9. Demostración de la atracción orgonótica del material orgónico y de la repulsión del material metálico en el campo de la energía orgónica de una esfera metálica.

Se apoya una esfera metálica sobre una plancha de corcho o goma y se la coloca bajo una campana de vidrio. Se suspende un trocito de corcho de un lado del ecuador de la esfera de hierro, de modo tal que penda libremente a una distancia de 2-3 mm. Del otro lado se sujeta un trocito de papel metálico, que penda también libremente a la misma distancia, de modo que ni el corcho ni el papel metálico rocen la esfera de hierro y se mantengan inmóviles en su posición. La esfera está conectada por un cable a un electroscopio.

A continuación cargamos un bastón de poliestireno (la carga producida por el bastón de goma es demasiado débil) pasándolo sobre nuestro cabello, sin friccionar. Luego se aproxima el bastón cargado a la pared de la campana de vidrio del aparato o, mejor aún, a la punta metálica del electroscopio conectado con la esfera. Si la carga de orgón es lo bastante fuerte (y la humedad atmosférica no es superior al 50%), el trocito de corcho se moverá hacia la esfera metálica y permanecerá adherido a ella por cierto tiempo sin ser rechazado. Esta reacción significa que la energía transferida del cabello al bastoncillo ha permitido que la esfera metálica forme un campo de energía en derredor, en el cual la materia orgánica es atraída y retenida. Referido a otros experimentos podemos invertir los términos: la materia orgánica atrae la energía orgónica y la retiene.

Un bastoncillo de poliestireno no cargado no ejercerá influencia alguna sobre un trozo de papel metálico. Un bastoncillo de poliestireno cargado atraerá, en cambio, la hojita de papel metálico y la retendrá.

Conclusión: la energía orgónica y las sustancias orgánicas se atraen; lo mismo ocurre con las sustancias orgánicas cargadas de orgón y las sustancias metálicas también cargadas con esta energía.

Del otro lado de la esfera, en donde pende libremente la hojita de papel metálico, en las proximidades de la esfera de hierro, el efecto es otro: el trocito de papel metálico es atraído en primer lugar hacia la esfera metálica y luego es rechazado y mantenido a distancia. El efecto mutuo de dos sustancias metálicas que se encuentran en el campo de energía orgónica es de repulsión. De eso puede deducirse también lo siguiente: El metal, sobre todo el hierro, atrae al orgón, pero no lo retiene, sino que lo repele. (Estos experimentos sólo pueden efectuarse con un bajo porcentaje de humedad atmosférica.)

Estos descubrimientos son fundamentalmente nuevos. Guardan cierta relación con el confuso concepto de "electricidad de frotamiento" y con la igualmente confusa teoría de la "electricidad estática". Todo esto se explicará en detalle más adelante. El simple experimento que acabo de describir demuestra dos funciones básicas de la energía orgónica: la atracción de

sustancias orgánicas y la *repulsión* de sustancias metálicas en el campo de energía orgónica.

La aplicación y significación de estos resultados para el acumulador de orgón se ponen de manifiesto en los siguientes estudios experimentales.

Medición térmica de la energía orgónica atmosférica (Orgonometría térmica)

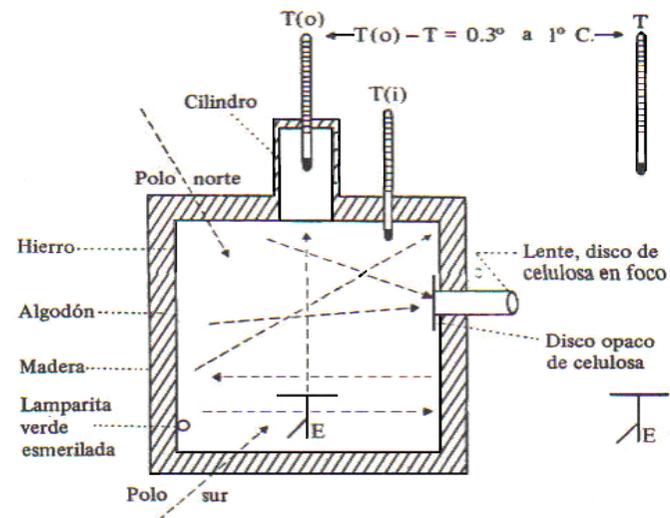
Las paredes interiores de nuestro acumulador de orgón son "frías". Si mantenemos por un rato la palma de la mano o la lengua a unos 10 cm. de distancia de la pared metálica experimentaremos *calor* y un ligero *hormigueo*. En la lengua se percibe un sabor salobre. Si colocamos un termómetro en el mismo lugar, o mejor aún, sobre la superficie superior y otro fuera del acumulador de orgón, para nuestra sorpresa comprobamos que la diferencia de temperatura es de $0,2^{\circ}$ — $0,5^{\circ}$ C respecto a la temperatura ambiente de la habitación.

Puesto que la temperatura de la pared metálica es inferior a la temperatura del aire a 10 cm. de distancia de ella, el calor que experimentamos en la palma de la mano o que medimos con el termómetro no puede deberse al calor irradiado, como tal, por la pared. Por otra parte, no hay una fuente de calor ni en la pared ni detrás de ella, ni debajo ni dentro del acumulador. Nos vemos, pues, obligados a formular una hipótesis y ver adónde nos lleva.

Sabemos que la radiación en general consiste en *partículas energéticas en movimiento*. Supongamos por el momento que las frías paredes metálicas del acumulador irradian o reflejan la energía.

Debemos suponer lo siguiente: cuando mantenemos la palma de la mano o un termómetro a 6-10 cm. de distancia de la pared, estamos *frenando* el vuelo de las partículas de energía. *La energía cinética de las partículas, al ser bloqueada, se manifiesta como una sensación de calor o como aumento de temperatura objetivamente medido con el termómetro*. Esta suposición está por completo de acuerdo con la física de toda radiación. El bloqueo de los electrones que vuelan del cátodo al anticátodo de un tubo de rayos X, desarrolla calor y fenómenos de luz.

Construimos un pequeño acumulador de orgón. Con seis planchas cuadradas de hierro, de un pie de lado cada una, fabricamos un *cuco hueco*. En el exterior de la plancha metálica de arriba sujetamos un recipiente metálico cilíndrico, de unos 15 cm. de altura, en el cual podemos montar el termómetro. Una abertura en el recipiente permite medir la temperatura *dentro* de la caja. Para aislar el interior del cilindro de la temperatura



T_0 Temperatura sobre el cilindro; T: Control (temperatura del aire en la habitación); E: ElectroscoPIO; →: dirección de la radiación; medida: 1 pie cuadrado; T_i : Temperatura en el interior del aparato

Figura 10. Esquema básico del acumulador de orgón (sección transversal).*

ambiente, envolvemos el gabinete metálico con algodón, madera u otro mal conductor de la temperatura. Además protegemos la carcasa del termómetro desde afuera con una campana de vidrio. Entre el termómetro y la chapa metálica superior no debe encontrarse material orgánico.

La construcción se basó en la hipótesis de que las partículas de radiación *dentro* de la caja rebotarían de una pared metálica a otra. Estarían bloqueadas por todas partes. Puesto que el calor asciende, el lugar más favorable para medir el cambio de temperatura estaría encima de la plancha metálica de arriba. Tenía que existir *una diferencia de temperatura* entre el aire encerrado por encima del acumulador (en el cilindro) y el resto del aire del salón.

* En los acumuladores para fines terapéuticos, la madera es reemplazada habitualmente por celotex, el algodón por lana de vidrio y las planchas metálicas por lana de acero, con excepción de las planchas rígidas de la capa interna. (Nota del editor alemán.)

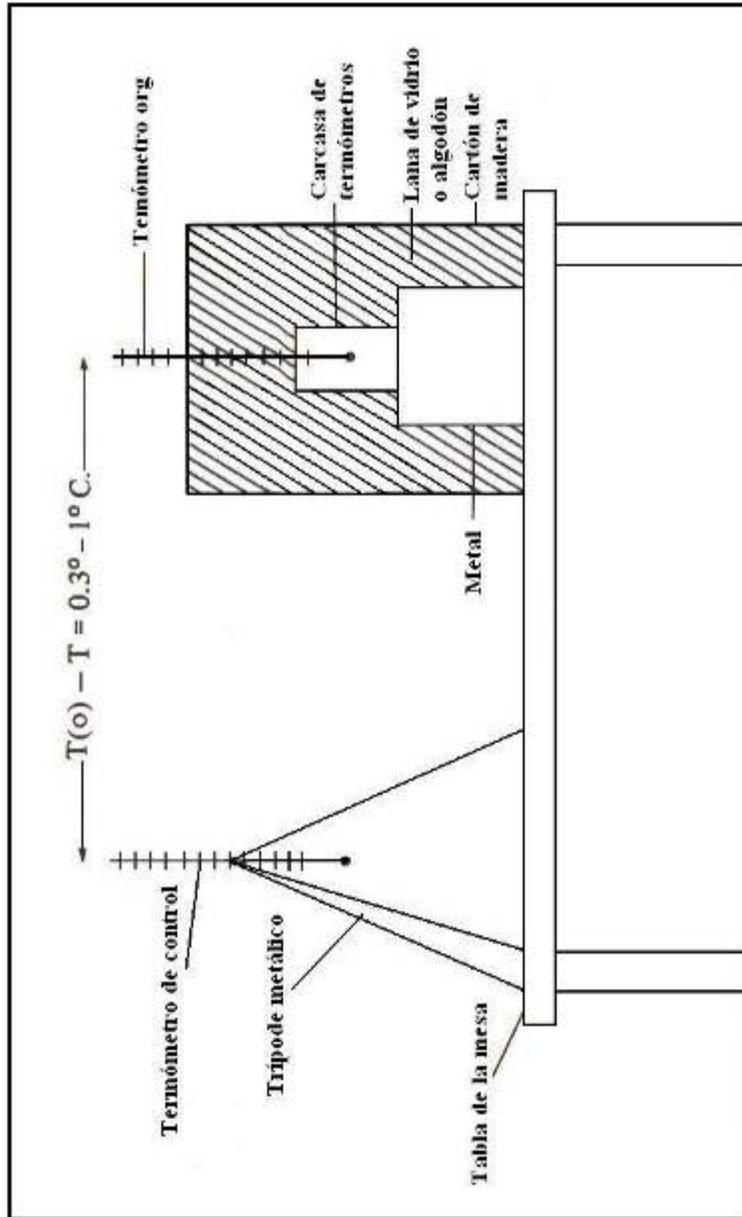


Figura 11. Medición de la diferencia de temperatura $T(0) - T$ (en la habitación).

Daremos a la temperatura del aire en el salón la denominación de T y a la del aire contenido en el cilindro la de T_0 . La diferencia de temperatura $T_0 - T$ debería ser *positiva* y constantemente presente, si nuestras suposiciones son correctas. Aún ignoramos su magnitud. Las mediciones efectuadas durante varios días indican una diferencia constante en la temperatura, que varía entre los $0,2^\circ$ y los $1,8^\circ \text{C}$. La media aritmética de las diferencias de temperatura obtenidas sobre la base de mediciones practicadas varios días por semana asciende a los $0,5^\circ \text{C}$, aproximadamente. Dado que no hemos introducido ninguna fuente constante de calor en el gabinete, la diferencia de temperatura debe tener origen en el bloqueo de las partículas de radiación.

Resumamos ahora lo que hemos averiguado hasta este momento acerca de la energía orgánica:

1. Las sustancias orgánicas absorben la energía.
2. Las sustancias metálicas la reflejan.
3. El bloqueo de la energía cinética mediante un obstáculo metálico cualquiera provoca un aumento de la temperatura local.

A esta altura del proceso advertimos una falla en nuestra construcción. Las paredes metálicas desnudas, expuestas tanto al interior como al exterior, irradian la energía y el calor producido tanto hacia *afuera* como hacia *adentro*. Para separar mejor el aire contenido en el acumulador del aire atmosférico circundante, envolvemos el gabinete metálico en un material orgánico tal como algodón. Para que la construcción sea más sólida y para mejorar el aspecto, construimos un segundo gabinete en torno al primero. Utilizamos para ello madera terciada fina o celotex. Se accede al interior por una puerta ubicada en la pared frontal (Fig. 10).

De modo que la parte exterior del aparato es de material orgánico y la interior de material metálico. Puesto que la cubierta exterior absorbe la energía y las paredes interiores la reflejan, se produce una *acumulación de energía*. La cubierta orgánica absorbe la energía de la atmósfera y la trasmite al metal del interior. El metal irradia la energía hacia afuera, hacia el algodón y hacia el interior, hacia el espacio vacío del acumulador. El movimiento de la energía hacia adentro es libre; hacia afuera, en cambio, tropieza con resistencias. Por esa razón, la energía puede oscilar libremente en el interior, pero no en el exterior. Además, una parte de la energía irradiada por el metal hacia afuera es absorbida por el algodón y devuelta al metal. No sabemos cómo penetra la energía a través del metal; sólo sabemos que lo hace, pues los fenómenos subjetivos y objetivos son notablemente más intensos en el interior del aparato que fuera de él.

La diferencia de temperatura $T_0 - T$ es más *constante* y, término medio, más alta después que se ha revestido el metal. *Hemos creado un acumulador que limita y concentra el orgón.* Para control de estos resultados practicamos mediciones dentro, fuera y arriba de un gabinete de las mismas medidas, pero confeccionado en madera o cartón. Nos convencimos de que la temperatura del aire se iguala por completo en un gabinete de esa naturaleza: las temperaturas son las mismas en todas partes. Las *diferencias de temperatura* sólo se producen cuando el gabinete tiene un revestimiento metálico.

Medición del orgón al aire libre

Durante los meses del verano de 1940 yo había mantenido enterrada en mi jardín una pequeña caja orgónica y había observado una diferencia de temperatura constante. Pero sólo en febrero de 1941 comprobé hasta qué punto esa diferencia era superior a la registrada en ambientes cerrados.

El 15 de febrero de 1941 -un día de sol en que soplaba un fuerte viento frío- enterré un acumulador hasta dos tercios de su altura total, de modo tal que el termómetro (I) quedara *por encima del* nivel del suelo. El gabinete, junto con la carcasa del termómetro, ubicada sobre su cara superior, estaban dentro de otra caja, esta última de cartón. Rellené los espacios libres a los lados y arriba del gabinete con algodón y viruta de madera, y cubrí el conjunto con una manta de lana. (Como es lógico, el espacio en el cual se practicarán las mediciones de temperatura debe ser protegido contra las bajas temperaturas exteriores para mantener el calor producido.) Introduje un termómetro de control (II) a través de un orificio, en un recipiente de vidrio y enterré dicho recipiente a 4 pulgadas de profundidad, de modo tal que el bulbo del termómetro quedara *bajo* el nivel del suelo. Coloqué otro termómetro de control (III) a 1 pulgada de profundidad, en este caso con el bulbo sin protección. Utilicé también este segundo termómetro de control (IIIa) para medir la temperatura del aire sobre el suelo, aproximadamente a la altura en que se encontraba el termómetro del gabinete orgonótico, a veces con cubierta protectora contra el viento y otras veces sin ella. Los tres termómetros se intercambiaban de manera constante. Los esquemas de este experimento ilustran tanto el dispositivo como el resultado de los ensayos.

Con esta disposición, $T_0 - T$ es mucho más amplia que en una habitación cerrada, probablemente por la eliminación de los efectos de la radiación orgonótica secundaria de paredes, superficies de mesas, etc., que reducen la

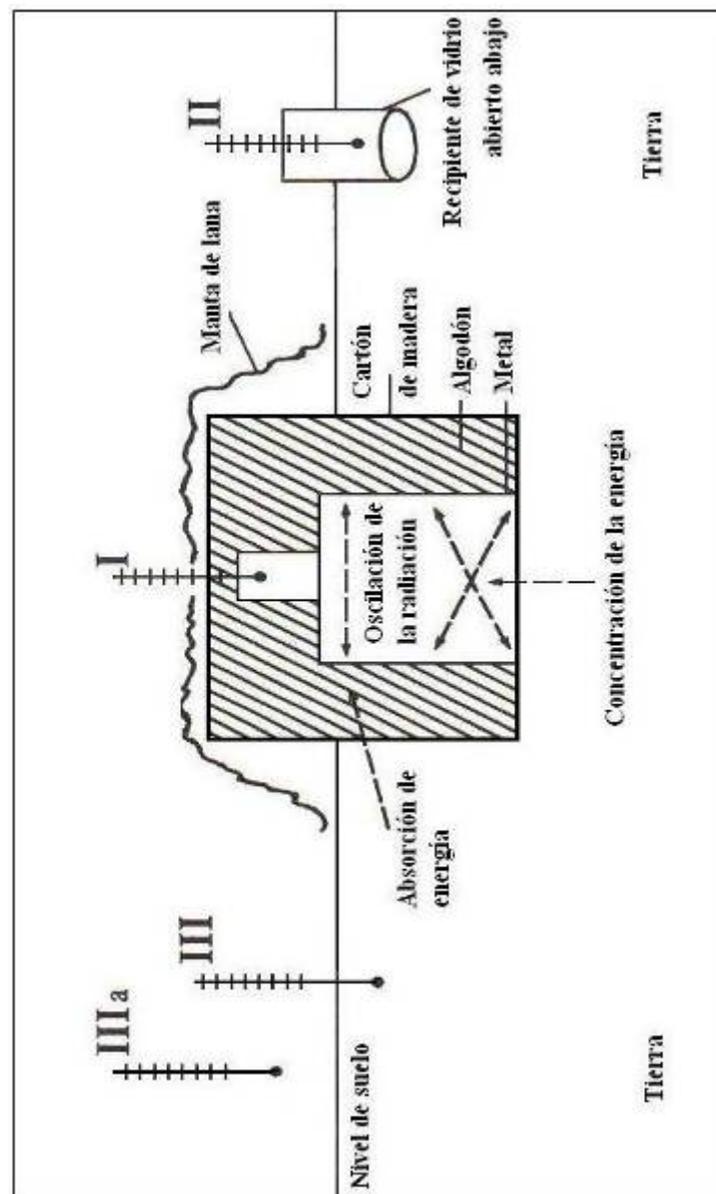


Figura 12. Medición de la diferencia de temperatura $T_0 - T$ (al aire libre). Experimento del 16 al 17 de febrero de 1941.

Nº de lectura	Tiempo	Fecha y hora	Aire			Aire en frasco de vidrio en el suelo	T-org en el suelo	T(0) - T comparado con el aire	Observaciones
			Libre	Protegido	Suelo				
1	Sol, viento frío, claro	Feb, 16:41 12,30	3,6°	5,0°	0,5°	1,5°	11,6°	+8,0°	Aparato con termómetro envuelto en cartón, frente izquierdo expuesto. Dos tercios enterrado, comenzada a las 24 hs.
2	Sol, viento frío, claro	13,00	3,4°	4,6°	0,3°	1,5°	11,4°	+8,0°	
3	Sol, viento frío, claro	13,45	2,1°	3,5°	0,4°	1,3°	9,5°	+7,4°	Manta de lana sobre el aparato.
4	Aparato a la sombra	14,30	0,3°	0,6°	0,4°	1,3°	6,5°	+6,2°	
5	Aparato a la sombra	15,30	0,2°	0,3°	0,3°	1,3°	2,9°	+2,7°	Manta de lana sobre el aparato; eliminación de la radiación solar.
6	Aparato a la sombra; temperatura de congelación.	16,00	-0,6°	0,6°	0,2°	0,4°	+0,6°	+1,2°	Manta de lana sobre el aparato; efectos de temperaturas de congelación.
7	Aparato a la sombra; temperatura de congelación	17,00	-0,9°	0,6°	0,2°	0,2°	0°	+0,9°	Manta de lana sobre el aparato; efectos de temperaturas de congelación.
8	Noche; temperatura de congelación	24,00	-2,1°			-0,4°	+1,7°	+3,8°	Interrupción de las mediciones; remoción de la manta de lana.
9	A la mañana temprano; Nuboso.	Feb 17:41 9,30	-1°	-1°	0°	+0,7°	+1,8°	+2,8°	Aparato al aire libre toda la noche. Se vuelve a cubrir la manta a la mañana temprano.
10	Fuerte nevada	11,30	-1°	-1°	0°	0,9°	+2,3°	+3,3°	El termómetro se intercambié a cada lectura siguiente
11	Fuerte nevada	12,15	-0,9°	-0,9°	0°	0,7°	+1,3°	+2,2°	
12	Fuerte nevada	13,00	-0,7°	-0,7°	0°	0,7°	+1,3°	+2,0°	
13	Fuerte nevada	14,00	-1°		0,3°	0,7°	+1,2°	+2,2°	
14	Fuerte nevada	15,00	-1,1°		0,3°	0,7°	+1,2°	+2,3°	
15	Fuerte nevada	16,00	-1,2°		0,2°	0,6°	+1,0°	+2,2°	
16	Fuerte nevada	17,30	-2,0°		0,1°	0,2°	+2,5°	+2,5°	

diferencia en las habitaciones. $T_0 - T$ oscila al aire libre, sin sol, alrededor de los $+2^\circ$ Celsius.

Para asegurar estos resultados proseguí el experimento durante la noche y al día siguiente, desde el 16 hasta el 17 de febrero de 1941, de la siguiente manera: dejé el aparato como estaba, al aire libre, pero le quité la manta de lana, es decir que lo dejé "enfriar por completo" con las bajas temperaturas nocturnas. El 17 de febrero, a las 9,30 horas, la temperatura del aire era de -1° C y la de la tierra de 0° C. Volví a envolver el aparato con la manta de lana e inserté el termómetro cuando acababa de registrar -1° de temperatura atmosférica a través de la abertura del gabinete. La columna de mercurio ascendió y un rato después marcaba $+2,3^\circ$ C. La temperatura del aire seguía siendo de -1° C y la de la tierra de 0° C. El aire contenido en el frasco enterrado tenía una temperatura más de $+0,9^\circ$ C.

Este ensayo se realizó con el propósito de refutar las objeciones de un distinguido físico. En enero de 1941, pocos meses después del descubrimiento de la llamativa diferencia de temperatura, Albert Einstein instaló un pequeño acumulador de orgón en su casa de Princeton (Nueva Jersey). Einstein confirmó en una carta la existencia de la diferencia de temperatura en el acumulador, pero también descubrió una diferencia de temperatura entre la cara inferior y la cara superior de la mesa sobre la cual se encontraba el acumulador. Por supuesto, esta comprobación restaba validez a los registros en el acumulador. Un ayudante de Einstein, Leopold Infeld, intentó explicar la diferencia de temperatura en el acumulador atribuyéndola a la "convección desde el techo a la cara superior de la mesa", que aumentaba la temperatura en la habitación del subsuelo, en donde se practicaban las observaciones. El ayudante de Einstein no controló su interpretación de la diferencia de temperatura ya confirmada, es decir, *no efectuó mediciones al aire libre y en el suelo*, donde no existe posibilidad alguna de "convección desde el techo hasta la cara superior de la mesa".

Creo que los hechos hablan un lenguaje muy claro:

a) *La Tierra y la atmósfera contienen una energía mensurable en nuestro aparato como calor.*

b) *Esta fuente constante de energía-calor sólo alcanza valores altos con una determinada disposición de los materiales.* Para lograr un aumento de la diferencia de temperatura debe colocarse *material orgánico en el exterior y material metálico en el interior.*

Este ensayo muestra también la importancia de la disposición de los

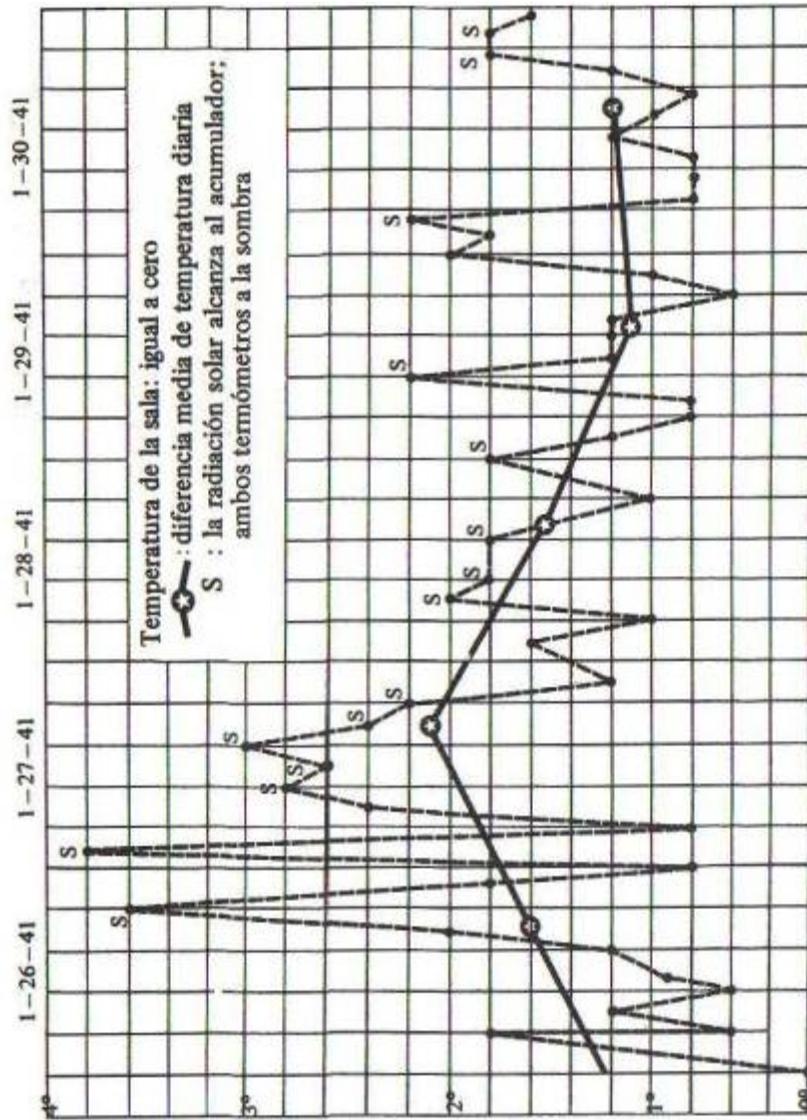


Figura 13. Mediciones de la diferencia de temperatura practicadas en una habitación con la ventana abierta.

materiales en relación con la radiación solar y del suelo. A la sombra, en donde la influencia de la radiación solar desaparece, la diferencia $T_0 - T$ se reduce, respecto a las mediciones de control, de $+ 5^\circ \text{C}$ a $+ 2^\circ \text{C}$ término medio. El termómetro de control encerrado en un frasco de vidrio y, por consiguiente, apenas expuesto a la radiación de la energía orgónica del suelo, registra una diferencia de sólo 1°C aproximadamente. El acumulador, en cambio, que es el dispositivo más completo construido hasta ahora para absorber y acumular la energía orgónica, registra valores mucho más altos, superiores a los $+ 2^\circ \text{C}$.

El descenso de temperatura al aire libre a causa de las condiciones meteorológicas alcanza al termómetro de la caja, a pesar del aislamiento. La diferencia $T_0 - T$ permanece constante, dentro de determinados límites superiores e inferiores, debido al descenso *paralelo* de T_0 y T en el curso de unas 3 horas:

T_0	=	$11,4^\circ$	$T_0 - T$	=	$6,8^\circ$
$T(\text{Aire})$	=	$4,6^\circ$			
T_0	=	$9,5^\circ$	$T_0 - T$	=	6°
$T(\text{Aire})$	=	$3,5^\circ$			
T_0	=	$6,5^\circ$	$T_0 - T$	=	$5,9^\circ$
$T(\text{Aire})$	=	$0,6^\circ$			

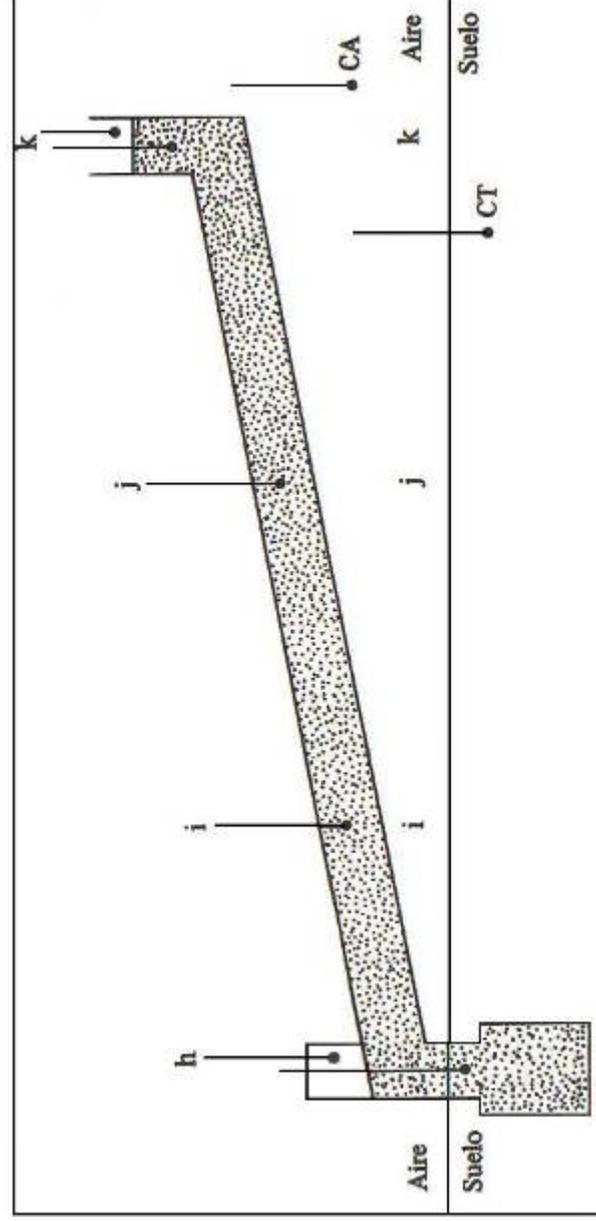
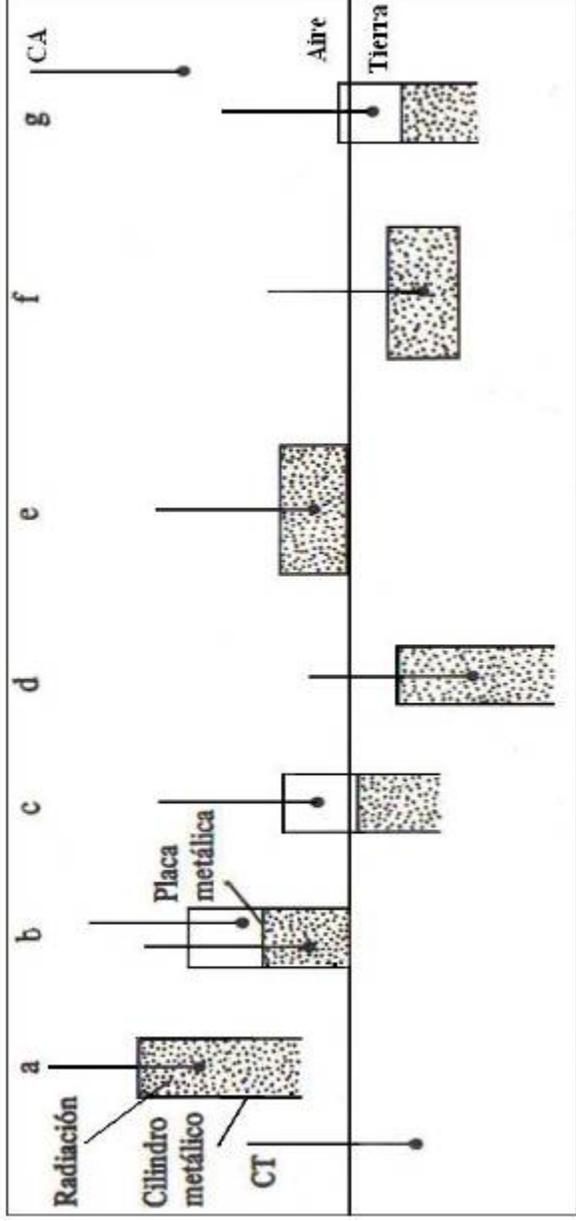
Resultados experimentales

1. El dispositivo descrito demuestra, en todas las condiciones, una diferencia de temperatura entre el termómetro del aparato y el termómetro de control, sin que intervenga una fuente de calor constante, de naturaleza conocida.

2. Las mediciones al aire libre demuestran una radiación de suelo que se manifiesta en diferencias de temperatura cuyo grado varía de acuerdo con la disposición de los materiales intervinientes.

La diferencia de temperatura al aire Libre varía con el aumento y la disminución de la radiación solar, por lo tanto, también con la hora del día. No son raras las diferencias de hasta 20°C en los días estivales muy soleados. Por supuesto, el org-termómetro nunca se expone directamente a los rayos solares.

La medición térmica de la radiación orgónica del suelo también puede realizarse con ayuda de otros dispositivos. El ingrediente esencial en estos



CT: Termómetro de control en la tierra
 CA: Termómetro de control en el aire
 a-g: Tubos metálicos de diferentes longitudes, con y sin bloqueo de radiación
 h-k: Tubos dispuestos en declive; bloqueo de radiación en h y k

Figura 14. Diversos métodos de medición de $T(o) - T$ en tierra y en el aire

experimentos es la estricta y clara definición de la base comparativa para las mediciones. T_0 puede medirse respecto a T aire o a T suelo. Es preciso establecer la diferencia entre la T_0 del aire y la T_0 del suelo. Asimismo es preciso distinguir si se la mide dentro de un cilindro metálico vertical o por encima de una plancha metálica de ese cilindro. El esquema de pp. 129-130 ilustra algunos de los principales métodos de medición de las temperaturas de la energía orgónica. Los resultados podrían resumirse así:

El aumento de temperatura en un tubo metálico es mayor encima de una placa metálica transversal, que si se prescinde de esa placa.

Con tiempo lluvioso, las diferencias de temperatura son mínimas o desaparecen por completo.

Con intensa radiación solar, las diferencias de temperatura reaparecen y alcanzan altos valores.

Para lograr los efectos de la *radiación orgónica*, dejamos los tubos abiertos. Para lograr la *diferencia de temperatura*, cerramos los tubos con placas metálicas y efectuamos las mediciones *por encima* de las placas.

El físico teórico con experiencia no tardará en reconocer la diferencia constante de temperatura orgónica como un descubrimiento que podría invalidar la *segunda ley de la termodinámica*. Es verdad que en la Naturaleza se cumple un proceso que conduce hacia la entropía, lo cual significa que el universo está amenazado de muerte. Pero existe otro proceso, un *proceso orgónico*, que se desarrolla en dirección opuesta, hacia una restitución de la energía que se va perdiendo en el proceso de creciente entropía. Este problema tendrá que ser analizado en otro contexto.

Demostración de la atracción orgónica en el campo de energía del acumulador de orgón.

Organización de la experiencia: acercamos una buena aguja magnética a un acumulador de energía orgónica de 1 metro cuadrado de luz interior, de la siguiente manera:

- a) hacia los centros de los cuatro bordes superiores;
- b) hacia los centros de los cuatro bordes inferiores.

Resultado: El polo magnético Norte se fija siempre hacia el centro de los cuatro bordes superiores; el polo magnético Sur se fija hacia el centro de los cuatro bordes inferiores.

Conclusión: La reacción del campo de energía del acumulador de orgón es de naturaleza orgónica y no magnética.

Prueba: 1) La atracción magnética emana sólo de determinadas partes del hierro: de los extremos más que del centro; el centro no es magnético.

2) Los polos de atracción magnética (Sur o Norte) no son intercambiables, salvo que se magnetice un imán más o menos débil con ayuda de uno más fuerte. Si el efecto de atracción del acumulador de orgón fuera ferromagnético, la aguja magnética siempre se movería hacia el centro de los bordes cualquiera que fuera la dirección en que moviéramos o hiciéramos girar el acumulador de orgón. Pero esto no ocurre. *Cualesquiera que sean los bordes que convirtamos en bordes inferiores, laterales o superiores, la aguja magnética siempre reacciona de la manera descrita*, es decir, se coloca sistemáticamente con el polo Norte hacia el centro de los cuatro bordes superiores y con el polo Sur hacia los cuatro inferiores. La atracción que emana del acumulador de orgón no está, pues, ligada a partes específicas del material y, por consiguiente, no puede ser de naturaleza magnética. Es evidente que la reacción depende de la colocación del acumulador de orgón en el campo de la atmósfera orgónica de la Tierra. Si se tienen en cuenta todos los elementos teóricos y experimentales, se llega a la conclusión de que el campo energético de la Tierra no es de naturaleza magnética, sino orgónica y se mantiene en una relación bien definida con los polos magnéticos Norte y Sur del planeta.

Es probable que el magnetismo resulte ser una función particular de la energía cósmica orgónica. Muchos científicos dudan también de la naturaleza magnética del llamado "magnetismo terrestre".

Demostración y medición de la energía orgónica con ayuda del electroscopio estático.

Las mediciones de la diferencia de temperatura $T_0 - T$ demuestran que en el interior del acumulador actúa una energía radiante; pero nada dicen acerca de su *naturaleza*. Los fenómenos luminosos subjetivos tampoco permiten sacar conclusiones acerca de la calidad de la radiación. Sin embargo, estos fenómenos luminosos son de gran importancia, aparte de ser muy llamativos y convincentes.

Durante varios meses medimos en forma sistemática -varias veces por día, bajo techo y al aire libre- la descarga del electroscopio dentro del acumulador. Encaramos el experimento con mediciones electroscópicas basándonos en la siguiente premisa:

Los electroscopios de hoja, cargados, se descargan con *mayor rapidez* en el aire intensamente ionizado que en el aire débilmente ionizado o no ionizado. Por "aire ionizado" entendemos el aire que contiene unidades eléctricas negativas o sea "electrones". Se puede "ionizar" el aire de un ambiente cerrado por medio de rayos X o ultravioletas de una lámpara de sol. El aire de las alturas está mucho más ionizado que el de las llanuras bajas. El aire muy ionizado provoca la rápida descarga porque actúa como conductor entre todas las partes del electroscopio, de modo que la carga de las paredes metálicas y la de la hoja se igualan con mayor facilidad que en el aire no ionizado, que es un mal conductor. Las mediciones electroscópicas en el estudio de los rayos cósmicos se basa en este principio.

Ahora bien, si medimos las descargas electroscópicas *fuera y dentro* del acumulador de orgón existen las siguientes posibilidades:

1. *El electroscopio descarga con igual rapidez dentro y fuera* del acumulador de orgón. Esto significaría que *no hay diferencia* entre la carga del aire contenido por el aparato y la del aire libre, y que por lo tanto no hay una gran concentración de energía orgónica dentro del aparato. En este caso el fenómeno de la diferencia de temperatura resultaría incomprensible.

2. *El electroscopio se descarga con más rapidez dentro del acumulador de orgón que fuera de él.* Eso significaría que el aire contenido por el aparato está más *ionizado* que el aire libre, es decir que contendría más partículas eléctricas con carga negativa (electrones). *Nuestra energía orgónica no sería, pues, otra cosa que electricidad negativa.* También eso haría incomprensible el fenómeno de la absorción de energía orgónica por parte de los materiales orgánicos.

3. *orgón que fuera de él.* Eso *El electroscopio descarga con más lentitud dentro del acumulador de* significaría que la energía orgónica es "algo" *diferente de la electricidad negativa.* Sería necesario explicar la descarga más lenta, para llegar a la conclusión de que el electroscopio está registrando una *concentración de energía orgónica.* Sólo en este caso tendrían coherencia y resultarían comprensibles los fenómenos subjetivos, la diferencia de temperatura y la velocidad de descarga del electroscopio. Nuestra teoría del orgón habría avanzado un buen trecho, puesto que diversas manifestaciones de la energía se harían derivar ahora de *un solo* principio.

La medición sistemática dentro y fuera del acumulador demuestra, en efecto, que el electroscopio se descarga *con mayor lentitud adentro que afuera.* Por el momento postergaremos el análisis de los porqué y los cómo

de nuestra observación y sólo registraremos este hecho. La conclusión a extraer es la siguiente:

1. *La tensión de energía dentro del acumulador es diferente de la que reina afuera. Esto implica una diferencia de potencial entre el interior y el exterior.* Aún no conocemos el signo del gradiente de potencial; no sabemos si va de adentro hacia afuera o de afuera hacia adentro.

2. *La energía dentro del aparato no puede deberse a la mayor ionización del aire interior,* de lo contrario el electroscopio debería descargarse con *más rapidez* adentro y no con mayor *lentitud.* Si la indudable *presencia* de la energía dentro del acumulador no se debe a los electrones, ¿a qué se debe? *Podría tratarse de otra forma de energía. En todo caso, no se trata de electricidad negativa.*

No es fácil explicar la lenta descarga dentro del acumulador. La descarga más rápida o igual sería perfectamente explicable sobre la base de las teorías conocidas, *pero para la descarga más lenta no estábamos preparados.*

Sin embargo, un hecho acude en nuestra ayuda: cargamos el electroscopio extrayendo la energía de algodón o celulosa. También podemos cargarlo con toda facilidad recogiendo energía de nuestro cabello (*seco*), con la ayuda de un bastoncillo de poliestireno o una plancha de celulosa. Ambos absorben la energía de nuestro cabello. La energía está en el aire, tanto dentro como fuera del aparato, sólo que en *diferentes concentraciones,* como lo demuestra la diferencia de la *velocidad* de descarga. El electroscopio se comunica a través de la placa y de los orificios, y su cubierta exterior está conectada a tierra. La energía que le transmiten la radiación o nuestro cuerpo vuelve a pasar al aire circundante en el proceso de la descarga. Tenemos razones para suponer lo siguiente:

Cuanto más baja es la tensión de energía del aire, en relación con la carga del electroscopio, tanto más rápidamente transmitirá éste al aire la energía con la cual está cargado. Cuanto más alta es la tensión de energía del aire circundante -o sea, cuanto menor es la diferencia entre la tensión de energía del electroscopio y la del aire circundante- tanto más lenta será la descarga del electroscopio.

Esta suposición está de acuerdo con las leyes de la energía en general. El agua pasa de un recipiente a otro situado más abajo tanto más rápidamente cuanto más abajo se encuentra el segundo recipiente y tanto más lentamente cuanto más arriba está ubicado éste. La velocidad de la corriente depende del ángulo de la pendiente o, para decirlo con otras palabras, de la magnitud de la diferencia de energía entre cada posición.

La placa metálica de nuestro electroscopio descarga con más rapidez en un aire con baja tensión de energía que en un aire con alta tensión de energía.

Con toda intención trato de explicar la diferencia de la velocidad de descarga apelando a la tradicional teoría del gradiente de energía. Dentro de otro contexto se verá que la interpretación puramente biológica se ajusta más a los hechos. Esta característica de nuestra energía es nueva. La teoría de la ionización no la explica. El electroscopio se descargaría con mayor rapidez en un aire con alta carga eléctrica. *La energía en cuestión no puede ser electricidad.* Esta conclusión se impone, pero es inquietante, pues una energía que influya sobre un electroscopio y no sea electromagnética parecería ser algo muy improbable.

Debemos considerar otra posible objeción:

La descarga espontánea del electroscopio es más lenta en el interior del aparato que fuera de él, porque el aire de adentro no circula con la misma velocidad que el de afuera. En consecuencia, el intercambio de iones de aire es más lento adentro que afuera, lo cual retarda la descarga. De acuerdo con este enfoque, el fenómeno podría explicarse entonces en función de la teoría de los iones, es decir, de la electricidad.

Es fácil someter a prueba esta objeción. Medimos con toda exactitud la velocidad de descarga de nuestro electroscopio fuera del acumulador. Luego cargamos el electroscopio hasta el mismo nivel y aceleramos la circulación del aire en torno a él con ayuda de un ventilador. Resultado: *el ventilador no ejerce acción alguna sobre la velocidad de descarga. La diferencia de la misma no puede atribuirse al aire circulante. Nuestra energía se comporta de manera diferente que la electricidad. La velocidad de la descarga electroscópica depende sólo de la tensión de energía de la atmósfera.* Esta, a su vez, está condicionada por la densidad o concentración de las partículas de orgón por unidad cúbica de aire.

Según lo han demostrado nuestras observaciones, la energía aparece más concentrada en el aparato que al aire libre. La designación "acumulador de energía atmosférica" es, pues, exacta.

En teoría, los electroscopios cerrados no deberían perder su carga; pero lo cierto es que también los electroscopios herméticos se descargan en forma espontánea. Esto es lo que la física tradicional denomina *natural leak*. Se atribuye este fenómeno a la humedad del aire. De modo que, en realidad, medimos el fenómeno designado como *natural leak* del electroscopio. No sellamos herméticamente el electroscopio para mantener absolutamente separado el aire contenido en el mismo. *A propósito* le permitimos que se comunique con el aire exterior. De esa manera provocamos precisamente el

fenómeno que los físicos tratan de evitar al medir el efecto de una fuente de radiación eléctrica, y que, en la medida en que no logran hacerlo, sustraen del resultado el efecto de los iones porque hasta el momento no se había entendido el *natural leak*. *La descarga espontánea del electroscopio "sin razón aparente" no es otra cosa que el efecto normal de la energía atmosférica orgánica.*

Hay otra objeción posible:

El electroscopio se descarga con más lentitud dentro del acumulador que fuera del mismo, porque las paredes metálicas internas aíslan el ambiente interior del acumulador de los efectos de sustancias radiactivas.

Esta objeción puede refutarse así:

1. El fenómeno de la descarga más lenta en el interior del acumulador -al igual que la diferencia de temperatura- se da siempre, se ubique donde se ubique el aparato. Es muy improbable que tengamos "sustancias radiactivas" por doquier.

2. Si el efecto debiera atribuirse a sustancias radiactivas que se encuentran fuera del acumulador, la descarga tendría que ser más rápida en una simple caja de madera que en una caja de madera protegida contra la radiactividad por placas metálicas exteriores. En realidad, la descarga del electroscopio es más rápida cuando la *caja de madera está forrada exteriormente por planchas metálicas*. Este hecho invalida la objeción y es una confirmación más de la exactitud de nuestro descubrimiento.

Determinación cuantitativa del orgón

La energía orgónica se manifiesta en las diferencias de temperatura y en las variaciones de velocidad de la descarga electroscópica dentro del acumulador de orgón. Estos hechos pueden utilizarse como base para mediciones *cuantitativas* del orgón. En primer lugar determinamos en forma arbitraria la unidad de energía orgónica, que será 1 *org*. *El org. puede definirse como la cantidad de energía orgónica contenida en un espacio de un pie cúbico y que corresponde al mantenimiento de una diferencia de temperatura $T_0 - T$ de 1° C, durante una hora, según la fórmula:*

$$1 \text{ org} = (T_0 - T) \cdot t \cdot f^3$$

en la cual $T_0 - T$ es la diferencia de temperatura en grados Celsius, t el tiempo en horas y f^3 el volumen en pies cuadrados.

Distinguiremos la *cantidad* de energía orgónica -es decir, el número de

partículas de energía orgónica por unidad de espacio (org)- de la *tensión de orgón* (op). Definiremos 1 op como *la carga de orgón atmosférico que reduce la carga de un electroscopio estático en una unidad (E₀ - Er-1), en el término de 1 hora (T, 60 t' y 3600 t'')*.

Si 1 op (atm) designa la unidad de tensión de orgón atmosférico, E₀ la carga del electroscopio, E_r lo que resta de carga electroscópica después de la lectura, (E₀ - E_r) la cantidad de descarga y t el tiempo en horas, la siguiente fórmula representa la tensión de orgón atmosférico en el aire libre

$$op = \frac{t}{E_0 - E_r}$$

La op *dentro* del acumulador se distinguirá de la op atmosférica por el añadido de la designación "acu". Op puede expresarse también directamente en horas-org, minutos-org o segundos-org, según que una unidad de carga del electroscopio se descargue en una hora, un minuto, un segundo o en fracciones o múltiplos de estas unidades de tiempo conforme a la siguiente tabla:

1 hora op	=	60 minutos org (60'0)
0,75 op	=	45 minutos org (45'0)
0,5 op	=	30 minutos org (30'0)
0,25 op	=	15 minutos org (15'0)
0,16 op	=	10 minutos org (10'0)
0,1 op	=	6 minutos org (6'0)
0,05 op	=	3 minutos org (3'0)
0,015 op	=	1 minuto org (1'0)
0,00025 op	=	1 segundo org (1"0)

Supongamos que una unidad de la carga electroscópica se descarga en treinta minutos. La op es entonces

$$op = \frac{0,5 (t)}{1 (E_0 - E_r)} = 0,5$$

$$op = 30' \text{ org}$$

Si, por ejemplo, la carga total del electroscopio E₀ = 5 org (equivalente a 630 voltios) se descarga en veinte minutos,

$$op = \frac{0,33 (t)}{5 - 0 (E_0 - E_r)} = 0.066$$

o

$$op = 4' \text{ org (4 minutos org)}$$

La elección de uno u otro método de cálculo es cuestión de conveniencia.

La carga de orgón del electroscopio estático de hoja también puede ser expresada en unidades electrostáticas. Universalmente se otorga a una "unidad electrostática" un valor de aproximadamente 300 voltios. Cargamos un electroscopio con energía del cabello hasta que la hoja se aparta entre 45 y 90 grados de la vertical. Podemos lograr el mismo efecto si aplicamos un alto voltaje al electroscopio. *Una unidad de carga op corresponde entonces al voltaje necesario para producir la misma deflexión en la hoja del electroscopio.* Por este método descubrimos que *una suave pasada por el cabello puede extraer cantidades de energía equivalentes a cientos de voltios.*

El instrumento utilizado para estas mediciones es un electroscopio estático con hoja de aluminio. La calibración de voltaje de este electroscopio en el laboratorio de la Radio Corporation of America reveló los siguientes valores:

Divisiones de la escala	Voltios	
1	135	Aprox. 45 voltios por división.
2	180	
3	225	
4	270	
5	330	
6	390	Aprox. 60 voltios por división.
7	450	
8	510	Aprox. 100 voltios por división.
9	570	
10	630	
11	730	
11 1/2	780	

Estándar: 1 org. [120 voltios

Cargamos este electroscopio recurriendo al método de pasar un disco de celulosa sobre el cabello en forma *continua* hasta la *décima* división de la escala, es decir, hasta una carga de energía equivalente a aproximadamente 630 voltios y luego lo dejamos descargar dos divisiones de la escala -es decir, un equivalente en orgón de 120 voltios- en el aire circundante. *De modo que dos divisiones de la escala (8-10) corresponden a una unidad de carga de 1 org, es decir, 120 voltios.* Si un electroscopio que ha sido cargado hasta la *décima* división de la escala con una energía orgónica equivalente a 630 voltios se descarga en una hora (sesenta minutos) 1 org (= 120 voltios), la tensión de orgón (op) del aire circundante es de 1 hora-op o 60 minutos-op. En otras palabras, el electroscopio descargó en el aire a razón de 2 voltios por minuto.

La unidad de 1 org se determinó por la diferencia constante de temperatura $T_0 - T$ en una hora, en un acumulador de 1 pie cuadrado. Desde el punto de vista electroscópico, 1 org se define como el equivalente de 120 voltios. Aun no se sabe si estas dos determinaciones de la unidad 1 org son equivalentes.

El hecho de que las curvas que representan $T_0 - T$ y la tensión de orgón de la atmósfera (op atm) sean paralelas parece indicarlo. Con todo, deberán practicarse otras investigaciones antes de llegar a una respuesta definitiva.

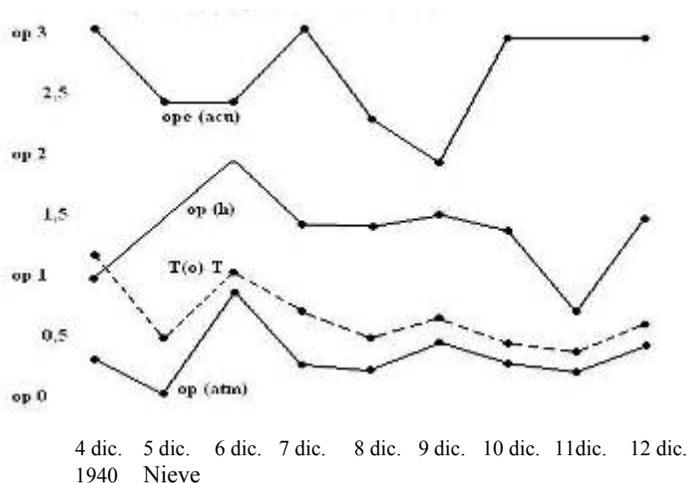


Figura 15. Mediciones del orgón atmosférico al aire libre, en el acumulador de orgón y en la habitación en que se encuentra el acumulador. La línea punteada representa $T(o) - T$. Op 1 corresponde a $T(o) - 1^\circ C$.

Quisiera ahora mencionar los resultados de ciertas mediciones que nos revelan algunos datos interesantísimos sobre la tensión orgónica en la atmósfera y la relación entre esta tensión y la tensión dentro del acumulador. Por cierto, no se trata más que de torpes esbozos que requieren un largo período de elaboración antes de abarcar todos los detalles. Pero los puntos esenciales saltan a la vista.

La figura 15 muestra tres curvas superpuestas de tensión orgónica: "op (atm)" representa la curva de las variaciones diarias en la tensión orgónica atmosférica, medida regularmente a las 12 horas. "op (h)" describe las variaciones de la tensión orgónica en la sala en la cual se encontraba el acumulador de orgón en el lapso durante el cual se efectuaron las mediciones, "op (acu)", la tercera curva y la que está por encima de todas, muestra las variaciones de la tensión orgónica dentro del acumulador, medidas entre las 12 y las 13. La curva punteada $T_0 - T$ representa la curva de la diferencia de temperatura en el acumulador de orgón, medida diariamente a las 12 y 13 horas, desde el 29-11-1940 hasta el 22-12-1940, en un acumulador de orgón de un pie cúbico, y a partir del 24-12-1940, en un acumulador de orgón de 25 pies cúbicos (2' x 2,5' x 5'), destinado a seres humanos (véase fig. 16).

Al observar las curvas en general nos llaman la atención los siguientes detalles:

1. La curva de tensión de la sala (op h) es más alta que la de la atmósfera (en minutos org); la del acumulador (op acu) es más alta que la de la sala y que la de la atmósfera (op atm); es decir que *la concentración de la energía alcanza el máximo en el acumulador.*
2. *La curva de diferencia de temperatura $T_0 - T$ con sus altibajos es más o menos paralela a la de la tensión orgónica en la atmósfera.*
3. El ascenso de la tensión en la sala y en el acumulador se ajusta predominantemente al ascenso de la tensión atmosférica en un día, más o menos.
4. *La curva de tensión atmosférica es baja en los días de lluvia y de nevada, y alta en los días de sol. La tensión atmosférica oscila entre 0 y 1 aproximadamente. Uno o dos días antes de una nevada o de una lluvia, la curva de la tensión atmosférica desciende en forma más o menos brusca; también desciende la curva de diferencia de temperatura antes de los días de lluvia o mientras dura la precipitación.*

De modo que existe una relación entre el estado de concentración del orgón atmosférico y la evolución de la situación meteorológica. Para nosotros es muy importante el conocimiento de la relación entre nuestro

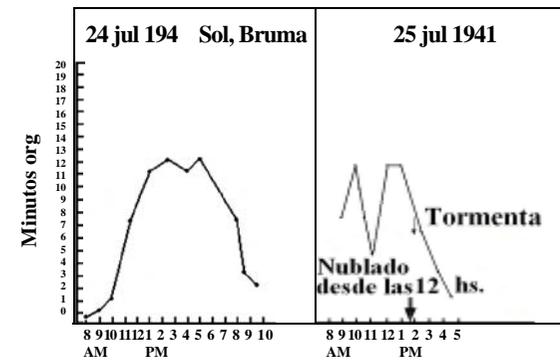
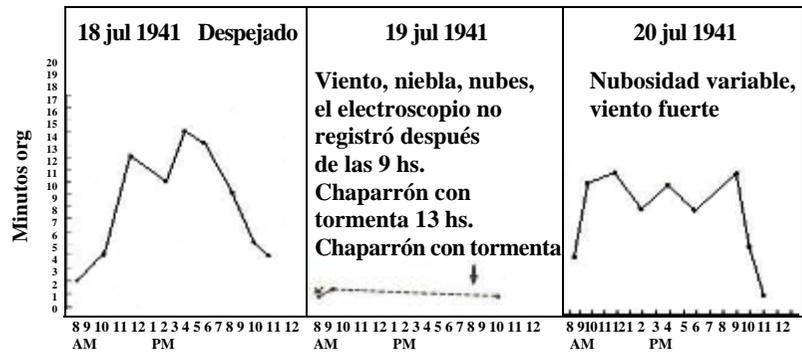
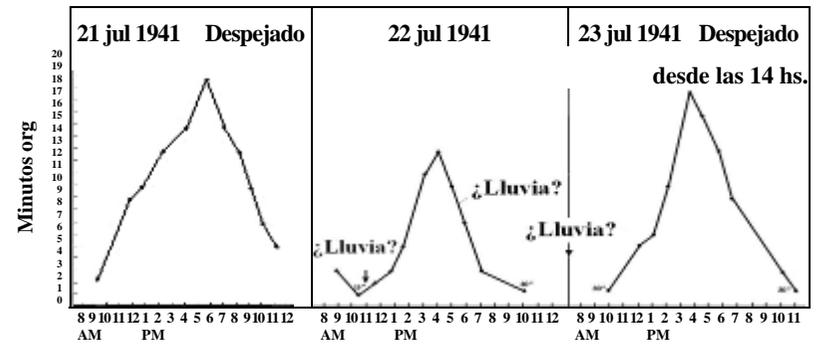
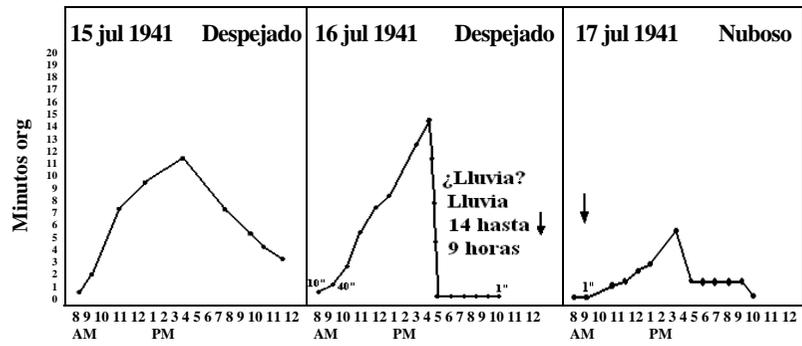


Figura 16.

Figura 16. Variaciones diarias de la tensión de orgón en la atmósfera entre el 15 y el 25 de julio de 1941.

acumulador de orgón y la evolución de la situación meteorológica, pues si pensamos aplicarlo con fines terapéuticos debemos conocer las oscilaciones de su intensidad.

Pero pasemos ahora a encarar otra posible objeción de importancia, que podría formularse al estudiar las curvas de la figura 15. Dicha objeción sería la siguiente: para explicar el descenso de la curva, es decir, la descarga más rápida del electroscopio antes de producirse una precipitación no hay por qué suponer la existencia de una energía orgónica especial.

Este fenómeno puede explicarse con toda facilidad en función de la "electricidad atmosférica". El aire se encuentra más ionizado antes de una lluvia o tormenta y eso provocaría la descarga más rápida del electroscopio. Yo mismo me había planteado esa posibilidad, pero no pude pasar por alto el hecho de que la descarga del electroscopio es *más lenta* en el interior del acumulador.

Esta objeción quedó por completo refutada durante una serie de mediciones experimentales practicadas durante los meses de julio y agosto de 1941 en mi laboratorio de Oquossoc, Maine, EE.UU. Durante ese período no sólo seguí, por espacio de semanas, las oscilaciones diarias alrededor de las 12 del mediodía, sino que también registré las variaciones en la tensión de energía atmosférica durante el día, de 8 a 24, hora a hora, con todo tipo de situación meteorológica. *Estas mediciones demostraron, sin lugar a dudas, que la descarga del electroscopio no depende de las variaciones de la "electricidad atmosférica", sino de las variaciones de la tensión de orgón de la atmósfera.*

La figura 16 muestra las variaciones diarias de la tensión atmosférica medidas entre el 15 y el 25 de julio de 1941. Por la mañana temprano, la descarga del electroscopio es mucho más rápida que en el lapso comprendido entre las 12 y las 16 horas; durante las horas del mediodía alcanza su máximo grado de lentitud. Por supuesto, eso está relacionado con la intensa radiación solar de mediodía, es decir, con el aumento de concentración de orgón durante estas horas del día, totalmente en conformidad con nuestras observaciones anteriores. No tiene sentido suponer que el aire atmosférico está más "ionizado" por la mañana y al atardecer que bajo el sol de mediodía. El electroscopio se descarga con *mayor rapidez* por la mañana temprano y a última hora de la tarde, y no con mayor lentitud, como podría esperarse si se cumplieran las leyes de la "electricidad atmosférica". La máxima concentración se produce alrededor de las 16 horas. En los días en que no hay nubosidad desde el amanecer hasta la puesta del sol, la curva es más o menos regular en sus ascensos y descensos. En cambio el tiempo cambiante provoca considerables fluctuaciones en las curvas, como ocurrió,

por ejemplo, el 20 de julio, cuando entre las 9 y las 20 se registraron repetidos ascensos y descensos en la intensidad de la concentración, que no se produjeron en los días parejamente soleados. También advertimos que *entre tres y dos horas antes de una lluvia o de una tormenta eléctrica se produce un brusco descenso en la concentración de la energía atmosférica.* El electroscopio se descarga con suma rapidez al aire Libre y en el acumulador de orgón (algo más rápido en el acumulador que en el exterior), y la diferencia de temperatura $T_0 - T$ se reduce mucho o desaparece por completo. Las mediciones practicadas a intervalos regulares, durante lapsos prolongados, indican que la curva de descarga electroscópica describe ondulaciones aproximadamente paralelas a las de la curva de diferencia de temperatura.

El 25 de junio a las catorce se produjo una tormenta eléctrica acompañada de lluvias. Durante la mañana, la tensión había descendido —entre las 10 y las 11— de 12' org a 5' org. El 16 de junio se registró un descenso similar. En ese día, la tensión bajó de 14 minutos org a 10" org *entre las 16 y las 16,30 horas*, es decir en el término de 30 minutos. A medianoche se produjo un violento chaparrón.

Otro tanto ocurrió el 22 de julio, día en que la tensión descendió de 12' org a 2' org entre las 16 y las 19 horas, y sólo llegaba a 30" a las 10 de la noche. A las 3 de la mañana del 23 de junio se inició una fuerte y persistente precipitación pluvial.

El día 19 de junio fue ventoso, nublado y la tensión no superó 1 minuto org. A las 10 de la mañana, no se pudo cargar el electroscopio, y a las 13 se desencadenó una fuerte tormenta que se prolongó hasta las 15. Por contraste, los días con una curva de tensión regular y con alta concentración de orgón durante las últimas horas de la tarde (1-3 minutos org) son seguidos siempre por días soleados. Las variaciones diurnas revisten gran importancia para la aplicación terapéutica del orgón. Si exponemos a un paciente a la energía orgónica en dosis calculadas en horas-op o minutos-org, la duración de la aplicación no puede ser la misma por la mañana que a mediodía o a última hora de la tarde. Esto seguirá siendo necesario mientras no podamos regular la tensión del orgón con prescindencia de la situación meteorológica.

Las mediciones de control efectuadas a intervalos regulares desde el verano de 1941 confirmaron los descubrimientos más importantes: la tensión de energía orgónica varía con la hora del día; desciende o desaparece por completo antes de una lluvia o nevada, o en el transcurso de las mismas; las reacciones del electroscopio se oponen por completo a la teoría de la ionización del aire.

El lector con conocimientos de física se habrá formulado la siguiente

pregunta: "¿Qué relación guarda el orgón con la llamada 'electricidad estática' "? Esta pregunta recibirá respuesta dentro de otro contexto.²

5. Demostración de la pulsación orgonónica en el ámbito de la materia no viviente

Las observaciones y experimentos que siguen se practicaron con el fin de demostrar la presencia de la energía específicamente biológica llamada orgón, en el *ámbito físico puro*. El éxito de esta empresa evita toda posibilidad de un enfoque místico y trascendente de la energía específicamente biológica. Las observaciones y experimentos en cuestión son muy simples y fáciles de realizar.

A. Oscilaciones de un péndulo en el campo pulsante de energía orgónica, de una esfera metálica

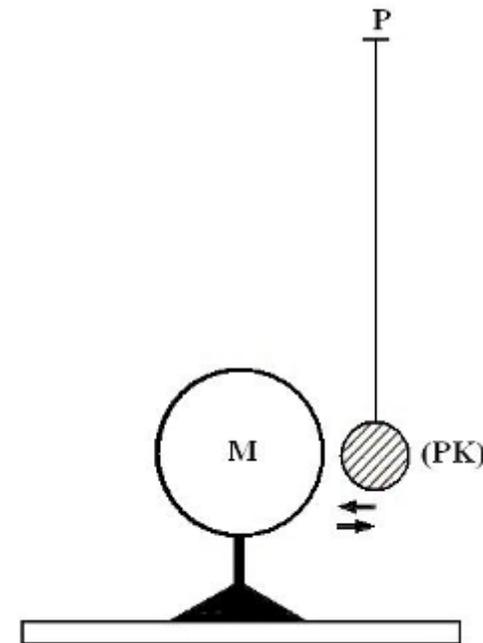
Experimento: Se coloca una esfera metálica, de hierro o acero, de un diámetro de 4 a 6 cm, sobre una superficie estable,³ por ejemplo una mesa sólida o un piso de cemento. A 0,5 cm. de distancia del ecuador de esta esfera se ubica otra mucho más pequeña -de sólo 1 cm. de diámetro, por ejemplo-, suspendida libremente como péndulo. Por razones muy especiales, la longitud del hilo del péndulo debe ser de 16 cm. de largo. Según mi experiencia, los mejores resultados se obtienen confeccionando esta última esfera con una mezcla de tierra y limaduras de hierro (es decir material orgánico, más material inorgánico) amasadas en agua y encerradas luego en un recipiente esférico de vidrio, sumamente delgado. Tanto la esfera grande como la del péndulo -incluyendo el hilo- se cubren con una cubierta de celulosa para protegerlas de las corrientes de aire.

Observación: con tiempo seco y soleado, la esfera del péndulo oscila en dirección al centro de la esfera metálica, sin que se le imprima impulso. Cuando la humedad relativa es superior al 70 por ciento o cuando llueve,

² Cf. "Orgonotic Pulsation", *International Journal of Sex-economy and Orgone Research*, 3, 1944, 97-150.

³ Este dispositivo es útil, pero *no* indispensable. Los movimientos de un péndulo provocados por la inestabilidad de la base sobre la cual han sido instalados se distinguen con toda claridad de las pendulaciones orgonónicas.

las oscilaciones del péndulo van disminuyendo, hasta desaparecer por completo. Su movimiento espontáneo se reanuda al restablecerse el buen tiempo. Las oscilaciones del péndulo se harán más marcadas si el organismo del observador tiene un campo de energía orgónica intenso y de gran alcance. Las oscilaciones se mantienen sin detenerse, cualquiera que sea la ubicación del aparato. Sólo obedecen a las leyes que gobiernan a cualquier péndulo, el número de oscilaciones varía por unidad de tiempo, según la longitud del péndulo y la altura sobre el nivel del mar.



- M: Esfera metálica
- P: Péndulo
- (PK): Cuerpo del péndulo (sustancia orgánica y metálica)
- ← → Dirección de oscilación

Figura 17. Demostración de la existencia de pulsación orgonónica en la atmósfera.

Conclusión: este experimento demuestra la existencia de un campo pulsante de energía orgónica en torno a una esfera de hierro común, que imprime movimiento a un cuerpo pendular. *El campo natural de energía orgónica, en el ámbito de la materia no viviente, es pulsante.*

B. La pulsación del orgón atmosférico

Observación y experimento: Preparé mi experimento de la siguiente manera: ubiqué un telescopio con una apertura de 3 1/2 pulgadas y una longitud de 4 pies (de la empresa E. Vion, de París, Francia), con un aumento de 185x, a orillas de un lago, de manera tal que pudiera observarse con toda claridad la orilla opuesta, situada a una distancia de entre cuatro y ocho millas. Se practicaron observaciones hacia los cuatro puntos cardinales, en el transcurso de dos meses del verano de 1944, y durante cuatro semanas del verano de 1945, en mi cabaña, junto al lago Mooselookmeguntic, cerca de Oquossoc, Maine. En esos dos períodos se efectuaron las observaciones a diario, desde la mañana temprano hasta el anochecer, con intervalos de una media hora. Por razones obvias, sólo se anotaron las medias diarias y los cambios. La observación fue la siguiente: cuando se dirigía el telescopio hacia el Sur se podía observar, sobre el fondo de la orilla opuesta del lago, con un aumento de sólo 60x, un movimiento ondulatorio y pulsa torio que, con pocas excepciones, avanzaba siempre *de Oeste a Este*. El movimiento Oeste-Este es constante, cualquiera que sea el grado de quietud o agitación de las aguas, la dirección y la intensidad del viento. Cuanto más se hace girar el telescopio hacia el Oeste o hacia el Este, tanto más difícil resulta distinguir el movimiento. Cuando se enfoca directamente uno de esos dos puntos cardinales, deja de verse. La velocidad del movimiento ondulatorio varía según la hora. Es independiente de la temperatura del aire. Como es lógico, ese "algo" en la atmósfera gira con más rapidez que la Tierra, de lo contrario no podría observarse su movimiento. Cada vez que se formaba una tormenta más o menos importante en el Oeste, la dirección del movimiento ondulatorio se invertía o se detenía del todo. Nunca la pude ver avanzar de Sur a Norte o de Norte a Sur.

Esta observación con telescopio se ve apoyada por una observación practicada a simple vista, cuando no sopla ni la más leve brisa y el lago se mantiene inmóvil: sobre la superficie se distingue la pulsación de un número infinito de sectores, al mismo tiempo que "el todo" sobre el nivel del agua se mueve claramente, con pulsaciones lentas o rápidas, de Oeste a Este.

Estas observaciones, que con un poco de práctica y de paciencia se llevan fácilmente a cabo, están de acuerdo con la comprobación de la existencia de un campo de energía orgónica pulsante en torno a una esfera metálica, y con el concepto orgonótico y biofísico de *la función pulsatoria básica de la energía orgónica*. Más aún, la rotación y pulsación del orgón atmosférico de Oeste a Este coincide a todas luces con determinadas observaciones astronómicas practicadas hace mucho tiempo. En otro escrito me explayaré sobre la importancia astronómica de la observación descrita. Pero la conclusión provisional es que *la Tierra no sólo está rodeada por una atmósfera de determinada composición química, sino también por una cubierta de energía orgónica*. Esta cubierta de orgón gira de Oeste a Este, con mayor velocidad que el planeta. Aún queda por estudiar con detenimiento la relación entre la inversión de esta dirección de movimiento y los procesos meteorológicos locales. La cubierta rotatoria de orgón nada tiene que ver con ondas de bruma o con el movimiento del aire, pues es independiente de estos procesos.

Lo expuesto reviste el carácter de descubrimiento provisional y requiere otras investigaciones que lo confirmen, lo amplíen o lo limiten, a medida que las condiciones sociales y financieras lo permitan. Por el momento nos limitamos a comunicar —con la ayuda de un oscilógrafo— que se ha logrado registrar una pulsación en la atmósfera. Quisiera reservarme el análisis y exposición detallada de este fenómeno.

6. Demostración de la luminación orgonótica en el aparato medidor del campo de energía orgónica

Experimento: El polo diferente del bobinado secundario de un aparato de inducción eléctrica (un viejo aparato de diatermia, por ejemplo) se conecta, por medio de un cable eléctrico común, a una placa de hierro de dos pies de largo por uno de ancho. La cara inferior de esta plancha de hierro está provista de una capa aislante de madera. Por encima de esta plancha se monta otra, paralela a ella, a una distancia de 6 a 12 pulgadas, de manera tal que se la pueda deslizar hacia arriba y hacia abajo. Se aísla la cara superior de esta segunda plancha metálica por medio de una plancha del mismo tamaño, de plástico u otro material análogo, de un espesor de 1/2 pulgada, más o menos. Una plancha de celotex también puede servir para estos fines. La primera y la segunda plancha metálica quedan conectadas por medio de un cable a una simple lamparita cilíndrica de unos 40 vatios. La corriente primaria del aparato de inducción se mantiene al nivel mínimo necesario para mantener

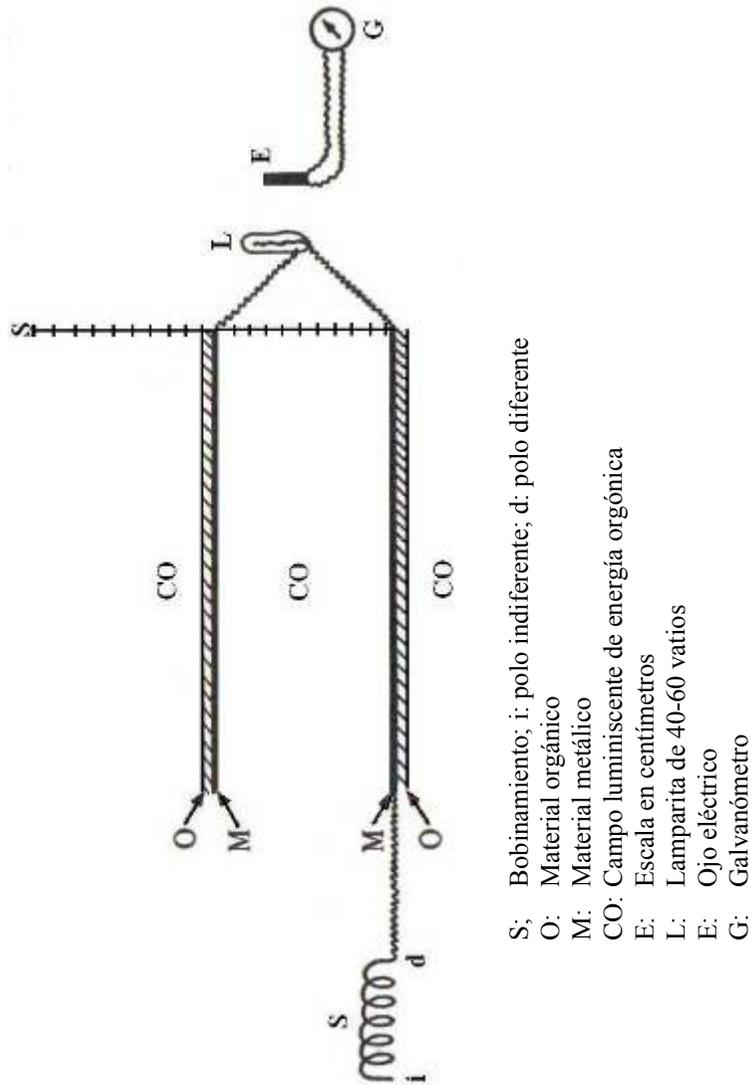


Figura 18. Diagrama de un dispositivo para medir el campo de energía orgónica.

la incandescencia del filamento. Por supuesto, la manera de obtener este punto de incandescencia depende de la naturaleza del aparato de inducción utilizado.

Observación:

A. Si se aproxima un tubo de gas argón (tubo fluorescente) a la plancha de arriba, éste se encenderá a una distancia que depende de la intensidad de la corriente primaria. Si apoyamos el tubo de gas sobre la placa superior y retiramos la mano, la luz se apagará. La luz reaparece no bien acercamos nuestra mano y se vuelve muy luminosa si rozamos el vidrio. La luminosidad alcanza su máxima intensidad *entre* las dos planchas metálicas y se va debilitando a medida que aumenta la distancia respecto al aparato. La luminación en sí es intermitente. Con este método podemos determinar con exactitud el campo de energía del medidor de campo de energía orgónica.

B. Si acercamos poco a poco nuestras manos desde arriba a la plancha superior, veremos que la luminosidad de la bombita aumenta. La luz se intensifica cuando apoyamos las manos sobre la plancha superior. (Para evitar la posibilidad de una descarga eléctrica, la plancha aislante no debe incluir ningún elemento metálico.) Cuanto más amplia es la superficie corporal que acercamos a la plancha superior, tanto más intensa se vuelve la luminosidad. Mediante una exacta dosificación de la corriente primaria, se pueden percibir incluso los latidos del corazón, en forma de leves fluctuaciones en la intensidad de la luz.

C. Un electroscopio estático de hoja no evidencia deflexión cuando acercamos la palma de la mano a su placa. Pero si colocamos el electroscopio en el campo de energía del aparato, sobre la plancha superior, y le acercamos la palma de la mano (por supuesto, sin rozar la placa), lograremos que la hoja se mueva.

D. Una rama recién cortada, con muchas hojas, hace que la bombita se ilumine, si bien esa luminosidad es más débil que la producida por la mano. Lo mismo ocurre si apoyamos un pescado recién muerto sobre la plancha superior; pero la luz se va debilitando a medida que pasa el tiempo desde el instante en que murió el pez. Lo mismo puede decirse de la rama.

E. Si aproximamos a la plancha superior un trozo de madera estacionada, lo bastante largo como para que nuestro campo de energía orgónica no entre en contacto con el campo de energía orgónica del aparato, comprobaremos que no se produce luminación. En cambio una plancha de hierro sostenida

por encima de la plancha superior hace que el filamento de la bombita se ponga incandescente.

F. En el campo de un equipo de rayos X de 60-80 kilovoltios no se logra que el gas argón adquiera luminación.

Conclusiones:

A. A diferencia de lo que ocurre con la simple alta tensión eléctrica, el bobinado secundario de un aparato de inducción desarrolla un campo de energía orgónica cuya existencia puede ser demostrada por la luminación de un gas inerte como el helio, el argón o el neón, sin que sea necesario un contacto directo por medio de cables.

B. *La luminación orgonótica es el resultado del contacto de dos campos de energía orgónica.*

C. El efecto de luminación puede lograrse por contacto entre un campo de energía orgónica y el campo de un organismo *viviente*, no por contacto con material orgánico no viviente. Esto significa que el organismo viviente se distingue del no viviente por tener un campo de energía orgónica.

D. Si se instala un ojo eléctrico de selenio muy sensible, frente a la lamparita cilíndrica, la energía luminosa puede ser trasformada en energía eléctrica y medida en unidades eléctricas por medio de un galvanómetro. El medidor de campo de orgón puede usarse, pues, para determinar la densidad y alcance del campo de energía orgónica de un organismo viviente.

7. Una fuerza motriz de la energía orgónica

En el verano de 1947 se realizaron ciertas observaciones y de ellas se extrajo una importante conclusión.

1. Si se utilizan varios acumuladores o una sala de orgón especialmente construida, se puede obtener una alta concentración de energía atmosférica orgónica. Esto puede demostrarse con el contador Geiger-Müller, que registra de 40-80 impulsos por minuto, con una tensión límite de 700-800 voltios.

2. Los tubos de contadores Geiger que han absorbido energía orgónica por permanencia en una atmósfera orgonótica de alta concentración, durante varias semanas, pueden producir de 25 a 100 impulsos por segundo en el contador de impulsos, a un "umbral de rotación" de 900 a 1000 voltios.

Este índice de impulsos basta para una pareja rotación de la aguja en el contador de impulsos. En otras palabras:

3. *La energía orgónica puede desarrollar una fuerza motriz.* No bien se completen los experimentos de control se publicarán los detalles importantes. Pero ya en este momento es evidente la existencia de una fuerza motriz en la energía orgónica, lo cual proporcionaría una explicación de la locomoción de los organismos vivos.

V LA BIOPATÍA CARCINOMATOSA DE ENCOGIMIENTO

1. Definición de las biopatías

El tumor es tan sólo un síntoma visible de la enfermedad que llamamos cáncer. Por eso, el tratamiento local del tumor maligno, sea por cirugía o por aplicación de radium o rayos X, no ataca al cáncer como tal sino a uno de sus síntomas visibles. Tampoco la muerte, por cáncer puede atribuirse a la presencia de uno o varios tumores; más bien es el resultado final de una enfermedad biológica sistémica, el "cáncer", cuya causa es un proceso desintegrativo del organismo en general. La literatura médica no nos brinda información sobre la naturaleza de esta enfermedad biológica integral. La llamada "predisposición cancerosa" sólo deja traslucir que detrás del tumor maligno se encuentran en acción procesos letales hasta ahora no investigados. La típica caquexia del cáncer sólo puede considerarse como la última fase visible del desconocido proceso sistémico "cáncer".

El término "predisposición cancerosa" carece de sentido e induce al error. Por eso lo reemplazaremos por la designación *biopatía carcinomatosa*. La finalidad de esta serie de trabajos es poner de manifiesto el proceso que constituye la base de la biopatía del cáncer.

Dentro del término *biopatías* resumiremos todos los procesos patológicos que se cumplen en el *aparato autónomo vital*. Existe una típica disfunción del aparato vital autónomo que, una vez en marcha, puede manifestarse en una diversidad de cuadros sintomáticos. Una biopatía puede desembocar en un carcinoma ("biopatía carcinomatosa"), pero también en una *angina pectoris*, en un asma, en una hipertensión cardiovascular, epilepsia, catatonia, esquizofrenia paranoidea, neurosis de angustia, esclerosis múltiple, corea, alcoholismo crónico, etc. Hasta ahora desconocemos los factores que determinan la evolución de una biopatía en una u otra dirección.

Pero lo más importante es el común denominador de todas estas enfermedades: se trata de un *trastorno de la función natural de pulsación en la totalidad del organismo*. De acuerdo con esta definición, una fractura, un absceso local, una neumonía, la fiebre amarilla, una intoxicación alcohólica aguda, una peritonitis infecciosa, la sífilis, etc., *no* son biopatías. Ninguna de ellas se basa en una perturbación de la pulsación autónoma del aparato vital en conjunto; están circunscriptas y pueden provocar una perturbación de la pulsación biológica, pero secundariamente. Sólo en los casos en los cuales el proceso patológico *comienza* con un trastorno de la pulsación, podemos hablar de "biopatía", cualquiera que sea el cuadro secundario en el cual desemboca. De modo que podemos distinguir una "biopatía esquizofrénica" de una "biopatía cardiovascular", y éstas de una "biopatía epiléptica", "carcinomatosa", etcétera.

Este despliegue de terminología médica se debe al hecho de que no podemos entender ninguna de las muchas enfermedades específicas del aparato vital autónomo a menos que:

1. delimitemos estas enfermedades para distinguirlas de las típicas enfermedades infecciosas y de los casos de traumatismos con tratamiento quirúrgico;
2. busquemos y descubramos su mecanismo común, la perturbación de la pulsación biológica;
3. aprendamos a comprender sus diferenciaciones en diversos *cuadros* patológicos.

El cáncer se presta de manera muy especial para el estudio del mecanismo fundamental de las biopatías. En él confluyen muchos de los trastornos tratados a diario por la medicina clínica. Se manifiesta en un crecimiento patológico de las células; una de sus características esenciales es la intoxicación y la putrefacción bacterianas; se desarrolla a partir de trastornos químicos y bioeléctricos del organismo; está vinculado con perturbaciones emocionales y sexuales; da lugar a una serie de procesos secundarios -por ejemplo la anemia-, que por lo general evolucionan como enfermedades independientes; es una enfermedad en la cual nuestro modo de vida "civilizado" ejerce una acción decisiva; interesa tanto al especialista en nutrición como al endocrinólogo o al científico consagrado al estudio de los virus.

Las múltiples manifestaciones del cáncer ocultan un *trastorno básico*. Algo semejante ocurre en el terreno de las neurosis y las psicosis, las cuales

dentro de su multiplicidad sólo tienen un común denominador: la *estasis sexual*. Y esto nos conduce directamente a nuestro tema:

La estasis sexual representa un trastorno fundamental de la pulsación biológica. Porque la excitación sexual es una función primaria del sistema plasmático viviente. *La función sexual demuestra ser la función vital productiva por excelencia.*¹ Una perturbación *crónica* de esta función debe coincidir, pues, necesariamente con una biopatía.

La estasis de la excitación biosexual puede manifestarse, en principio, de dos maneras principales: *indirectamente*, como trastorno emocional del aparato psíquico, es decir como neurosis o como psicosis; o *directamente*, como perturbación funcional de los órganos, en cuyo caso se presenta como enfermedad orgánica. Según nuestros actuales conocimientos, no puede generar enfermedades infecciosas.

El mecanismo central de una biopatía es la perturbación de la descarga de excitación biosexual. Esta afirmación requiere una amplia fundamentación. No sorprenderá comprobar que en la biopatía intervienen tanto procesos físico-químicos, como factores emocionales. La unidad psicosomática del sistema biológico total se evidencia con máxima claridad en la emoción biosexual. Por eso es muy lógico que los trastornos de la descarga de energía biosexual -aparezcan donde aparezcan- constituyan el punto de partida de trastornos en el funcionamiento biológico, es decir de las "biopatías".

2. Encogimiento biopático

En esencia, el proceso vital es el mismo en el hombre que en la ameba.² Su característica principal es la *pulsación biológica*, la alternancia de *contracción* y *expansión*. En los organismos unicelulares este proceso puede observarse con claridad en las contracciones rítmicas de las vacuolas o en las contracciones y movimientos serpentinos del plasma. En los metazoarios, se la observa, sobre todo, en el sistema cardiovascular, en el cual el latido del pulso es un claro signo de la pulsación. La pulsación biológica se manifiesta de diferentes maneras según la estructura de cada órgano. En el intestino aparece como "movimientos peristálticos", es decir, ondas alternadas de contracción y expansión que avanzan en dirección distal.

¹ Véase Wilhelm Reich, *The Function of the Orgasm*, Orgone Institute Press, N.Y., 1942. [Vers. cast.: *La función del orgasmo*, Paidós, Buenos Aires, 1974.]

² Véase Wilhelm Reich, *Der Urgegensatz des vegetativen Lebens*. 1934.

En la vejiga, funciona en respuesta al estímulo de la expansión mecánica que se produce al llenarse la vejiga. El proceso se manifiesta también en las funciones musculares: en los músculos estriados, como contracciones, y en los lisos, como peristalsis ondulante. En la *convulsión* orgástica ("reflejo de orgasmo"), la pulsación alcanza al organismo en totalidad.

Ni los movimientos pulsatorios de los órganos del cuerpo ni sus trastornos -como el shock, el bloqueo, el encogimiento, etc.- coinciden con la idea predominante de que los nervios actúan tan sólo como conductores de impulsos mientras ellos mismos permanecen rígidos e inmóviles. *Los movimientos autónomos sólo resultan comprensibles si el sistema nervioso autónomo en sí es móvil.* Este interrogante tan decisivo puede aclararse por medio de la observación directa. Observemos con un buen microscopio gusanos lo bastante transparentes (por ejemplo, gusanos de la harina) como para permitirnos poner en foco no sólo los nudos ganglionares sino también las fibras. El gusano se mueve constantemente y reacciona con violencia al círculo de luz, de modo que es preciso aprender a mantener en foco las fibras nerviosas por medio de movimientos compensatorios de los tornillos de ajuste. Esta observación nos demostrará que *el sistema nervioso autónomo no es rígido sino contráctil y expansivo.* Los movimientos de los nervios son serpentinos, lentamente ondulatorios y, a veces, bruscos. Siempre preceden en una fracción de segundo a los movimientos correspondientes del organismo total. Primero se contraen el nervio y sus ramas, sólo después de eso se produce la contracción de la musculatura. Lo mismo puede decirse respecto a la expansión. Cuando el gusano muere, el sistema nervioso comienza a encogerse en forma paulatina y, al ocurrir esto, el organismo se encorva. El paulatino encogimiento se ve interrumpido por alguna que otra contracción violenta. Trascurrido un lapso de inmovilidad total, la contracción rígida (*rigor mortis*) cede: el organismo se va poniendo laxo, junto con los nervios, y el movimiento no retorna.

El encogimiento biopático comienza con un crónico predominio de la contracción y con la inhibición de la expansión del sistema nervioso autónomo. Esto se pone de manifiesto con particular claridad en los trastornos respiratorios de los neuróticos y psicóticos: la pulsación (alternancia de expansión y contracción) de los pulmones y de la caja torácica se hace limitada y hay un predominio de la actitud inspiratoria. La contracción general ("simpatectomía") no se limita a determinados órganos. Abarca el sistema íntegro, sus tejidos, el sistema sanguíneo y el sistema endocrino, así como también la estructura caracterológica. Se manifiesta en una diversidad de formas, según su localización; por ejemplo: como alta

presión sanguínea y taquicardia en el sistema cardiovascular; como encogimiento de los glóbulos rojos (formación de bacilos T, poiquilocitosis, anemia) en el sistema sanguíneo; como bloqueo afectivo y endurecimiento del carácter, en el terreno emocional; como constipación espástica en el aparato digestivo; como palidez en la piel; como impotencia orgástica en la función sexual, etcétera.

El lector atento se formulará aquí una serie de preguntas: ¿Puede hablarse de "encogimiento" si el aparato vital autónomo está simplemente en un estado de contracción crónica? ¿No es posible que la contracción ceda y se restablezca la función de la plena pulsación? ¿No debería establecerse una distinción entre "contracción crónica" y "encogimiento" del sistema nervioso autónomo? Después de todo, el encogimiento podría ser una *consecuencia* de la contracción crónica del sistema nervioso autónomo, es decir un paulatino agotamiento del aparato vital, un morirse gradual y prematuro.

La objeción es correcta. *El encogimiento biopático en el cáncer es, en efecto, la consecuencia de una contracción crónica, gradual del aparato autónomo vital.*

3. Premisas económico-sexuales

Cuatro factores -que nos resultan familiares a través de nuestra práctica clínica económico-sexual- constituyen el puente entre la función sexual y el cáncer:

1. *La mala respiración externa, que trae como consecuencia un trastorno de la respiración tisular interna.*
2. *Los trastornos de las funciones de carga y descarga orgonótica de los órganos autónomos, en especial los sexuales.*
3. *Los espasmos crónicos de la musculatura ("contracturas").*
4. *La impotencia orgástica crónica.*

Hasta ahora no se ha investigado a fondo la vinculación entre las perturbaciones de la descarga de energía sexual y el cáncer. Sin embargo, los ginecólogos experimentados saben que esa relación existe. Los trastornos respiratorios y las contracturas musculares son consecuencias directas de un temor -adquirido- a la excitación sexual (impotencia orgástica). Órganos pobremente cargados, que permanecen espásticos o que no respiran bien, desarrollan una debilidad biológica que los hace muy vulnerables a los estímulos cancerígenos de todo tipo. Los órganos que funcionan correctamente desde el punto de vista biológico resisten esos estímulos. Esta

es una suposición obvia y necesaria.

Los descubrimientos de la carga biológica deficiente, de la contractura muscular y de la respiración externa e interna reducida han quedado demostrados en el terreno clínico y otorgan al concepto de "predisposición para el cáncer" un contenido tangible.

A continuación quisiera exponer la forma en que la práctica clínica en materia de economía sexual abrió el camino a las investigaciones sobre cáncer.

Los estudios de las neurosis de carácter, practicados desde el punto de vista económico-sexual, demostraban una y otra vez el papel crucial desempeñado por *las contracturas musculares y los fenómenos de desvitalización del organismo*. La contractura muscular y la falta de carga orgonótica se perciben subjetivamente como "muerte". La hipertonia muscular por una estasis sexual crónica desemboca indefectiblemente en una disminución de las sensaciones orgánicas, hasta que el sujeto siente un frío de muerte. Este proceso coincide con un bloqueo de la actividad bioenergética en el órgano afectado. El bloqueo de la excitación biosexual en los órganos genitales, por ejemplo, va acompañado por una contracturación de la musculatura pelviana. Esto mismo ocurre con la contracturación de los músculos del útero en las mujeres frías y neuróticas. Los trastornos y dolores menstruales, los pólipos y los miomas suelen ser consecuencias de estas contracturas. La contractura del útero no tiene otra función que la de evitar que la energía biosexual llegue a hacerse sentir en la mucosa vaginal. Los espasmos que inhiben las corrientes plasmáticas se presentan sobre todo en donde hay esfínteres, como en la garganta, en la entrada y salida del estómago, en el ano, etc. Son lugares del organismo en los cuales el cáncer se da con particular frecuencia. Los trastornos de la carga biológica en una glándula, mucosa o una determinada área de la piel se deben a un bloqueo muscular *en las proximidades* del lugar afectado, que interrumpe la corriente plasmática. En el caso de una paciente a la cual sometí a un tratamiento con orgón, las radiografías habían probado la existencia de una incipiente lesión carcinomatosa en el cuarto cartílago costal, del lado derecho. Este estado era consecuencia de una contractura de muchos años en el músculo pectoral derecho, la cual a su vez se debía a una retracción de los omóplatos. Detrás de esa actitud física había un impulso de golpear, largamente reprimido. Para esa paciente, el flirt era una compulsión y nunca había experimentado un orgasmo.

En la práctica de la orgonterapia no sólo nos encontramos con perturbaciones neuróticas del carácter, sino también con esquizofrenias, epilepsia, cuadros parkinsonianos y manifestaciones reumáticas y cancerosas.

La enfermedad orgánica aparece durante el tratamiento o se desarrolla después, de modo que uno recuerda los signos que la anunciaron antes: por ejemplo, los espasmos de la musculatura pelviana son muy frecuentes en las mujeres y por lo general dan origen a tumores benignos en los órganos genitales.

Nuestra práctica clínica nos ha llevado a formularnos una importante pregunta: ¿qué ocurre con la excitación sexual *somática* cuando no se la descarga debidamente? Sólo sabemos que la excitación biosexual puede ser restringida y reprimida por medio de una tensión muscular constante. En pacientes de sexo femenino, esta tensión se manifiesta en engrosamientos — semejantes a nudos— en el útero, que se palpan como un bulto sobre el pubis. El espasmo muscular del útero se extiende por lo común al esfínter anal y al vaginal, para pasar, por fin, a los aductores de los muslos. Generalmente, la pelvis aparece retraída y la región sacra de la columna vertebral suele estar rígida y anquilosada. El lumbago y la lordosis son típicos en este estado. No hay sensaciones orgánicas en la pelvis. En la exhalación, la onda de excitación es bloqueada por el pecho, que es mantenido alto, o por el abdomen tenso. La excitación de los grandes ganglios abdominales no penetra hasta los órganos genitales. En consecuencia hay una perturbación del funcionamiento biológico. Los genitales ya no son susceptibles de excitación biológica.

Algunas mujeres que padecen tensiones genitales y anestesia vaginal, se quejan de que "allí abajo algo no anda bien". Informan que durante la pubertad experimentaron los conocidos signos de excitación biosexual, picazón, cosquilleo. Aprendieron a combatir las excitaciones reteniendo el aire, con lo cual las sensaciones desaparecían. Más tarde -así rezan los típicos informes- en la zona genital predominó una sensación de tener allí algo "muerto" o "entumecido", que las atemorizaba. Puesto que el estado biológico de los órganos se refleja en sensaciones orgánicas debemos atribuir gran importancia a esos datos, para evaluar el proceso somático.³

La inhibición sexual, tan común en las mujeres, es la causa de la notable frecuencia del cáncer de mama y de los órganos genitales en el sexo femenino. En innumerables casos, la inhibición sexual sólo llega a manifestarse como cáncer después de décadas.

El caso que describiremos a continuación ilustra la relación directa entre coraza caracterología, contractura muscular y aparición de tumor maligno.

³ Por lo común, las mujeres no entienden sus propias sensaciones orgánicas. El análisis caracterológico las habilita para hacerlo.

Un hombre de 45 años concurrió a mi laboratorio para hacerse tratar una obstrucción total de esófago provocada por un carcinoma. Ya no podía ingerir aumentos sólidos y vomitaba gran parte de los líquidos. La radiografía mostró una sombra del tamaño de un puño pequeño y un estrangulamiento total en el sector medio del esófago. Ya se había iniciado un rápido proceso de adelgazamiento y debilitamiento; la anemia había alcanzado un grado muy avanzado y existía una intoxicación de bacilos T. La anamnesis reveló lo siguiente: varios meses antes de la aparición de los primeros síntomas de cáncer, su hijo había ingresado al servicio militar. El enfermo sentía un afecto muy particular por ese hijo y la preocupación que sentía por él desembocó en una depresión. Caracterológicamente, siempre había mostrado una tendencia a la depresión. En el término de pocos días se le produjo un espasmo de esófago. Experimentaba dificultades para tragar, pero éstas desaparecían en cuanto bebía agua. Estos malestares, acompañados por una sensación de presión en el pecho, aparecían y desaparecían, hasta que un día no pudo librarse ya de ellos. La dificultad para tragar fue aumentando rápidamente. Consultó a un médico y éste comprobó la existencia del estrangulamiento y de un pequeño tumor. El tratamiento con rayos X no sirvió de nada y, al cabo de pocos meses, el hombre estaba al borde de la muerte por inanición. Conviene destacar que este individuo padecía desde la infancia de una marcada rigidez de la musculatura mandibular y que su rostro tenía una expresión dura, obstinada. El movimiento pasivo de la mandíbula era casi inexistente. También evidenciaba trastornos en el habla: la tensión de los músculos maxilares lo llevaba a hablar con los dientes apretados.

Hasta ahora no se ha llegado a evaluar en toda su medida la acción devastadora que puede ejercer sobre el cuerpo la inhibición del ritmo biológico natural, que se manifiesta en la respiración y en la tensión y gratificación sexual. Es lógico suponer que la mala respiración debe de perturbar gravemente "*la respiración interna de los órganos*", es decir, el suministro de oxígeno y la eliminación de anhídrido carbónico en los tejidos. Hace varios años, cuando comprendí la importancia de los trastornos respiratorios en los trastornos emocionales, recordé que *en los tejidos cancerosos hay un marcado déficit de oxígeno*.

El investigador vienes Otto Warburg ⁴ comprobó que los diversos estímulos del cáncer tienen una característica en común: la producción de una deficiencia local de oxígeno, la cual a su vez provoca una *perturbación respiratoria en las células afectadas*. De acuerdo con esta hipótesis, la célula

⁴ Otto Warburg en *Biochemische Zeitschrift*, N° 317, *op. cit.*

cancerosa es una célula que respira mal y, por consiguiente, no cumple su papel en la oxidación tisular. Warburg considera esta deficiencia de oxígeno y el consiguiente trastorno respiratorio como una causa de la aparición del cáncer. A su juicio, las únicas células capaces de sobrevivir y continuar desarrollándose en determinadas áreas afectadas por la falta de oxígeno son aquellas que superan los trastornos respiratorios provocados por dicha deficiencia y de esa manera adoptan el metabolismo de la célula cancerosa. Se trata, pues, de una perturbación del metabolismo energético. El trastorno respiratorio es una característica común a todos los blastomas malignos conocidos hasta ahora, incluido el sarcoma de Rous. Por consiguiente, *el metabolismo del cáncer podría considerarse como el metabolismo de células normales en condiciones de anoxia.*

Sin embargo, las correctas comprobaciones de Warburg no nos permiten extraer la conclusión de que la célula de cáncer es tan solo una célula normal con una forma diferente de crecimiento, motivada por falta de oxígeno. Desde el punto de vista biológico, la célula cancerosa es fundamentalmente distinta de la normal; no es otra cosa que una formación protozoaria.

Estos hechos constituyen, pues, el puente entre las funciones biológicas autónomas y el cáncer.

4. De la historia de un canceroso: intento de orgonterapia

A continuación reproduciré la historia de una enferma de cáncer, pues considero que se presta para poner de manifiesto la esencia de la biopatía de encogimiento.

El hermano de la paciente nos informó que la enfermedad se había iniciado tres años antes con un intenso dolor en el hueso iliaco derecho. El dolor era incesante y "desgarrador". La paciente pesaba en ese entonces 55,180 kg. El médico que la trató diagnosticó un espasmo sacroiliaco. La mujer no podía levantarse de la cama. El médico le administró inyecciones de morfina y atropina, sin éxito. El dolor continuó siendo muy intenso y la paciente no podía dejar la cama. Según sus parientes, yacía inmóvil, de espalda. Tres meses después comenzó a tener vómitos. Entretanto, el dolor había pasado de la zona sacroiliaca a la quinta vértebra cervical. Los rayos X revelaron la existencia de una vértebra aplastada. Un ortopedista colocó a la paciente en un yeso. Este médico fue el primero en descubrir una atrofia de la décima vértebra dorsal, debida a un carcinoma en la mama izquierda. La biopsia confirmó el diagnóstico de cáncer. La paciente fue sometida a un tratamiento de rayos en la pelvis y en la columna vertebral. No podía

abandonar la cama. Otro médico le aplicó rayos X, para esterilizarla. Cuando abandonó la clínica, su peso era de 40,900 kg.

Las fichas provistas por el hospital brindan los siguientes datos: 4 meses antes de la internación la paciente comenzó a experimentar dolores en la cadera derecha, sobre todo cuando caminaba. También le resultaba difícil sentarse.

Nos llamó la atención que *los dolores, que obligaron a la paciente a guardar cama durante más de dos años, no aparecieron originariamente en la zona en la cual se había diagnosticado el tumor maligno.* Los dolores se hacían sentir en la cadera derecha, mientras que el tumor primario estaba localizado en la mama izquierda, con metástasis en la columna vertebral.

Además, la paciente padecía vómitos. Los registros de la clínica hacían constar que la mujer yacía de espaldas en la cama y que todo movimiento le provocaba dolor. Los ganglios linfáticos no aparecían agrandados. Las medidas del tumor de mama eran de aproximadamente 3 x 2 x 6 cm. Ya en ese momento tenía poco movimiento en las piernas y el sacro rígido. La mayor parte de la columna vertebral presentaba una sensibilidad dolorosa. El diagnóstico de la clínica fue: *carcinoma de la mama izquierda con metástasis de hueso.* Cuatro meses después de la aparición de los primeros dolores, el médico que la trataba en el hospital llegó a la conclusión de que no había esperanzas.

26 meses después de haber sido descubierto el tumor de mama, la paciente llegó a mi laboratorio experimental de cáncer. Lo hizo ayudada por dos familiares y a duras penas podía pararse. Su piel -sobre todo la del rostro- era de un gris ceniza y estaba encogida en torno a la nariz. Los dolores de espalda, a la altura de la XII vértebra eran bien localizados y agudísimos. El tumor del pecho izquierdo tenía el tamaño de una manzana pequeña y era apenas movable. Un análisis de sangre practicado ese mismo día mostró el siguiente resultado: contenido de hemoglobina, 35%; cultivo de bacilos T en caldo, marcadamente positivo (a las 24 horas). Se observaron bacterias de putrefacción, elongadas y serpentinas. Los glóbulos rojos se encontraban en su mayor parte en estado de desintegración bionosa y presentaban espinas T. También se comprobó la presencia de pequeñas células redondas granuladas y acúmulos de bacilos T en grandes cantidades. La prueba de autoclave dio, sobre todo, biones azules, pero las vesículas eran pequeñas y con radiación débil. La inoculación del cultivo de caldo en agar produjo un margen definido de bacilos T.⁵

⁵ Véase Wilhelm Reich, "Bion Experiments on the Cancer Problem", *Klinische und experimentelle Berichte*, 1939.

Estos datos indicaban una extrema debilidad biológica del sistema sanguíneo. El examen radiográfico reveló lo siguiente:

Examen radiográfico de la columna entera.

Quinta vértebra cervical colapsada. En las demás vértebras cervicales no se observan detalles de importancia.

La columna dorsal muestra un colapso de la décima y la duodécima vértebras y un estrechamiento del espacio entre la tercera y la cuarta vértebra. También hay marcados indicios de una lesión metastásica en el segundo tercio medio de la novena costilla derecha.

No se advierten lesiones en la columna lumbar, pero hay tres zonas redondas de menor densidad en el ilion derecho, cerca de la articulación sacroilíaca que hacen pensar en una lesión metastásica, aunque podría tratarse de sombras de gas en el ciego.

Conclusión: Múltiples lesiones metastásicas óseas.

El médico a quien envié a la paciente para un examen general, declaró el caso sin esperanzas, sobre la base de las radiografías. Sin embargo, a mí me había impresionado más la debilidad biológica de la sangre que las radiografías.

Dos médicos amigos de la familia declararon que el final no podía estar lejos; calculaban que la enferma viviría alrededor de dos semanas. Otro médico afirmó que según los informes proporcionados por los médicos particulares y por el hospital, la enferma viviría a lo sumo dos meses.

La coraza muscular

El hábito biofísico de la paciente cuando la vi por primera vez era el siguiente: la mandíbula parecía soldada en la articulación; la mujer hablaba a través de los dientes, como en un siseo. Los maseteros reaccionaban con un fuerte espasmo a todo intento de tracción de la mandíbula hacia abajo. La musculatura superficial y profunda del cuello, sobre todo en la región supraclavicular, mostraba una extraordinaria rigidez. La paciente mantenía la cabeza un poco recogida e inclinada hacia adelante, como si temiera que a su nuca le pudiera ocurrir algo terrible si movía la cabeza. A primera vista, esta postura parecía ser consecuencia del colapso de la quinta vértebra cervical. La paciente había usado durante mucho tiempo un collar ortopédico en el

cuello y la fractura de la columna cervical como resultado de un movimiento brusco o extremo entraba dentro de lo factible. No tardó en comprobarse que había aprovechado esta situación como defensa neurótica. *Su miedo a mover la musculatura de la nuca existía mucho antes del colapso de la vértebra. Más aún, esa postura del cuello sólo era parte de una actitud biofísica general, que no debemos entender como consecuencia sino como causa biopática de su cáncer.*

Todos los reflejos de cabeza, tronco y piernas eran normales. La *respiración* estaba gravemente perturbada. La paciente tenía los labios apretados, los orificios nasales un poco dilatados, como si tuviera que aspirar continuamente por la nariz. El tórax se mantenía inmóvil. No se contraía y se expandía con el ritmo de la respiración y permanecía como fijado en la posición de inspiración. No pudo obedecer a la orden de espirar totalmente. Parecía no haber entendido lo que se le pedía. Al intentar presionar la caja torácica para llevarla a la posición de espiración se tropezó con una marcada y activa resistencia muscular. La cabeza, el cuello y los hombros constituían una sola masa rígida, como si las articulaciones carecieran de movimiento independiente. La paciente sólo podía levantar los brazos con lentitud y con gran esfuerzo. La presión de ambas manos era extraordinariamente débil. Los músculos escapulares estaban muy tensos y en algunos lugares se palpaban verdaderos nudos. Entre los omóplatos y a ambos lados de la columna vertebral los músculos presentaban una reacción dolorosa al tacto.

La pared abdominal también estaba tensa y reaccionaba con gran resistencia a la menor presión. La musculatura de las piernas parecía débil en comparación con la del resto del cuerpo, como si fuera atrófica. La pelvis estaba muy retraída e inmóvil.

Un examen psiquiátrico superficial arrojó los siguientes resultados: La paciente había padecido de insomnio muchos años antes de descubrirse su tumor maligno. Era viuda desde hacía doce años. El matrimonio -en apariencia estable- había durado dos años pero, en realidad, había sido desdichado. En contraste con tantos otros casos de infelicidad matrimonial en los cuales no hay conciencia del sufrimiento, la paciente siempre supo que su matrimonio no andaba bien. Su marido era impotente. En las primeras semanas y en los primeros meses de vida marital, se había mantenido en un estado de permanente excitación e insatisfacción. Su marido había fracasado en el acto sexual y cuando finalmente se logró el coito, ella no llegaba a la gratificación pues el marido padecía de eyaculación precoz. Durante los primeros meses de su matrimonio sufrió mucho por la insatisfacción sexual, pero más tarde se "acostumbró". Siempre había tenido conciencia de la necesidad de una satisfacción sexual, pero no había encontrado salida a esa

situación. Cuando su marido murió, se consagró a la educación del hijo, rechazó todo acercamiento a los hombres y evitó todo contacto social. Sus excitaciones sexuales desaparecieron con el tiempo; pero fueron reemplazadas por estados de ansiedad, que ella combatió mediante diversas fobias. Cuando llegó a mí ya no padecía de estados de ansiedad; parecía emocionalmente equilibrada y reconciliada con su destino y con su abstinencia sexual. Para el analista de carácter, aquél era el típico cuadro de la resignación neurótica. La mujer ya carecía de impulsos para modificar su vida. Evité penetrar más hondo en el conflicto latente de la enferma y concentré la atención en los cambios orgánicos que no tardaron en producirse.

Resultados del experimento con orgonterapia

Más adelante expondremos en detalle la técnica de la orgonterapia;* aquí me limitaré a lo esencial.

Nuestros experimentos de orgonterapia consisten en colocar al enfermo de cáncer en un acumulador de orgón. La energía orgónica acumulada en el interior del aparato penetra en el cuerpo desnudo y además es aspirada. El lapso durante el cual los pacientes son expuestos a la radiación, dentro del acumulador, depende de la tensión de energía atmosférica. La intensidad de la radiación se determina por la velocidad de la descarga electroscópica dentro del acumulador, comparada con esa misma descarga en el ambiente de la habitación, y se mide en minutos orgón. La concentración de energía orgónica es tres a cinco veces más alta dentro del aparato que en la atmósfera libre.⁶

Durante la sesión inicial yo exponía a los pacientes a una radiación de 30 minutos org, es decir que el paciente permanecía dentro del acumulador por espacio de treinta minutos, cuando una unidad se descargaba en 60 minutos.

En el informe que sigue me limitaré a mencionar las reacciones de la paciente, típicas en todos los cancerosos sometidos a la orgonterapia. Cuando se trate de reacciones individuales lo señalaré en forma expresa.

* Véase Capítulo VII. [Nota del editor alemán.]

⁶ La concentración de energía orgónica dentro del acumulador es de tres a cinco veces mayor que al aire libre. Una unidad de carga electroscópica se descarga dentro del acumulador dos, tres y hasta cinco veces más lentamente que en la atmósfera. Cuantos más minutos demora una unidad en descargarse, tanto más alta es la tensión de energía.

En la primera sesión se produjo un enrojecimiento de la piel entre los omóplatos, en un lugar que dos meses más tarde desempeñaría un importante papel en la enfermedad funcional de la paciente. A partir de la segunda sesión, las reacciones se hicieron más intensas y claras. El dolor en la región de la décima vértebra disminuía *durante* la aplicación de orgón. El retroceso del dolor se mantenía por lo general hasta el siguiente tratamiento, pero el dolor se agudizaba cuando había mal tiempo, sobre todo con humedad o lluvia. Durante la segunda sesión, el enrojecimiento de la piel se extendió a toda la parte superior de la espalda y el pecho. Cuando se interrumpía la aplicación por cinco minutos, el enrojecimiento desaparecía para volver no bien la paciente reingresaba al acumulador. A partir de la tercera sesión, la paciente sintió que el aire dentro del acumulador era "*closer and heavier*". "*I feel like I'm filling up*", "*I have buzzing around the ears from the inside*", "*something makes me strong*", "*some-thing clears up in my body*" *. En la tercera sesión se produjo también sudoración, sobre todo en las axilas. A una pregunta expresa, la paciente respondió que no transpiraba desde hacía años.

Las reacciones orgánicas mencionadas hasta aquí son típicas de los cancerosos sometidos a orgonterapia. En algunos es más evidente una reacción; en otros, otra. El enrojecimiento de la piel, la disminución de frecuencia de las pulsaciones, el sudor tibio y las sensaciones subjetivas como que en el cuerpo "algo se afloja", "se llena" o "se hincha", sólo admiten una interpretación: el hábito canceroso está determinado por una simpaticotonía general, es decir, por una contracción vegetativa; por eso, en la mayoría de los enfermos de cáncer encontramos pulso acelerado, palidez y sequedad de la piel, mejillas hundidas, reducida motilidad de los órganos, constipación e inactividad de las glándulas sudoríparas. *La radiación orgónica ejerce un efecto vagotónico*, de modo que actúa en contra de la retracción simpaticotónica general del organismo. El pulso del paciente expuesto a la radiación orgónica en el acumulador puede descender, en el término de 20 minutos, de 120 a 90 ó de 150 a 110, sin ayuda de medicamento alguno. También se advierte una reacción en la piel, que se enrojece, y en las glándulas sudoríparas. Los vasos periféricos se dilatan y la presión sanguínea disminuye. En términos de pulsación biológica: *la contracción crónica del sistema plasmático cede y deja lugar a una expansión vagotónica*. Esta "expansión plasmática" va acompañada de una reducción de los típicos dolores de cáncer.

* "Más encerrado y más pesado". "Siento como si me estuviera llenando", "siento un zumbido misterioso en los oídos", "algo me está dando fuerzas", "algo se ordena dentro de mi cuerpo". [N. del T.]

En general se atribuyen los dolores padecidos por el enfermo de cáncer a lesiones mecánicas locales de los tejidos por causa del tumor. Es indudable que en algunos casos los dolores tienen ese origen; por ejemplo, cuando un nervio es comprimido o cuando un órgano sensible al dolor sufre una lesión. Pero el típico dolor de cáncer, al cual me refiero aquí, se distingue claramente de los dolores mecánicos locales. Para definirlo, lo denominaremos "*dolor de encogimiento*". Lo entenderemos mejor si analizamos un par de hechos que hemos pasado por alto hasta ahora.

La economía sexual se ha visto obligada a dejar de lado un concepto aún vigente en la medicina actual: el de que los nervios autónomos de los organismos multicelulares sólo transmiten impulsos y son rígidos en sí. Los dolores "desgarrantes" o los "tironeos" resultan incomprensibles si no se admite que ese sistema nervioso se estira y se contrae, es decir, que es móvil. Esto se ve confirmado —como lo señalara en la primera parte— por la observación microscópica del sistema nervioso autónomo en los gusanillos de la harina. Vemos que los filamentos nerviosos de los ganglios autónomos se estiran y se contraen; sus movimientos son independientes de los movimientos del organismo total y se adelantan a los del cuerpo. Los impulsos motores se manifiestan primero en los movimientos del sistema nervioso autónomo y son transmitidos secundariamente a los órganos locomotores mecánicos del organismo. Esta afirmación parece revolucionaria y desconcertante, pero es en realidad una conclusión lógica que debí extraer de las funciones pulsatorias del organismo y que luego pude confirmar por observación directa. *La ameba contráctil y expansible sigue viviendo en el organismo multicelular en forma de sistema nervioso autónomo contráctil y expansible. Ese sistema nervioso autónomo no es otra cosa que plasma contráctil organizado. Por eso, el movimiento emocional, vegetativo, autónomo es expresión directa de la corriente plasmática.* La idea prevaleciente, acerca de la rigidez de los nervios autónomos, no se ajusta a ninguno de los fenómenos observados en el acontecer biofísico, tales como el placer, el miedo, la tensión, el relajamiento; las sensaciones de presión, de tracción, de dolor, etc. La contractilidad del sistema nervioso autónomo, en cambio, que constituye una unidad funcional e histológica (sincicio), explica de manera simple nuestras sensaciones plasmáticas subjetivas. Lo que experimentamos como *placer* es una expansión de nuestro organismo. En el placer, los nervios autónomos se extienden literalmente hacia el mundo. En la angustia, por el contrario, sentimos una especie de reptar hacia dentro de nosotros mismos, un encogimiento, un esconderse y una "angostura" (*angustiae, Angst*). Experimentamos, pues, el proceso real de la contracción del sistema nervioso autónomo.

Sentimos el orgasmo como una convulsión involuntaria; esto refleja también el proceso objetivo de la expansión y contracción de todo el sistema plasmático. El dolor de los cancerosos refleja la retracción de los nervios autónomos del lugar enfermo y el "tironeo" de los tejidos. La descripción del dolor como "desgarro" o "tirón" responde por completo al proceso objetivo. Sólo se puede negar el hecho simple e inequívoco de la identidad de nuestras sensaciones orgánicas y los procesos reales en el sistema nervioso autónomo si se asume una actitud rígidamente mecanicista, reñida con la vida, con la biología y con la psicología. Tal actitud remite nuestras sensaciones orgánicas al terreno de la metafísica y por consiguiente no puede enfocar debidamente ninguno de los hechos que constituyen el cuadro sintomático del cáncer.

Ahora entendemos ese fenómeno que parece ser tan extraño: el de la disminución o desaparición de los dolores de cáncer en el acumulador de orgón. Si dichos dolores no son la manifestación de una lesión mecánica local sino de una contracción general de los nervios autónomos, un "tironeo de los tejidos", se entiende que la extensión vagotónica de los nervios haga ceder el tironeo y por ende los dolores.

Este hecho nos revela un efecto esencial de la energía orgónica: *carga los tejidos vivos y provoca una expansión del sistema plasmático (vagotonía).*

La revitalización general de las funciones del organismo por efecto del orgón también se manifiesta en el cuadro hemático de los cancerosos.

Cuando la paciente acudió a nosotros, el contenido de hemoglobina de su sangre era de 35%. Dos días después había ascendido al 40%; a los cuatro días era del 51% a los siete del 55% a los nueve del 63% a los quince del 75% y a las tres semanas había alcanzado el nivel normal, es decir 85%. La paciente abandonó la cama, se volvió a hacer cargo de su hijo y comenzó a trabajar, luego de años de inactividad. Llegó a abusar de su bienestar: salía de compras y pasaba horas enteras recorriendo tiendas. No experimentaba dolores, dormía bien y se sentía sana, de modo que atendía su casa sin ayuda de ninguna clase. Tuve que llamarle la atención y recordarle que tenía que superar una enfermedad muy grave y que todavía debía cuidarse mucho. Mi llamado de atención era muy justificado. Trascorridas una seis semanas, la paciente comenzó a experimentar fatiga y el contenido de hemoglobina de su sangre descendió al 63%. Los dolores de espalda no volvieron, pero la mujer se quejaba, por primera vez, de dificultad para respirar y de un "dolor errante" en la región del diafragma. Le ordené reposo absoluto y el cuadro hemático volvió a mejorar. La hemoglobina no tardó en aumentar al 70% y ocho días más tarde había vuelto al nivel normal, al 85%. El peso se había estabilizado alrededor de 53,360 kg.

Trascurridas otras cuatro semanas, el nivel de hemoglobina continuaba siendo de 85%.

Ya no era necesario que la trasladaran a mi laboratorio en automóvil; acudía a diario en subterráneo para someterse al tratamiento. Los familiares y los médicos que la habían tratado estaban atónitos. Sin embargo, ya en ese caso tuve oportunidad de observar la extraña conducta de los médicos, que se alejan cuando la situación de un enfermo de cáncer *no* es la esperada. Es una conducta incomprensible desde el punto de vista racional: no preguntan cómo se logró esa mejoría. Al comienzo yo había enviado a la paciente a un médico que predijo su muerte para unos pocos días después. Ahora la paciente estaba en pie y las radiografías mostraban una completa osificación de la columna vertebral, antes afectada por el cáncer. Las sombras en los huesos pelvianos habían desaparecido ya a las dos semanas de iniciarse el tratamiento. Los médicos no se hicieron ver ni oír a pesar de todo. Las radiografías no dejaban lugar a dudas; se estaba cumpliendo un proceso de curación. Eso confirmaba lo que yo había observado con tanta frecuencia en los experimentos con ratas: la energía orgónica detiene el crecimiento del tumor, lo reemplaza por un hematoma que, en condiciones favorables, es reabsorbido y reemplazado por tejido conjuntivo o, si el tumor es en los huesos, por calcificación.

Pruebas de sangre biofísicas orgánicas

Resumiré lo que luego he de exponer en forma más detallada: *La energía orgónica carga biológicamente los eritrocitos.*

Cada eritrocito es una vesícula energética orgonótica independiente, cerrada en sí. Está sometido a la misma función biológica de tensión y carga y pulsación que el organismo total y que cada uno de los órganos autónomos. La expansión y contracción de los eritrocitos pueden observarse con toda facilidad con un aumento de 3000x aproximadamente. Los glóbulos rojos se contraen con la administración de adrenalina y se expanden con la administración de cloruro de potasio. Por consiguiente están sometidos a la antítesis de la función placer-angustia.

Nuestras pruebas de sangre de enfermos de cáncer se realizan de la siguiente manera:

1. *Prueba de cultivo.* Una muestra de sangre es sometida a la prueba de crecimiento bacteriano en caldo o en 50% de caldo + 50% de KC1 0,1 n. *En los pacientes con cáncer muy avanzado, la sangre muestra siempre un marcado crecimiento de bacilos.*⁷

⁷ Véase *Bion Experiments on the Cancer Problems.*

2. *Prueba de resistencia biológica.* Se vierten unas gotas de sangre en caldo + KC1 y se las somete a la acción de la autoclave por espacio de media hora, a una presión de vapor de 15 libras. La sangre sana resiste el proceso de autoclave mejor que la sangre biológicamente débil del enfermo de cáncer. Los glóbulos sanguíneos biológicamente fuertes se descomponen en grandes vesículas azules. La sangre debilitada por el cáncer se descompone en corpúsculos T. El contenido de T aumenta y el de biones azules disminuye según el grado de debilitamiento.

El tratamiento con orgón carga los glóbulos rojos. Esto se manifiesta en la transformación de la reacción T en reacción B: la sangre se vuelve resistente a la destrucción por acción de altas temperaturas.

3. *Desintegración en solución fisiológica salina.* Se vierte una pequeña gota de sangre en un portaobjetos cóncavo con una solución de cloruro de sodio al 0,9%. Los glóbulos sanguíneos se desintegran con lentitud o con rapidez, según su resistencia biológica. Cuanto más rápido se desintegran, se contrae su membrana y se forman vesículas bionosas en el interior de las células, tanto menor es su resistencia biológica. Los eritrocitos biológicamente fuertes pueden mantener su forma por espacio de 20 minutos o más. La descomposición en un lapso de uno a tres minutos demuestra ya un alto grado de debilidad biológica. En la anemia avanzada, los glóbulos rojos muestran las características agujas T, es decir, una membrana contraída.

4. *Borde orgonótico azul:* Los eritrocitos biológicamente fuertes muestran —al ser observados con objetivo apocromático, con 2-3000 aumentos— un borde de intensa coloración azul o azul-verdoso y un ancho considerable. Los glóbulos rojos debilitados, con tendencia a una rápida desintegración, presentan un borde muy estrecho, de un azul desvaído.

Las pruebas efectuadas con la sangre de la paciente en cuestión demostraron un fortalecimiento biológico general. Los cultivos de sangre eran positivos cuando inició el tratamiento, es decir que había un intenso desarrollo de bacilos T. Tres semanas después, los cultivos de sangre eran negativos y lo siguieron siendo de ahí en adelante. Los glóbulos rojos dejaron de contraerse; se los veía turgentes, con anchos bordes orgonóticos de un azul profundo. La prueba de autoclave dio como resultado una desintegración en biones del cien por ciento y no reacción T como al comienzo. La desintegración en biones dentro de una solución de cloruro de sodio fue muy lenta y sin formación de agujas T.

La paciente ya no experimentaba dolores, se mostraba alegre, pero sus malestares reaparecían en los días de lluvia. Acudía diariamente al laboratorio para someterse a la aplicación de radiación orgónica. Su presión sanguínea se mantuvo constante en 130/80. El pulso nunca superó la

frecuencia normal de 80. Sólo había un síntoma que no sólo no desaparecía, sino que hasta tendía a empeorar: la inexplicable dificultad de respiración.

Aparición de la biopatía carcinomatosa

Pasaré ahora a describir la *biopatía carcinomatosa*, que sólo apareció una vez eliminados los tumores y restituido el cuadro hemático normal. Yo no tenía la menor idea de lo que voy a describir y, al comienzo, lo viví con asombro e incompreensión. Era difícil entender las relaciones entre los fenómenos. Luego de la desaparición de los tumores cancerosos locales, pasó a primer plano un cuadro biopático general, antes oculto y que había constituido el verdadero fondo del cáncer: el encogimiento biopático.

La paciente parecía haber recuperado por completo su salud física. Este estado se mantuvo durante aproximadamente seis semanas y quedó confirmado por los resultados de los análisis de sangre y de las radiografías: los tumores habían desaparecido. La sangre seguía siendo fuerte; la anemia no reaparecía. El tumor en la mama derecha ya no se palpaba después de la octava aplicación de energía orgónica. De considerarse la patología desde un punto de vista mecanicista, se podría haber hablado de "curación" de ese caso de cáncer. Pero en ese mismo lapso comenzaron a aparecer, cada vez con mayor claridad, síntomas emocionales que nos aconsejaban moderar nuestro entusiasmo.

Cuando la paciente acudió a mí, carecía por completo de libido. Unas cuatro semanas después de haberse iniciado la orgoterapia observé en ella signos de una grave estasis sexual. Se había mostrado alegre y despreocupada, y llena de esperanzas en el futuro; ahora comenzaba a insinuarse un estado depresivo. Estaba desarrollando síntomas de ansiedad propios de la estasis. Volvió a apartarse de la gente. Me confesó que sus intentos de rectificar su situación sexual habían fracasado.

Logré vencer su timidez y así me enteré de que en los últimos tiempos había experimentado intensas excitaciones sexuales, que -según ella decía- eran incomparablemente más fuertes que las que experimentara en los comienzos de su matrimonio, 14 años atrás. A juzgar por sus descripciones, se trataba de excitaciones vaginales normales. En las dos primeras semanas de su recuperación, la paciente había intentado varias veces una aproximación sexual a algunos hombres. Ante su fracaso, se sumió en la desesperación y en estados de agotamiento físico. Esos intentos, que se habían repetido durante varias semanas, fueron saludables e indicaban una actitud positiva ante la vida.

Un día me preguntó si el contacto sexual con un hombre "una vez por mes" podía resultarle dañino. La pregunta fue formulada en un tono medroso que contradecía sus conocimientos sobre asuntos sexuales. Eso era el índice de un miedo irracional: *la paciente había comenzado a gestar el miedo de que durante el acto sexual le ocurriera una desgracia*, "puesto que su columna vertebral estaba deshecha en dos lugares". Temía las consecuencias de los movimientos bruscos durante la excitación sexual. Cabe señalar que esta idea surgió después del fracaso de sus intentos por encontrar un compañero. Había conocido a un hombre que había resultado ser impotente. Eso la enfureció, pero ella combatió su odio y su decepción. Cuando percibió los síntomas de un nuevo acceso de furia, "se la tragó". Su cuadro era ahora el de una total neurosis de estasis. La depresión se había acentuado; sufría accesos de llanto convulsivo, que era incapaz de dominar; se quejaba de opresión y de un "peso en la zona del corazón". "*There is a dreadful pressure in my chest*"*, se lamentaba, "*it goes through and through*".

Podría haberse atribuido el "peso en la zona del corazón" al estado de la XII vértebra; pero había un elemento que nos inducía a descartar esta idea. La paciente había pasado seis semanas sin dolores, no había experimentado el menor malestar en la zona torácica, había trabajado duro. No era lógico que la presión mecánica de la vértebra colapsada sobre un nervio se hiciera presente de una manera tan brusca, luego de un largo período sin inconvenientes. Los acontecimientos confirmaron la suposición de que estaba desarrollando una histeria de miedo y que esa histeria se valía de la lesión en la columna vertebral para una racionalización. Cualquier médico sin experiencia psiquiátrica habría atribuido aquellos síntomas patológicos a la vértebra colapsada sin tener en cuenta el hecho de que esa vértebra estaba igualmente colapsada durante las semanas que la paciente vivió sin experimentar dolores.

Las excitaciones sexuales habían aparecido luego de unas diez aplicaciones de orgón. La paciente estaba biofísicamente cargada por acción de esa energía, pero no podía manejar sus excitaciones sexuales. La neurosis de miedo que comenzaba a manifestarse era sólo una reactivación de conflictos que había vivido en la pubertad. Ahora se encontraba en una situación trágica: despertaba a una nueva vida sólo para encontrarse ante la nada. Mientras estuvo enferma, el tumor canceroso y los padecimientos que éste le infligía habían absorbido todos sus intereses. Su organismo había consumido grandes cantidades de energía biológica en la lucha contra el cáncer; pero ahora esas energías estaban libres y se habían visto reforzadas por la carga

* "Siento una horrible opresión en el pecho". [N. de la T.]

orgonótica. En una fase de depresión excepcionalmente aguda, la mujer me confesó que se sentía fea, arruinada como mujer y que no sabía cómo hacer para seguir soportando la vida. Me preguntó si la energía orgónica también podía curar su neurosis de angustia. Mi respuesta fue negativa y ella comprendió por qué.

Resumamos ahora la secuencia de los acontecimientos:

1. Grave neurosis de estasis al comienzo de su matrimonio, por la impotencia de su marido.
2. Represión de la excitación sexual, resignación, depresión y una década de abstinencia.
3. Las excitaciones sexuales desaparecen mientras se gesta el cáncer. Más adelante veremos que *la localización de las metástasis se produce exactamente en aquellos órganos de los cuales se vale la coraza muscular para combatir las excitaciones sexuales.*
4. Destrucción de los tumores por acción de la energía orgónica, recuperación física de la paciente y reaparición de la excitabilidad sexual.
5. La gran excitación sexual culmina en decepción, reaparece la antigua neurosis de estasis.

Este cuadro patológico total desembocó, por fin, en un encogimiento general del organismo.

Así estaban las cosas cuando un día se produjo un desafortunado accidente. La paciente había abandonado el acumulador de orgón y había comenzado a vestirse. Se inclinó con cierta brusquedad para recoger una media que se había deslizado al suelo y entonces oímos un alarido. Corrimos hacia donde se encontraba la mujer. Estaba pálida como una muerta, su pulso era irregular y parecía a punto de desmayarse. Nos alarmamos porque ignorábamos lo que había ocurrido y porque las lesiones de columna eran realmente una espada de Damocles. No se podía saber en qué momento la paciente podía sufrir una fractura de columna. El alto grado de posibilidad de que ocurriera semejante hecho era lo que lo convertía en una fácil racionalización de la neurosis. Cuando se hubo calmado, pudimos establecer que se trataba de una falsa alarma. Por un instante, la mujer había creído realmente que su columna se había fracturado a causa de aquel movimiento demasiado rápido. En realidad, sólo había sufrido una leve distensión muscular en el omóplato al poner en movimiento, con excesiva rapidez, un músculo hipertónico. Durante los días siguientes la paciente se sintió bien, pero al cuarto día se quejó de una "intensa opresión en el pecho" y de debilidad en las piernas. El examen de los reflejos no mostró daño alguno en

el sistema nervioso. En los días que siguieron, sus piernas parecieron más fuertes, pero la presión en el tórax persistió. Luego, un día, durante una conversación en el consultorio, la mujer lanzó un grito y se dobló en dos. Todos los presentes pensaron en una fractura de columna. Un examen practicado en ese mismo momento reveló que los reflejos de las extremidades inferiores y del tronco funcionaban a la perfección. Por otro lado apareció un nuevo síntoma que mantuvo a la paciente durante muchos meses en cama y que desorientó a muchos médicos.

Cuando la mujer cayó hacia adelante se detuvo su respiración y comenzó a boquear en procura de aire. Tuve la impresión de que se había producido una contractura espástica del diafragma, un bloqueo diafragmático.

El dolor en las costillas inferiores acerca del cual se quejaba la paciente podía deberse tanto a ese espasmo como a una presión mecánica de las vértebras colapsadas sobre un nervio sensorio: *la XII vértebra -que en la paciente estaba aplastada- corresponde a la inserción costal del diafragma.* Los sucesos de los meses siguientes representan, en esencia, un conflicto de opiniones acerca de la validez de esas dos explicaciones. Aconsejé a los familiares de la paciente consultar al ortopedista que antes le había prescrito la minerva. El ortopedista declaró que la columna y la pelvis estaban Libres de sombras y metástasis y que el estado de la mujer se debía a una lesión mecánica de la duodécima vértebra torácica. El médico no preguntó cómo habían desaparecido las metástasis. Recomendó reposo con chaleco de yeso. El hermano de la paciente se resistió a aceptar ese consejo, pues había seguido con inteligencia el curso de la enfermedad de su hermana y estaba convencido de que yo tenía razón. En esos días descubrí la relación entre la lesión de la duodécima vértebra y la contracción biopática del diafragma. Tenía que existir una razón para que el espasmo diafragmático -tan familiar para nosotros, los orgonomistas- se presentara justo en ese momento. También tenía que existir una razón para que una de las metástasis más importantes hubiera aparecido justo en la inserción costal del diafragma. El diagnóstico clínico se veía tremendamente dificultado por la coincidencia del espasmo de diafragma y la lesión vertebral; sin embargo, dicha coincidencia permitía comprender la importantísima relación entre el espasmo muscular, de origen emocional, y la localización de las metástasis. Uno de los objetivos de este capítulo será el de establecer que *la localización de un tumor canceroso está determinada por la inactividad biológica de los tejidos situados en la inmediata vecindad.*

Fue preciso interrumpir la orgonterapia, puesto que la paciente se veía obligada a guardar cama. Los nuevos exámenes practicados en un hospital

oncológico y por médicos particulares demostraron que no existía ningún tumor canceroso y que los defectos de la columna vertebral estaban calcificados. El tumor de mama no reapareció. Sin embargo, nadie podía asegurar que los tumores no volverían a presentarse. Visité varias veces a la paciente en su domicilio. Se quejaba de intensos dolores en las costillas inferiores. Los dolores no eran constantes ni localizados; aparecían aquí y allá a lo largo del borde inferior del tórax y siempre podían ser eliminados corrigiendo la respiración. El cuadro general era de una neuralgia con un marcado componente histérico. La paciente yacía inmóvil en la cama y aparentemente no podía moverse a causa de los dolores. Parecía incapaz de mover brazos y piernas. Si se procuraba moverlos en forma pasiva, la mujer gritaba de dolor, palidecía y se empapaba en sudor frío. Unas pocas veces logré que abandonara el lecho y se sentara en un sillón, indicándole que respirara profundamente por espacio de diez minutos. Los familiares se admiraban de que yo consiguiera suprimir los dolores con tanta facilidad. Habían sido testigos de la eliminación de los tumores, confirmada por médicos ajenos al proceso. Mi orgonterapia tenía mucho de misterio, puesto que no se basaba en medicamentos ni en inyecciones. Para contrarrestar esa impresión traté de explicarles el mecanismo de la enfermedad. Entendieron que el dolor no podía provenir de la lesión de columna, puesto que de ser así habría estado bien localizado y no podría haber sido suprimido por una simple corrección de la respiración. Por entonces yo no sospechaba aún que la paciente no experimentaba dolores sino terror a la aparición de éstos.

Ensayamos una inyección intercostal de anestésico en el lugar en donde se producían los dolores más intensos. La anestesia no surtió efecto y poco después de la inyección aparecieron los dolores en otra costilla. El médico a cargo del caso —quien al comienzo estaba convencido de que el dolor tenía su origen en la lesión vertebral— terminó por admitir que el problema era esencialmente "funcional". Pero ninguno de nosotros sabía decir qué "sentido" tenía aquel síntoma "funcional". Por añadidura, para muchos médicos "funcional" significa "no orgánico-anatómico", es decir "no real sino fingido".

Un día encontré a la paciente otra vez con "dolores" intensísimos. Boqueaba en procura de aire y emitía unos curiosos gemidos. Su estado parecía grave, pero el cuadro desapareció rápidamente al corregirle la respiración o al hacer desaparecer la tensión de los músculos de la mandíbula. Confié el control de la respiración a un colega, pues me vi obligado a ausentarme por dos meses. Esto me confirmó después que había logrado suprimir los dolores imponiendo a la paciente una espiración total.

La paciente fue nuevamente internada. El médico a cargo del caso

comprobó una vez más la ausencia de metástasis en los huesos. No creía que el tratamiento con rayos X eliminara los dolores. También dudaba de que una intervención quirúrgica al nervio del XII segmento espinal tuviera un resultado positivo. Esto ocurría cinco meses después de la iniciación de la orgonterapia y tres y medio después de su interrupción. Cuando el hermano de la paciente mencionó los éxitos de la orgonterapia, el médico se mostró muy reticente; no podía expedirse "mientras el mundo de la medicina no hubiera aceptado el asunto". El colega pasaba por alto el hecho de que él mismo era parte de ese "mundo de la medicina" sobre el cual descargaba la responsabilidad del reconocimiento del éxito de la orgonterapia en casos de cáncer.

La paciente no tardó en volver a su casa y allí permaneció en cama, inmóvil, de espaldas, como antes. La atrofia de la musculatura por inactividad hacía rápidos progresos y el peligro de una recidiva de los tumores era muy grande. Un mes después volví a ver a la paciente. Una vez más pude suprimir los dolores por corrección de la respiración. La mujer pudo bajar de la cama, pero se sentía muy débil. Durante uno de esos intentos de mantenerla en pie, observé que caía en un profundo estado de ansiedad. Me imploró que la dejara regresar a la cama. No experimentaba dolores en ese momento. Logré que permaneciera un rato más en pie. De pronto comenzó a temblar con violencia, palideció y se empapó en sudor frío, de miedo. Era una violenta reacción -casi un shock- del sistema autónomo al acto de mantenerse en pie. No la dejé volver a la cama, porque advertí que un miedo irracional la impulsaba a acostarse. Pocos instantes después comenzaron a hacerse visibles las convulsiones en la región abdominal superior. La paciente abría la boca en procura de aire y pude ver que el espasmo diafragmático se disolvía en convulsiones clónicas de la musculatura abdominal. A partir de ese instante se sintió aliviada y pudo moverse con libertad.

Por primera vez, yo captaba un elemento esencial de la biopatía: la paciente había reaccionado con una contracción del diafragma a la carga biológica por medio del orgón y a las excitaciones sexuales que siguieron.⁸ Esa contracción del diafragma provocaba, sin duda, la "presión en el tórax" y la sensibilidad dolorosa que ella atribuía a la lesión de columna. La presión "dolorosa" sobre el tórax desaparecía cuando yo lograba superar el espasmo inspiratorio al prolongar la exhalación, con lo cual se restablecía el movimiento pulsatorio del diafragma. Pero era evidente que esas contracciones y expansiones del diafragma inspiraban un terrible miedo a la

⁸ La represión de la excitación sexual por medio de una actitud crónica de inspiración es un fenómeno bien conocido por los orgonterapeutas.

paciente, que ella contrarrestaba refugiándose en el espasmo inspiratorio. Y ahora quedaba demostrado que el "peligro" de una disolución clónica de la contracción al mantenerse de pie o andar era demasiado grande para la paciente. El peligro consistía en las fuertes convulsiones que amenazaban disolver el espasmo diafragmático. La mujer no se animaba a abandonar la cama porque temía esas convulsiones. De modo que el miedo la mantenía atada a la cama, si bien no era el único motivo que la llevaba a la inmovilidad.

No cabe duda de que el espasmo de diafragma provocaba dolores neurálgicos en las costillas y en la inserción de este músculo. Pero el espasmo sólo constituía una parte de su inmenso miedo de moverse. Más importante era su miedo de "desplomarse" o "quebrarse la columna" si se movía. Las convulsiones involuntarias del diafragma, que amenazaban producirse si se ponía de pie, parecían confirmarle el peligro. La mujer no padecía, pues, dolores agudos, sino *un miedo mortal a la aparición de dolores terribles*. Según ella misma decía, pocos meses antes había podido comprobar que "algo dentro de ella crujía, cuando se movía con excesiva rapidez". De modo que padecía a causa de una mala interpretación de las sensaciones organóticas normales que acompañan a los movimientos del diafragma. La necesidad de guardar cama era un tremendo mecanismo de defensa, cuya función consistía en evitarle el miedo a "quebrarse". Ese peligro se hacía sentir no bien el espasmo diafragmático comenzaba a disolverse en movimiento clónicos, y para conjurarlo ella intensificaba su contracción espástica del diafragma. Por supuesto, tal estado emocional debía tener consecuencias somáticas graves, pues daba lugar a una rigidez muscular general que dificultaba todo movimiento. Con el tiempo, esta falta de movimientos redundaba a su vez en una atrofia de los músculos tensados. Por ejemplo, la paciente apenas si podía levantar los brazos. Si quería levantar el izquierdo tenía que hacerlo con ayuda del derecho. No podía levantar las piernas y apenas si flexionaba las rodillas. Mantenía la cabeza en una postura rígida, como si la musculatura profunda del cuello la mantuviera fija en un punto. Los movimientos pasivos de la cabeza tropezaban con una automática resistencia. Era evidente el miedo de la paciente a que se le "quebrara el cuello". Todos los médicos consultados habían insistido en que se guardara de efectuar movimientos bruscos puesto que la quinta vértebra cervical estaba colapsada.

Pocos días después, encontré a la paciente en estado lamentable. Pese a su intensa necesidad de defecar no había ido al baño durante varios días para no abandonar la cama. Y una vez más sucedió: cuando exhaló el aire a fondo, desaparecieron los "dolores" y pudo levantarse. La defecación fue

abundantísima y el proceso se cumplió sin dificultad alguna.

Informé al hermano que quería tratarla durante dos semanas con orgoterapia psiquiátrica, pero que lo haría a título de ensayo e interrumpiría el tratamiento si no veía resultados. La paciente se trasladó a las proximidades de mi domicilio y durante las semanas siguientes trabajé con ella por espacio de dos horas diarias (este trabajo fue sin honorarios). En el curso de este tratamiento quedó en descubierto el fondo fóbico de su estado biopático.

Expresión caracterológica de la biopatía de retracción

Seis meses después del colapso en mi laboratorio, la paciente comenzó a padecer de una parálisis flácida del recto y de la vejiga. Se hacía necesario decidir con toda seriedad si los fenómenos de parálisis obedecían a una lesión mecánica localizada o —como yo suponía— a un *encogimiento funcional del sistema autónomo*. En el primer caso no habría un fundamento emocional; el trastorno estaría netamente localizado e indicaría una lesión focal específica. En el segundo caso cabía esperar que los trastornos emocionales y caracterológicos se manifestaran en primer plano y que los fenómenos físicos de parálisis fueran inconstantes.

Explicué una y otra vez a la paciente su temor a la aparición del dolor y no tardó en comenzar a moverse en la cama sin ayuda y sin experimentar dolores. Pero sólo podía ejecutar esos movimientos si corregía de antemano su respiración y relajaba los músculos de la mandíbula. Tenía que "perder antes el temor al movimiento", como ella misma decía. Eso habría sido imposible en el caso de una lesión del decimosegundo segmento dorsal.

El esfuerzo de ponerse de costado o boca abajo la dejaba agotada. Buscamos juntos el origen de aquel agotamiento y por fin lo encontramos en la extraordinaria tensión de la musculatura superficial y profunda del cuello. Era como si la cabeza de la paciente fuera tironeada hacia abajo, hacia el pecho. Era la posición involuntaria que adopta alguien que se defiende de un golpe a la cabeza. Era una actitud automática. La paciente no la podía controlar ni relajar voluntariamente. Cuando la musculatura del cuello se contracturaba, la respiración se detenía y la paciente emitía unos ronquidos que hacían pensar en una garganta constreñida. Eran sonidos semejantes a los que se emiten al morir o en un estado de intenso shock. Para aliviar el espasmo, yo tenía que introducirle dos dedos en la garganta, a lo cual ella reaccionaba con ahogo y arcadas. Las reacciones eran tan violentas que el rostro de la paciente adquiría una coloración azulada.

Después de un rato se sentía "muy aliviada de la garganta".

En una ocasión, mientras se hablaba de los reflejos de la garganta, me relató espontáneamente que tenía pesadillas. Por la noche soñaba que caía en precipicios, que se hundía en el suelo, que se asfixiaba, que algo se desmoronaba sobre ella y la aniquilaba, etc. El orgonterapeuta está muy familiarizado con los sueños de caída. Como es sabido, aparecen en la fase final del análisis de carácter, durante el período en el cual las sensaciones preorgásticas comienzan a aparecer en el abdomen y los genitales, y son reprimidas antes de que se hagan conscientes. Tales sensaciones, cuando están cargadas de miedo, se experimentan como caídas. El mecanismo de acción es el siguiente:

La excitación preorgástica es el punto de partida de una convulsión involuntaria del sistema plasmático. Si el individuo se resiste a esa convulsión por miedo, en medio de la expansión que debería culminar en convulsión, *el organismo desarrolla una contracción neutralizante.* En otras palabras: *el organismo frena la expansión.* De eso proviene la sensación que se experimenta al descender rápidamente en un ascensor o al aterrizar con rapidez en un avión. *De modo que la sensación de caída es la percepción de una contracción del sistema autónomo, que frena, súbitamente, una expansión a punto de iniciarse.* Los típicos sueños de caída suelen ir acompañados por una repentina contracción de todo el cuerpo.

Aplicado a la paciente en cuestión esto significaba que ella reaccionaba a una excitación vagal de su organismo, con contracciones espásticas. Su organismo se trababa en espasmos musculares del cuello y del diafragma, para "aferrarse a algo". El temor a las contracciones disminuía considerablemente cuando yo lograba eliminar los espasmos al desencadenar el reflejo de vómito. Los movimientos que la paciente ejecutaba en la cama no terminaban ya en espasmos, sino en una sensación de bienestar: experimentaba el placer del movimiento.

Toda corriente plasmática tiene su origen en una contracción central que se disuelve en una expansión vagal,⁹ esta expansión está conectada con la sensación de placer. En el caso de temor al placer orgástico, concluye en un espasmo muscular. Ya no cabía duda: la paciente sufría una reacción espástica a la expansión vagal, como consecuencia de su miedo al orgasmo. De modo que *el encogimiento biopático comienza con una restricción espástica de la pulsación plasmática.* El encogimiento biopático se distingue de la simple neurosis simpaticotónica de estasis en que los impulsos de

⁹ Este fenómeno puede observarse directamente en la *amoeba limax* al microscopio con un aumento de 2000x.

expansión y extensión van desapareciendo, mientras que en la neurosis por estasis su intensidad no se pierde. Con todo, es difícil establecer una distinción muy neta.

El mecanismo de reacción espástica de la musculatura a los impulsos de expansión vagotónica, que acabamos de describir, funcionaba de manera especial en cada sistema muscular. Si yo intentaba mover los brazos de la paciente en forma pasiva, la reacción invariable era una contracción de los músculos del hombro y de los flexores del brazo. La reacción se asemejaba al negativismo y a la rigidez de los catatónicos. La paciente parecía ser víctima de una parálisis flácida de brazos. Cuando le pedí que me golpeará el brazo pareció incapaz de hacerlo; pero cuando le sugerí que imaginara estar descargando así su furia, logró superar la parálisis en cinco minutos y comenzó a golpear casi con alegría. Al final, el movimiento y la acción se convirtieron en un placer para ella. La parálisis parecía considerablemente disminuida. La paciente había superado temporalmente su miedo a la expansión y a la pulsación plasmática. Esto fue contribuyendo a mejorar su estado general.

Pude observar el mismo proceso cuando la enderezaba en la cama contra su voluntad. Cada vez que lo hacía se alarmaba hasta el punto de quedarse sin respiración y palidecer. "No debería haber hecho eso", repetía aterrada. Sin embargo, cuando repetí unas cuantas veces el procedimiento y logré, por fin, que la enferma superara sus temores y se convenciera de que nada le ocurría, no tardó en ejecutar los movimientos por propia voluntad. Ella fue la primera sorprendida y comentó: "Es un milagro que esto sea posible".

A partir de ese momento provoqué en forma regular el reflejo de vómito, le hice morder la almohada y golpearme el brazo, con la intención de desencadenar contracciones clónicas en los hombros y en la musculatura del cuello. Sabía por experiencia que la energía biológica sólo se desprende de los músculos tónicamente contraídos, en forma de clonus. Esta comprobación se confirmó también en el caso de esta paciente. Al cabo de media hora de movimientos voluntarios aparecieron contracciones involuntarias en los músculos de los brazos y los hombros. Las piernas también comenzaron a temblar. Logré intensificar ese temblor flexionándolas y estirándolas con suavidad.

Cuando se produjeron las primeras contracciones clónicas, la paciente se mostró muy asustada. No sabía qué le estaba ocurriendo. Era el mismo miedo al clonus involuntario de su musculatura, que ella evitaba por medio de contracciones tónicas. Pero luego de transcurridos algunos minutos, los movimientos clónicos comenzaron a provocar placer. Poco a poco comenzó a intervenir en el clonus la musculatura profunda del cuello.

La paciente expresó su temor de vomitar. Por un momento pareció que iba a desmayarse. Yo insistía en que no se resistiera a las contracciones involuntarias, que se entregara a ellas. Al cabo de un rato, la intensidad de las contracciones comenzó a ceder: la energía biológica retenida se había descargado. La mujer se desplomó agotada. Su rostro adquirió color; su respiración se hizo calma, profunda, completa. Ya no era posible provocar el reflejo de vómito. "Siento una extraña sensación de libertad en la garganta", comentó. "Es como si me hubiera liberado de una presión." La presión en el tórax también había desaparecido.

Al día siguiente, la respiración era normal y procuré hacer desaparecer la parálisis de las piernas provocando un clonus de la musculatura de dichas extremidades. Lo logré hasta cierto punto separándolas y juntándolas con gran lentitud. Por supuesto, no había prevenido a la paciente acerca de las sensaciones preorgásticas que aparecen en los genitales al relajarse la musculatura contracturada de las piernas. De pronto, la respiración de la mujer se detuvo, su mandíbula se crispó y su rostro adoptó una expresión que sólo puede describirse con la palabra "agónica". La reacción fue tan violenta que me alarmé. Sin embargo, yo había movido sus piernas con gran lentitud; era imposible que se hubiera producido algún daño mecánico. La paciente comenzó a emitir unos sonidos propios de grandes dolores en el tórax. Era una mezcla de ronquido y gemido. Por mi experiencia clínica comprendí que aquella era su reacción a las corrientes plasmáticas en los genitales. La vegetoterapia nos ha enseñado que bajo la presión del miedo al orgasmo, *las sensaciones orgásticas se manifiestan como temor a la muerte*. "Muerte" en el sentido de total desintegración, disolución, pérdida de conciencia, "no ser".

Los estertores se hicieron más violentos, la paciente palideció y su piel llegó a adquirir una tonalidad azulada; los ojos se le dieron vuelta. Parecía agotada. Yo nunca había presenciado la reacción agónica neurótica con semejante grado de realismo. A pesar de mis veinte años de trabajo en disfunciones del orgasmo, yo seguía subestimando la profunda significación de los trastornos de la pulsación biológica. Es verdad que siempre había afirmado que el orgasmo es *una función básica de toda actividad viviente* y que "la fórmula del orgasmo es la fórmula de la vida por excelencia"; pero hasta ese momento nunca había visto "morir" con tanto realismo, por miedo al orgasmo. Comunicué a los familiares que quizá la vida de la enferma sólo se prolongara unos días más. Comprendía que el encogimiento de su aparato vital podía llevarla realmente a la muerte. Si la paciente no hubiera llegado a mí siete meses antes al borde de la muerte, yo habría dado por terminado el tratamiento al llegar a ese punto. Pero, dada la situación no había nada que

perder con proseguirlo y el caso me permitiría aprender mucho acerca de la naturaleza de la biopatía de encogimiento.

Al día siguiente recibí una llamada telefónica de la familia: la enferma agonizaba, respiraba con dificultad, con estertores, y no defecaba. Inmediatamente fui a verla. A primera vista me pareció que estaba realmente moribunda. Su rostro tenía una coloración azulada, estaba muy demacrada, respiraba con estertores y murmuraba: *"This is the beginning of the end"*. El pulso era acelerado, pero firme.

En el término de un cuarto de hora, mis o menos, pude establecer un buen contacto con ella. Le pregunté si recordaba haberse sentido morir antes de que aparecieran los tumores. Sin la menor resistencia me informó que de niña solía poner los ojos en blanco y "jugar a que se moría". Los suspiros y estertores también le resultaban familiares desde la infancia. Solía emitir esos sonidos cuando sentía una constricción en la garganta o, según sus propias palabras, cuando sentía que "algo se le cerraba en la garganta". *La aparición de una metástasis en la quinta vértebra cervical se debía, pues, a un espasmo de la musculatura profunda del cuello, con varias décadas de existencia*. Según siguió informando ella misma, la sensación de constricción en la garganta iba acompañada por un encogimiento de hombros y por un endurecimiento "entre los omóplatos", es decir, justamente en el lugar en el cual más tarde aparecerían los dolores de tipo canceroso.

La paciente hablaba ahora con toda animación y lucidez. La invité a que "jugara a que se moría". En el término de pocos segundos reprodujo en forma consciente el cuadro que antes había ofrecido involuntariamente. Hizo girar los globos oculares hacia arriba, entrecerró los párpados como para que se entreviera el blanco del ojo, mantuvo la caja torácica en posición de inspiración y comenzó a emitir aquellos sonidos mezcla de gemido y de estertor. No fue fácil sacarla nuevamente de su pose de moribunda; pero mientras mayor fuera la frecuencia con que adoptaba a conciencia aquella pose, tanto más fácil le resultaría renunciar a ella. Mi experiencia en orgoterapia me decía que *una función autónoma puede objetivarse por la práctica y termina por quedar sometida al control consciente*.

Pregunté a la paciente si creía que inconscientemente estaba tratando de suicidarse. La mujer rompió en llanto y declaró que ya no tenía motivos para vivir. La enfermedad había destruido sus encantos sexuales. Ya no volvería a ser feliz y no podía imaginar la vida sin perspectivas de felicidad.

Volví a provocar el reflejo de vómito. El temblor clónico de las extremidades superiores y de la musculatura del cuello no tardó en reaparecer, aunque no con la misma intensidad que el día anterior.

La paciente logró sentarse en la cama por sus propios medios, pero las piernas no le obedecieron. Tuve la impresión de que la mitad superior del cuerpo funcionaba, pero que la mitad inferior desde las caderas hacia abajo no participaba.

Durante algunos días la enferma comió con apetito, se sintió bien y se mostró animada. Luego recayó, sin transición, en su actitud de moribunda. Comprendí que no estaba actuando; su reacción biopática la había dominado. Respiraba con dificultad, con inspiraciones poco profundas, estaba pálida, la nariz se le había afilado, las mejillas estaban sumidas y emitía un ronquido. Yo no entendía por qué estaba sucediendo aquello en ese momento. La mujer se quejaba de terribles dolores y no podía moverse. Una vez más logró hacerla respirar con normalidad, y ella luchó con coraje para salir, adelante. Nuevamente se produjo un violento clonus en el tronco y en el cuello, pero las extremidades inferiores continuaron "muertas". Hice que la propia paciente se introdujera los dedos en la garganta otra vez; los espasmos se intensificaron.

Advertí que la pelvis comenzaba a participar en las convulsiones, pero era evidente que la mujer se contenía. Los espasmos se prolongaron por unos diez minutos, luego cedieron. Si antes había dado la impresión de estar asfixiándose, ahora se advertían con toda claridad reacciones vagotónicas. El rostro adquirió color, la palidez del cuerpo desapareció. Los dolores provocados por el espasmo de diafragma se calmaron. Pocos minutos después la paciente comenzó a hablar. Temía que le pudiera ocurrir algo "abajo". Confesó que desde el momento en que inició su tratamiento conmigo se había masturbado de vez en cuando. Aquello era una tardía rectificación de sus declaraciones originarias acerca de la total abstinencia en que había vivido por espacio de diez años. Durante la primera semana del tratamiento con orgón había reprimido todo impulso de masturbación en respuesta a fantasías acerca de una relación sexual conmigo. Desde entonces no se había animado a tocar sus genitales. La represión del impulso de masturbarse, junto con la fantasía de relación sexual, había traído como consecuencia una estasis de excitación, intensificada por la carga biológica que recibía en el acumulador. El aumento de necesidades sexuales intensificó sus miedos. Y así surgió la fobia a la fractura de la columna. La distensión de un músculo del hombro al agacharse bruscamente pareció confirmar sus temores; era como si se hubiera dicho a sí misma: "Has visto, yo ya sabía".

Al día siguiente de haberme confesado sus fantasías onanistas, la encontré de excelente humor, sin quejas y llena de esperanzas. Sus confesiones del día anterior le habían permitido masturbarse por primera vez después de varios

meses. Afirmó haber experimentado una gran satisfacción. En esos días pudo controlar bien el espasmo de diafragma. Estaba constipada, pero sentía necesidad de evacuar. El miedo al movimiento le impedía ir al baño. Se movía mucho mejor en la cama. Pudo incorporarse sin ayuda y eso la asombró y la alegró. Por primera vez tenía conciencia de la cadena de causas: temor a la fractura de columna→miedo al dolor→inhibición de la respiración por bloqueo del diafragma→dolor real en el tórax→temor a la fractura de columna. Pero esta vez, la inhibición del movimiento por miedo a la fractura de columna se demoró, por así decirlo. El miedo sólo aparecía cuando el movimiento le exigía demasiado esfuerzo. De esa manera resulta inteligible la relación entre su miedo a la fractura de columna y su miedo al "movimiento".

Al día siguiente volví a encontrar a la paciente con respiración deficiente, quejumbrosa, afligida y en actitud de moribunda. No supo decirme lo que le había ocurrido. Sus familiares me informaron que el día anterior se había sentido muy bien hasta entrada la noche. Su estado había empeorado de pronto a raíz de un incidente sin importancia: su hijo estaba en el cuarto de baño vecino al dormitorio y ella oyó un rumor y se asustó. De pronto imaginó que el niño estaba encerrado en un espacio muy pequeño, que no podía respirar y que se asfixiaría. Pasó gran parte de la noche despierta y cada vez que se dormía tenía pesadillas angustiantes o sueños de caída. Ese día no pude hacer otra cosa que corregirle la respiración y las quejas acerca del "dolor" cesaron.

En los días subsiguientes la paciente se sintió muy aliviada. Estaba en condiciones de moverse en la cama sin dolores y de levantar las piernas. La debilidad de los brazos había disminuido, comía con apetito y parecía muy esperanzada. Durante uno de los tratamientos, al moverse en la cama se acercó mucho al borde y palideció, dejó de respirar y lanzó un grito. Tenía miedo de caerse de la cama. Sin duda alguna, la reacción era desmedida, no guardaba relación con la situación real. Después de ese incidente me relató que en el verano, mientras estaba internada en la clínica, había pedido que le colocaran una cama a cada lado de la suya, por temor a una caída. La levanté y la acerqué al borde de la cama. A pesar de la firmeza con que la sostenía, la mujer gritó de terror. El miedo a la caída, que estaba en el fondo de sus trastornos de movimiento, se ponía de manifiesto con toda claridad.

Al día siguiente la hice sentar en la cama. No experimentaba dolores, pero estaba aterrorizada y profería gritos histéricos, mientras su cuerpo se empapaba en sudor. Anunció que estaba a punto de morir, que hasta ese momento había luchado contra la muerte, pero que ahora moriría. Lloraba por su hijo. Me pidió que le administrara una inyección letal para acabar con

sus padecimientos. "No quiero dejar esta cama, quiero quedarme acostada." Después de un rato se tranquilizó y advirtió con asombro que permanecía sentada sin esfuerzo. Pero, poco a poco, aparecieron en todo el cuerpo -y con particular intensidad en los hombros— violentos espasmos clónicos. La paciente manifestó su terror a esos espasmos: justamente por eso permanecía en la cama. Sentía que los clonus comenzaban a manifestarse no bien se la obligaba a enderezarse. Ahora no era miedo a la caída, pero la relación era clara. Las tremendas contracciones clónicas de su musculatura constituían la base fisiológica de su miedo neurótico a la caída. Como ya he señalado, la paciente tenía pesadillas. Caía en profundidades, algo pesado se precipitaba sobre ella, unos hombres la asaltaban y la querían estrangular, etc. Ahora recordaba haber experimentado el mismo tipo de miedos durante la pubertad. También recordó una fobia: cuando andaba por la calle y oía pasos a sus espaldas acostumbraba correr por miedo a que "alguien la siguiera". Por lo general, el miedo era tan intenso que "las rodillas se le doblaban" y tenía la sensación constante de estar a punto de caer al suelo. Ahora advertía que era la misma sensación física que la dominaba cuando se veía obligada a abandonar la cama. Las rodillas se le doblaban y temía desplomarse. El diafragma se le contraía de terror.

Vemos, pues, que la debilidad motriz de las piernas era provocada por una fobia que había dominado su ser ya en la pubertad y, por consiguiente, mucho antes de que apareciera el cáncer. Su paresia no era otra cosa que una intensificación de la antigua debilidad de las piernas. Ahora podía asociar ese miedo a la caída con la idea de la fractura de columna y así racionalizarlo. Por lo tanto, debemos considerar su antigua fobia a las caídas como antecedente real de su paresia de las piernas.

El día anterior se había visto obligada a ir al baño con mucha frecuencia. Los movimientos de intestinos y de vejiga habían sido "extraordinariamente intensos". Durante la noche había estado inquieta. Luego, al promediar la mañana, no pudo orinar más. Las piernas habían perdido sensibilidad. La examiné y comprobé que la sensibilidad a la puntura había disminuido hasta el décimo segmento dorsal, aproximadamente. El reflejo patelar era normal y otro tanto ocurría con el reflejo de Aquiles y los de la pared abdominal. Por teléfono me habían informado que la paciente no podía mover las piernas; sin embargo, bien pronto se puso de manifiesto que las movía, aunque sólo hasta cierto punto. La sensibilidad profunda en las articulaciones de los dedos de los pies había disminuido. El cuadro era el de una paresia funcional. De acuerdo con los síntomas, no se trataba de una parálisis decididamente espástica ni tampoco flácida. Sólo había un elemento de juicio para suponer que la lesión de la duodécima vértebra era la responsable:

los trastornos de la sensibilidad en la parte superior del abdomen tenían un límite bastante preciso hacia arriba.

Al día siguiente, la paciente volvió a orinar con normalidad, pero tres días después se debilitó su esfínter anal y la mujer dejó de tener control sobre su movimiento intestinal. Todos los reflejos eran normales, pero la paciente tenía honor a enderezarse.

Ingresa nuevamente al hospital para un examen general. Las radiografías revelaron una total ausencia de metástasis en la columna, a pelvis y los muslos; en cambio habían aparecido nuevas metástasis en el cráneo y en el húmero del brazo derecho. Los nuevos tumores habían aparecido, pues a considerable distancia de las regiones del cuerpo que mostraban fenómenos de paresia. *La biopatía funcional y los tumores cancerosos estaban netamente separados: nada tenían que ver entre sí.*

La paciente permaneció 14 días en el hospital. Allí no se le practicó ningún examen neurológico. La paresia de las piernas se consideró, sin duda, como una lógica consecuencia de la lesión vertebral. El carácter funcional de la parálisis escapó a la atención de los médicos. Estos informaron a la familia que la paciente viviría a lo sumo dos semanas.

La familia decidió trasladarla nuevamente a su casa, puesto que en el hospital sólo le administraban inyecciones de morfina. Yo la vi el mismo día de su regreso. Con actitud temerosa me insistió en que debía controlar mucho sus movimientos, pues los médicos del hospital habían recalcado que "la columna vertebral estaba presionando un nervio y podía quebrarse" Como es lógico, la recomendación de los médicos de la clínica reafirmó a la paciente en su convicción y reforzó la fobia. Los parientes me pidieron que hiciera un nuevo intento de orgonterapia para eliminar los tumores del cráneo. Ese día no palpé ninguna tumefacción en el cráneo.

Seguí visitando a la paciente en su casa durante otras cuatro semanas. *Los reflejos de sus piernas eran normales. Los intestinos y la vejiga habían vuelto a funcionar bien;* pero la atrofia de la musculatura y de los huesos progresaba rápidamente. (A causa de la larga permanencia en cama le había abierto una escara de decúbito pútrida en las nalgas.) Las piernas se movían en respuesta a estímulos dolorosos, pero pocas veces había impulsos espontáneos. Las pesadillas proseguían: hombres que caían en un precipicio y se quebraban el cuello; un elefante que se lanzaba sobre ella, que estaba "como paralizada", no podía moverse. Aun de día había una expresión de miedo en sus ojos y sentía el pecho oprimido. El dolor había desaparecido por completo, pero el temor a moverse ante el peligro de una fractura de columna era tan intenso como siempre.

Hicimos construir un acumulador especial para su cama. El efecto del orgón se manifestó en el enrojecimiento de la piel y en la disminución de la frecuencia de pulsaciones, que descendió de 130 a un índice que variaba entre las 80 y 84 pulsaciones por minuto. La paciente se sentía bien en el acumulador, sus mejillas solían adquirir color y la angustia desaparecía.

El cuadro hemático, que había vuelto a deteriorarse en los últimos meses (50% Hgb, agujas T, cultivo T +, 50% T luego de la esterilización en autoclave), mejoró en forma visible. Los impulsos motores de sus piernas también mostraron un aumento de frecuencia e intensidad. Y entonces se produjo una catástrofe imprevista que selló definitivamente el destino de la paciente: una noche, al darse vuelta en la cama, se fracturó el fémur izquierdo. Fue necesario trasladarla inmediatamente a una clínica quirúrgica. Los médicos se sorprendieron ante el ínfimo diámetro del fémur. En el lugar de la fractura no se encontraron vestigios de tejido canceroso. Los médicos tampoco podían entender la desaparición del tumor de mama. Se administró morfina a la paciente, quien decayó en el curso de las siguientes cuatro semanas, hasta que por fin murió.

La orgonoterapia le había conservado la vida por espacio de unos diez meses, la había mantenido durante esos meses libre de tumores y dolores de cáncer y había normalizado su cuadro hemático. La interrupción del tratamiento con orgón a causa de la parálisis biopática impide extraer conclusiones acerca de la posibilidad de un final feliz. Pero no cabe duda de que, en este caso, la causa de muerte fue el encogimiento biopático y no los tumores locales.

Este caso nos permitió estudiar el trasfondo vegetativo-emocional del cáncer y sacar importantes conclusiones. Se nos plantea ahora un interrogante de fundamental importancia: ¿qué ocurre en los tejidos y en la sangre como consecuencia del encogimiento biopático? En otras palabras, ¿de qué manera el encogimiento general del sistema autónomo llega a producir tumores locales? Me atrevo a afirmar que la consecuencia general del encogimiento biopático es la putrefacción de los tejidos y de la sangre. El tumor canceroso es sólo uno de sus síntomas. De más está decir que estos descubrimientos requieren una detallada fundamentación clínica y experimental que se brindará en otra oportunidad.

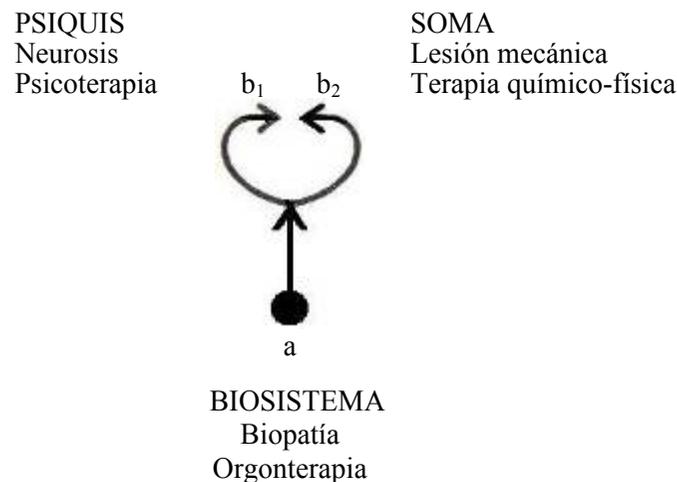
5. Naturaleza de la enfermedad funcional: Resumen

Pasemos ahora revista a lo expuesto, para lograr una visión panorámica del problema. La "agonía" de la paciente en el ataque biopático no hacía pensar

para nada en histeria o simulación. El sistema autónomo reaccionaba de una manera tal que no podía excluirse la posibilidad de la muerte: mejillas sumidas, nariz afilada, estertores, coloración cianótica de la piel, pulso acelerado y pequeño, espasmo de la musculatura de la garganta, limitación del movimiento y debilidad física general. Todas éstas eran peligrosas realidades.

Me atrevo a afirmar que cada uno de esos ataques era el comienzo de una cesación real de las funciones vitales. La agonía, precedida por una intensificación extrema del encogimiento del aparato vital, pudo ser interrumpida múltiples veces merced a la disolución de los espasmos y a la corrección del bloqueo respiratorio diafragmático. La expansión vagotónica contrarrestó otras tantas veces el proceso de muerte. No se trataba de sugestión. La sugestión, en el sentido corriente, no puede afectar el aparato biológico a niveles tan profundos. En cambio, los impulsos biológicos de expansión desencadenados en diversos sistemas somáticos lograron detener durante meses el proceso de encogimiento. Por supuesto, el buen contacto emocional con la enferma fue parte indispensable del proceso terapéutico. Sólo en ese aspecto puede decirse que intervino la sugestión.

Recurramos ahora a nuestro familiar esquema del funcionamiento psicosomático para comprender qué parte del aparato vital se ve afectada por la biopatía —en contraste con la neurosis de angustia o una lesión mecánica— y por el experimento orgonoterapéutico:



Toda prolongada estasis de energía en el sistema plasmático biológico (sistema autónomo a) se manifiesta inevitablemente en síntomas somáticos y psíquicos (b_1 y b_2). La psicoterapia enfoca los síntomas psíquicos; la terapia químico-física ataca los síntomas somáticos. La orgonterapia parte del hecho de que tanto el soma como la psiquis tienen raíces comunes en el sistema plasmático pulsante (sangre y sistema autónomo). Por eso, la orgonterapia no ejerce influencia sobre la función psicofísica en sí, sino sobre la raíz común de las funciones psíquicas y somáticas, al tratar de disolver el bloqueo respiratorio, el bloqueo del reflejo orgástico y otras inhibiciones de funciones biológicas. Por eso, *la orgonterapia no es terapia psíquica ni fisiológico-química, sino una terapia biológica que se ocupa de las perturbaciones de la pulsación en el sistema autónomo*. Dado que estos trastornos se ponen de manifiesto en todas las capas superficiales del aparato psicosomático -por ejemplo, como hipertensión y neurosis cardíaca en lo somático, como fobia en lo psíquico— la orgonterapia necesariamente debe atacar los síntomas de las capas biológicas superficiales. Podemos afirmar, pues, que la orgonterapia es por ahora el método más avanzado para ejercer una influencia sobre los trastornos biopáticos. Por el momento se limita a las biopatías. En la biopatía carcinomatosa, el tratamiento de los trastornos respiratorios y orgásticos se combina con orgonterapia física, dirigida contra la anemia, los bacilos T de la sangre y los tumores locales. En nuestro laboratorio existe una conciencia clara de la complejidad de esta nueva terapia contra el cáncer y de su carácter eminentemente experimental, como se verá en los capítulos que siguen.

La concepción clásica sólo conoce antítesis entre la lesión mecánico-química en el sistema somático y la perturbación funcional del sistema psíquico. La *investigación biofísica orgonómica de la biopatía carcinomatosa de encogimiento revela la existencia de un tercer factor, más profundo: la perturbación de la pulsación plasmática, que actúa en la base biológica común al soma y a la psiquis*. Lo fundamentalmente nuevo es el hecho, experimentalmente establecido, de que *una inhibición de la función sexual autónoma puede provocar un encogimiento biopático del sistema nervioso autónomo*. Aún no ha podido establecerse con claridad si esa etiología tiene validez para todas las formas de cáncer.

Se suele partir del preconcepto de que el organismo está dividido en dos partes independientes entre sí. Según este punto de vista, una de estas partes es el sistema somático, físico químico, que es destruido por los tumores cancerosos y la caquexia, y la otra es la psíquica, que produce fenómenos histéricos -los llamados síntomas de conversión- y "desea" o "teme" tal o cual cosa, que nada tienen que ver con el cáncer. Esta artificial división del

organismo es fuente de errores. No es verdad que un aparato psíquico "se sirve de fenómenos somáticos" y tampoco es cierto que el aparato somático sólo responde a reacciones químicas y físicas, pero no "desea" ni "teme". En realidad, *las funciones de expansión y contracción del sistema plasmático autónomo representan el aparato unitario responsable de los "deseos" y "miedos" de la psiquis y de la vida y "muerte" del soma*. Nuestra paciente mostró a las claras la *unidad funcional de resignación psíquica y encogimiento biopático*. El proceso vital de la paciente declinaba gradualmente; la función de expansión fallaba. Expresado en términos psicológicos, el movimiento, la acción, la resolución y la lucha carecían de impulsos. El aparato vital parecía encerrado en una reacción de miedo, psíquicamente representada por la idea fija de que con cualquier movimiento algo podría provocar una fractura de su cuerpo. El movimiento, la acción, el placer y la expansión se ven como un "peligro mortal". La resignación caracterológica precede al encogimiento del aparato vital.

La motilidad del propio sistema biológico plasmático se ve afectada por el encogimiento biopático. La base real del miedo al movimiento está precisamente, en ese encogimiento vegetativo. El sistema plasmático se contrae y el organismo pierde su estabilidad autónoma y la autorregulación de su función locomotriz. La etapa final del proceso es una mengua de la sustancia corporal.

La inhibición de la motilidad plasmática por efecto del encogimiento explica todos los aspectos del cuadro patológico. Nos permite comprender el miedo neurótico y la parálisis funcional, el miedo a la caída y la atrofia de los músculos, los espasmos y el trastorno biológico que se manifiesta como "cáncer" y culmina como caquexia general. En múltiples oportunidades pude ayudar a la paciente a desarrollar nuevos impulsos vitales con sólo corregir el espasmo de diafragma, que constituye el centro de los trastornos biopáticos de motilidad, de la defensa contra la sexualidad y, en general, de la defensa contra la función expansiva vital. La paciente respiraba realmente mal; la ventilación de sus tejidos era incompleta; los impulsos motores plasmáticos en los miembros eran, efectivamente, insuficientes para el movimiento coordinado; su miedo a caer y a lesionarse tenían un fundamento real y no eran una simple fantasía neurótica, más aún, *la "fantasía" de un desastre ocasionado. Por la caída tenía un fundamento muy real en la restricción de la motilidad biológica*. Vemos, pues, que el carácter histérico-funcional de la parálisis adquiere una base biopatológica concreta. Entre la parálisis de motilidad de origen histérico y la parálisis causada por el encogimiento biopático sólo existen diferencias de grado.

En los círculos médicos existe la tendencia a considerar las parálisis funcionales con cierta ironía. La medicina aún no se ha liberado de la idea de que las parálisis funcionales son más o menos "simuladas". Me atrevo a afirmar que las perturbaciones funcionales de la motilidad atribuibles a trastornos biopáticos de la pulsación plasmática son mucho más serias y pueden afectar zonas mucho más amplias que una parálisis resultante de una lesión mecánica segmentaria. La lesión mecánica no afecta el funcionamiento del organismo como totalidad. *La parálisis funcional, en cambio, es la manifestación de una perturbación biológica total. Está perturbada la función de generación de impulsos plasmáticos en el núcleo biológico del organismo* y eso puede dar lugar a una cuantiosa pérdida de sustancia en los tejidos (atrofia muscular, caquexia general, anemia, etc.). No quiere decir nada el hecho de que el trastorno mecánico sea inmodificable por sugestión, mientras que el funcional es accesible a ésta; porque la "sugestión" capaz de producir una mejoría de la parálisis funcional no es, en realidad, otra cosa que un estímulo de placer para el sistema plasmático por medio del cual se lo induce a abrirse a una nueva posibilidad de vida y, por consiguiente, a retomar su funcionamiento biológico.

La perturbación básica en el funcionamiento del plasma corporal, representada y causada por una estasis sexual crónica, por rigidez de carácter, por resignación y por una simpaticotonía crónica, debe tomarse mucho más en serio que las lesiones mecánicas locales. Es preciso superar, en parte, el enfoque mecanicista y puramente materialista de la medicina actual y, en parte, complementarlo con el enfoque *funcional*. Con ayuda de este último ha podido abrirse una brecha en el muro que tornaba inaccesible el problema del cáncer. En las páginas que siguen se verá hasta qué punto esto es ya practicable. Ahora pondremos toda nuestra atención en los cambios experimentados por la sangre y los tejidos como resultado de la retracción biopática.

6. Inanición sexual del organismo por abstinencia crónica.

Un caso de encogimiento carcinomatoso sin tumores

En el capítulo anterior traté de demostrar que el tumor local en sí no es el cáncer. En realidad, detrás del tumor tiene lugar un *encogimiento del sistema autónomo*. En el caso de la paciente cuya enfermedad he descrito, los tumores locales fueron eliminados por orgonterapia; a pesar de eso, la mujer murió como consecuencia de una profunda perturbación sexual que provocó un constante encogimiento del aparato vital. Por casualidad tropecé con otro

caso que confirmó y complementó al primero. Como éste, revela a las claras el trasfondo social y sexual de la biopatía de encogimiento. Muestra, al mismo tiempo, las posibilidades que abre al médico y al educador la orgonterapia de la biopatía carcinomatoso. La responsabilidad que debe asumir el ecónomo sexual y el psiquiatra al combatir las biopatías sexuales es enorme. Sólo podemos llegar a una intelección de las biopatías paso a paso, a través del estudio de diversos casos. Un caso abre interrogantes que encuentran respuesta parcial en otro, y éste, a su vez, nos enfrenta a nuevas incógnitas. Pero estos interrogantes sólo resultan evidentes al psiquiatra orientado hacia la economía sexual. El patólogo mecanicista ni siquiera los percibe.

Un ecónomo sexual y distinguido colaborador del Instituto había logrado, en el transcurso de pocos meses, un notable cambio en el estado de una mujer afectada de una grave neurosis. Una amiga de ésta, que había advertido el cambio, recordó el caso de una treintañera que desde hacía dos años padecía de un mal que ningún médico podía explicar. Fue así como la enferma llegó a mi laboratorio.

La primera impresión superficial fue la siguiente: la expresión facial sólo podía describirse como la de una "máscara mortuoria". Su acentuada palidez tenía un tinte azulado. Las mejillas estaban tan sumidas que los huesos de la mandíbula se destacaban en forma neta bajo la piel. La mirada era fatigada y velada, como carente de esperanzas. Los labios estaban contraídos en un rictus de resignación y profunda depresión. El cuerpo era tan magro que las costillas y las vértebras resultaban claramente discernibles. La totalidad de la musculatura era tan débil que no podía ponerse en duda la existencia de un proceso atrófico. Los movimientos eran lentos, cansinos, como si se arrastrara. La enferma hablaba con lentitud, como si eso le demandara un gran esfuerzo, sin mímica alguna. Era como si toda actividad estuviera frenada, como si los impulsos carecieran de la energía necesaria. Los huesos de la pelvis eran extraordinariamente prominentes. Tenía las manos y los pies húmedos, fríos y pálidos. Su entonación era monótona y la voz débil. Tuve la impresión de que la mujer quería tomar contacto conmigo, pero no lo lograba.

Pesaba 40,100 kg. Había perdido 4,500 kg. durante las últimas cuatro semanas. Dos años antes pesaba 54,500 kg. Había sido obesa hasta los cinco años. Luego comenzó a crecer y adelgazó. Desde entonces había pesado siempre menos de lo que correspondía a su edad. De niña había tenido sarampión y tos convulsa. Padecía de frecuentes "resfriados" y había sido sometida a una intervención quirúrgica (extirpación de amígdalas). La menstruación había aparecido a los 14 años y se presentaba cada cuatro

semanas con toda regularidad; pero siempre se prolongaba 8 días o más y era muy dolorosa.

Cinco años atrás consultó a un psiquiatra por problemas sexuales. Desde su pubertad había estado convencida de que "no andaba" en el aspecto sexual. Con frecuencia había debido dejar de asistir a clase por varios días para "restaurarse", como ella decía. Al interrogarla más en detalle pude enterarme de que en su infancia y adolescencia solía sentirse débil, se cansaba con facilidad y no podía seguir el ritmo de estudio de sus compañeros. Las tareas más simples representaban para ella una magna empresa. Padecía de graves depresiones y no se sentía capaz de enfrentar la vida. La resignación se fue convirtiendo, poco a poco, en inactividad total.

La madre había sido operada de cáncer de útero (extirpación total) y había muerto más tarde de metástasis a los huesos. La enferma describió a su madre como una persona muy silenciosa y tranquila, consagrada a sus hijos. Su muerte había sido tan silenciosa y resignada como su vida.

La educación de la enferma en el aspecto sexual había sido muy rígida y ascética. Nunca había mantenido relaciones sexuales. Muy pocas veces la habían dejado salir a bailar. Durante la pubertad había ambicionado por un tiempo la amistad de jóvenes del sexo opuesto, pero sus intentos habían fracasado. Su familia, de una severa religiosidad, no toleraba situaciones que implicaran cierto grado de "peligro". La jovencita había fracasado por completo en sus intentos de romper esas inhibiciones externas y se convenció de que -por más que considerara su propia actitud como algo irracional- *interiormente* era incapaz de aproximarse a un hombre. Ese estado se había impuesto en las postrimerías de su pubertad y se conservaba hasta el presente. Contribuía en gran medida a sus depresiones y la vida retirada que llevaba. Era bonita y, sin embargo, los hombres parecían eludirla. Más de una vez había comenzado a gestarse una amistad; pero ésta había terminado siempre en nada, porque ante la sola idea de una intimidad física se producía un inevitable *espasmo de los órganos genitales*. La enferma terminó por tener miedo a esos dolorosos estados espasmódicos y evitó toda situación que pudiera culminar en una actividad sexual. Sabía que estaba enferma, pero no sabía qué hacer. No se animaba a pedir consejo a los médicos ni a hablar del asunto con otras personas. En una palabra, se dio por vencida. Nunca se había masturbado, por más que experimentara excitaciones sexuales; pero de noche tenía tendencia a apoyar las manos sobre los genitales. A diferencia de otros casos de abstinencia sexual, tenía plena conciencia de su trastorno pero no intentaba disfrazarlo con ideales ascéticos. Eso contribuía a aumentar sus padecimientos. Trató el tema casi sin inhibiciones durante nuestras primeras entrevistas.

Interrumpiré la descripción de su abstinencia para volver más adelante sobre el tema.

La gravedad del estado de la paciente exigía un examen físico completo. El resultado fue sorprendente: el médico en cuestión prescribió una dieta, pero no encontró trastornos físicos. Su informe decía así: *This is to certify that I have given Miss... a complete physical examination, including blood and urine examination, and find her to be in good health.** Este resultado contrastaba tanto con la impresión que me había causado la paciente, que en el primer momento no lo entendí. La paciente había perdido 4,500 kg. de peso durante las últimas cuatro semanas. Desde hacía dos años estaba incapacitada para trabajar, permanecía en su casa, sin establecer contactos sociales y se sentía tan débil que se levantaba de la cama para sentarse en un sillón. No era raro que el médico pasara por alto la biopatía de abstinencia, pero la pérdida de peso debería haberle llamado la atención. Por otra parte, el aspecto general de la paciente no era como para pasar inadvertido. Todo ello me llevó a reflexionar sobre el hábito de la profesión médica de tomar sólo en cuenta los resultados mecánicos y químicos de un examen. Con frecuencia se pasa por alto un grave hábito biopático, sólo porque el médico no ha aprendido a observar la *expresión somática* de su paciente y a prestar atención al *carácter de su vida sexual*.

La enferma tenía un pequeño tumor, del tamaño de un poroto, en el borde exterior de su mama derecha. Le pregunté si el médico que la examinó lo había visto; la paciente me aseguró que sí, pero como el tamaño de ese tumor sufría marcadas variaciones, había llegado a la conclusión de que se trataba de una inofensiva tumefacción glandular. Al emitir ese diagnóstico se basó, sin duda, en la creencia de que un tumor maligno nunca se reduce espontáneamente y siempre crece. Aquel tumorcillo no se había desarrollado, pese a haber aparecido hacía ya un año. No quise ordenar una biopsia, para no alarmar a la paciente. Puesto que ésta deseaba someterse a la orgonterapia experimental, decidí esperar, para ver si el tumor desaparecía después de algunas irradiaciones. Si desaparecía con rapidez era porque se trataba de una formación maligna. Si tardaba muchas semanas o meses en desaparecer o no desaparecía ni crecía, sería porque se trataba de una simple e inofensiva tumefacción glandular. Además, recurriríamos a nuestras pruebas de cáncer para confirmar los resultados.

* "Por la presente certifico que he sometido a la señorita X a un examen físico completo, incluyendo análisis de sangre y de orina, y que se encuentra en buen estado de salud." [N. de la T.]

Estas pruebas fueron todas *positivas*. El diagnóstico era "cáncer" sin lugar a dudas. Los exámenes del índice de desintegración de los eritrocitos en solución fisiológica mostraron desintegración bionosa con formación de agujas T, en el término aproximado de un minuto. Los márgenes de orgón de los eritrocitos eran estrechos con una débil coloración azul. El contenido de hemoglobina era normal: 80%.

En la prueba de cultivo, el caldo se enturbió a las veinticuatro horas. La inoculación en agar y la tinción de Gram mostraron el típico crecimiento de bacilos T.

Al ser sometida la sangre a la acción de la autoclave, en caldo y solución de KCL, se produjo una intensa reacción T de los glóbulos rojos (alrededor del 60%).

Estos resultados, junto con el estado biofísico de la paciente, hicieron casi inevitable el diagnóstico de biopatía carcinomatosa de encogimiento *avanzada*. El hecho de que el pequeño tumor de la mama derecha fuera o no carcinomatoso carecía de importancia. Mi impresión era que la paciente no tenía más de un año de vida.

Notifiqué esto a un familiar cercano de la enferma y le solicité que confirmara por escrito que yo no me comprometía en lo más mínimo a curar el cáncer por mí diagnosticado. Le previne que la paciente podía morir muy pronto si el experimento con orgón no tenía éxito. Yo sabía que ningún médico podía llegar a diagnosticar un cáncer sobre la base del cuadro existente. Por otra parte, aun en el caso de que algún médico manifestara sospechas acerca de la existencia de un cáncer, dado el estado general de la paciente, no había otra alternativa que la orgonterapia, puesto que no había tumores locales que pudieran considerarse cancerosos.

La paciente comenzó a someterse a aplicaciones diarias de orgón en mi laboratorio. Más adelante encargó un acumulador de orgón y se sometió dos veces por día, durante media hora, a la radiación: por la mañana temprano, después del baño y por la noche, antes de acostarse. El resultado de este tratamiento fue el siguiente, en el transcurso de las primeras doce semanas:

Peso: sin novedades durante la primera semana; ni aumento ni pérdida de peso. A las dos semanas, la paciente pesaba 41,360 kg. A las tres semanas había alcanzado un peso de 41,700 kg, a las cuatro semanas, 41,930; a las seis semanas, 43,520 kg y a las doce semanas 45,400 kg. De manera que no sólo se había detenido el proceso de encogimiento, sino que la paciente recuperaba rápidamente peso.

Crecimiento de bacilos T en cultivo de sangre: transcurridas cinco

semanas, tanto el cultivo en caldo como en agar dio resultados *negativos*, y continuó sin variantes en las semanas siguientes.

Prueba en autoclave: hasta la tercera semana no se produjo una mejoría. La reacción T seguía siendo del 60%. La solución de biones de sangre no tenía el carácter de un coloide puro, sino que presentaba la coloración azul-verdosa característica de muchos casos de cáncer avanzado.

Tumor de mama: a los diez días de tratamiento con orgón había desaparecido el pequeño tumor de la mama derecha. La orgonterapia hace desaparecer tumores de mama de tamaño mediano en un lapso de dos o tres semanas.

Estas comprobaciones fueron de gran importancia para el experimento con orgonterapia. Demostraron que un organismo puede presentar síntomas de un avanzado estado canceroso, sin manifestaciones locales alarmantes. Eso confirmaba mi opinión de que el cáncer consiste más bien en un encogimiento general y que el tumor local sólo es uno de los síntomas, pero no la enfermedad en sí. También quedaba demostrado que la formación médica corriente no capacita al médico clínico para diagnosticar cáncer antes de la aparición de fenómenos locales muy conspicuos. Finalmente, estas comprobaciones probaban la utilidad de las pruebas biológicas con biones de sangre, practicadas en nuestro laboratorio en los casos en que los métodos tradicionales no podían verificar el diagnóstico de cáncer. Aun cuando un cirujano hubiera sospechado la presencia del cáncer y hubiera extirpado el pequeño tumor de mama, la biopatía de encogimiento general habría subsistido y la enferma habría perecido. Es muy poco probable que ese pequeño tumor sin metástasis en las glándulas de la axila fuese la *causa* de aquel desastroso estado general. El tumor era más reciente que el estado de encogimiento general. De modo que podemos hablar con todo fundamento de "biopatía de encogimiento canceroso sin tumores". Será necesario establecer con qué frecuencia se producen esos casos. De cualquier manera, la posibilidad de la orgonterapia reduce en gran medida el temor a la enfermedad, aun cuando queden muchas preguntas sin respuesta. En este caso, el experimento con orgonterapia fue exitoso y ese éxito justifica la pretensión de que se lo someta a prueba y se lo desarrolle en escala más amplia. Más adelante trataré por separado este aspecto del problema.

Antes de pasar al tema principal de este análisis -es decir al principio de los ensayos de orgonterapia, al problema de la evolución de la célula cancerosa y a los procesos que se cumplen dentro de los tejidos- me detendré algo más en este caso. Cuando apareció el primer número del *International Journal of Sex Economy and Orgone Research*, un médico que veía con

simpatía nuestro enfoque comentó que la economía sexual le parecía importante y acertada; "¿pero qué tiene que ver con el cáncer?", fue la consiguiente observación. A su juicio, las investigaciones sobre el cáncer, y sobre el orgón, sólo dificultarían la aceptación de la economía sexual. Fueron muchas las voces que se alzaron para manifestar asombrada incredulidad cuando calificué al cáncer de biopatía sexual o de *flagelo de hambre sexual*. Esas reacciones demuestran que el punto cardinal de nuestro trabajo no había sido comprendido, no se había entendido que *las enfermedades generadas por estasis sexual son graves enfermedades biopáticas del organismo. La biopatía carcinomatosa es una de esas formas de enfermedad en las cuales se ponen de manifiesto las perturbaciones crónicas de la economía sexual del hombre. El cáncer es una biopatía sexual (enfermedad por inanición sexual). Por eso, la economía sexual y el cáncer son inseparables.* El análisis caracterológico, la vegetoterapia y la orgonterapia son métodos de tratamiento diferentes, pero en el fondo constituyen *una misma bioterapia* que actúa sobre un *organismo unitario*. Se complementan uno al otro y tienen una raíz común en el biosistema. Su diferenciación superficial corresponde a la artificial división del organismo total en funciones biofísicas, caracterológicas y fisiológicas.

Pedí un examen ginecológico de la paciente. Ese examen confirmó mi diagnóstico de encogimiento plasmático: el cuerpo del útero era muy pequeño en relación con el cuello y los ovarios no podían palparse por vía rectal, lo cual significaba, a juicio del ginecólogo, que estaban muy poco desarrollados. El tejido glandular de las mamas parecía no haberse desarrollado en lo más mínimo. Por supuesto, resultaba difícil establecer si se trataba de una atrofia o de una *inhibición primitiva* del desarrollo de los órganos sexuales. El ginecólogo opinaba que se trataba de un subdesarrollo primitivo de los ovarios. Nuestro enfoque teórico no concibe la idea de un trastorno ovárico aislado y primitivo, pues los ovarios no son órganos de funcionamiento autónomo sino que forman parte del aparato autónomo en su totalidad y dependen de éste. Sobre la base de la historia sexual de la paciente, me inclino a creer que la falta de desarrollo de las mamas y de los órganos genitales en esta enferma deben considerarse como el resultado de un proceso de *atrofia por inactividad* del aparato sexual. Por el momento no podemos señalar con certeza en qué medida las glándulas endocrinas desempeñan un papel *primitivo* y en qué medida se las debe considerar como los órganos ejecutivos de la función plasmática general.

Decidí tratar a la paciente utilizando simultáneamente orgonterapia física y técnica de orgonterapia psiquiátrica. Al poco tiempo la paciente comenzó a

formular, con gran interés, preguntas de este tenor: "¿Es doloroso el acto sexual?" "¿Cuándo piensa violarme?" (Esta paciente, como muchas otras que padecen de una crónica inanición sexual, tenía graves fantasías de violación. Creía firmemente que una mujer no puede permanecer largo tiempo a solas con un hombre en una habitación, sin que éste la viole.) "¿El pene del hombre se mueve dentro de la vagina? ¿Eso tiene que ser doloroso!" "¿Qué se hace cuando se tienen demasiados hijos?" (No sabía nada acerca de métodos anticonceptivos.) "¿La mujer tiene que acceder cuando el hombre busca satisfacción? Eso me da miedo." La enferma ignoraba las cosas más elementales acerca de la vida sexual. De niña había acosado a la madre con preguntas sobre el tema, pero ésta se había negado a responder. A partir de entonces no volvió a interrogar a nadie y se convenció de que "esas cosas" debían ignorarse. Su apego al padre se había ido acentuando. Este era un educador autoritario y un rígido moralista, que había reprimido inmediatamente las primeras excitaciones de la pubertad en la niña. Poco después, ésta comenzó a tener fantasías perversas que la hacían sufrir mucho. La fantasía de violación brutal estuvo siempre en primer plano. A raíz de eso comenzó a experimentar pánico cada vez que se le acercaba un muchacho. Con el miedo aparecieron los espasmos genitales ya en la pubertad. Dichos espasmos se convirtieron en un mal crónico. La muchacha se fue apartando cada vez más de los hombres y terminó por aislarse.

Su carácter fue asimilando y fijando las habituales enseñanzas erróneas acerca de la sexualidad: lo sexual es malo, satánico, un terrible pecado contra los mandamientos divinos. Sólo se mantienen relaciones sexuales en el matrimonio y sólo con el fin de concebir hijos. (Por supuesto, todo lo que veía a su alrededor contradecía esas ideas.) El hombre es un animal que viola a las jóvenes "para satisfacer sus apetitos". Las mujeres no tienen sexualidad; sólo conciben hijos. Mantienen relaciones sexuales únicamente con el marido, porque él lo necesita. Si uno se masturba acaba lisiado o idiota y "pierde humor vital de la médula", etc. (Como consecuencia de estas enseñanzas, nunca se había masturbado realmente, pero desde niña había mantenido las manos inmóviles sobre los genitales por la noche). Los seres humanos se diferencian de los animales por su falta de sexualidad. Todo impulso animal es bajo y debe ser combatido. Todo apetito sexual es un impulso animal. Deben cultivarse los "valores ideales" y no tolerar los "malos pensamientos". Por supuesto, ella tenía "malos pensamientos" y en consecuencia se sentía culpable, su tensión aumentaba, y con ella "los malos pensamientos". Ya de niña tenía fantasías brutales y sádicas, que reprimía llena de angustia. Sentía impulsos de arrancar con las manos o con los dientes los genitales a los hombres que la rodeaban.

Cuando un muchacho la invitaba a bailar, durante su pubertad, sentía la tentación de estrangularlo. Ese impulso iba acompañado por una intensa excitación sexual. Eso la hizo encerrarse aún más en sí misma. El padre solía prevenirla acerca de las enfermedades venéreas y le dejaba entrever que los contactos sexuales siempre desembocan en eso. Nunca le dijo, en cambio, cómo podía protegerse de la infección. Y así permaneció desamparada, librada a sus propias fuerzas, tironeada por ansias de amor y por su miedo al mismo. Esto la condujo a situaciones realmente peligrosas. La curiosidad la llevó a acercarse a hombres por completo desconocidos y a permitirse diversas prácticas, sólo para luego huir horrorizada y encerrarse durante meses. Es evidente que el propio miedo la colocó en situaciones peligrosas. Sentía necesidad de descubrir si era cierto lo que se le había inculcado. El miedo era una expresión de su vital ansia de satisfacción. Esto confirma algo que la economía sexual ha sostenido siempre: *La moral compulsiva y el ascetismo generan criminalidad y perversión sexual, es decir, exactamente lo que pretenden combatir.*

La paciente no conocía la anatomía de los genitales; pero la idea de que tenía que conocerla (dado que sus genitales le daban tanto que hacer) se había convertido en una verdadera obsesión. Surgía hasta en las conversaciones más inocentes con conocidos de ambos sexos. Su reacción instintiva era la huida inmediata y el alejamiento. Sólo una vez, a los veinte años, se enamoró realmente de un muchacho y trató de liberarse de sus inhibiciones, pero fracasó. Y quedó "hecha pedazos". La excitación sexual se hizo tan intensa y el espasmo genital se intensificó hasta tal punto que quiso suicidarse. No podía concebir el acto sexual sino como una brutal violación.

Ya en la pubertad, su capacidad de trabajo se veía afectada por la tremenda estasis sexual. Cada vez que se interesaba en su trabajo se presentaban pensamientos sexuales compulsivos. Es evidente que el estímulo emocional proporcionado por el trabajo desencadenaba al mismo tiempo la excitación sexual que ella tanto temía. *La estasis sexual es la causa más importante de los problemas de trabajo en la pubertad.*

Con los años, la capacidad de trabajo de la paciente fue disminuyendo más y más, hasta que llegó a ese estado de completo vacío emocional de los últimos dos años. Durante esos dos años, la vacuidad emocional y caracterológica comenzó a traducirse en un encogimiento somático.

En estos primeros intentos de tratar una biopatía de encogimiento, yo partía de la siguiente premisa: la estasis sexual, que produce la "neurosis por estasis", es el punto de partida tanto de la biopatía carcinomatosa como de la cardiovascular. Pero debe de existir una diferencia esencial entre cáncer y biopatía cardiovascular.

Las víctimas del cáncer son, por lo común, individuos mansos en el terreno emocional y resignados en el del carácter. Los individuos que sufren de hipertensión cardiovascular, es decir, de contracción vascular crónica, se caracterizan, en cambio, por ser fácilmente excitables, "emocionalmente lábiles" y explosivos. Esto se pone claramente de manifiesto en sus ataques agudos de angustia. En cuanto a los cancerosos, jamás he tratado a un enfermo que muestre emociones violentas, accesos de ira, etc. Por eso es lógico pensar que, pese a la base común representada por la estasis sexual, tienen que existir diferencias específicas entre las dos formas de biopatía. El factor esencial es la *forma de reacción del organismo a la excitación sexual estancada.*

Al investigar nuevos terrenos nos vemos obligados, una y otra vez, a partir de suposiciones inspiradas por los cuadros patológicos, sin estar en condiciones de afirmar con certeza que tales suposiciones son acertadas. No nos queda otra alternativa que esperar a que nuevas experiencias confirmen o refuten nuestras suposiciones. En estos asuntos nunca se es lo bastante flexible y cauto, la autocritica nunca es demasiado severa. En síntesis, la comparación clínica de la biopatía del cáncer con la hipertensión vascular nos obligó a suponer una elaboración fundamentalmente distinta de la excitación sexual en el biosistema. En la biopatía vascular (neurosis de angustia como resultado de la abstinencia), la excitación sexual permanece siempre viva en el terreno biológico, es decir, fisiológico y emocional. En otras palabras, el núcleo biológico del organismo, el aparato vital autónomo, continúa generando energía al máximo. El organismo reacciona contra eso, en el estado de contracción, con crisis de angustia o explosiones de ira, y con síntomas somáticos como el hipertiroidismo, la diarrea, etc. *En el cáncer, en cambio, el núcleo biológico reduce su producción de energía. Este descenso en la producción de energía hace que las emociones y excitaciones se vayan debilitando con el tiempo.* El metabolismo energético experimenta así una perturbación mucho más profunda que la de los trastornos con síntomas más llamativos, como es el caso de la histeria. Desde un punto de vista funcional, una crisis de angustia es una descarga de energía, aunque de naturaleza patológica. *La quietud emocional crónica, en cambio, tiene que ir acompañada de calma bioenergética en el sistema celular y plasmático.*

Aunque con ciertas vacilaciones, no puedo evitar hablar aquí de una "asfixia del sistema energético celular". Si bien por el momento no existe una certeza, podemos suponer que la resignación caracterológica es la manifestación superficial de un proceso interior de cesación gradual de las funciones energéticas del aparato vital. Procuraremos aclarar este concepto con una comparación:

En un arroyo en movimiento, el agua se renueva en forma permanente; eso posibilita lo que se ha dado en llamar autopurificación del agua. Las impurezas se disuelven con rapidez, por un proceso que aún no ha llegado a comprenderse por completo. En una charca, en cambio, en donde no hay renovación de agua, los procesos de putrefacción no sólo no son eliminados, sino que se ven acelerados. Las amebas y demás protozoarios prosperan mal o no prosperan en el agua en movimiento, pero se desarrollan profundamente en el agua estancada. Aún no sabemos en qué consiste esta "asfixia" en el agua estancada o en el sistema energético inmóvil, pero tenemos muchas razones para suponer la existencia de tal proceso y estado. No es casual -no puede serlo- que las células cancerosas se desarrollen tan pocas veces en un organismo bioenergéticamente vivo y, en cambio, aparezcan con tanta frecuencia en los organismos calmos desde el punto de vista bioenergético. Es evidente que la biopatía de encogimiento, a diferencia de otras formas de biopatía, se inicia con esa calma en la vida sexual y emocional. La historia de los enfermos de cáncer abunda en síntomas de angustia por estasis, pero es muy raro que esos síntomas subsistan cuando el cáncer alcanza su madurez. Se tiene la impresión de una marcada disminución del metabolismo energético que en los individuos sanos se manifiesta con tanta vivacidad en la función del orgasmo. Considero que estas suposiciones son de gran importancia y por eso espero que sean objeto de una investigación profunda.

No debemos suponer que las células del organismo aceptan la extinción del sistema energético sin lucha. Cuando la excitación bioenergética (orgonótica) del sistema total se reduce, la excitación orgonótica de células o sistemas celulares aislados puede mantenerse con intensidad, a la manera de lo que ocurre con un organismo que se asfixia y lucha contra la relajación final por medio del clonismo. De modo que cuando el organismo en su totalidad ya ha perdido la capacidad de excitación y de metabolismo energético, puede haber células individuales en un estado de sobreexcitación orgonótica. Pero esas excitaciones aisladas, sin conexión con las excitaciones orgonóticas del organismo entero, ya no pueden ser fisiológicamente normales. Tienen que ejercer un efecto nocivo sobre la estructura celular.

Por ahora no insistiré sobre este tema. De todas maneras, la física orgonómica promete suministrar datos importantes para aclarar la función afectiva de las células del cuerpo y su relación con el metabolismo de la energía orgónica. Tenemos, por ejemplo, el fenómeno de la *luminación orgonótica* de los biones, que revela importantes relaciones con la luminación y excitación de las células del organismo. Pero ahora volvamos a la paciente.

La conducta emocional y bioenergética de nuestra enferma respondía por completo a las suposiciones que acabamos de exponer. Constantemente formulaba preguntas acerca de los procesos sexuales; pero en esas preguntas no se advertían ansias ni excitación. Una paciente con histeria de angustia habría formulado las mismas preguntas con gran excitación o las habría reprimido y habría desarrollado un intenso miedo. La significación emocional de las preguntas se habría puesto en seguida de manifiesto. El caso de nuestra paciente era muy distinto. Todo lo que ella afirmaba o preguntaba carecía de relieve, como si hubiera sido dicho sin interés, a pesar de que eran temas vitales para ella. El contenido de sus fantasías eran horripilantes, pero ella permanecía intacta, como si su interés fuese sólo superficial. No tardó en comenzar a quejarse de esa superficialidad de sus vivencias, de esa manera de vivir las cosas "como un cadáver". Esa sensación la había hecho sufrir desde su pubertad. Sentía que no podía establecer un auténtico contacto con nadie y con nada. Esa calma emocional de la víctima del cáncer es muy distinta de la frialdad y falta de contacto del carácter compulsivo con bloqueo de emociones. En el carácter compulsivo hay potentes impulsos energéticos ligados al bloqueo afectivo: en el canceroso falta energía.

La detenida observación del comportamiento de la paciente contradecía la suposición de que en las profundidades biológicas había emociones reprimidas. Ni siquiera en las profundidades había emociones. El reflejo de orgasmo se presentó con sorprendente facilidad, pero casi sin fuerza emotiva. *Las emociones son expresión de una excitación celular bioenergética.* Si se logra superar la inhibición respiratoria de un paciente afectado de neurosis de estasis, con angustia cardíaca, la consecuencia inmediata e inevitable serán intensas excitaciones. En nuestra enferma no se advirtió nada de eso. La corrección de su respiración durante un lapso de dos meses dio lugar a acciones vegetativas espontáneas pero no a movimientos vivaces. El reflejo orgástico fue débil, de modo que no le causó temor, a diferencia de lo que ocurre en una persona con neurosis de estasis, que vive esa experiencia con intensa angustia. La pobreza emocional, pues, alcanzaba a las profundidades del sistema biológico.

Yo me preguntaba si los espasmos del aparato genital desaparecerían sin la intervención de intensas excitaciones. Era evidente: la mujer no sanaría mientras su sexualidad no comenzara a funcionar con vigor. Al cabo de dos semanas de tratamiento, comenzó a desarrollar débiles corrientes vegetativas en los genitales. De ahí en adelante, los espasmos genitales se aliviaron y desaparecieron los dolores. Pero como las excitaciones eran muy débiles y resultaba imposible intensificarlas, la enferma no desarrolló los miedos habituales. Eso es algo fuera de lo común y confirma la suposición de que en

la biopatía de encogimiento las fuentes de excitación del sistema autónomo se van extinguiendo lentamente. Queda por establecer, a través de nuevas observaciones y estudios, si las funciones energéticas en extinción pueden restablecerse por completo con ayuda de la orgonterapia. Más adelante volveremos sobre el tema.

La resignación sin protestas abiertas o encubiertas contra la pérdida de la alegría de vivir debe considerarse, pues, como una de las bases esenciales de la biopatía de encogimiento. *La biopatía de encogimiento sería, por consiguiente, una continuación de la resignación caracterológica crónica en el terreno de la función celular.*

Tratemos ahora de visualizar las funciones biológicas -fisiológicas y psíquicas- de una manera plástica. Imaginemos un amplio círculo con un centro ("núcleo"). El encogimiento de la periferia del círculo representaría el comienzo de la resignación caracterológica y emocional. El núcleo, el centro del círculo, se mantiene aún intacto. El proceso avanza hacia el centro, hacia el "núcleo biológico". El núcleo biológico no es otra cosa que la suma de todas las funciones plasmáticas celulares. Cuando el proceso de encogimiento alcanza ese núcleo, el plasma mismo comienza a encogerse. Esto mismo ocurre con la pérdida de peso. Mucho antes de que se llegue a un deterioro directo de la función plasmática, se producen perturbaciones en las funciones fisiológicas y caracterológicas periféricas: pérdida de la capacidad de establecer contacto social, pérdida de la alegría de vivir, de la capacidad de goce, de la capacidad de trabajo y, por último, trastornos de la pulsación y de la excitación vegetativa.

El aparato vital rodea al núcleo biológico en capas de diferentes profundidades. Hay capas superficiales y capas profundas en el biosistema.¹⁰ Por consiguiente, los trastornos en la función somática pueden ser superficiales o profundos. Un trastorno respiratorio agudo no afecta al núcleo del biosistema. Un trastorno respiratorio *crónico*, provocado por una actitud inspiratoria crónica, generará una angustia crónica, pero no afectará la función plasmática biológica, en la medida en que continúen las funciones bioenergéticas dentro de la célula misma, es decir, en la medida en que el organismo siga produciendo impulsos vigorosos. Pero si la producción de impulsos en la célula misma llega a verse afectada, si la resignación caracterológica periférica ha penetrado hasta el sistema plasmático, estamos ante un proceso de encogimiento biopático. Tendremos que estudiar también este proceso en la esquizofrenia crónica (sobre todo en la hebefrenia).

¹⁰ Una estratificación similar se ha descubierto en el carácter. Véase Wilhem Reich, *Character Analysis*, Nueva York, 1972.

Parecería ser ya indudable que el encogimiento biopático es específico del cáncer. Pues el proceso canceroso propiamente dicho se asemeja en sus rasgos esenciales a la vida protozoaria en una charca, en la cual el agua ya no se mueve y, en cambio, prosperan los protozoos. Lamentablemente, este proceso que se cumple como trasfondo de la biopatía de encogimiento no puede ser observado microscópicamente; sólo podemos deducirlo. En la medida en que pueda completarse la observación directa y, con referencia a ésta, subsiste una brecha entre la quietud afectiva caracterobiológica y el proceso en el plasma celular que, en el proceso del cáncer, podemos observar microscópicamente en forma de desintegración vesicular bionosa.

Ahora centraremos nuestra atención en esos trastornos celulares y tisulares. De lo dicho surge a las claras que una simple cicatriz, una verruga, una herida o una irritación crónica no pueden constituir el punto de partida de un cáncer, a menos que ya exista una perturbación fundamental de la función vital en el núcleo del sistema biológico, que termina por adueñarse de esa lesión local. *¿Pero de qué manera ocurre eso?*

VI LA CÉLULA CANCEROSA

1. El enigma del origen de la célula cancerosa

Entre los múltiples problemas no resueltos que se vinculan con el flagelo del cáncer, uno de los que más han interesado a médicos y a legos es el origen de la célula cancerosa. El tejido sano es "tranquilo". Las innumerables células individuales del organismo viven en íntima armonía entre sí, cumplen en común las funciones de los respectivos órganos, como son la absorción de alimentos, la excreción, la respiración, la excitación y la gratificación sexuales, etc. En una palabra, están subordinadas a las funciones orgánicas, responsables de las funciones vitales del organismo en su totalidad. El tejido canceroso se desarrolla a partir de tejidos que previamente parecían sanos. Según el punto de vista tradicional, las principales características del cáncer derivan de un único hecho: una o varias células "tranquilas" comienzan a "intranquilizarse", se dividen con gran rapidez, proliferan en forma vigorosa, constituyen grandes acúmulos y dan origen así al "tumor canceroso". A diferencia de las células sanas, las células cancerosas son móviles. Penetran en los tejidos vecinos por un proceso de rápida división. No se detienen ante nada, lo invaden todo. Al penetrar en los tejidos, los destruyen. Por eso, su crecimiento se define, con toda razón, como infiltrante y destructivo.

Dejemos ahora de lado los múltiples interrogantes planteados, para concentrarnos en uno, el más esencial: *¿Cómo es posible que una célula inmóvil, que vive y funciona en armonioso orden con otras células, se transforme en una célula móvil, que se separa de la comunidad, una célula "salvaje" que destruye todo lo que encuentra a su paso?* Lo más curioso de todo es que la célula cancerosa es una estructura extremadamente débil que se desintegra con toda facilidad.

Esa brusca transición entre la célula sana y la cancerosa ha permanecido hasta ahora en tinieblas para nosotros. Se conocen con toda precisión las características de la célula sana. La forma y muchas de las características de la célula cancerosa tampoco nos son desconocidas. En cambio nada se sabe acerca de lo que ocurre en la etapa de transición; se ignora como una se transforma en la otra.

A través de la investigación de los biones se encontró la respuesta a ese interrogante, aunque a través de curiosos rodeos. Con la solución de este problema fundamental se abrieron muchas puertas a la comprensión del cáncer y, por consiguiente, a la forma de combatirlo. Adelantaré en pocas palabras lo esencial de este descubrimiento: era un error creer que la célula cancerosa surgía directamente de la célula sana. *Una célula inmóvil y sana no se transforma de buenas a primeras en una célula inquieta, móvil y prolífica.* Mucho antes de que se desarrolle la primera célula cancerosa se producen una serie de procesos patológicos en el tejido orgánico afectado y en su inmediata vecindad. Estos procesos locales, a su vez, van precedidos por una enfermedad general del aparato vital. La aparición de las células cancerosas en un determinado lugar sólo es, en realidad, *una* fase en el desarrollo de una enfermedad general llamada "cáncer". Hemos elegido la denominación biopatía de encogimiento carcinomatoso para esta enfermedad sistémica. El tumor canceroso ni siquiera es el elemento más importante de la enfermedad; sólo es el más llamativo y hasta ahora, el único visible y palpable de la biopatía carcinomatosa. Por eso, el descubrimiento de la *biopatía de encogimiento* como la verdadera enfermedad fue de enorme importancia pues orientó nuestra atención hacia los factores esenciales. Si lo esencial es la enfermedad sistémica y no el tumor local, el tratamiento del cáncer debe ser, por lógica, *general*; ya no puede limitarse a la pequeña zona del cuerpo en la cual se desarrolla repentinamente en tumor. El desconocimiento de la enfermedad sistémica y el convencimiento de que el tumor local era el verdadero cáncer han sido las causas del estancamiento en la lucha contra el cáncer.

Pero ahora volvamos a lo que ocurre en el tejido *antes* de la aparición de las primeras células cancerosas totalmente desarrolladas. Para responder a esta pregunta deberemos desembarazarnos de algunos procedimientos que dificultan las investigaciones sobre el cáncer:

1) Ni los tejidos sanos ni aquellos sobre los cuales recae la sospecha de cáncer deben ser examinados, como es habitual, muertos, fijados y coloreados. Debemos habituarnos a examinarlos en estado *vivo*. El preparado

fijado y coloreado puede utilizarse como control, pero el preparado vivo nos revela hechos que el preparado muerto no nos puede mostrar.

b) Debemos aprender a practicar nuestras observaciones microscópicas con un aumento mínimo de unas 2000x. Esto es indispensable, pues con un aumento menor no podemos seguir el desarrollo de la célula de cáncer.

c) Debemos aprender a practicar con frecuencia las observaciones mencionadas en a) y en b) sobre excreciones (esputo, materia fecal, orina) sangre viva, células de la piel, de las mucosas, etc.

Formaciones inusuales en tejidos cancerosos y en la sangre de enfermos de cáncer

Los tejidos vivientes sanos y la sangre sana examinados con un aumento de 2000x muestran exclusivamente las células y formaciones descritas, en cualquier texto bueno de biología o de fisiología, como elementos constituyentes del organismo. Observemos ahora sangre o excreciones y tejidos de un enfermo de cáncer; digamos, de un individuo afectado de cáncer de pulmón. Descubrimos células formadas y formaciones incompletas que jamás habremos visto en las ratas sanas ni en los tejidos o excreciones de individuos sanos. Lo que más llama la atención es la presencia de estructuras *estriadas, vesiculares con una intensa coloración azul* que no tienen aspecto de células ni de bacterias. Algunas presentan contornos irregulares, como inacabados, otras muestran una forma alargada, semejante a un *bastoncillo* o formas *caudadas*. Nos asombra encontrar amebas caudadas, de movimiento rápido y pulsante en el esputo. *¿Cómo llegan al pulmón esas formaciones semejantes a amebas?* Sin duda, no por "infección proveniente del aire", porque en el aire no existen esas amebas. *Por lo tanto tienen que haberse desarrollado en el pulmón mismo.* ¿A partir de qué? Por cierto no a partir de gérmenes que hayan penetrado en el pulmón por azar. Hemos visto que las amebas se desarrollan en infusiones de musgo a través de un proceso de desintegración vesicular, que dicho proceso comprende muchas fases y que no hay "gérmenes" en el sentido que daba a esta palabra la protozoología tradicional. ¿Es posible que las amebas y demás formaciones del esputo se hayan desarrollado a partir de tejidos pulmonares en *descomposición*, igual que las amebas desarrolladas a partir de los tejidos de musgo en descomposición? Esta ocurrencia nos da mucho que pensar, pues explicaría, de pronto, el origen de las células cancerosas. Pero ese tipo de ocurrencias sólo pueden retenerse y traducirse en afirmaciones una vez que se han reunido los elementos objetivos necesarios para probar que la suposición era acertada.

Somos un poco desconfiados en lo que se refiere al éxito de nuestra empresa. ¿Cómo es posible que hasta este momento nadie haya pensado en analizar el esputo de individuos en los cuales se sospecha o se conoce la existencia de un cáncer? ¿Cómo es posible que a nadie se le haya ocurrido buscar en ese material la presencia de formaciones inusuales? De haberse hecho, se habría comprobado sin dificultad la presencia de amebas en los pulmones. Si la cosa es tan simple como parece, es preciso ser doblemente cauto y comenzar por entender las razones de esa negligencia de los investigadores. Examinamos la literatura sobre cáncer y comprobamos que nadie hace referencia a la forma, variedad, e incluso existencia de células cancerosas vivas y móviles en las excreciones o en los tejidos vivos. A pesar de todo, no podemos aceptar sin más ni más el hecho de que varias generaciones de investigadores se hayan equivocado hasta ese punto. Las posibilidades son dos: que nuestra ocurrencia sea un disparate y que las amebas del esputo nada tengan que ver con el cáncer, o que... generaciones enteras de investigadores hayan cometido realmente un error tan serio. No queremos regocijarnos prematuramente ante esta eventualidad, sino analizar con seriedad todos los aspectos del problema. En primer lugar, ¿se cometen y se han cometido en la ciencia ese tipo de errores y omisiones? De eso no cabe duda; tales omisiones y errores suelen preceder al nacimiento de un importante conocimiento nuevo. Antes de Pasteur y de Lister, cuando nada se sabía acerca de infecciones ni de esterilización, morían innumerables mujeres de fiebre puerperal. Y, sin embargo, habría sido muy simple perfeccionar el viejo descubrimiento de Leeuwenhook y practicar observaciones microscópicas. Un prejuicio crónico, hondamente arraigado, impedía a los médicos del tiempo de Pasteur utilizar el microscopio y eso costó innumerables vidas. La actividad sexual infantil, aceptada hoy por todos los pedagogos y médicos modernos, no existía a los ojos de la ciencia antes de que Sigmund Freud la descubriera. Sin embargo, qué simple es hoy ver que el supremo interés de los niños pequeños se orienta hacia la sexualidad.

Eso nos anima a suponer que los investigadores del cáncer pueden haber cometido un error catastrófico similar. Pero debemos identificar ese error, debemos entender su naturaleza, debemos probar que nuestro punto de vista es el correcto. Una vez admitida la posibilidad de un error monstruoso ya no podemos retroceder. Sólo cabe seguir adelante. Si nuestro enfoque está equivocado, debemos reconocerlo; pero si la investigación sobre el cáncer ha seguido un camino equivocado y ha partido de premisas erróneas, nos corresponde demostrarlo. Quisiera adelantar aquí mi conclusión: *La investigación tradicional en materia de cáncer sigue, efectivamente, un camino equivocado y ha partido de falsas premisas.*

Eso explica la negligencia en que ha incurrido al no observar al microscopio esputos de enfermos.

El estudio consecuente de las excreciones y de la sangre de cancerosos nos suministraría, con el tiempo, los medios para un diagnóstico precoz seguro. Algún día no será necesario ya aguardar a que el tumor canceroso sea lo bastante grande como para permitir el diagnóstico sobre la base de radiografías y biopsias. En última instancia se contará con una base firme para extraer conclusiones respecto al origen del cáncer y a la forma de combatirlo.

La demostración del error fundamental de la investigación tradicional y la prueba de la exactitud de nuestro enfoque acerca del origen de la célula cancerosa están indisolublemente ligadas. Si entendemos cómo se desarrolla la célula cancerosa a partir del tejido sano, habremos comprendido también cuál fue la falla de la investigación tradicional.

Observemos con mayor detenimiento el esputo de nuestro enfermo de cáncer y llevemos el aumento de 2000x a 3000 e incluso a 4000x. Descubrimos así una multitud de diminutos *corpúsculos lanceolados* que no habíamos alcanzado a distinguir con 2000x de aumento. Tienen la forma de los *bacilos T* que cultivamos a partir de tejidos degenerados, sangre en proceso de desintegración o proteína en estado de putrefacción. Son los mismos corpúsculos que hemos visto en los preparados de carbón y que pueden ser obtenidos de cualquier tipo de tejido canceroso por simple inoculación de cultivo.

Puesto que los bacilos T son el resultado de la degeneración de tejidos y de la desintegración por putrefacción, no podemos menos que llegar a la conclusión de que en los tejidos pulmonares se está cumpliendo un proceso de desintegración y putrefacción. Aún no lo sabemos, pero debemos determinar si esos bacilos T son *consecuencia* o *causa* de la desintegración del tejido. Sin embargo, hay algo indudable ya: esos bacilos T no llegaron al pulmón como infección por vía del aire. Eso me demuestra con toda facilidad: *cualquiera que sea el medio de cultivo que utilicemos, es imposible cultivar bacilos T a partir del aire*. Sólo se los obtiene cuando las propias bacterias del aire cultivadas (bacterias de putrefacción, B-subtilis, estafilococos, etc.) degeneran; se reconoce la aparición de bacilos T en el cultivo por un fino borde azul-verdoso y resplandeciente que se forma en torno a todo tipo de cultivo en proceso de degeneración. Se percibe, además, un olor marcadamente ácido y amoniacal. De ese borde pueden cultivarse bacilos T puros. A la pregunta de si los bacilos T preceden a la aparición del cáncer o si son resultado de la misma o quizá ambas cosas a la vez, puede responderse por la vía experimental. Más adelante nos detendremos en este tema.

En el esputo de nuestro enfermo de cáncer de pulmón encontramos también formaciones azules, contráctiles, de formas diversas, que no aparecen en los tejidos pulmonares sanos. Se trata de los *biones PA*, acerca de los cuales ya hemos hablado. Nosotros no los llevamos hasta el pulmón, de modo que también ellos deben de haberse desarrollado allí. A semejanza de los bacilos-T, estos biones no pueden cultivarse directamente a partir del aire. Los reconocemos como biones PA porque ejercen el mismo efecto paralizante sobre los bacilos T que ejercían los biones PA experimentalmente producidos a partir de la tierra o del carbón. Y ahora surge un nuevo interrogante: *¿Qué relación existe entre estos grandes biones azules y el cáncer?* El problema se torna más complicado a medida que se prolongan e intensifican las observaciones. Sin embargo, comprobaremos que la solución es simple.

Autoinfección del organismo por desintegración de los tejidos

Las estructuras descubiertas en el esputo no se encuentran en el aire, por consiguiente deben de tener origen dentro del organismo. Nuestra tarea consiste en establecer de qué manera se desarrollan. Suponemos que son productos de una descomposición de tejidos y que provocan una *autoinfección* del organismo. Para confirmar nuestra suposición analizamos las excreciones y secreciones de otros órganos de individuos afectados de cáncer: secreciones vaginales y uterinas, orina, materia fecal, etc. En los casos de cáncer de piel raspamos una porción de epitelio y la analizamos en solución fisiológica. Procedemos de la misma manera con tejidos de tumores cancerosos espontáneos. Cuanto más tejidos cancerosos examinamos, tanto más firmes se hacen nuestras conclusiones.

a) La célula cancerosa totalmente desarrollada sólo es el producto final de una larga serie de procesos patológicos en los tejidos afectados. Tales procesos nunca han sido investigados.

b) Ciertas fases típicas de la descomposición tisular y de la formación de estructuras no aparecen en los tejidos sanos.

c) La primera fase de degeneración cancerosa de los tejidos es la pérdida de estructura normal por formación de vesículas.

d) El tejido en proceso de desintegración vesicular da origen a dos tipos fundamentales de biones: los biones PA azules y los pequeños y negros bacilos T, de forma lanceolada.

e) *A partir de esas vesículas energéticas bionosas se organizan las células cancerosas, a través de una serie de fases intermedias, hasta constituir el protozoo ameboide móvil.*

En todos los tipos de tejido canceroso examinado encontramos las mismas formas iniciales y transicionales (Fig. 20, p. 246). El tejido muscular sano muestra una estructura estriada regular, sin vesículas (Fig. 51, Apéndice). El tejido muscular del útero afectado de cáncer, en cambio, muestra una desintegración vesicular (Fig. 52, Apéndice). Las células vivas sanas tienen un protoplasma azulado, finamente estriado o inestructurado. Las mismas células, en tejidos cancerosos, presentan en su interior vesículas bionosas de un azul profundo o diminutos corpúsculos negros. Las células sanas (músculos, epitelio de la piel, epitelio de la lengua, etc.) se desintegran en grandes biones azules cuando se las hierve en solución de KCl. Las células afectadas de cáncer se descomponen en corpúsculos T cuando se las hierve. Por consiguiente, las células cancerosas totalmente desarrolladas se distinguen de las células tisulares normales porque al hervirlas no se descomponen en biones azules PA sino en bacilos T.

El tipo de tejido canceroso (sarcoma, adenocarcinoma, epiteloma) y su localización no es lo definitorio. El cáncer se caracteriza por la *estructura vesicular de los tejidos vecinos* y por diversas formas de organización, que evolucionan hasta convertirse en células cancerosas totalmente desarrolladas o bien surgen de su desintegración. El primer paso en el desarrollo de un carcinoma es siempre la desintegración vesicular del tejido. Por eso puede suponerse que la proliferación de células cancerosas en la zona no sólo debe atribuirse al avance del tejido canceroso ya formado, sino también -y quizá en mayor medida- a la desintegración del tejido reblandecido de los alrededores. El tejido circundante sano debe experimentar un proceso de desintegración vesicular antes de permitir la infiltración del tumor vecino. Se trata de una acción recíproca entre el tejido canceroso formado y los tejidos vecinos sanos. El primer grupo celular en proceso de desintegración vesicular se organiza para constituir un tejido celular canceroso. Este tejido celular canceroso, ya formado, daña al tejido vecino, todavía sano, y provoca su desintegración vesicular. Este tejido vecino, en el cual ya se ha iniciado la desintegración, no ofrece resistencia a la infiltración, va retrocediendo ante ésta y comienza a organizarse también él, para constituir células cancerosas. Eso explica el típico crecimiento destructivo, infiltrante del tumor. Los microfotos (Fig. 53, Apéndice) de tejidos cancerosos vivos, sin colorear, demuestran que parte del tejido se transforma lentamente en formaciones cancerosas de tonalidad oscura.

La forma de las células cancerosas totalmente desarrolladas es igual en todos los tipos de cáncer y cualquiera sea su localización (hueso, glándulas, músculos, etc.) (Figs. 49 y 54, Apéndice). Una vez que se ha aprendido a distinguir las, se las reconoce con toda facilidad por su forma caudada.

Esa forma aparece mucho antes que la motilidad. Por eso, si en las secreciones vaginales y en los epitelios aparecen formaciones alargadas, de intenso resplandor azul, vesiculares (bionosas) y caudadas, el diagnóstico de cáncer incipiente queda confirmado. No se puede saber si la enfermedad va a pasar de ese estado; eso depende de muchos otros factores que pronto veremos.

Las formas caudadas no pueden ser confundidas con ninguna célula sana. Hay células cilíndricas en la mucosa gástrica que pueden tomarse por células cancerosas, pero el observador experimentado no dejará de advertir la diferencia.

Además de las típicas formaciones claviformes, hay grandes cantidades de células redondas con plasma liso, no estructurado o constituido por biones de intensa coloración azul. (El problema de si esta estructura tiene algo que ver con la típica coloreabilidad intensa (cromofilia) y la cromatina nuclear - problema muy conocido por los especialistas en cáncer que trabajan con tejidos *muertos*- sólo tiene interés para los especialistas y, por lo tanto, se analizará dentro de su contexto particular.)

Las etapas típicas de la evolución de las células cancerosas en las ratas y en los hombres son, por lo tanto, las siguientes:

- a) Tumefacción y desintegración vesicular del tejido. Esa desintegración tiene su origen en espasmos locales y en una crónica estasis sistémica de energía.
- b) Organización de vesículas bionosas en acúmulos de vesículas energéticas o biones ("acúmulos de biones").
- c) Formación de una membrana en torno al acúmulo de biones.
- d) Disolución de los biones en plasma sin estructura o azul estriado. Los biones pueden subsistir también en su forma primitiva.
- e) Formación de cuerpos claviformes.
- f) Aparición de la motilidad en los cuerpos claviformes. Esto no puede observarse con un aumento menor de 3000-4000x. Los movimientos son lentos y espasmódicos, y provocan desplazamientos.
- g) Licuefacción del plasma y, junto con esto, desarrollo de protozoarios ameboides. En el cáncer humano se alcanza muy pocas veces este estado pues el organismo sucumbe, por lo general, mucho antes de que se produzca la desintegración tisular y el proceso de putrefacción. (Más adelante nos detendremos en el proceso de putrefacción.) En las ratas, sobre todo en aquellas que desarrollan un cáncer artificial luego de inyectárseles bacilos T, se encuentran con mucho mayor frecuencia las formas ameboides. Las células de cáncer se desplazan mediante sacudones rítmicos o fluyen de un

lugar a otro. Algunas células cancerosas son caudadas y se mueven como un pez en el agua (esto se ha registrado en una película cinematográfica). La variedad de formas de las células cancerosas en estado de completo desarrollo es infinita. Hay formaciones con células chicas y otras con células grandes. Por razones aún desconocidas, las formaciones constituidas por microcélulas son mucho más malignas que las constituidas por macrocélulas, es decir, que llevan más rápido a la muerte. La forma más virulenta es el sarcoma de células pequeñas en los individuos jóvenes.

El desarrollo del tumor canceroso corresponde simplemente a la *autodesintegración protozoaria y a la autoinfección del organismo*. En otras palabras, *tejidos aislados del organismo metazoario se transforman en organismos unicelulares* de forma y tamaño variables. Si este proceso pudiera continuar sin ser interrumpido por la muerte, la persona o la rata afectadas de cáncer terminarían por convertirse totalmente en protozoarios. El fenómeno concomitante más destructivo de esta transformación es el proceso de putrefacción típico del cáncer. Esta putrefacción de los órganos y de la sangre requiere una descripción especial. Para las investigaciones sobre biones importa poco que las células cancerosas se desarrollen a partir de tejidos epiteliales, glandulares, conjuntivos u óseos; el proceso básico es siempre el mismo. La diferenciación tradicional entre diversas formas de cáncer (epitelioma, adenocarcinoma, glioma, etc.) pierde así importancia. Para el enfermo, lo esencial es la localización y no el tipo histológico.

Función del orgasmo en el metabolismo energético orgánico de la célula: asfixia nuclear en la célula precancerosa

El proceso biopático de encogimiento tiene que tener, necesariamente, un efecto sobre la formación de tumores localizados. Las observaciones practicadas al aplicarse la orgonterapia han permitido extraer la conclusión de que las contracturas *locales* y los *trastornos de carga en los tejidos* son las causas fundamentales de la formación de tumores. En cambio, la *inhibición respiratoria* es la causa primaria del encogimiento sistémico. Sin embargo, estos procesos explican los trastornos del organismo y del órgano aislado, pero no la perturbación de las funciones *celulares* en los órganos afectados. A través de un curioso rodeo, este problema nos conduce de vuelta al viejo interrogante: *¿Cuál es la función del orgasmo sexual en el metabolismo energético de la célula? ¿Por qué se ha desarrollado semejante función cardinal y en qué procesos biofísicos de la célula se basa?*

La ciencia suele formular preguntas que parecen superfluas o ingenuas a los ojos del lego. Sin embargo, son de importancia fundamental.

Ni la economía sexual ni la investigación sexológica que la precedió han brindado hasta ahora una respuesta a este interrogante. No es posible adoptar un punto de vista cómodo como el de la mística y aceptar que el hombre, a diferencia de la bestia, "puede existir sin función orgástica". Los daños que la impotencia orgástica causa a la humanidad son demasiado devastadores, demasiado generales y demasiado graves como para seguir negándolos. La importancia del orgasmo para el equilibrio bioenergético del organismo ha sido aceptada como un *hecho* por la economía sexual, pero no ha sido comprendida. Sólo sabíamos *que* el orgasmo regula el equilibrio biológico y que su ausencia provoca las biopatías. Pero no sabíamos *cómo* cumple su función el orgasmo; no sabíamos *que provoca la descarga orgástica (orgonótica) en las células*. Inesperadamente, las investigaciones sobre cáncer enfocadas desde el punto de vista de la economía sexual nos llevaron a la solución de este importante problema, de la siguiente manera:

Los tumores cancerosos locales se desarrollaron en órganos espásticos y mal cargados, es decir, en órganos en proceso de asfixia. Las células individuales tienen que resultar gravemente afectadas por tal proceso. Eso nos lleva a suponer que el desarrollo de una célula cancerosa, a partir de una célula normal sedentaria, corresponde a un cambio de la función "bioenergética" -es decir, físico-orgonótica- de la célula. Las investigaciones químicas han proporcionado importantes datos en este aspecto, como por ejemplo la producción de ácido láctico en el tejido canceroso, el exceso de anhídrido carbónico, que indica un metabolismo de asfixia en las células, etc. etc.

La investigación sobre biones incorpora, entonces, el enfoque físico-orgonótico, es decir, energético, al químico. Sostiene que la estasis de energía conduce a una descomposición de la sustancia celular y que la célula cancerosa sólo se desarrolla a partir de esos biones. Pero es necesario que investiguemos mejor ese aspecto: *¿De qué manera lleva la estasis de energía en un tejido a la descomposición bionosa de la CÉLULA?*

Cada célula del organismo, con su núcleo, su plasma y su campo de energía orgónica constituye un "sistema orgonótico" diminuto, pero completo. Puesto que toda célula contiene energía orgónica su estructura tiene que estar en relación con la carga de esta energía. No es difícil adivinar cuál es esta relación: El *núcleo* es el elemento más importante de la célula y el que contiene más energía. El plasma celular, sin núcleo, no está capacitado para vivir: en cambio hay células con un plasma mínimo -como las células espermáticas- que viven perfectamente bien. Por consiguiente, el núcleo debe

ser considerado como el "centro vegetativo" de la célula individual, así como el sistema nervioso autónomo es el "núcleo biológico" o el "centro vegetativo" del organismo en su totalidad. El núcleo celular y el sistema nervioso autónomo representan el aparato más rico en energía del sistema orgonótico correspondiente; es decir, la célula, en el caso del núcleo, y el organismo total, en el caso del sistema nervioso autónomo.

El núcleo es *energéticamente más fuerte* que el plasma celular. Todos los procesos y funciones biológicos esenciales comienzan en el núcleo y sólo en segundo lugar pasan al plasma. La división celular, por ejemplo, comienza en el núcleo y luego se produce la división del plasma. Las amebas en proceso de división suelen vivir por espacio de horas con el núcleo dividido, es decir con dos núcleos, antes de que se formen dos amebas, por división del cuerpo.

El biólogo alemán Richard Hertwig tiene el mérito de haber sido el primer científico que investigó la relación entre el núcleo y el plasma y que la formuló en su célebre "*relación núcleo-plasma*".¹ Se sabía desde hacía tiempo que la mayoría de las células alcanza cierto tamaño al dividirse y que ese tamaño varía dentro de límites muy estrechos. Luego de la división, la pequeña célula hija crece hasta alcanzar el tamaño de la célula madre antes de dividirse. Para la biología clásica, la relación normal núcleo-plasma es la que guardan el núcleo y el plasma de la célula inmediatamente después de la división. Según Popoff, una célula joven, que acaba de surgir de la división, crece con ritmo parejo hasta la próxima división, en tanto las condiciones del medio no varíen. Pero ocurre que el volumen del núcleo de esa célula crece con menos rapidez que el plasma hasta poco antes de la próxima división. Sólo entonces se produce un brusco crecimiento del núcleo ("crecimiento de división"), de modo que muy poco antes de producirse la división llega a doblar su tamaño, como ya lo ha hecho el plasma. Vemos, entonces, que el retraso en el crecimiento del núcleo después de la división de una célula da lugar a un desfase en la relación núcleo-plasma, a favor del plasma: hay más plasma que núcleo. Esta desproporción crea una tensión en la célula que lleva al núcleo a crecer y a recuperar lo que ha perdido de manera relativa, debido al mayor crecimiento del plasma. De modo que el núcleo crece por su parte y, de esa manera, restablece la relación normal núcleo-plasma. Ahora bien, Hertwig pensó que esa tensión en la célula no sólo desencadenaba el crecimiento del núcleo sino que también estimulaba la división celular. Sobre la base de nuestra fórmula del orgasmo, podemos añadir que *inmediatamente*

*antes de la división, la célula está sujeta a mayor tensión mecánica y está más cargada de energía que inmediatamente después de la división, cuando su tamaño es menor.*² Antes de la división la relación núcleo-plasma se descompensa en favor del núcleo, porque éste es orgonóticamente más fuerte que el plasma. Si la relación de la *masa* del núcleo con la masa del plasma permanece invariable, la relación *orgonótica* entre núcleo y plasma debe favorecer considerablemente al núcleo. La tensión y la carga relativamente altas del núcleo en su tamaño máximo provoca la división. Como es sabido, la división en sí se ajusta a la fórmula tensión-carga y conduce a la *descarga* por medio de la división, y a la *relajación* en forma de células hijas. El lector se preguntará qué tiene que ver esto con el problema de las células cancerosas. La respuesta es: muchísimo.

En los cortes muertos, coloreados, por lo común se reconoce a las células cancerosas por las siguientes características: Los núcleos presentan un agrupamiento irregular; hay numerosas divisiones de estos núcleos (mitosis); son núcleos extraordinariamente ricos en cromatina, grandes y que aparecen amontonados, como si la masa nuclear superara a la plasmática. Impresiona la abundancia de núcleos en los tejidos afectados.

Si sumamos estas comprobaciones a nuestra descripción físico-orgonómica del proceso de formación de la célula cancerosa, surgirá un nuevo interrogante: *¿Puede expresarse la relación núcleo-plasma de Hertwig en términos de biofísica orgonómica?* Sí, se puede. El núcleo representa el sistema más fuerte, es decir más rico en orgón, de la célula. El plasma celular es el sistema orgonóticamente más débil. Existe, pues, una diferencia entre la carga orgonótica del núcleo y la del plasma. Eso puede confirmarse por medio de la observación microscópica. El núcleo muestra todas las características orgonóticas con mayor intensidad que el plasma. Es más radiante que éste y tiene una coloración azul más intensa. En torno al cuerpo de la célula hay un campo de energía orgónica, que podría considerarse como la parte más débil en orgón de "todo el sistema orgonótico" de la célula. Ahora bien, una de las leyes fundamentales de la física orgonómica (a diferencia de la electrofísica y de la mecánica) es que *el sistema orgonómico más fuerte atrae al más débil y extrae energía de él*. Este hecho reviste una importancia enorme. Nos aclara, de pronto, ciertas incógnitas hasta ahora no resueltas:

¹ Hartmann, *Allgemeine Biologie*, Gustav Fischer, Jena, 2da. ed. pp. 364 y ss.

² Wilhelm Reich, "El descubrimiento del orgón", Tomo I, *La función del orgasmo*, Paidós, Buenos Aires, 1974.

a) *¿Qué es lo que mantiene unida a la célula en sí?*

b) *¿Cómo es posible que la relación núcleo-plasma siempre se mantenga aproximadamente igual (salvo en los períodos de división) y que, por lo tanto, el núcleo sea siempre más fuerte que el plasma en el aspecto orgonótico? Todo organismo irradia orgón en forma continua y, por consiguiente, con el tiempo tendría que perder la totalidad de su carga.*

La respuesta es la siguiente: El núcleo es, desde el punto de vista funcional, el centro y la fuente de energía de la célula, su "sistema nervioso autónomo", por así decirlo. El plasma celular es el depósito de sustancias alimenticias y el órgano ejecutivo de los impulsos nucleares, de la misma manera que los órganos digestivos y locomotores del metazoario son órganos ejecutivos del sistema autónomo. *El núcleo extrae de manera continua orgón del plasma celular, que lo ha asimilado por vía de la nutrición y de la respiración.* De esa manera, el núcleo mantiene su sobrecarga de orgón respecto al plasma. La relación núcleo-plasma no debe establecerse sólo en términos de materia, es decir, de acuerdo con la *masa*. Lo más importante es determinarla en términos de energía, de acuerdo con la diferencia en la carga de orgón. Si el plasma celular crece en el período comprendido entre dos divisiones celulares, la energía orgónica se acumula en él. En un determinado momento, el núcleo crece rápidamente, es decir, corrige la relación de carga orgonótica. De eso surge que durante la fase *entre dos divisiones* (dos convulsiones orgonóticas), *la absorción de energía orgónica por parte del organismo celular sobrepasa constantemente la descarga de orgón sobre el contorno.* Esto (y no los procesos químico-materiales) explica el crecimiento de la célula en totalidad hasta el momento de su división. La preponderancia del flujo de energía *de afuera hacia el núcleo* conduce inevitablemente a un *exceso de energía orgónica* y, por consiguiente, a una inversión del flujo de energía, *del núcleo hacia afuera. Pero la descarga del exceso de energía biológica se cumple en todo el ámbito viviente* —tanto en los vegetales como en los animales, tanto en los protozoarios como en los metazoarios— *por medio de convulsiones del plasma total, en otras palabras, por medio del orgasmo.*

Por eso, no son especulaciones sino hechos bioenergéticos los que nos inducen a afirmar que el orgasmo —ya sea en una célula o en una masa de células ("organismo")— es una "función celular básica, el *"regulador de equilibrio energético del organismo"*. Los cuatro tiempos, *tensión* → carga → descarga → relajación, caracterizan tanto el orgasmo sexual de los metazoarios como la división de cada célula individual. Por eso, la "fórmula del orgasmo" debe ser considerada como la "fórmula de la vida"

y la división celular como un proceso orgástico en el sentido estricto de *nivelación del exceso de energía biológica*. De modo que el orgasmo no es un regalo superfluo de la vida, no es un capricho de la Naturaleza, no es la función colmada de problemas que ven los individuos víctimas de su insatisfacción sexual y de su rigidez biológica (impotencia orgástica); *es el regulador del equilibrio de la energía biológica*. El orgasmo descarga el exceso de energía orgónica que se acumula periódicamente en los núcleos celulares.

De modo que nuestra teoría del orgasmo adquiere un sólido respaldo desde el instante en que penetramos en los misterios de la función celular. Nos permite explicar muchas funciones celulares hasta ahora ininteligibles: el orgasmo (descarga de orgón por convulsiones) libera el exceso de energía acumulada en todo proceso de crecimiento. Una vez que el proceso de crecimiento se detiene, con otras palabras, cuando la producción de *excesos* de energía orgónica en el núcleo biológico comienza a disminuir, la función del orgasmo va perdiendo importancia. Se hace menos frecuente y termina por desaparecer. Pero ésta es una característica esencial del proceso normal de envejecimiento, es decir, de involución del organismo. La vida en su fase ascendente es sexualmente vigorosa y se va debilitando en su fase descendente. Este principio es válido tanto para los individuos como para las generaciones de células. Hay períodos de florecimiento y períodos de extinción de generaciones de células, por ejemplo, la "muerte generacional" de los protozoarios. En este aspecto quedan aún muchos puntos oscuros.

Pero ahora quisiera ilustrar la asfixia celular precancerosa con un ejemplo. Imaginemos un grupo humano que trabaja en conjunto en condiciones favorables. Tiene suficiente espacio vital. Los individuos se apoyan entre sí, no tienen miedo, funcionan plenamente en todo sentido. Ahora imaginemos a ese mismo grupo comprimido en un espacio mínimo. Se declara un incendio; se produce pánico. Ese pánico no es otra cosa que una rebeldía de los impulsos vitales contra el peligro que amenaza la existencia. La paz y el orden desaparecen y se imponen las reacciones salvajes y el desorden. Los que han quedado en pie pisotean a los caídos. El miedo no sólo ha puesto fin al funcionamiento ordenado, sino que, por añadidura, ha creado un nuevo tipo de funcionamiento: el pánico, que es mortal. Algo semejante ocurre cuando se desarrollan las salvajes células cancerosas en un tejido en proceso de asfixia.

La contracción crónica del organismo impide la respiración normal del plasma celular, dificulta la carga y descarga de orgón. El plasma se contrae primero y luego comienza a encogerse. Los procesos químicos del metabolismo se trastornan. El exceso de anhídrido carbónico provoca una

situación similar a la asfixia en el animal. El sistema autónomo reacciona a la asfixia, es decir a la amenaza de muerte, por medio de violentas convulsiones, o sea una hiperactividad desordenada.

La conclusión lógica es que los núcleos celulares desarrollan esta sobreexcitación y esa actividad salvaje cuando el funcionamiento del plasma se limita y la masa plasmática comienza a encogerse. Hay leyes fundamentales que gobiernan tanto el organismo en su totalidad como la célula individual, nunca nos cansaremos de repetirlo. Esto confirma el principio de la unidad y antítesis funcional. En la función normal, el núcleo constituye una unidad funcional con el plasma. Al producirse la asfixia del plasma, el núcleo reacciona oponiéndose en forma decidida al proceso patológico del plasma. El núcleo, como sistema orgonótico más fuerte, todavía puede "defenderse" cuando el plasma celular —que es orgonóticamente más débil— comienza a sucumbir. Desde el punto de vista energético, esto significa que la relación núcleo-plasma de Hertwig se desequilibra rápida y peligrosamente en favor del núcleo. El exceso de energía del núcleo aumenta demasiado en relación con el plasma en proceso de asfixia. En ese estado de sobrecarga, el núcleo sólo admite una función: *la luminación y la división*. La radiación biológica orgónica declina durante el proceso de encogimiento del sistema plasmático y sanguíneo; *la radiación mitogenética* del núcleo celular amenazado de asfixia aumenta, en cambio, en forma desmesurada. Esto fue confirmado, por ejemplo, por von Klenitzky, en el caso de carcinomas de útero. Gurwitsch, por su parte, comprobó que en la pulpa tumoral se advertía un aumento de la radiación y de la inducción. *Los núcleos de las células afectadas intentan compensar la falla del organismo total: se hacen cargo de la función de descarga de energía orgónica, que el organismo total ya no puede cumplir a consecuencia de la impotencia orgástica y de la contracción del sistema plasmático. En lugar de las convulsiones orgásticas naturales del sistema plasmático total, se produce una descarga de energía en el nivel biológico más profundo, en forma de luminación y división de los núcleos.*

Este enfoque hace inteligible esa profusión de divisiones celulares (mitosis) en los tejidos cancerosos. Dado que estas divisiones ya no pueden tener lugar de una manera fisiológicamente normal, es forzoso que aparezcan diferencias de tamaño entre los núcleos. Y puesto que el plasma sufre una grave perturbación, es lógico que también se vea afectada la formación del núcleo, que se descompone en biones con una intensa radiación. Esta desintegración bionosa del núcleo afecta a la totalidad de la célula y hasta se extiende a las células vecinas, reduciéndolas a masas amorfas de vesículas bionosas, que en los preparados coloreados aparecen como "abundancia de

núcleos", "densidad de núcleos" y "cromofilia". A partir de esa masa de biones se organizan, pues, los protozoarios llamados "células cancerosas". Lo hacen con la ayuda de su energía orgónica, que ya no funciona en armonía con el resto del organismo. El metazoario deja de funcionar y el protozoario prospera, como en una charca, donde ya no hay metabolismo energético. *La vida se hunde y funciona en el nivel biológico más bajo*. Pues cuando un organismo multicelular no puede ya sobrevivir, un protozoario puede seguir existiendo y, por supuesto, también puede seguir funcionando un bion.

Por consiguiente, *el tumor canceroso es la última manifestación de una grave perturbación del equilibrio orgonótico y de la función unitaria del organismo provocadas por la impotencia orgástica. Todo esto es resultado de una rebelión de los núcleos celulares contra los procesos de asfixia y encogimiento que se cumplen en los correspondientes plasmas. Esta rebelión es la que da lugar al "salvaje crecimiento de células"*. Este proceso que se cumple en los núcleos celulares corresponde a la alteración del sistema autónomo en un estado agudo de angustia, como por ejemplo en las neurosis de angustia. Podemos hablar de un *ataque de miedo en los núcleos celulares de los tejidos en proceso de asfixia*. En la neurosis de angustia, el ataque de angustia afecta al núcleo biológico y a la periferia biológica; el ataque de angustia en el cáncer afecta sólo a los núcleos, mientras que la periferia del sistema orgonótico del organismo y sus células permanece "emocionalmente" calma. En la neurosis de angustia, la angustia, el miedo se apoderan de todo el organismo; en la formación de tumores locales, el ataque de angustia se limita a un tejido y, dentro de éste, a los núcleos. En la neurosis de angustia, la totalidad del organismo retiene toda su capacidad de funcionamiento; en la formación de tumores locales, el organismo total está en proceso de extinción y sólo los núcleos conservan vitalidad y son capaces de experimentar "miedo". Vemos que el mecanismo de las biopatías de estasis sexual es, en última instancia, un mecanismo patológico celular.

El proceso local es una consecuencia y un fenómeno concomitante de la biopatía sistémica de encogimiento. El proceso de encogimiento en sí atraviesa por tres etapas típicas:

1. *Fase de contracción*: comienza con una incapacidad crónica para la expansión (vagotónica) y se manifiesta caracterológicamente en resignación. Sus características fisiológicas son el espasmo muscular, la palidez de la piel y el debilitamiento de la carga biológica de los tejidos, la impotencia orgástica y la anemia. Esta primera fase es común a todas las biopatías, incluyendo a la del cáncer.

2. *Fase de encogimiento*: se caracteriza por la pérdida de sustancia

corporal, por la retracción de los eritrocitos, por la debilidad física, por la pérdida de resistencia del organismo en su totalidad, por la pérdida de peso y, finalmente, por la caquexia general.

3. *Fase de putrefacción*: se caracteriza por la pérdida de orgón en las células tisulares, por la transformación del material canceroso en materia pútrida, por la rápida formación de bacterias de putrefacción (desintegración pútrida), por la desintegración de las bacterias de putrefacción en bacilos T, por la intoxicación general de bacilos T, por las escaras de decúbito pútridas, por el olor corporal pútrido y por la muerte.

Las manifestaciones de la biopatía de encogimiento coinciden con los fenómenos de regresión de la ancianidad, es decir, la paulatina atrofia del organismo ("involución"). En la ancianidad, el organismo se va encogiendo en forma gradual y se pudre después de la muerte. *En la biopatía cancerosa este proceso general de atrofia se cumple en forma prematura y acelerada.* La muerte por cáncer es prematura, pero cumple todos los pasos de la muerte por vejez. Es patológica por tratarse de un proceso prematuro y acelerado, y porque la putrefacción del cuerpo se inicia cuando éste aún está con vida. Los procesos de la muerte se inician en un órgano que se ha mantenido en un estado de contracción por espacio de años, que respira mal y que funciona mal desde el punto de vista bioenergético (orgonótico). Estos fenómenos son los siguientes: pérdida de orgón de los tejidos y sus células, descomposición vesicular, formación de bacterias de putrefacción y formación de bacilos T. La perturbación abarca, sobre todo, el sistema sanguíneo y, junto con éste, el organismo todo. El aparato autónomo comienza a encogerse. Este proceso es consecuencia de un trastorno de la economía sexual del organismo. Empieza a cumplirse en el organismo mucho antes de que aparezcan los *síntomas tangibles*, que lo hacen inteligible al enfoque mecanicista. Por eso, el diagnóstico de los tumores locales siempre llega demasiado *tarde*. Por la misma razón la terapia *local* tradicional, por medios quirúrgicos o aplicaciones de rayos X o de radium no ataca al "cáncer" como enfermedad en sí. Por completa que sea la extirpación de un tumor maligno de mama, el proceso de putrefacción no sufrirá alteración. Estos hechos son de importancia decisiva para la profilaxis del cáncer por medio del orgón. Sólo cuando estemos en condiciones de combatir el proceso sistémico de encogimiento y de putrefacción podremos hablar de "terapia del cáncer". Este principio ha surgido de nuestros experimentos con biones en ratas afectadas de cáncer y ha guiado los ensayos de orgonoterapia del cáncer en nuestro instituto.

Como es sabido, las células cancerosas son formaciones extremadamente

débiles desde el punto de vista biológico y se desintegran con gran facilidad. El tumor canceroso en sí es inofensivo cuando no aparece en órganos vitales (corazón, hígado, etc.) Por eso hay individuos con pequeños tumores cancerosos que viven y trabajan durante años sin sentirse mal. Muchos ancianos tienen tumores cancerosos que no provocan trastornos y sólo se descubren después de la muerte, cuando se practica una autopsia. Los típicos dolores de cáncer y la debilidad general aparecen cuando el organismo entero está muy afectado. A partir de ese momento, la declinación es rápida.

El tejido canceroso en descomposición es siempre pútrido y huele a putrefacción. El producto final de esta desintegración son cantidades ingentes de bacilos T. La debilidad biológica de las células del tumor canceroso representa el peligro máximo para el enfermo, pues cuanto mayor es la cantidad de células cancerosas que se descomponen, tanto más se generaliza la intoxicación T. Desde el punto de vista de la orgonoterapia, eso representa una gran ventaja, pues *el tumor puede destruirse con facilidad*. Las dificultades con que tropieza hoy la orgonoterapia no están relacionadas con la destrucción del tumor en sí, sino con *la eliminación de los productos de desintegración*. Pero para superar esa dificultad es necesario entender con toda claridad la naturaleza de dichos productos. Para eso practicamos un experimento: sometemos a cocción las células cancerosas de un tumor operado y analizamos el producto. Ya no hay células cancerosas formadas. En lugar de eso encontramos cantidades enormes de bacilos T, que nos resultan tan familiares. *El tejido celular sano se desintegra en biones azules por efecto de la cocción. El tejido canceroso se desintegra en bacilos T.* Los biones azules son beneficiosos para el organismo; los bacilos T son nocivos. Por eso, *para la orgonoterapia, el centro de gravedad en la terapia del cáncer se ha desplazado y ha pasado de la destrucción del tumor a la neutralización y eliminación de los productos de descomposición.*

Por supuesto, no es posible examinar los órganos mismos para determinar la existencia y el grado de putrefacción; para ello se recurre al análisis de sangre y de excreciones. Dado que la putrefacción va siempre precedida por encogimiento y por desintegración bionosa, es necesario observar la forma y funcionamiento de los eritrocitos en particular. Los eritrocitos sanos son turgentes y con un aumento de 2000x se los ve latir. Los eritrocitos en proceso de encogimiento son más pequeños, por lo general, no ovalados sino redondos, su pulsación es más débil o no existe. Los eritrocitos sanos tienen un borde de orgón ancho y fuerte, de intensa coloración azul y vigoroso resplandor. Los eritrocitos en proceso de encogimiento muestran un borde de orgón estrecho y pálido.

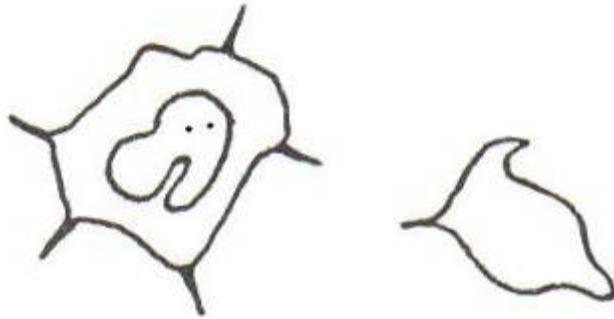


Figura 19. Eritrocitos deformados que aparecen en la sangre de individuos con un cáncer avanzado. Formación de biones en el centro, formación de agujas T en la membrana ("simpaticotonía" de los glóbulos rojos).

Pierden su turgencia y la membrana suele aparecer encogida. Si el proceso no ha avanzado tanto como para que se adviertan en seguida las membranas encogidas (formación de agujas T: "poiquilocitosis"), se puede observar cómo los glóbulos rojos sucumben, es decir, se encogen rápidamente en solución fisiológica salina. Los eritrocitos sanos mantienen su forma durante media hora o más. Los eritrocitos en proceso de encogimiento o con tendencia al encogimiento suelen desintegrarse en el término de segundos o de pocos minutos, muestran una membrana serrada y forman las llamadas "agujas T" (ver fig. 19). Las agujas T son índice de una avanzada degeneración cancerosa. En este caso, el término "canceroso" es sinónimo de encogimiento ("simpaticotonía" de los eritrocitos). Los glóbulos rojos sanos se descomponen en *biones azules*, con lentitud en una solución salina y con rapidez en la autoclave. Los eritrocitos cancerosos se desintegran casi por completo en corpúsculos T (reacción cancerosa T, que contrasta con la reacción normal B.).

La sangre sana no produce cultivos de bacterias en caldo. *La sangre cancerosa produce bacterias de putrefacción y bacilos T*. También el microscopio permite observar bacterias de putrefacción y bacilos T en la sangre de individuos afectados de cáncer (aunque no con aumentos menores que 2000x).

Como se comprenderá, el análisis de la sangre es un elemento extraordinariamente útil para el diagnóstico precoz del cáncer. En realidad, me atrevería a afirmar que la sangre es el primer sistema afectado por la

contracción general y por el encogimiento del organismo, que sigue a esa contracción sistémica. Porque, después de todo, la sangre es la "savia de la vida" que une a todos los órganos en *un todo* y los alimenta. Por eso, la sangre desempeña un papel decisivo en la orgonoterapia del cáncer. Todo esto hace necesario que comprendamos muy a fondo la función orgonótica de la sangre.

Creo que ha llegado el momento de comentar la teoría que procura explicar la difusión de los tumores cancerosos. Según dicha teoría, las células cancerosas del primer tumor penetran en el torrente sanguíneo y son arrastradas a los diferentes órganos, en donde se instalan y desarrollan nuevos tumores, las llamadas "metástasis". Ahora bien, hasta este momento nadie ha observado directamente ese proceso. ¿Será acertada la hipótesis? Nuestro enfoque nos permite vislumbrar una explicación distinta y más plausible: no es necesario suponer que las células cancerosas son trasportadas por la sangre. Pues si el proceso de encogimiento y putrefacción es *general*, los tumores locales pueden formarse, tarde o temprano, en cualquier lugar del organismo. El caso que describí en páginas anteriores demostró, por otra parte, que la localización de las metástasis está determinada por contracturas locales y perturbaciones del funcionamiento biológico de una determinada área del organismo. Primero puede aparecer un tumor de mama como consecuencia de un espasmo crónico del músculo pectoral, para luego ser seguido por otro tumor en las costillas o en la columna vertebral causados por espasmos musculares en el diafragma, etc. Las contracciones musculares son la prueba de una disfunción biopática y representan la tendencia general del organismo a la contracción y al encogimiento. Por supuesto, es necesario establecer el distingo entre la formación de metástasis en partes del cuerpo u órganos distantes del tumor primitivo, y la difusión de ese tumor en los tejidos vecinos, por ejemplo, cuando un cáncer de recto penetra en la pared de la vejiga.

Quizás convenga exponer ahora una hipótesis acerca de la naturaleza del cáncer de sangre, de la llamada *leucemia*. Por el momento no se puede aceptar de plano esta hipótesis ni tampoco descartarla, pues para ello se requerirían más observaciones. Si el encogimiento y la desintegración de los eritrocitos representa la primera fase y la más general dentro del proceso canceroso, la violenta proliferación de leucocitos tiene una explicación fácil: los glóbulos blancos no tienen la función de hacer respirar a los tejidos y de suministrarles orgón, como los eritrocitos; su misión consiste en defender al organismo contra las bacterias y otros "cuerpos extraños". Los glóbulos blancos, leucocitos, linfocitos y fagocitos, siempre se acumulan allí donde hay cuerpos extraños (bacterias, impurezas, etc.) que penetran en la

sustancia corporal. Tal acumulación de glóbulos blancos da lugar a la formación de abscesos y de secreción purulenta en las heridas. Ahora bien, cuando los eritrocitos comienzan a desintegrarse se transforman en sustancias *extrañas* al organismo. En consecuencia, la capacidad defensiva de los glóbulos blancos debe aumentar enormemente para "acabar" con los eritrocitos en proceso de desintegración. Considerada desde este enfoque, la leucemia -el síntoma prominente del cáncer de sangre- no sería otra cosa que una reacción del organismo al encogimiento y a la desintegración T de los glóbulos rojos. Por eso también se observa la proliferación de leucocitos en otras enfermedades en las cuales se produce un encogimiento del sistema sanguíneo. Una vez que los glóbulos blancos han llegado a predominar sobre los rojos y el organismo se ha debilitado hasta el punto de no poder suministrar glóbulos rojos completamente desarrollados, la muerte es inevitable.

Por ende, el interrogante que se plantea en la orgoterapia del cáncer es el siguiente: *¿Es posible detener e incluso evitar el proceso de descomposición de los eritrocitos?* Si esta pregunta tuviera una respuesta práctica quedarían abiertas las puertas para la profilaxis del cáncer.

Ya veremos, en otro capítulo, que las células cancerosas de un tumor se constituyen originariamente como una *defensa* del proceso patológico (y no como síntoma de enfermedad). Puede que esto parezca muy revolucionario y, sin embargo, en el fondo es algo obvio.

Antes de pasar a la función curativa de la sangre debo responder a ciertas preguntas que, sin duda alguna, se ha formulado el lector:

1 *¿Cómo es posible saber que la célula cancerosa se desarrolla tal como lo he descrito?* ¡Porque no es posible disecar continuamente un organismo humano para seguir la evolución de la célula cancerosa en un tejido en proceso de desintegración vesicular! La pregunta es justificada e importante, y merece respuesta. (Véase la exposición detallada de este tema en las páginas 245 y siguientes.)

2 *¿Cuál es el error fundamental de la investigación tradicional sobre el cáncer?* ¿Cómo es posible que se haya pasado por alto en forma total los procesos que yo describo? También en este caso se justifica la curiosidad.

Ambas preguntas reciben respuesta a través de un mismo hecho: *Precisamente la omisión que constituye el error básico de la investigación tradicional sobre cáncer es responsable de que se hayan pasado por alto las etapas evolutivas de la célula cancerosa.* Este será nuestro próximo tema.

El desarrollo de los protozoarios en las infusiones de hierba: clave para la comprensión del cáncer

Las ciencias naturales de enfoque mecanicista, inclusive la biología mecanicista, se han enredado en el misticismo. Como lo he señalado más de una vez, se recurre al misticismo para llenar los claros que deja la interpretación mecanicista de la vida. En concreto, la ciencia natural mecanicista ha quedado atrapada en el error de que la "célula sólo proviene de otra célula" y de que el "huevo sólo proviene del huevo". Elimina así *priori* la *lógica* pregunta acerca del origen de la *primera* célula y del *primer* huevo. Y al excluir estos interrogantes básicos de la biología se están cerrando las puertas al conocimiento de determinados hechos. Se da por sentado que por cada una de las formas de organismos unicelulares -de las cuales existen billones- hay un germen "listo" "del aire". Hasta ahora nadie ha visto uno solo de estos gérmenes. Sin embargo, aparentemente, los gérmenes listos lo explican todo: la tuberculosis, la sífilis, la neumonía, etc. Pero luego se empezó a ver que ciertas enfermedades no admitían la "explicación" de los "gérmenes del aire". Estas enfermedades son las que tienen que ser atribuidas a minúsculas partículas invisibles, que se encuentran en la frontera entre lo viviente y lo no viviente. La parálisis infantil (poliomielitis), la aftosa, etc., siguen siendo incomprensibles hasta el día de hoy. Porque los virus no pueden cultivarse a partir del aire. Se desconocía el *origen* de las bacterias y protozoarios a partir de la desintegración bionosa de materia orgánica e inorgánica. La presencia de organismos vivientes en las infusiones de musgo se tomaba como algo dado y otro tanto ocurría con la presencia de células cancerosas en el cuerpo. Por supuesto, se indagaba acerca del origen de las células cancerosas. Pero como, *primero*, no se las encuentra en el aire; *segundo*, no se puede dudar de que se originan en el cuerpo y, *tercero*, está terminantemente prohibido suponer que las células se organizan a partir de tejidos en descomposición, se omitieron los siguientes pasos:

- a) *examinar con atención las excreciones humanas en su estado natural;*
- b) *seguir con detenimiento las transformaciones de los tejidos de hierbas en las infusiones.*

La aseveración de que existe una *infección autógena* e incluso una organización de protozoarios en el cuerpo parece *absurda* a cualquier patólogo mecanicista, que ni siquiera querrá prestar oídos a semejante afirmación. Y, sin embargo, *los procesos que intervienen en el desarrollo de bacterias y protozoarios constituyen la clave para la comprensión del desarrollo de las*

células cancerosas y de las bacterias de putrefacción a partir de tejidos animales en estado de descomposición.

Ahora bien, a la pregunta de cómo es posible describir la evolución de las células cancerosas en el organismo podemos responder así:

En realidad, se siguen las múltiples etapas evolutivas de los protozoarios y bacterias en los tejidos de hierba en descomposición. Suponemos que las amebas de la infusión de hierba no son otra cosa que "células cancerosas" de la hierba; si nuestra suposición es acertada, se puede llegar a la conclusión de que en los tejidos animales se desarrollan procesos semejantes. Este procedimiento por sí solo no bastaría para conferir validez absoluta a la conclusión. Por eso revisten enorme importancia las observaciones -todavía esporádicas e inconexas- practicadas sobre las excreciones de individuos aparentemente sanos y de enfermos de cáncer. Si en los tejidos cancerosos y en sus inmediaciones se descubren formas y procesos idénticos a los observados en la hierba o musgo en descomposición, las observaciones y experimentos *combinados* adquieren mayor consistencia. Y se llega a la certeza cuando se logra producir artificialmente el cáncer en ratas sanas y se practican observaciones en serie en las diversas fases de la enfermedad. Las observaciones de los procesos que se cumplen en el tejido de hierba en estado de descomposición, en las excrecencias de enfermos de cáncer y en los tejidos de ratas con cáncer artificial nos suministran un cuadro simple y concluyente:

1. Las células cancerosas son los protozoarios de los tejidos animales en estado de descomposición bionosa.
2. Las amebas y otros protozoarios de las infusiones son las células cancerosas de la hierba en estado de descomposición.
3. El origen de las células cancerosas y el problema de la biogénesis son una misma cosa.

Estas tres conclusiones son lo bastante imponentes como para llevarnos a vacilar. Parecen demasiado simples. Sin embargo, los grandes hechos son siempre *muy simples*. Una vez extraídas estas conclusiones, casi todos los claros debidos a la imposibilidad de practicar observaciones directas del cáncer pueden llenarse con las observaciones practicadas sobre los protozoarios que se desarrollan en la hierba en estado de descomposición.

Entre 1936 y 1942, mientras preparaba infusiones en diferentes épocas del año, simplemente poniendo en remojo hierba o musgo secos, comprobé que era imposible o muy difícil obtener protozoarios a partir de infusiones de *hierba primaveral fresca*. En cambio, *la hierba y el musgo otoñales*

producían con toda facilidad abundantes protozoarios de todo tipo. Un investigador que creyera en la hipótesis de los gérmenes del aire no habría reparado en ese hecho; pero para nosotros fue de enorme importancia, pues confirmaba la identidad entre los protozoarios de la infusión de hierbas y las células cancerosas. Porque *las células cancerosas nunca se desarrollan en tejidos frescos y jóvenes; sólo prosperan en tejidos animales "otoñales" biológicamente dañados y en proceso de envejecimiento*.

Quisiera subrayar que nunca se me había pasado por la cabeza la idea de consagrarme al estudio del cáncer. Podría decirse que las circunstancias me obligaron cuando descubrí el desarrollo de protozoarios a partir de biones, en las infusiones de musgo, y cuando lo confirmé fotográficamente. Aparte del tejido normal de hierba y de los protozoarios totalmente desarrollados hay una infinita cantidad de formas imposibles de definir desde el punto de vista de la biología mecanicista: vesículas azules aisladas, que no son bacterias del aire, montones irregulares de tales vesículas, acúmulos que sólo presentan membrana en un lugar, otros acúmulos que ya parecen turgentes pero que sólo se han rodeado parcialmente de una membrana, etc. Hay infinidad de formaciones estructuradas en los márgenes del tejido en descomposición que no podrían definirse como "musgo" ni como "protozoarios" (cf. figs. 39, 40, 41a, b, Apéndice).

A esta altura quiero intercalar el relato de un incidente minúsculo pero interesante. En 1936, mi laboratorio mantenía relaciones con el laboratorio botánico de la Universidad de Oslo. Yo necesitaba un cultivo de amebas. El asistente del laboratorio buscó en una infusión y me mostró las amebas. En ese instante se me escapó una pregunta Cándida: "¿Me puede decir cómo llegan esos protozoarios a la infusión?" Al formularla yo había olvidado la existencia de la "teoría de los gérmenes". El asistente me miró atónito y, tras una vacilación, respondió con un dejo de desprecio ante mi ignorancia biológica: "De los gérmenes del aire, por supuesto. Se instalan en el musgo." A partir de ese momento preparé cientos de cultivos de gérmenes del aire en diversos medios, pero jamás llegué a ver el germen de una ameba o una verdadera ameba. Con el tiempo fui perdiendo el pudor ante mi falta de cultura biológica.

Relataré otro suceso que quizá sirva para convencer al lector de que el organismo humano sabe lo que debe hacer, aun en aquellos casos en que oficialmente se lo considera equivocado. Yo estaba preparando la primera publicación sobre biones, sobre la desintegración vesicular de la materia y sobre el desarrollo de protozoarios. Esto ocurría en el otoño de 1937, aproximadamente un año y medio después de las primeras observaciones concluyentes. En esa época yo ni siquiera presentía la existencia de los dos

tipos básicos de vesículas energéticas, los biones PA azules y los negros bacilos T, ni sabía que las vesículas azules, con contenido de orgón, mataban a los bacilos T. En otras palabras, no tenía la menor idea de que alguna vez estaría en situación de emprender "ensayos de orgonterapia del cáncer". Y fue entonces, en ese otoño de 1937, cuando se inició la campaña difamatoria de los mecanicistas y místicos noruegos contra mis investigaciones sobre biones. A pesar de mi expreso pedido de que se me dejara trabajar en paz, comenzaron a aparecer largos artículos periodísticos cuya presunta intención era la de "arrancar de una vez por todas el velo que protegía a mi laboratorio". Se me acusó públicamente de pretender "curar el cáncer". Semejante acusación me dejó perplejo, pues ni siquiera había pensado en eso y, por supuesto, jamás había alentado tal pretensión. ¿Cómo era posible que se me formulara semejante cargo (si es que se puede hablar de cargo)? Mucho tiempo después, luego de descubrir la acción mortífera de los biones azules PA, comprendí la razón de aquella acusación. Era evidente que mis agresivos "críticos" habían comprendido antes que yo que el descubrimiento de la biogénesis de los protozoarios abriría las puertas a la comprensión del cáncer.

Después de décadas de enormes esfuerzos, las investigaciones sobre el cáncer estaban atrapadas en un callejón sin salida, justamente por los tabúes que bloqueaban la comprensión del desarrollo de los protozoarios. Los protozoarios no podían desarrollarse a partir del musgo bionoso; tenían que surgir, por la voluntad de Dios, de "gérmenes" que nadie había visto jamás y que estaban allí "listos" desde siempre y para siempre.

Cuando vi el problema con claridad, reanudé mis observaciones de los tejidos cancerosos que me había suministrado un hospital oncológico muchos meses antes. Desde hacía bastante tiempo yo acostumbraba a dejar mis preparados estacionados, para observar lo que ocurría en ellos con el correr del tiempo. Entre mis cultivos había unos cuantos viejos preparados de caldo a los cuales yo había añadido tejidos cancerosos estériles. Para mi sorpresa *todos esos cultivos habían adquirido una coloración azul-verdoso*. Despedían un olor intensamente ácido, amoniacal y fétido. La inoculación de uno de esos cultivos en agar produjo un crecimiento terso, de una intensa coloración azul-verdoso. Tomé material del borde y lo inoculé en una nueva placa de agar. Fue entonces cuando vi por primera vez los bacilos T, cuyo descubrimiento abriría una importante brecha en el muro que rodeaba al problema del cáncer.

Ruego al lector que trate de comprender la magnitud de mis temores al ver los campos de investigación que se abrían ante mí. Esperé años antes de publicar estos descubrimientos. No se trataba simplemente del

descubrimiento de bacilos desconocidos hasta ese momento; de repente me encontraba ante problemas que no me animaba a encarar sin más ni más.

Los bacilos T se forman por la descomposición de tejidos. Eso significa que nos encontramos ante el problema de la *biogénesis*. La descomposición de los tejidos en el organismo viviente es consecuencia de daños sociales crónicos causados a la actividad vital, lo cual nos enfrenta al problema de la *biogénesis*, del ordenamiento social de la energía biológica. Los biones habían revelado la existencia de una energía biológica específica, lo cual nos enfrenta al problema de la situación de la vida misma en el universo. El descubrimiento de los bacilos T parecía condenado a provocar a todas las fuerzas de la oposición al poner en duda el origen divino del hombre y su excelso destino. Yo había dejado atrás experiencias muy amargas con médicos, investigadores y todo tipo de seres humanos (y tenía aún por delante la campaña difamatoria de Oslo). Yo no era ciudadano del país en el cual había tenido lugar el descubrimiento. Yo era un huésped en un país extraño, un "extranjero", un "intruso". Los malintencionados parecieron interesarse más por mi condición de apátrida que por mis descubrimientos. Pero entonces, una hermosa mañana de primavera, un pensamiento muy simple me ayudó a superar todas mis ansiedades: "*Soy ciudadano del planeta*", me dije. Y, como tal, me sentí orgulloso de haber entrado en contacto con uno de los problemas científicos más grandes de la ciencia natural de este siglo y quizá de todos los siglos. El hecho de que en la investigación de los biones encontrara de manera tan espontánea el común denominador de muchos problemas cuya relación no se había entrevisto hasta ese momento, me infundió coraje. No era una vergüenza sino un triunfo que esos problemas comenzaran a resolverse, a pesar de todas las dificultades y trabas creadas por colegas y burócratas, y a pesar de haberme visto obligado a cambiar seis veces de país de residencia. Y cuando, por fin, en enero de 1939, los biones SAPA irradiaron la energía biológica en la atmósfera de mi laboratorio y cuando, en 1940, comencé a concentrar dicha energía en el interior del acumulador de orgón, mis angustias desaparecieron y las actitudes hostiles e injustas que yo había debido soportar perdieron importancia. Desde ese momento sólo contaba cumplir, en la medida de mis fuerzas, la obligación que se me imponía, la responsabilidad que me había tocado en suerte.

Lo cierto es que el problema del cáncer parecía estar íntimamente vinculado con el problema de la naturaleza de la vida y de la muerte. El problema no ha quedado resuelto, pero se han abierto las puertas para su solución.

Ya he descrito en detalle el bacilo T y, por consiguiente, puedo limitarme

a relatar la evolución de los estudios sobre cáncer. Considero esencial exponer este proceso, pues la simple afirmación: "El cáncer es *en el fondo una putrefacción del sistema tisular y sanguíneo, algo casi como una lenta muerte en vida*", sólo adquiere sentido merced a las relaciones que se fueron dando espontáneamente en el curso de nuestros experimentos y observaciones. Sólo así se comprenderá por qué se ha pasado hasta ahora por alto la naturaleza básicamente simple del cáncer. El descubrimiento de un filón de oro en las montañas del Colorado es un hecho muy simple y provechoso; pero el camino que condujo hasta él es tortuoso y se halla lleno de acechanzas.

El descubrimiento de bacilos T en un viejo tejido de sarcoma planteó al punto varios interrogantes a los cuales sólo se pudo dar respuesta luego de largos años de intensa labor:

1. *¿Pueden producir cáncer los bacilos T si se los inyecta a ratas sanas?*
2. *¿Qué relación existe entre el bacilo T y la célula cancerosa? ¿Es aquél causa o producto de su degeneración?*
3. *Si los bacilos T son la causa del cáncer ¿cómo llegan al organismo sano?*

Por supuesto, en el momento de descubrir los bacilos T yo no tenía la menor idea de que éstos recibirían esa designación ni de que eran el resultado de la desintegración pútrida de tejidos vivos. Sin embargo, el camino que debí recorrer en mis experimentos con los bacilos T me descubría a cada paso nuevos misterios acerca de ese flagelo que es el cáncer. Por eso, la descripción de ese camino es, a la vez, la descripción de la naturaleza del cáncer, en la medida en que se ha logrado desnudarla hasta ahora.

Sin embargo, antes de pasar a esa descripción, quisiera dar respuesta a la pregunta acerca del error de la investigación tradicional sobre cáncer que se formulara en páginas anteriores. Resumiendo, esa respuesta es la siguiente:

1. Ni las vesículas energéticas azules, a partir de las cuales se organizan las células cancerosas, ni los bacilos -mucho más pequeños-, en los cuales se descomponen, resultan visibles en los cortes de tejido coloreados. Sólo se los puede ver en el preparado vivo. Pero la investigación tradicional sobre cáncer trabaja casi exclusivamente con tejido muerto.
2. Por la misma razón no se descubrieron las etapas intermedias en la evolución del cáncer.
3. No pueden practicarse observaciones correctas con un aumento inferior

a 2000x. La investigación tradicional sobre cáncer rara vez va más allá de 1000x.

4. La terminante negación de la organización natural de los protozoarios a partir de materia tanto inorgánica como orgánica, bloqueó la comprensión de la célula cancerosa.

5. El prejuicio de los "gérmenes del aire" distrajo la atención de los investigadores y los condujo por un camino equivocado.

6. El cáncer es una perturbación general del funcionamiento del biosistema y, por consiguiente, sólo puede captarse con un enfoque *funcional*. Pero la medicina y la biología tienen una orientación mecanicista, puramente físico-química. Buscan las causas en células *individuales*, en órganos *muertos*, *individuales*, en sustancias químicas *individuales*. Y se pasa por alto *la función total*, la que determina el carácter de cada una de las funciones particulares. (La función sexual sigue siendo la entenada.) Pero no es posible entender el funcionamiento de un aparato de radio a través de la descripción de la composición química del vidrio o del metal de las lámparas o a través de un análisis de la situación mecánica de las partes entre sí. De la misma manera, es imposible que la descripción de la forma de las células cancerosas y de su reacción a la tinción o de su ubicación respecto a las células del tejido sano explique la función biopática del cáncer. Tampoco la composición química de la proteína viva, por sofisticada y compleja que sea, podrá revelar algo acerca de la *pulsación viva*.

Pero ahora sigamos el camino que nos señalan los bacilos T.

2. La muerte en vida

Es preciso que me detenga y resuma una amplia serie de hechos aún inconexos. Los bacilos T revelan un proceso *letal* en el organismo *vivo*, precisamente la *"muerte en vida"*. La letra "T" es la inicial del vocablo alemán *"Tod"*, que significa muerte. La denominación "bacilos T" señala dos hechos: los bacilos T son el *resultado* de la muerte de tejidos vivos y, además, son la *causa* de la muerte de ratas, si se los inyecta en grandes dosis. Cuando obtuve el primer cultivo de bacilos T, inyecté una muestra a ratas sanas. Muchas de esas ratas murieron en el término de una semana, otras se recuperaron un poco, para luego morir unos meses después. En el transcurso de dos años (1937-1939) inyectamos bacilos T a varios centenares de ratas blancas sanas, siempre en grupos de seis. A dos de cada grupo sólo se les inyectaban biones PA, para control. A otras dos ratas del mismo grupo se les inyectaba una

determinada dosis (que variaba con cada grupo) de bacilos T. Al tercer y último par de ratas se le inyectaban bacilos T y biones azules PA. Este experimento con ratas se describe sumariamente en la sección "Organización natural de los protozoarios".

La inyección combinada de biones azules PA y de bacilos T fue la consecuencia lógica de mi observación microscópica, según la cual los biones PA paralizaban a los bacilos T y los llevaban a aglutinarse. Como ya se señaló, el resultado final, al cabo de dos años de experiencia, fue que todas las ratas sanas a las cuales se habían inyectado biones PA continuaron siendo sanas; que todas las ratas sanas a las cuales se les inyectaron sólo bacilos T murieron en seguida o en el término de quince meses como máximo a consecuencia de una desintegración y proliferación de células en diferentes grados, en una palabra: morían de cáncer; que las ratas a las cuales se les inyectó la combinación de bacilos T y biones PA permanecieron sanas en una gran proporción. *Ese efecto de los biones azules PA fue el punto de partida de las experiencias de orgonterapia en casos de cáncer.*

Podría limitarme ahora a consignar los resultados puramente empíricos y darme por satisfecho con los éxitos prácticos obtenidos hasta ahora. De esa manera ahorraría al lector el esfuerzo de seguir un complicado proceso. Pero no puedo hacerlo. Porque aunque se haya abierto una importante brecha para penetrar en el problema del cáncer, hace falta un trabajo intenso y constante si se quiere eliminar por completo esta enfermedad.

La conclusión que he sacado de los experimentos de orgonterapia del cáncer es que *sería mucho más fácil prevenir el cáncer que curarlo una vez que ha alcanzado su pleno desarrollo.* Y justamente ese resultado exige que me remonte mucho más allá de los límites de esta investigación; porque *el problema del cáncer tiene muchos puntos en común con el problema infinitamente complejo de la relación entre la vida y la muerte. El cáncer no es otra cosa que una muerte prematura y acelerada, pero "normal", del organismo.* Los procesos orgánicos que conducen a una muerte prematura por cáncer son los mismos que provocan la muerte natural.

Quiero señalar que tengo plena conciencia de las implicaciones de estas afirmaciones y que no las formulo a la ligera. Mi enfoque del problema dista mucho de ser frívolo. Al comenzar las experiencias con biones no había pensado en el problema del cáncer; pero éste se me plantó en el camino y me vi ante la alternativa de renunciar a mis investigaciones sobre biones o abocarme de lleno a ese magno problema. Mi decisión de demorar la publicación de los primeros resultados exitosos de mis experimentos con biones en el terreno del cáncer, y de no comunicarlos a las autoridades

responsables, se debió a que desde el comienzo advertí que *el problema del cáncer y el de la vida y la muerte son una misma cosa.* Si analizamos con detenimiento esta afirmación veremos que no es tan sorprendente como parecería ser a primera vista. Los primeros experimentos con biones y la observación de la organización natural de los protozoarios nos enfrentaron ya, casi sin querer, con la *biogénesis.* Luego, los experimentos con biones nos condujeron, a través de los biones PA y de los bacilos T, directamente al cáncer. Puesto que la vida y la muerte están indisolublemente ligadas, era lógico que las investigaciones acerca del origen de los protozoarios nos llevaran al problema de la *muerte por cáncer* y, por consiguiente, al de la *muerte en general.*

Creo que, en cierto modo, yo me había preparado inconscientemente para encarar estos problemas. Ya en 1926 tropecé con el problema de la muerte cuando comencé a refutar, desde un punto de vista clínico, la hipótesis de Freud sobre el *instinto de muerte.* Negué, con fundamento, la existencia de una *voluntad* de morir. Pero no cabe duda de que existe un *proceso objetivo de muerte*, que comienza mucho antes de que el corazón deje de funcionar. Después de refutar con éxito la hipótesis del *instinto* de muerte (cf. *La función del orgasmo*) subsistió mi interés en el proceso objetivo de la muerte, ese proceso que el ser vivo no desea, ese proceso tan temido, al cual el organismo sucumbe tarde o temprano. *Los bacilos T son una prueba tangible del proceso de muerte.* Esto es lo que procuraré demostrar a continuación.

La biofísica orgónica reduce todas las manifestaciones de vida a la función biofísica básica de la *pulsación.* El proceso de la vida consiste, fundamentalmente, en una continua oscilación -en el organismo como totalidad y en cada uno de los órganos individuales- entre *expansión* y *contracción.* La "salud" se caracteriza por una regulación económico-sexual de la energía y por la *plenitud* de esas pulsaciones en todos los órganos. Si la expansión predomina de manera constante sobre la contracción, hablamos de *vagotonía.* Si la contracción predomina constantemente sobre la expansión, hablamos de *simpaticotonía* crónica. La *contracción* crónica lleva, como ya hemos visto, a espasmos musculares y a la preponderancia crónica de la actitud de inspiración. Como consecuencia de esta actitud se produce un exceso de ácido carbónico en los tejidos (Warburg), un proceso de encogimiento y la pérdida de sustancia corporal que culmina en la caquexia.

De modo que el proceso de la vida funciona como una pulsación constante en cada órgano de acuerdo con su ritmo propio y en el organismo como totalidad según un característico ritmo placer-angustia. En el orgasmo sexual, el exceso de energía se descarga periódicamente en pulsaciones extremas

(convulsiones). Pero la expansión y la contracción también gobiernan el *lapso total de vida en una prolongada y única pulsación*. La expansión del biosistema se inicia con la fecundación del óvulo y continúa (con predominio de la expansión sobre la contracción) hasta la edad madura. Por lo común, el crecimiento, la sexualidad, la alegría de vivir, la actividad expansiva, el desarrollo intelectual, etc., predominan hasta la década entre los cuarenta y cincuenta años de vida. A partir de ese período -es decir al comenzar el envejecimiento, la llamada "involución"- comienza a predominar la contracción del sistema vital. El crecimiento se detiene y deja el lugar a un lentísimo encogimiento de todas las funciones vitales, que culmina en la ancianidad con una involución de los tejidos. La involución natural de la persona que envejece va acompañada por una cesación de la función sexual. También disminuye la necesidad de placer sexual, de actividad y desarrollo. El individuo se hace "conservador"; predomina la necesidad de descanso.

Esa contracción natural del sistema vital en la edad avanzada puede desembocar en la "muerte fisiológica por cáncer". El cáncer es mucho menos peligroso en la ancianidad que en la juventud. Hay muchos casos de muerte por vejez en los cuales se descubre accidentalmente el cáncer en la autopsia. Por lo visto, la enfermedad no había producido síntomas llamativos en vida del individuo. La muerte del organismo en sí va acompañada por una intensa contractura muscular, el llamado *rigor mortis*, que nos muestra con toda claridad la contracción del sistema vital. Finalmente, el cuerpo se descompone en la putrefacción. En contraste con el tejido vivo, el tejido muerto no muestra un aumento del potencial bioeléctrico de la piel. El tejido moribundo sólo presenta una reacción negativa. La fuente de energía biológica se extingue. El pescado, por ejemplo, acusa —poco después de la muerte— el efecto de la radiación orgonótica en el medidor de campo orgonótico; pero con reacciones débiles que no tardan en perderse. Las ramas muertas, a diferencia de las vivas, no acusan acción del campo de orgón. Eso significa que el organismo moribundo pierde su energía biológica; primero se encoge el campo de energía orgónica que rodea al organismo, luego se produce la pérdida de orgón en los tejidos. Por eso, debemos reconocer que la creencia popular en que al morir "el alma abandona el cuerpo", no carece de fundamento. Pero no es que el "alma" sea algo estructurado que, luego de abandonar el cuerpo, flota en el espacio como "espíritu" esperando habitar un nuevo cuerpo, según las creencias místicas. Lo real y lo cierto es que la carga de orgón del organismo constituye la base de las percepciones vitales y esas percepciones van perdiendo intensidad a medida que la carga de orgón se debilita. Este proceso no se cumple en el transcurso de las horas anteriores a la muerte, sino a través de décadas. La muerte *aguda*, caracterizada por el

paro cardíaco, es sólo *una* -aunque *decisiva*- fase del proceso. Pero aun cuando el corazón haya dejado de latir no todo "muere" repentinamente; las funciones vitales individuales se prolongan por un breve lapso y cesan en forma gradual por falta de oxígeno. (La muerte repentina por "shock" no es más que una brusca y total contracción del aparato vital hasta un grado que hace imposible la renovación de la fase expansiva.)

La putrefacción de los tejidos, que sigue a la muerte, es el resultado de la descomposición bionosa de los mismos. No es necesario suponer que las "bacterias de putrefacción de la atmósfera" invaden el organismo en esta etapa. Porque es imposible no preguntarse por qué las bacterias de putrefacción que flotan en la atmósfera no se instalan en el organismo vivo y hacen que se pudra. Esta pregunta es mucho más importante de lo que parece a primera vista, pues apunta nada más ni nada menos que al problema de *la defensa natural que ofrece el organismo sano a la "muerte en vida"*. La investigación sobre biones nos puede brindar una respuesta concluyente al respecto.

En los estadios más primitivos de la vida, la expansión, el metabolismo energético de la sustancia viva, etc. están representados por los biones azules PA. En cambio, la contracción y degeneración de la sustancia viviente, su decadencia, su desintegración y putrefacción están representadas por los bacilos T. *¿Se cumple eso también en el caso de los organismos muy desarrollados?* Los biones PA no son otra cosa que portadores de energía orgónica, las "vesículas de energía orgónica". Los bacilos T se caracterizan por la falta de carga de orgón. Las células del cuerpo están constituidas por vesículas energéticas azules, con una alta carga de orgón. La ingestión de alimentos representa una fuente constante de energía orgónica en forma de biones PA contenidos en la comida. Los biones PA matan a los bacilos T por su mayor carga de orgón e impiden la putrefacción del organismo. La energía orgónica presente en la radiación solar también mata las bacterias de putrefacción. Es decir que el funcionamiento del sistema vital se debe a la constante acción de desinfección y carga de orgón que se hace efectiva en el cuerpo; en otras palabras, a la función de expansión. Esta evita el predominio de la función de contracción, que desembocaría en la putrefacción, con producción de bacilos T.

Pero si la función orgonótica de carga y expansión declina, la función de contracción puede predominar y conducir a procesos letales. Los bacilos T son una manifestación de estos procesos. La biopatía del cáncer no es otra cosa que un proceso letal de esta naturaleza. Por eso, el cultivo y estímulo de las funciones vitales positivas, como el placer, el desarrollo, la actividad, etc., son decisivos en la prevención de procesos de muerte prematuros.

El aumento de las expectativas de vida del hombre de ciertos círculos culturales durante las últimas décadas debe atribuirse a una liberación de las funciones sexuales naturales.

Estas suposiciones no sólo tienen justificación, sino que se imponen de manera ineludible si se intenta reducir diversas observaciones a un común denominador. Y ésta es precisamente la tarea de las ciencias naturales. La biopatía carcinomatosa de encogimiento (también podría llamársela "enfermedad de inanición sexual") sólo puede ser entendida dentro del contexto de procesos concretos de vida y de muerte.

Cuando en 1937-1938 logré producir por primera vez excrecencias carcinomatosas en ratas sanas por inyección de bacilos T, creí haber dado con el "agente específico del cáncer". El bacilo T había sido cultivado a partir de tejidos cancerosos y ahora producía cáncer en tejidos sanos. Las células cancerosas se desintegraban en bacilos T. Estos hechos son fáciles de demostrar y la investigación tradicional tenía idea de su existencia. Hace largo tiempo que se busca lo que yo llamo bacilo T, pero el prejuicio de la infección por el aire y la resistencia a la idea de la infección endógena crearon un obstáculo insalvable para el progreso.

3. Enigmas en la investigación tradicional del cáncer

El "agente" buscado

Quisiera repasar brevemente los enigmas con que ha tropezado la investigación del cáncer, en los cuales parece preanunciarse el descubrimiento del bacilo T. Para ello me ajustaré a la eficaz reseña de Blumenthal³ y a la recopilación de Adam y Auler⁴. He podido leer algunos trabajos sobre el tema, pero los avatares de la guerra me han impedido, lamentablemente, leer toda la literatura especializada en su original. Sin embargo, esto no afectará la calidad de mi resumen, puesto que me baso en una excelente reseña.

El interrogante básico de la investigación tradicional sobre cáncer, al igual que el de la biofísica orgonótica, es el siguiente:

³ *Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung und Krebs therapie*, Leiden, 1934.

⁴ *Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Krebskrankheiten*, 47 conferencias pronunciadas con el auspicio del Comité Alemán de Lucha Contra el Cáncer, en un curso internacional de la Academia de Posgraduados de Berlín (1936), Hirsch, Leipzig, 1937.

¿Está el cáncer esencialmente representado por el tumor y sus metástasis o ya está presente en el organismo antes de la aparición de una excrecencia? Y si está presente ¿de qué manera lo está? En el primer caso, lo verdaderamente patológico sería la célula cancerosa; en el segundo caso un "algo", que no es la célula misma, pero que está en una determinada relación con ella. La respuesta a este interrogante es de enorme importancia, puesto que las decisiones acerca de la intervención quirúrgica de tumores dependen de ella. Otro tanto ocurre con el problema del diagnóstico precoz del cáncer y, sobre todo, su profilaxis y de la destrucción de ese "algo".

Los experimentos para provocar tumores trasplantando pulpa tumoral de un animal enfermo a otro sano llevaron a los investigadores a la unánime conclusión de que es necesario trasplantar considerables cantidades de pulpa tumoral para obtener resultados positivos. Las experiencias con sustancias centrifugadas y con filtrados fueron negativas. *El agente buscado está siempre vinculado con el residuo de la sustancia centrifugada*. En lo referente al bacilo T, reviste extraordinaria importancia la hipótesis de R. Kraus, basada en experimentos efectuados por Swarhoff, quien observó el desarrollo de células tumorales a partir de partículas de tejido y células parciales. Kraus llegó a la conclusión de que *omnis cellula ex granula* y no, como se afirmaba hasta ese momento, *ex cellula*. La idea de que las células cancerosas se desarrollan a partir de diminutos "gránulos" coincide por completo con la observación orgonológica de que se desarrollan a partir de biones.

Esto hace que el problema se desplace de la célula cancerosa hacia *el origen de los biones en el organismo*. *La célula cancerosa ya no sería tanto causa de enfermedad y pasaría, más bien, a ser síntoma y consecuencia de algún tercer factor más general, de un "algo" presente en el organismo antes que ella*.

Ernst Fränkel descubrió que el agente del sarcoma de Rous, de las gallinas, estaba ligado a los *eritrocitos* y a la globulina. Determinados experimentos demostraron la presencia de un principio carcinógeno en el *bazo*, que podía estar libre o contenido en las células esplénicas. Experimentos con animales señalan una curiosa relación entre la función esplénica y la función tumoral. Si se extirpa el bazo a una rata normal, ésta se verá afectada por una grave anemia (*Lauda*). Si se extirpa el bazo a una rata con tumores, la anemia no se producirá, pero aparecerá en cuanto se le extirpen los tumores. Por consiguiente, el tumor puede asumir determinadas características del bazo. Todo esto parece muy extraño y, sin embargo, una vez más *señala en dirección de la sangre y sus glóbulos*. Es sabido que el bazo es el depósito de glóbulos rojos. Según se dice, *nadie sabe qué ocurre con los eritrocitos que*

se desintegran. Se supone que guardan cierta relación con el cáncer, pero se ignora cual es esa relación. Lindner, ayudante de laboratorio de Blumenthal, utilizó la sangre extraída de una vena tumoral para producir tumores en animales de la misma especie. Los tumores producidos fueron siempre de la misma especie, con una única excepción. Estos experimentos tuvieron también éxito con sangre del corazón y de la vena axilar. Se demostró así que *el agente del cáncer está relacionado con los componentes sólidos de la sangre.* Los experimentos resultaron particularmente exitosos cuando se emplearon coágulos y eritrocitos adultos. *En efecto, el bacilo T tiene su origen en los glóbulos rojos en proceso de degeneración.* La sangre venosa resultó ser mucho más eficaz que la arterial; los tejidos cancerosos muestran señales de un metabolismo de asfixia, es decir, exceso de CO₂. En una oportunidad, Láser logró producir cáncer en una gallina de la siguiente manera: había inyectado una solución de alquitrán a otra gallina y luego, cuando todavía no habían aparecido tumores, cultivó macrófagos a partir de la sangre del animal. Al inyectar los macrófagos a la segunda gallina, éstos dieron origen a un tumor. Este resultado sugiere la interpretación de que los macrófagos habían absorbido al agente que circulaba por la sangre y luego lo habían transmitido a la otra gallina. Muchos investigadores han conjeturado que este agente es un componente de la célula cancerosa que sólo penetra en la circulación *cuando las células cancerosas se descomponen.* Los leucocitos cultivados a partir de la sangre de ratas afectadas de sarcoma provocaron sarcoma en ratas sanas, al serles inyectado. El hecho de que ese "algo" que puede dar origen al cáncer *está presente en la sangre antes de la existencia de células cancerosas y a la vez se desarrolle a partir de la desintegración de las mismas,* es lo que más confunde.

Se dice que ese "algo" puede estar presente en un órgano sin que se llegue a la formación de tumores. Diversos experimentos, algunos de ellos muy ingeniosos, *han demostrado que las células sanguíneas están en estrecha relación con las células malignas.* "Las células sanguíneas normales", escribe Blumenthal, "tienen que contener sustancias indispensables para la preservación de la actividad del principio etiológico del cáncer o para su reproducción. Las células sanguíneas son particularmente ricas en albúmina coagulable... Parecería ser que este fibrinógeno se liga con el factor etiológico de las células cancerosas y lo trasfiere a las células del organismo... transformando las células normales de ese organismo en células cancerosas... *En todos... los casos se ha demostrado que algo emana de las células de cáncer, algo que transforma las células antes normales, en células cancerosas...*" (La bastardilla es un añadido mío, W.R.) De modo que el algo

buscado está, por una parte, ligado con los glóbulos de la sangre y, por otra parte, produce células cancerosas a partir de células normales.

Estas conclusiones enfrentan a la patología clásica con una serie de interrogantes. Resumiré a continuación los más importantes:

¿Es ese algo carcinógeno un cuerpo enzimático, es decir, no un organismo viviente? Hasta tanto no se demuestre que ese cuerpo es capaz de multiplicarse no se lo debería comparar con un organismo viviente.

¿Es ese algo una sustancia química del cuerpo, que estimula las células mesenquimáticas sanas del animal a producir la misma sustancia y las transforma en células cancerosas? ¿Se trata de un veneno químico, de una sustancia lítica, de un autocatalizador?

¿Se trata de algo celular? Si es celular se plantea el siguiente interrogante fundamental: ¿es posible que algo sea celular e infeccioso y, sin embargo, no sea "parasitario", es decir "extraño al cuerpo"? Debe tenerse en cuenta que en el caso del estímulo carcinógeno no se trata de incorporación de células transferidas, sino de *la degeneración de células previamente sanas.*

De modo que ese extraño "algo" podría esbozarse así:

Está presente en el organismo *antes* de que aparezcan las células cancerosas y está ligado a los elementos sólidos de la sangre. Sin embargo, también surge de las células cancerosas. Se comporta como un parásito y, a la vez, como una sustancia química venenosa. Es "infeccioso", sin que la enfermedad -el cáncer- lo sea. Produce la célula cancerosa a partir de la célula sana y surge de la célula cancerosa. Se comporta como un parásito y, sin embargo, no tiene origen fuera del cuerpo.

Blumenthal ha señalado, con mucho acierto, lo siguiente: "*Se ve, pues, que el problema del cáncer es un problema que roza los límites entre lo viviente y lo no-viviente, al plantear la posibilidad de que las células animales puedan producir algo que presenta características parasitarias.*"⁵

Nuestros bacilos T constituyen el puente entre lo viviente y lo no-viviente. El experimento con bacilos T confirma un punto de vista que ha ido ganando terreno en la investigación cancerológica moderna y que Blumenthal ha resumido así:

En el caso del sarcoma de Rous se ha demostrado que dentro y fuera de los tumores existe algo con lo cual pueden producirse tumores, es decir que el agente o principio de los tumores no es necesariamente una célula. La diferencia esencial entre la célula tumoral y el agente tumoral -en lo que respecta a la génesis del cáncer- es que la célula sólo produce células de la misma especie, mientras que el

⁵ *Experimentelle Krebsforschung und Krebstherapie*, p. 94.

agente del cáncer en sí no se multiplica, sino que influye sobre células antes sanas para transformarlas en células cancerosas.

Nuestros bacilos T coinciden exactamente con la descripción de Blumenthal:

1. Están presentes en la sangre y en los tejidos *antes* que aparezca el tumor.
2. Llevan al desarrollo de células cancerosas y son, a la vez, el producto de la descomposición de las mismas.
3. Son resultado de la desintegración de glóbulos rojos.
4. Son *auténticos* bacilos con características *parasitarias* y, al mismo tiempo, el cáncer no es infeccioso.
5. Los bacilos T constituyen, efectivamente, un puente entre lo no-viviente y lo viviente, pues se forman a partir de biones de carbón por degeneración precoz, y se propagan.
6. Son, en efecto, productos de células animales que muestran características parasitarias.
7. En efecto, son venenosos, tienen una oscura relación con el cianuro y ejercen un efecto similar a la asfixia y a la parálisis respiratoria.

Si el bacilo T es el agente específico del cáncer que se ha estado buscando, los resultados de la experimentación con animales deberán ser los siguientes:

1. La inyección de bacilos T a ratas sanas debe provocar una proliferación celular destructiva y penetrante.
2. El bacilo T debe ser recultivable.
3. El tumor experimentalmente creado debe contener bacilos T.

En los experimentos con ratas empleando bacilos T se cumplieron los tres requisitos.

Experimento con ratas sanas, empleando bacilos T (1937-1939)

Estas experiencias se practicaron habitualmente con grupos de seis ratas. Cada tipo de biones PA (*paketamöboide Bione*) se inyectó a cuatro ratas para controlar la patogenicidad. Dos días después de la primera inyección de biones PA -y a veces después de una segunda inyección de biones PA- se inyectaba a dos de las cuatro ratas una de las diferentes cepas de bacilos T.

El tercer par de ratas sólo recibía la inyección de bacilos T. La dosis de la inyección era la siguiente: se disolvía una *asa* de biones PA en 3 cm³ de solución fisiológica estéril o de solución de cloruro de potasio. Se inyectaba 1/2 cm³ de ésta solución en el lomo por vía subcutánea. En el experimento con bacilos T se disolvía un asa en 5 cm³ y se inyectaba por vía subcutánea en el lomo 1/2 ó 1/4 cm³ de esa solución. Hasta fines de enero de 1939 se habían practicado esas inyecciones en serie a un total de 178 ratas. De ese total, 84 ratas sólo recibieron inyecciones de bacilos T. De esas 84 ratas, 30 murieron en los ocho días siguientes a la inyección. Otras 30 murieron en el transcurso de 15 meses. El resto estaban enfermas al concluirse este protocolo. De las 30 ratas muertas en el lapso de 15 meses, 25 fueron examinadas para establecer la presencia de excrecencias cancerosas. *Siete de las ratas examinadas contenían células cancerosas con movimiento ameboide en los epitelios de los intestinos y el estómago, de las glándulas cervicales, de los genitales, etc.* 13 de estas ratas presentaban las características formaciones celulares caudadas, fusiformes o claviformes, e infiltraciones en diversos órganos, sobre todo en el peritoneo, en las glándulas cervicales, en los genitales, en el estómago y en el duodeno. Las restantes cinco ratas no mostraban fenómenos claramente discernibles.

De las 45 ratas que recibieron primero las inyecciones de biones PA y luego los bacilos T, 36 se mantuvieron sanas y 9 murieron en el transcurso de los siguientes 15 meses. Entre las 39 ratas a las cuales sólo se les inyectaron biones PA, no hubo ni una que mostrara signos de enfermedad en el mismo lapso. De las 10 ratas a las cuales se les inyectaron primero el bacilo T y luego los biones PA, 8 murieron en el transcurso de los quince meses siguientes, y dos debieron ser sacrificadas a causa de abscesos.

Los bacilos T, cualquiera que fuese su origen, condujeron indefectiblemente a la formación de células caudadas o claviformes, en diversos órganos. También el efecto de los biones azules PA fue el mismo, cualquiera que fuese su tipo. En dos casos, un tipo paqueteameboide (SAPA I), inyectado después de la aplicación de bacilos T, provocó úlceras *secas*, "limpias", en las ratas, semejantes a las úlceras provocadas por los rayos X, y esas úlceras aparecieron precisamente en el lugar en el cual los bacilos T habían infiltrado el tejido después de la inyección.

Para los experimentos con bacilos T se utilizaron cepas cultivadas directamente a partir de tejidos carcinosos y carcinomatosos (T I), de sangre de enfermos de cáncer (T Ca 10), de sangre del corazón de ratas muertas después de experimentos con aplicación de alquitrán (T II 6); bacilos T cultivados por degeneración, a partir de la sangre de seres humanos sanos (T 10), bacilos T de la sangre de personas en las cuales se sospechaba la

existencia de un cáncer, sin que los exámenes clínicos habituales hayan suministrado pruebas de la enfermedad (T 10), de cultivos de biones degenerados (6 d TT y 10e 41 T), de la sangre cardíaca de ratas muertas de tumores Bluko (Bluko-T) y, por fin, bacilos T recultivados a partir de la sangre cardíaca de las ratas afectadas (10 Ge Tr, 10 Ta Tr, 6 dT Tr, etc.). Todos los tipos de bacilos T produjeron todas las fases de excrecencias carcinomatosas en ratas blancas sanas.

Resumen

1. Los bacilos T muestran un comportamiento parasitario y, sin embargo, se originan en sustancias del cuerpo.
2. Se forman por degeneración de tejidos y organismos.
3. Aparecen cuando el carbono se transforma en biones.
4. Muestran un parentesco con el cianuro.
5. Provocan la formación de biones.
6. Siempre son un signo de contracción simpaticotónica y de encogimiento del organismo.

El típico síndrome de la intoxicación con bacilos T es el siguiente: Pocas horas después de la inyección de bacilos T, los movimientos de las ratas se hacen más lentos, el cuerpo se encorva, la rata arrastra las patas y pierde el apetito. Ocasionalmente pueden presentarse conjuntivitis y abscesos locales, pero no es lo típico. Si la rata que ha recibido la inyección no muere en el término de ocho días, suele mostrar una aparente mejoría. *Pero pasados de dos a cinco meses se inicia siempre un nuevo proceso de contracción y encogimiento en el organismo*; se repite el cuadro de los primeros días siguientes a la inyección, pero esta vez con más lentitud; el proceso tiene carácter crónico. *El organismo se va encogiendo, hasta que se produce la muerte*. Estos experimentos practicados entre 1937 y 1941 revelaron, sin que yo tuviera conciencia de ello, la "biopatía de encogimiento", que -a partir de 1941- descubrí en las personas afectadas de cáncer y comencé a comprender. Las autopsias practicadas a ratas sacrificadas en diversas etapas de la enfermedad o después de su muerte espontánea presentaban siempre bacilos T en todos los órganos y en la sangre (cultivable en caldo); procesos atróficos y necróticos en los epitelios de las mucosas, especialmente en el tubo digestivo; cuadro sanguíneo canceroso, glóbulos sanguíneos anémicos, membranas encogidas con agujas T; agrandamiento del hígado y atrofia de las células, de los núcleos y de los lóbulos hepáticos; acumulación de bacilos T en los glomérulos renales, con atrofia de las células de los epitelios renales.

Cuanto más tiempo vive la rata después de la inyección T, tanto más abundantes y desarrolladas son las formaciones fusiformes y claviformes en los diversos órganos. La presencia de células ameboides en la glándula submaxilar, en la vejiga o en los riñones confirma el diagnóstico de cáncer completamente desarrollado. La formación de excrecencias poliposas en la mucosa intestinal va acompañada por una completa atrofia de las mucosas en la inmediata vecindad. En las ratas macho se encuentran numerosas formaciones cancerosas, incluyendo formas ameboides, en los testículos.

La conclusión general respecto al aparato vital autónomo es que al *ser inundado el organismo por bacilos T se produce una paulatina contracción y el subsiguiente encogimiento de los tejidos y de las células individuales*. Como resultado de este fenómeno hay una pérdida de peso, atrofia y degeneración de las células, que culmina en una descomposición pútrida, es decir, en putrefacción. Es exactamente el mismo proceso que se cumple en el cáncer humano. En las ratas utilizadas para este experimento, el proceso de encogimiento es provocado por la inyección; en el cáncer humano, el encogimiento biofísico, como consecuencia de la resignación caracterológica, precede a la formación de bacilos T. Al desarrollarse y proliferar, los bacilos T apresuran el proceso general de encogimiento y provocan intentos locales de defensa, es decir, la formación de tumores. Otras observaciones nos permitirán determinar si los tumores locales siempre representan o no una reacción defensiva, y en cuántos casos se forman a partir de daños tisulares locales, que conducen secundariamente al encogimiento general del aparato vital.

Etapas en el desarrollo de las células cancerosas en los experimentos T con ratas (1937-1942)

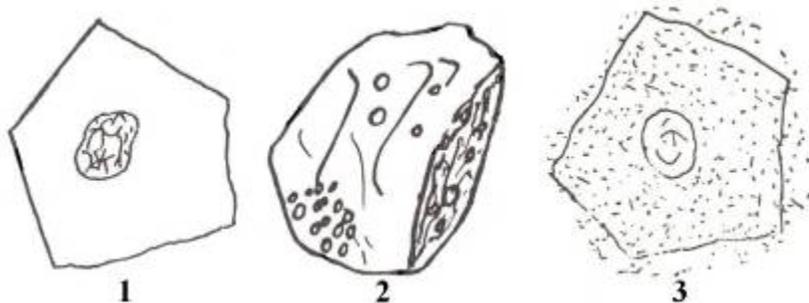
Las observaciones comparativas de los tejidos de ratas que habían muerto o habían sido sacrificadas en el transcurso de cuatro años, brindaron el siguiente cuadro del efecto T sobre los tejidos del organismo. Las observaciones se concentraron en el *grado de madurez* de las células caudadas fusiformes o claviformes, formas que nunca se encuentran en los tejidos de ratas sanas o afectadas por otras enfermedades. Examinadas con un aumento de 3000-4000x, estas formas son tan típicas que no es posible confundirlas con otra clase de células. Sólo en el epitelio gástrico e intestinal puede ocurrir que las células epiteliales cilíndricas se confundan con células cancerosas en desarrollo si no se recurre al aumento adecuado. Sin embargo, la diferencia entre ambos tipos de células es tan marcada para cualquiera que

esté familiarizado con las formas, que el riesgo de confusión es mínimo.

A continuación describiré los descubrimientos hechos en las disecciones practicadas en diversas etapas de los efectos causados por los bacilos T. Se comprobó que el cáncer necesita un muy largo tiempo de maduración. Las células cancerosas ameboides representan su estado de máxima madurez. No obstante eso, las ratas morían con frecuencia antes de alcanzar ese estado, cuando la infiltración de los tejidos y la destrucción de la función fisiológica de los órganos había avanzado mucho (septicemia, nefritis, atrofia del hígado, etc.).

1. Lesiones tisulares por hinchazón y desintegración vesicular (Ca I)

El experimento bacilo T-albúmina demostró que los tejidos pueden sufrir daños por la acción directa de los bacilos T o por trauma químico o mecánico -como es el efecto del alquitrán o de un golpe-, lo cual crea, sólo secundariamente, un campo de acción para los bacilos T, ya presentes en el organismo. En este último caso -el del daño químico y traumático de los tejidos-, cabe suponer que el estímulo carcinógeno tiene origen en la *formación de bacilos T a partir de tejidos en desintegración*. Esto explicaría la formación de cáncer después de la lesión de una cicatriz, de una quemadura, etc.



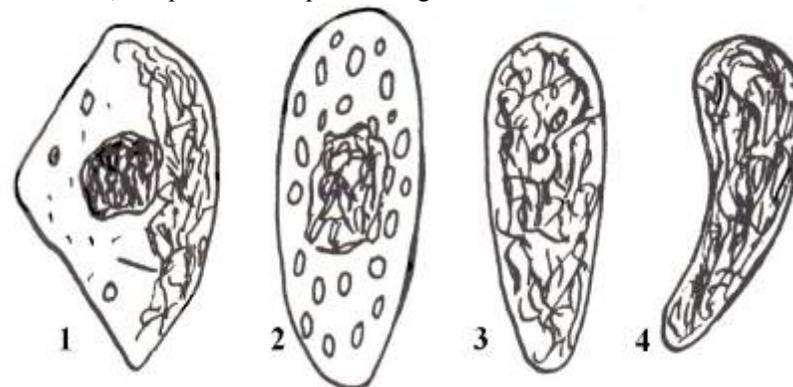
1. Células epiteliales sanas (estructura pequeña)
2. Célula epitelial que se descompone en biones azules; sobre el margen derecho, formación de husos con intenso resplandor azul: *estadio precanceroso* (Ca I)
3. Célula epitelial que se desintegra en bacilos T, los cuales ya se ven fuera de la célula (Ca I)

Figura 20. Células epiteliales sanas y precancerosas.

La tendencia a la rápida desintegración vesicular, con hinchazón y formación de bacilos T, es uno de los signos más importantes del comienzo del desarrollo de un cáncer, aunque también es cierto que la actividad defensiva del organismo puede anular esa tendencia, mientras sus funciones totales se mantengan intactas. *Pero los tejidos que se hinchan rápidamente en KCI y que muestran desintegración vesicular y formación de bacilos T deben ser considerados como sospechosos* (Fig. 55a, b, Apéndice). Si esta afirmación es acertada, abre un amplio campo de investigación: el cáncer podría diagnosticarse mucho antes de que se organicen las verdaderas células cancerosas o antes de que aparezca cualquier excrecencia o infiltración destructivas (Fig. 56a, Apéndice).

2. Estado inflamatorio agudo (Ca II)

El organismo reacciona al daño provocado por los bacilos T con los medios que nos son familiares: hiperemia, acumulación de leucocitos y formación de tejido de granulación. Como se observó con frecuencia en los experimentos T con ratas, el crecimiento inflamatorio puede quedar localizado o puede extenderse, sin que aún se lo pueda designar como excrecencia carcinomatosa.



1. Una parte de la célula muestra una estructura azul estriada
2. La célula adopta una forma oblonga; se desarrollan biones azules
3. Los biones azules confluyen y constituyen una densa estructura estriada
4. La célula adopta forma de clava

Figura 21. Estadios de la transformación de la célula epitelial en célula cancerosa (Ca II).

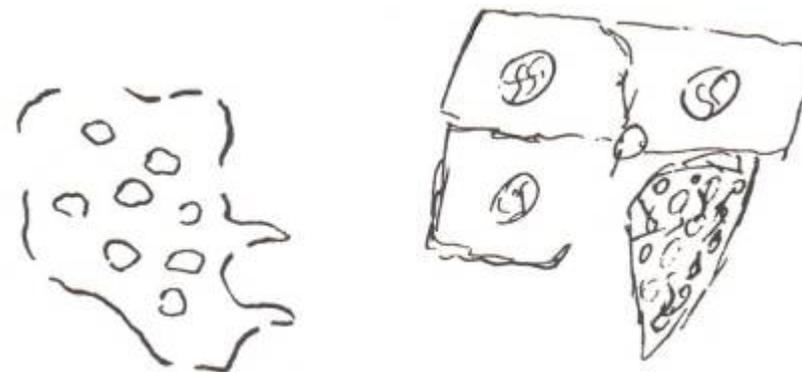
Se puede observar el tejido de granulación pardo o pardo-rojizo que se difunde a partir del punto de inyección, a lo largo de los vasos sanguíneos y linfáticos, en dirección a los tejidos más profundos. Estos crecimientos inflamatorios se extienden con particular frecuencia hacia las glándulas. El examen microscópico, tanto en vivo como en corte, no permite detectar aún -aparte de los elementos de cualquier inflamación- signos de formas celulares carcinomatosas (Fig. 57, 58b y 58c, Apéndice).

3. Formas celulares aisladas fusiformes, claviformes y caudadas en los crecimientos inflamatorios crónicos (Ca III)

Este tercer estadio —que ya puede designarse como carcinomatoso— se caracteriza por procesos que no se encuentran en tejidos sanos o sólo inflamados. Hay, sobre todo, una *disposición fusiforme y claviforme de las vesículas* (Fig. 56 c, d, e, Apéndice) y una *desintegración vesicular del tejido que rodea la inflamación* (Fig. 59, Apéndice). Macroscópicamente puede verse que el tejido de granulación parduzco se va transformando casi imperceptiblemente en *ramificaciones duras de un blanco grisáceo*, sin que se adviertan límites precisos. Estas estrías son, en parte, tejido conjuntivo; a pesar de eso muestran ya una gran variedad y multiplicidad de células (Fig. 62 c, d, Apéndice). *Los leucocitos son menos numerosos* y se encuentran formaciones de *naturaleza nueva*. Estas formaciones celulares, que evidencian diferentes grados de organización, se caracterizan por su *extraordinaria colorabilidad biológica* (cromofilia). Todas ellas tienen en común —cualquiera que sea su tamaño— la tendencia a la forma de clava caudada. En los pulmones, riñones, hígado, glándulas y epiplón se encuentran las mismas estrías blanco-grisáceas que, en el preparado de eosina-hematoxilina sólo indican una inflamación crónica. En este estadio, el corte muerto coloreado aún no nos revela nada acerca de las formaciones carcinomatosas de biones, de los acúmulos de vesículas, de las formaciones fusiformes, etc., características del proceso carcinoma-toso, que se ven con inconfundible claridad en los preparados vivos, con una ampliación de 4000x. Por eso, es posible que *el preparado vivo permita formular el diagnóstico de cáncer en una etapa en la cual el preparado muerto coloreado no muestra el menor indicio*.

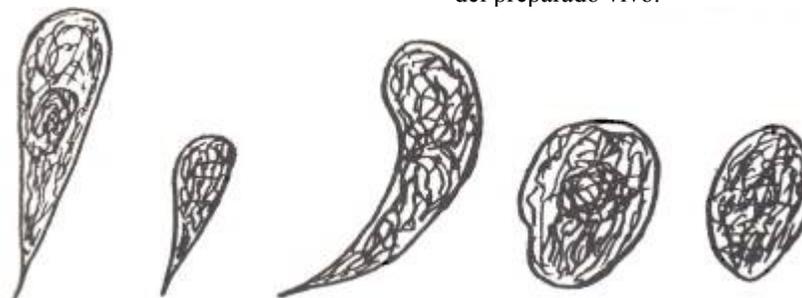
Por ejemplo, el preparado vivo de tejido renal puede presentar el siguiente cuadro (Fig. 22 b): tres células que rodean un conducto se conservan en un estado completamente normal: presentan un plasma homogéneo, un neto núcleo en el centro y no hay en ellas formación vesicular.

La cuarta célula, en cambio, ya es claviforme, muestra una estructura vesicular y una marcada coloreabilidad en todo el cuerpo celular. El núcleo va no se distingue de la estructura del plasma; el material del núcleo colma el cuerpo entero de la célula. De modo que *la metamorfosis de la célula normal en célula cancerosa del primer estadio (Ca III) tiene lugar a través de la desintegración vesicular de la célula y de su transformación en una estructura claviforme caudada* (Fig. 58 c, Apéndice).



a. Forma típica de célula epitelial precancerosa

b. Cuatro células epiteliales, de las cuales una es cancerosa, Del tubo urinario de una rata T. Dibujo tomado directamente del preparado vivo.



c. Diversas formas de células cancerosas que se encuentran en los tumores que han aparecido espontáneamente en las ratas o que son producto de la inyección de bacilos T

Figura 22. Células cancerosas en estado de maduración (Ca III).

En otros casos se observa cómo *dos* o *tres* células pierden sus límites y se convierten en *una sola* célula claviforme caudada. Esta transformación puede reproducirse artificialmente. Si enviamos impulsos eléctricos de unos 8-10 voltios a través de una preparación de tejido muscular o renal en solución KC1, veremos la progresiva aparición de vesículas en el plasma, de una intensa refracción de la luz y de una elongación. Los límites entre las células se disuelven y éstas confluyen en *una* sola pieza. El mismo experimento puede practicarse con tejido muscular. Al colorear con azul de metileno se verá que las células que se han vuelto *vesiculares* se colorean con mayor rapidez e intensidad que las células sanas. Se trata de las mismas formaciones que en el corte eosina-hematoxilina producen la impresión de "ricas en cromatina" y de ovaladas a fusiformes. Si estas formaciones no se encuentran nunca en los pulmones o riñones de las ratas sanas y, en cambio, *aparecen regularmente* en las ratas enfermas en el estado de inflamación crónica (Ca III), se justifica diagnosticar que son estadios preliminares de la futura célula cancerosa ameboidea. Esta suposición queda verificada por el hecho de que, al prolongarse la enfermedad, tales formaciones se hacen cada vez más abundantes y se vuelven más definidas.

La conclusión que puede extraerse de esta serie de observaciones con ratas a las cuales se había inyectado bacilos T es la siguiente: es verdad que *una* célula sana puede convertirse en *una* formación fusiforme carcinomatosa; pero, por lo común, *varias* células sanas experimentan una desintegración vesicular y confluyen en *un acúmulo* de vesículas, a partir del cual se han de constituir luego *una o varias* células cancerosas.

Entre esas neoplasias de los tejidos enfermos hay algunas formaciones curiosas, constituidas a partir de eritrocitos afectados de desintegración vesicular, combinados con acúmulos de biones vesiculares no estructurados. Es de suponer que en el proceso de desintegración vesicular de los tejidos se puede producir cualquier combinación nueva entre las formas desintegradas. La formación fundamental es siempre la *estructura vesicular*. Exigió gran esfuerzo localizar estas nuevas formaciones confirmadas en el preparado vivo, en el corte coloreado del mismo tejido. La figura [60](#) (Apéndice) muestra esas células transformadas, ricas en cromatina, que corresponden a las nuevas formaciones vesiculares fusiformes.

En el corte muerto coloreado de epitelio intestinal, por ejemplo, se puede observar —con un aumento de unos 1600x— además de las células sanas, células alargadas y acúmulos de células intensamente coloreadas que no se encuentran en las ratas sanas. Si fuera del intestino se encuentran extensas excrecencias constituidas por estas formaciones celulares (Fig. [60c](#), Apéndice) y si en el preparado viviente del mismo tejido se encuentran

acúmulos de formaciones fusiformes, se habrá confirmado el diagnóstico de "*cáncer de primer grado*" (Ca III).

En algunas de las ratas de experimentación se encuentran las mismas agrupaciones de células oscuras, observadas dentro del epitelio intestinal, *en lugares muy distantes de los intestinos*, por ejemplo, en la epidermis de la espalda o del cuello, en el tejido conjuntivo que rodea a los vasos sanguíneos, dentro y alrededor de las glándulas, en el tejido adiposo, etc. (Fig. [59](#), Apéndice).

En algunos casos, con un aumento de 4000x se pueden ver células glandulares que se han separado de la membrana y se han transformado en formaciones claviformes oscuras, intensamente coloreadas. En otros casos, cantidades masivas de estas células degeneradas penetran en toda la glándula. Que yo sepa, estas formaciones celulares no se conocen en la patología clásica. No pude ubicarlas en las obras especializadas de patología. Varios patólogos formularon diagnósticos diferentes o admitieron no poder ubicarlas. Uno de los patólogos las tomó por células pancreáticas, porque se encontraban fuera del estómago. Cuando le mostré las mismas células, pero en el tejido subcutáneo del cuello, admitió que eran algo nuevo para él.

Desde hace mucho tiempo se sabe que los procesos inflamatorios crónicos (tuberculosis, sífilis, cicatrices y quemaduras, etc.) pueden dar origen a auténticos carcinomas. Sin embargo, el interés se ha centrado siempre en la naturaleza de la célula cancerosa. Nuestros experimentos con biones y, en particular, las nuevas formaciones tisulares en ratas que habían recibido inyecciones de bacilos T, pueden arrojar considerable luz sobre este problema. Como ya he señalado, basándome en preparados vivos, puedo diagnosticar "*cáncer de primer grado (Ca III)*", cuando el histólogo sigue diagnosticando "*inflamación crónica*", sobre la base de cortes coloreados. Desde el punto de vista patológico e histológico resulta muy comprensible la neta separación diagnóstica entre tumores auténticos e inflamaciones crónicas, de acuerdo con el cuadro proporcionado por el corte muerto coloreado. Sin embargo, para crear una base común de discusión es indispensable tener en cuenta los resultados tan diferentes obtenidos mediante el examen de *preparados vivos*. Para quienes investigan los biones, *el diagnóstico de "tumor maligno" puede formularse cuando en el preparado vivo aparecen signos de desintegración vesicular de las células y formaciones nuevas, fusiformes (Ca III), aunque sólo sea en forma aislada*. Después de eso no queda más que establecer el grado de madurez de la célula tumoral.

En su reseña *Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung*, 1934, p. 1, Blumenthal señala lo siguiente:

Respecto al crecimiento autónomo, es posible que esta característica sólo sea aparente; es posible que, un buen día, descubramos que ciertos tumores son de naturaleza infecciosa. Como dice Lubarsch, ese descubrimiento reduciría el terreno de los tumores autónomos y ampliaría el de las neoformaciones infecciosas. Con lo cual los verdaderos tumores cancerosos serían cada vez menos. Pero el estudio de esos granulomas abarcaría una parte de lo que hasta ese momento había abarcado la investigación sobre cáncer. En última instancia, el crecimiento autónomo sólo se ha concebido como lo opuesto a esos tumores en los cuales el impulso de crecimiento proviene de un parásito, con cuya muerte se detiene el crecimiento del tumor. El lugar del parásito puede estar ocupado por otro estímulo que, considerado desde el punto de vista de la célula, debería considerarse como exógeno. Crecimiento autónomo sólo significa que el impulso de crecimiento parecería estar dentro de la célula. Porque, después de todo, el crecimiento autónomo sólo puede pertenecer a la célula, a pesar de la presencia del estímulo. Si está presente en el cáncer, este crecimiento sólo es necesario en la etapa precancerosa, es decir que proporciona los impulsos para la transformación de la célula normal en célula cancerosa.

Mis experiencias con biones y con bacilos T me inducen a dar la razón a Blumenthal. En efecto, los bacilos T son sólo el estímulo para la *transformación de las células normales en células cancerosas. Los bacilos T son sólo responsables del estado precanceroso.* En cambio, el crecimiento de las células cancerosas ya formadas es completamente autónomo, es decir, independiente de los bacilos T.

El patólogo y oncólogo Borst vislumbró este problema hace ya mucho tiempo:

El diagnóstico histológico de un carcinoma suele no ser fácil. Se ha hablado de cambios precancerosos y se ha señalado que la transformación cancerosa va precedida por excrecencias epiteliales atípicas, como las que aparecen con tanta frecuencia en las inflamaciones crónicas. No cabe duda de que las neoplasias epiteliales de tipo inflamatorio, regenerativo o hiperplásico pueden desembocar en carcinomas en una transición muy fluida. Pero es imposible predecir histológicamente cómo evolucionarán las diferentes excrecencias epiteliales atípicas. Sólo se sabe, por experiencia, que algunas de esas excrecencias se convertirán en carcinoma con más frecuencia que otras, y que muchas nunca llegarán a ser carcinoma. Por otra parte, nuestra experiencia acerca de la reversibilidad de esas excrecencias es aún muy incompleta. Por consiguiente, no parece indicado hablar de *cambios precancerosos*, pues eso hace pensar que esas excrecencias epiteliales atípicas son *obligatoriamente* estadios iniciales del cáncer. En determinados casos, en los cuales la experiencia desempeña un papel decisivo, parecería mejor hablar de excrecencias *sospechosas de cáncer*, e instar al médico a mantener, esos casos bajo un estricto control. El cuadro histológico de las llamadas excrecencias epiteliales atípicas puede asemejarse mucho al del carcinoma incipiente. ¿Cómo pueden determinarse, entonces, los límites desde un punto de vista histológico? La característica esencial en las excrecencias epiteliales cancerosas es, sin duda, la *penetración autónoma del epitelio en los tejidos conjuntivos subyacentes.* El epitelio abandona su lugar en superficie y penetra en las profundidades; el epitelio glandular atraviesa la *membranae propriae*.

De modo que el diagnóstico histológico de un carcinoma tendrá que basarse, ante todo en la heterotopía de las excrecencias epiteliales. Sin embargo, es preciso señalar que también en los estados inflamatorios crónicos se produce un conflicto de límites entre epitelio y tejidos conjuntivos, y que también en esos casos los epitelios pueden penetrar profundamente en los tejidos conjuntivos subyacentes, sobre todo cuando se trata de procesos ulcerosos o de formación de fistulas. No es fácil distinguir entre estas heterotopías inflamatorias epiteliales y el carcinoma. No se puede tomar la epitelioheterotopía *por sí sola* como prueba histológica de carcinoma; es preciso establecer el carácter destructivo de la excrecencia epitelial cancerosa. En el carcinoma vemos una penetración *autónoma* de las células epiteliales, con frecuencia sin el acompañamiento de *tejido conjuntivo*, lo cual indica el carácter *desplazante* y disolvente de tejidos de esta excrecencia epitelial autónoma. De modo que, aun cuando se pueda formular un diagnóstico histológico de carcinoma sobre la base de la *heterotopia destructiva de epitelio de crecimiento autónomo*, esto implica reconocer que no podemos captar histológicamente *los estadios iniciales de carcinoma, durante los cuales el epitelio en crecimiento todavía se mantiene dentro de sus límites fisiológicos.* Pero, aunque de hecho no se pueda contar con características histológicas absolutamente seguras y específicas para juzgar la llamada *malignidad potencial* (Ewing), ciertas *transformaciones nucleares* que tienen lugar en los epitelios de superficie y glandulares antes de su penetración destructiva en los tejidos, permiten reconocer con un cierto grado de probabilidad el comienzo de un cambio canceroso. Cuando una excrecencia epitelial muestra una variabilidad muy notable en lo que se refiere a tamaño, forma, contenido de cromatina y estructura general de sus núcleos, eso debe interpretarse siempre como un signo de procesos de división celular no regulados y como probable indicación de carcinoma.⁶

Los experimentos con biones en los preparados vivos, que describimos en páginas anteriores, llenan el claro que Blumenthal y Borst formularon con tanta claridad:

1 Entre el estadio de "célula dañada, pero aún normal" y el de "célula cancerosa en crecimiento destructivo" hay una serie de etapas de transición:

- a) desintegración vesicular de las células sanas;
- b) organización de las masas celulares bionosas en estructuras fusiformes y claviformes;
- c) maduración de esas formaciones, con ritmo variable, hasta el estado de células cancerosas autónomas;
- d) crecimiento autónomo de las células cancerosas hasta constituir un tumor.

2 La "penetración" destructiva de las células cancerosas en los tejidos vecinos se debe, en gran parte, a la desintegración bionosa de esa vecindad. Es como si los tejidos vecinos sanos retrocedieran ante la masa de células

⁶ Max Brost, *Pathologische Histologie*, 1938, pp. 447/448.

cancerosas, pero sufriendo, a su vez, una transformación carcinomatosa mientras se retira. Tras fonación "carcinomatosa" no significa aquí otra cosa que *desintegración bionosa por asfisia interna*. Esta interpretación coincide con la de Bierisch.⁷

Hemos aprovechado el descubrimiento de que en el tejido canceroso hay glicólisis aeróbica y de que los tejidos tumorales contienen una concentración relativamente alta de ácido láctico, para formarnos una idea de los efectos del tumor sobre su inmediata vecindad.

Cori, Warburg y nosotros hemos podido comprobar que los tejidos tumorales producen ácido láctico. Como el contenido de ácido láctico del tumor se mantiene alto es forzoso que dicho ácido pase directamente del tumor a los tejidos vecinos. Para comenzar investigamos la acción ejercida por el ácido láctico -en concentraciones como las que se dan en los tumores- sobre la estructura histológica de los tejidos normales cuando se infiltra lentamente en dichos tejidos. Puesto que los cánceres experimentales de piel limitan con tejidos conjuntivos, estudiamos primero el efecto del ácido láctico sobre estos tejidos. Comprobamos que, en el experimento, las estructuras del tejido conjuntivo se disuelven en forma gradual. En ese proceso se producen las mismas transformaciones estructurales que aparecen en el tejido conjuntivo que limita con el tejido canceroso, en el curso del desarrollo del cáncer experimental por alquitrán. Ese proceso de disolución es una recesión proteolítica, la cual, en los tejidos vivos, requiere la presencia de ácido láctico, catepsina activada Y un tercer factor. Una vez que han quedado desintegradas las estructuras específicas del tejido conjuntivo en inmediata vecindad con el tumor desaparece el límite fisiológico que, en condiciones normales, separa el epitelio del tejido conjuntivo, y las células cancerosas pueden avanzar sobre los terrenos vecinos, así debilitados. A falta de pruebas en contra, debemos suponer que el ácido láctico es la punta de lanza que precede a la penetración de las células cancerosas en los tejidos epiteliales o en los vasos sanguíneos, lo cual lleva a la conclusión de que el "crecimiento incontrolado" del tumor *no es el resultado directo de su actividad celular, sino que resulta indirectamente de la destrucción de los tejidos vecinos*.

La célula cancerosa pierde, pues, importancia ante los daños tisulares que preceden a su formación. *La célula cancerosa no es causa sino consecuencia del cáncer*. Sólo su desintegración T la convierte en un peligro para la vida.

De modo que, resumiendo, podemos responder de la siguiente manera a la pregunta acerca de los estímulos específicos que convierten la célula normal en célula cancerosa:

Los bacilos T, surgidos de la desintegración vesicular de los tejidos (auto-destrucción), al estimular la formación de biones, constituyen el estímulo específico de las formaciones cancerosas. El efecto de los bacilos T se limita a esa acción. La ulterior evolución de los biones hasta que se convierten en

⁷ R. Bierisch, "Über den Stoffwechsel der Krebszellen", en *Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Krebskrankheiten*, Leipzig, 1937.

formaciones de células cancerosas, y la proliferación de dichas formaciones, hasta que constituyen un tumor canceroso, son procesos autónomos, es decir, independientes de la acción de los bacilos T. La formación cancerosa de biones y la subsiguiente formación de células cancerosas debe ser considerada como una defensa del organismo contra el. Estímulo de los bacilos T. Sin embargo, esta defensa es de carácter patológico, puesto que se vale de la destrucción de células sanas. De esa manera exige nuevas defensas al organismo para evitar la destrucción.

4. La célula cancerosa madura (Ca IV)

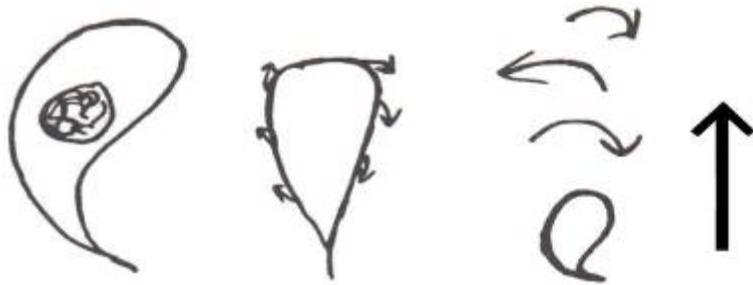
Este cuarto estadio, el estadio de madurez, se caracteriza por la presencia de células vivamente ameboides. Ellas representan la fase final en la evolución de las formaciones celulares fusiformes. Si el organismo no muere en los primeros estadios de la inflamación crónica, es decir, en las primeras etapas del cáncer (Ca II - Ca III), las nuevas formaciones celulares tienen suficiente tiempo para desarrollarse hasta constituir verdaderas amebas (Fig. 23). La patología carcinomatosa clásica las considera "parásitos".

En el tratado de protozoología de Döflein (IV edición, aumentada, 1916, p. 743) encontramos las siguientes observaciones:

Lieberkühn ya había advertido la presencia de células extrañas en el líquido ascítico que se forma en determinados tumores malignos; había confirmado su movilidad, pero no formuló ninguna otra observación acerca de las restantes características. Es probable que estas células hayan sido observadas por muchos investigadores a partir de entonces, pero nadie les ha prestado la debida atención.

Sólo en 1896, Leyden y Schaudinn emprendieron una investigación más o menos detenida de estas formaciones y llegaron a la sorprendente conclusión de que se trataba de un nuevo rizópodo parasitario contenido por el líquido ascítico del hombre vivo. Dado que era la primera vez que un destacado protozoólogo establecía la naturaleza protozoaria de formaciones presentes en una enfermedad humana de tipo canceroso, con lo cual queda confirmado el descubrimiento clínico, sería importante investigar este asunto con mayor detenimiento.

Según el informe de Leyden, las formaciones en cuestión se encontraron en el líquido ascítico de un hombre -que, de acuerdo con las comprobaciones hechas más tarde en la autopsia, padecía de un carcinoma de estómago- y en el de una muchacha, quien también padecía de tumores en la región abdominal. El líquido extraído por punción contenía, además de glóbulos blancos y rojos y células similares a las de los endotelios, gran número de células redondeadas, con gotitas como de grasa y pigmento amarillo; estas células se reunían por lo común en grandes grupos y eran difíciles de separar. Se movían vivamente, con pseudopodios lobulados o filiformes, sobre todo en los días cálidos de julio. Retenían su motilidad en el líquido, conservado estéril entre tres y siete días, y no morían.



Viva. Las flechas indican los movimientos espasmódicos del plasma. La flecha grande muestra la dirección del movimiento de la célula completa.



Muerta. Adopción de la forma esférica y desintegración.

Figura 23. Formas de células cancerosas ameboides -maduras- en ratas T (Ca IV).

Algunas contenían eritrocitos dentro de su plasma. Schaudinn, que examinó con todo detenimiento estas formaciones, consideró que se trataba de parásitos ameboides.⁸

Aquí se ve hasta qué punto el prejuicio de la infección parasitaria alejó de la realidad a eminentes investigadores. Leyden no vio nada más que células cancerosas ameboides, *que se desarrollaban en el propio organismo*. La confusión de las células cancerosas con parásitos exógenos persiste en 1942:

Protozoarios varios: Otros observadores no pudieron considerar todas las células cancerosas como parásitos extraños al organismo, pero identificaron a algunas de las células tumorales como amebas parasitarias, debido a sus formas caprichosas y a los largos pseudopodios que se extendían entre las células adyacentes. Este es el caso del *Rhopalocephalus carcinomatosus* de Karotneff y de la *Cancrimeaeba macroglossia* de Eisen. L. Pfeiffer describió estructuras intracelulares que se asemejaban a los *microsporidia* del tejido muscular.

⁸ F. Döflein, *Generelles Lehrbuch der Protozoenkunde*, IV ed. corregida y aumentada, 1916, p. 743.

Podwyssozki y Sawtschenko describieron como esporozoos a una variedad de estructuras intracelulares libres y encapsuladas, muchas de las cuales se asemejaban a los parásitos de Soudaketvitch. Ruffer y Walker perfeccionaron los métodos técnicos para demostrar la existencia de cuerpos cancerosos y procuraron establecer la distinción entre parásitos auténticos y espurios. Kahane creyó detectar un diminuto protozoario en la corriente sanguínea de individuos afectados de cáncer. Schaudinn observó, en el líquido ascítico canceroso, una gran célula amebode, a la cual denominó *Leydenia gemmipara*. Schuller siguió el ciclo completo de un diminuto protozoario intranuclear en las células cancerosas. Este protozoario difería de casi todos los demás parásitos del cáncer.⁹

A esta altura nos vemos obligados a suponer que el grado de malignidad de un tumor depende del grado de madurez de las células cancerosas y de la velocidad con que éstas y los sectores de tejido *destruidos* se desintegran en bacilos T. Como se ha podido comprobar en los experimentos con ratas, las metástasis se producen ya en el estado de maduración del cáncer (Ca III). Sin embargo, las células fusiformes y redondas, con escasa motilidad, no pueden causar el mismo daño que amebas con movimiento más rápido y, por consiguiente, mayor destructividad.

5. Fase final del tumor canceroso: desintegración pútrida (Ca V)

La desintegración pútrida puede atribuirse a una simple infección cuando el tumor está expuesto al aire. Pero la desintegración del tumor, con formación de bacterias de putrefacción y neoformación de bacilos T, sólo debe atribuirse a todas las células cancerosas necróticas. Esta desintegración de las células de formación nueva en bacterias corresponde a la auto-descomposición experimental del medio de huevo cuando se le incorporan bacilos T. El cuadro eosina-hematoxilina es igual en ambos casos (Fig. 58d, Apéndice). Se asemeja al de la necrosis post-mortem de los tejidos, en la cual la proteína animal se desintegra en sus componentes químicos. Por eso en el estadio Ca V puede hablarse de "necrosis premortem". En su estado final, el cáncer muestra una tendencia a la destrucción, cada vez más rápida, del organismo en su totalidad. Este fenómeno nos resulta comprensible ahora, pues sabemos que se produce una bacteremia y toxemia sistémica del organismo como consecuencia de la desintegración de las efímeras células cancerosas en bacilos T. Cuando no se produce una grave perturbación de funciones vitales por acción del tumor, la muerte por cáncer es provocada por una putrefacción tóxica general.

⁹ James Ewing, *Neoplastic Diseases*, IV ed., W.E. Saunders, Filadelfia, 1942, pp. 116 y ss.

Por eso la enfermedad tiende a agravarse rápidamente hacia el final y desemboca en la muerte.

Hacia la comprensión del cáncer experimental por alquitrán producido en ratas de laboratorio

La clásica investigación oncológica ha descubierto una multitud de hechos en sus experimentos con animales, pero pocos de esos hechos pueden reunirse para constituir un cuadro comprensible. Uno de los tantos descubrimientos inexplicables es la producción experimental de carcinoma en ratas y conejos por medio de la aplicación de alquitrán. Yamagiwa¹⁰ e Itschikawa fueron los primeros que lograron provocar cáncer, pincelando en forma constante las orejas de conejos. Provocaron así una úlcera carcinomatosa y, en algunos casos, incluso metástasis en las glándulas regionales. Tsutsui, Dellman, Bloch y Dreifuss llevaron a cabo con todo éxito el mismo experimento con ratas blancas. Por supuesto, se procuró establecer qué componentes del alquitrán ejercían el efecto carcinógeno. Dellman descubrió que los destilados de alquitrán de 900-1000° C son los más efectivos; Kenneway y Rusell llegaron a los mismos resultados con alquitrán de carbón de piedra llevado a los 900° C, cuando ese mismo alquitrán había sido ineficaz antes del calentamiento.

La acción carcinógena del alquitrán ha seguido siendo incomprensible hasta ahora. Dos interrogantes habían quedado sin respuesta:

1. *¿Por qué y cómo provoca cáncer la sustancia del alquitrán?*
2. *¿Por qué sólo es efectivo el alquitrán previamente llevado a altas temperaturas?*

Blumenthal resume de la siguiente manera los experimentos con aplicación de alquitrán.

1. Como lo señalara por primera vez Lubarsch, el cáncer por alquitrán elimina una serie de teorías sobre el carcinoma, incluyendo la del agente carcinógeno unitario, la de la malformación y la de la predisposición embrional. La oreja de un conejo no tiene una predisposición especial y, por lo tanto, no puede hablarse de predisposición heredada.

2. La formación del cáncer va precedida por un largo estado *inflamatorio*.

¹⁰ La totalidad de los datos incluidos en esta sección han sido extraídos de la reseña de Blumenthal, *op. cit.*

Estas dos comprobaciones asestan un golpe mortal a la teoría del cáncer hereditario. También refutan a los patólogos que insisten por todos los medios en mantener estrictamente separados el proceso inflamatorio y el proceso carcinomatoso. Los experimentos de aplicación de alquitrán a ratas también coinciden con el hecho de que las personas que trabajan con alquitrán y anilina, así como los deshollinadores, que están en permanente contacto con el hollín, son víctimas del cáncer con más frecuencia que otros.

¿De qué manera han contribuido los experimentos con biones a la solución de estos problemas?

Primero, nos suministran algunos datos fundamentales como base para una comprensión de los problemas:

1. Las vesículas bionosas (vesículas de energía orgánica) dan origen a protozoarios, entre los cuales debemos incluir las células cancerosas.
2. Los tejidos animales y vegetales pueden desintegrarse en biones.
3. El carbono, componente esencial de la proteína animal, desempeña un papel decisivo en los experimentos con biones. Llevado a la incandescencia y combinado con nutrientes y sustancias que producen hinchazón, el carbono da origen a biones y a cultivos de biones.
4. Observadas con un aumento de 2-3000x y sobre campo oscuro, todas las sustancias de alquitrán llevadas a temperaturas altas revelan una estructura vesicular similar a la de los biones producidos a partir del carbono llevado a la incandescencia.

El carbono *no calentado* y el carbono llevado a la *incandescencia* revelan un comportamiento muy distinto. El carbón no llevado a la incandescencia sólo presenta un mínimo de estructura vesicular, y visto en el microscopio fluorescente muestra su propio color: negro. La sustancia de carbón calentada hasta la incandescencia se descompone en seguida en vesículas bionosas que exhiben una fluorescencia azulada, no negra.

Ahora bien, si producimos un preparado de biones de carbón, se podrán observar los siguientes hechos llamativos:

Cuanto más elevada es la temperatura a que llevamos al carbono, tanto más fácil y rápido es el desarrollo de biones y tanto más se destaca la coloración azul de los biones de carbono en la estructura primitivamente negra del carbón. Por supuesto, los biones de carbón son algo completamente distinto del carbono, del cual surgieron. En primer lugar, se ha modificado la estructura. Un cristal de carbono se ha transformado en una suma de vesículas de energía orgánica. Estas vesículas pueden hincharse, dividirse, penetrar en otras sustancias, etc. Inoculadas en medios de cultivo o incorporadas a una

solución que produzca hinchazón, absorben fluido de proteína y diversas sales. Es verdad que aún no sabemos cómo definir desde un punto de vista químico el bion de carbón terminado; sin embargo, estamos seguros que ya no se trata de carbono puro. A través de su comportamiento en el experimento con medio de cultivo, advertimos que guarda un estrecho parentesco con la proteína viva. La proteína viva no es tan solo un compuesto de carbono-hidrógeno altamente diferenciado; desde el punto de vista funcional es diferente de la proteína no-viviente: *Las sustancias químicas son sólo portadoras de la energía orgánica que gobierna la función viviente.*

Si observamos al microscopio la combinación de biones de carbono maduro y sustancias proteicas, como por ejemplo medio de huevo IV o sangre esterilizada en autoclave, comprobaremos que los biones de carbono penetran en las sustancias proteicas y, combinados con ellas, se organizan en diversas formaciones.

Si se vierte una solución fresca de biones de carbono sobre medio de huevo IV, al cabo de pocas semanas en dicho medio se habrán desarrollado "excrecencias" del tamaño de una cabeza de alfiler (Experimento Ca XIV). El estudio microscópico revela formaciones curiosamente organizadas y estructuradas, que no se encontraban antes en el medio de cultivo ni en el preparado de biones de carbono (Fig. 61 a, b, c, d, Apéndice).

La inyección subcutánea de biones de carbono frescos o con 24 horas de existencia producirá en el punto de inyección estructuras semejantes a las observadas en el tubo de ensayo al juntar los biones de carbono con una sustancia proteica. En el curso de los meses las ratas tratadas presentarán en el lugar de inyección proliferación de células con estructura muy cromofílica, que penetran en los tejidos, se infiltran en ellos y, con el tiempo, los destruyen. En algunos de esos casos, el examen microscópico revela la presencia de las típicas formaciones fusiformes y claviformes en los órganos, es decir, de las células de la fase Ca III, que aún no ha llegado a la madurez. En total, se utilizaron treinta y cuatro ratas sanas para los experimentos con biones de carbono llevado a la incandescencia. Todas ellas se enfermaron y la mayoría desarrolló excrecencias precancerosas y maduras (10 e Ca).

Estos experimentos explican el efecto de la aplicación de alquitrán. El carbono calentado a altas temperaturas tiene efecto carcinógeno, porque a temperaturas muy altas se forman biones a partir de la sustancia del carbono y esos biones constituyen el elemento fundamental en la organización de formaciones cancerosas.

Por supuesto, en el transcurso de estos experimentos con biones de carbono surge una pregunta ineludible: ¿fueron sólo los biones de carbono

los que dieron origen a las excrecencias o existió una relación con los bacilos T? En otras palabras ¿el efecto de la proliferación de bacilos T también habría sido responsable de las excrecencias en las ratas tratadas con alquitrán? Pincelé la cerviz de varias ratas con alquitrán, según el método habitual; algunas de esas ratas murieron antes de que llegaran a constituirse las excrecencias. Pues bien, en la sangre de esas ratas se encontraron bacilos T que pudieron ser cultivados en un cultivo puro (T 11 4). Los cultivos de sangre cardíaca de algunas ratas pinceladas con alquitrán, que habían superado el estado de inflamación crónica y habían alcanzado ya el de las excrecencias infiltrantes, también produjeron bacilos T.

¿Cómo llegaron los bacilos T a la sangre de las ratas tratadas con alquitrán?

La pregunta permaneció sin respuesta durante mucho tiempo, hasta que se me ocurrió aplicar la tinción de Gram a una solución de biones de carbono previamente calentada hasta la incandescencia. Descubrí, entonces, que *inmediatamente después de producido un preparado de biones de carbono se puede detectar la presencia de bacilos T.* En cambio, el carbono no llevado a la incandescencia y no tratado no reacciona a la tinción Gram. En un caso pude cultivar bacilos T directamente a partir de los biones de carbono (10 c T XVI).

De modo que los bacilos T penetran al organismo con la sustancia carbono-hidrógeno antes calentada a altas temperaturas. Queda aún por aclarar cómo actúan los biones de carbono sobre los bacilos T en los tejidos del animal. ¿Es su acción complementaria o se neutralizan el uno al otro? Los exámenes microscópicos permiten comprobar que los biones de carbono atraen, irritan y paralizan a los bacilos T. Tanto desde el punto de vista teórico como desde el práctico es importante encontrar la respuesta a esta pregunta. Pero, por el momento, no puedo ofrecer una solución experimental.

La proliferación de las sustancias proteicas es, pues, estimulada por los biones de carbono (PA y T). Eso explica el cáncer de los deshollinadores, el cáncer de los obreros que trabajan con alquitrán y anhilina y el cáncer de boca de los fumadores de pipa.

4. La célula cancerosa: producto de una reacción defensiva del organismo

El cáncer tiende a desarrollarse también con facilidad a partir de antiguas cicatrices o de tejidos crónicamente lastimados, como por ejemplo, cuando el

punte de una dentadura lacera el epitelio de la lengua durante años.

Las lesiones graves de tejidos, como un golpe, pueden dar origen a sarcomas que acarrear la muerte en poco tiempo. Los experimentos con biones permiten comprender esta relación: *La lesión de tejidos da origen a productos que degeneran en bacilos T y estimulan las excrecias cancerosas*. Una cicatriz o una herida no provocan un daño real en tejidos orgonóticamente fuertes, es decir sanos. De modo que lo decisivo no es la lesión local, como se cree, sino la fuerza orgonótica del tejido, a la cual denominaremos "potencia orgonótica".

Todo esto se pudo entender mejor con el descubrimiento de los bacilos T y reforzó mi creencia de que el bacilo T era el estímulo específico del cáncer y que sólo se encontraba en los individuos afectados por esta enfermedad. Siempre es gratificante encontrar el estímulo o la causa "específica" de una enfermedad, y poder trazar así un límite neto entre enfermedad y salud. Nos sentimos más seguros al comprobar así que hay organismos libres de ese estímulo. Pero ese concepto es errado y nos impide penetrar en la naturaleza de la *inmunidad*, es decir, de las funciones naturales de defensa del organismo viviente; en otras palabras, su potencia orgonótica. No se puede establecer un límite preciso entre gente mentalmente sana y gente mentalmente enferma. Tampoco es exacto suponer que hay "enfermos de cáncer", por un lado, y personas "libres de cáncer", por el otro. Todo individuo "sano" tiene, en el fondo, sus mecanismos catatónicos y sus bacilos T. Los límites distan mucho de ser netos y el problema se desplaza de las "causas" específicas y de los "estímulos" específicos de la enfermedad a los *mecanismos orgonóticos defensivos contra las enfermedades*. *Tenemos que entender la salud, antes de intentar la curación de enfermedades*. Por eso es alentador ver que la medicina se afirma cada vez más en el punto de vista según el cual los "estímulos" y "causas" específicos sólo son eficaces cuando el organismo se lo permite. Los bacilos de la tuberculosis, por ejemplo, sólo pueden producir su efecto patológico bajo condiciones bioenergéticas bien definidas. Un trauma psíquico requiere la disposición emocional del organismo para ejercer su acción. De la misma manera, para que el bacilo T encuentre campo propicio debe existir un deterioro general de la biofunción. Una vez más volveremos al concepto de "predisposición para la enfermedad" como factor decisivo. Pero ahora el enfoque es diferente del de las teorías tradicionales. Para nosotros "predisposición para la enfermedad" es el *funcionamiento vivo y orgonótico* del organismo y no alude a sustancias muertas en el blastodermo ni a conceptos moralistas vacíos como "constitución psicopática degenerativa". A nuestro juicio, la predisposición a la enfermedad se adquiere esencialmente por la *miseria de la vida* y no se

hereda indefectiblemente de los antepasados. Significa *género y grado de motilidad emocional (orgonótica) del biosistema*.

Se supone que la célula cancerosa inicia el proceso patológico "cáncer" al transformarse "células normales en células cancerosas". Si se sigue con máxima atención el *desarrollo* de la célula cancerosa, se comprobará que este concepto es erróneo. Ocurre todo lo contrario: *La célula cancerosa es una consecuencia de la defensa de los tejidos contra la acción de los bacilos T*. Esta afirmación puede sonar extraña, pero deja de parecerlo una vez que se examinan los hechos. El primer paso en el desarrollo del carcinoma no es la célula cancerosa ni la desintegración del tejido en biones azules sino el ingreso masivo de bacilos T en esos tejidos o en la sangre. Los bacilos T también se encuentran en los tejidos *sanos* y en la sangre *sana*. Siempre están presentes cuando hay degeneración de proteínas.

Luego de practicar una serie de exámenes de la sangre de individuos afectados de cáncer, comencé a analizar la sangre de personas de las cuales no se podía decir que padecieran de cáncer en el antiguo sentido de la palabra. Pude cultivar bacilos T a partir de la sangre y de las excreciones de individuos completamente sanos. Este descubrimiento fue alarmante y desconcertante en un principio. Si los bacilos T guardaban una relación directa y específica con el desarrollo del cáncer, como yo creía a fines de 1937, la posibilidad de cultivarlos a partir de la sangre de personas sanas significaba que, en el fondo, *todos* los seres humanos están enfermos de cáncer. Como esa suposición no podía ser exacta, la única alternativa era que los bacilos T no estuvieran en relación *específica* con el cáncer. El hecho indiscutible de que todo enfermo de cáncer y todo tejido canceroso contuviera enormes cantidades de bacilos T contradecía a su vez tal suposición. Trascurrieron varios meses antes de que los experimentos y los razonamientos nos permitieran dar con la respuesta adecuada: *El individuo sano no se distingue del enfermo de cáncer por la ausencia de bacilos T sino por la potencia orgonótica del organismo*, es decir, por la capacidad de *eliminar los bacilos T existentes y por el grado de la tendencia de tejidos y células sanguíneas a desintegrarse en bacilos T*. Porque si bien es cierto que yo había podido cultivar bacilos T a partir de la sangre y las excreciones de individuos sanos, la sangre de enfermos de cáncer y los tejidos cancerosos producían con *facilidad y rapidez* los bacilos T, mientras que la sangre y las excreciones de individuos sanos debían ser sometidas a un *proceso de degeneración* más o menos largo para que produjeran bacilos T. En el caso de los enfermos, ese proceso duraba pocos días; en el de los sanos, varias semanas. *De modo que la disposición al cáncer está determinada por la resistencia biológica de la sangre y de los tejidos a la putrefacción*.

Y esa resistencia biológica, a su vez, está determinada por el contenido de orgón de la sangre y de los tejidos, es decir, por la potencia orgonótica del organismo. Por consiguiente, todo proceso que reduce el contenido de orgón y el funcionamiento orgonótico del organismo o de determinados órganos, aumenta en la misma medida la disposición al encogimiento y a la desintegración cancerosa. Buen número de observaciones y experimentos por demás concluyentes nos reafirman en esta suposición.

Cuando me vi confrontado con el difícil y decisivo problema de establecer si el bacilo T sólo aparecía allí donde podía desarrollarse el cáncer o si es una presencia universal y, por lo tanto, también el cáncer puede aparecer en todas partes, comencé a examinar sangre, epitelios y excreciones de numerosos individuos sanos. Y, en efecto, pude localizar formaciones locales de bacilos T aquí y allá, en órganos y tejidos en los cuales no existía el menor indicio de cáncer. Por ejemplo, vi desintegración T en los epitelios vaginales y cervicales de muchas mujeres sanas. En algunos casos, el cuadro T desaparecía después de un tiempo, en otros se mantenía constante. Comprobé la existencia de desintegración T en los epitelios de mi propia lengua, del lado izquierdo, en el lugar en que un puente rozaba constantemente el epitelio de la lengua y había provocado una pequeña erosión. Hasta pude producir un cultivo de bacilos T a partir del material extraído. Eso sucedió hace cinco años y todavía no me he enfermado de cáncer. El lado derecho de la lengua no presentaba bacilos T y las células epiteliales eran sanas. Cultivé bacilos T a partir de la sangre de uno de mis asistentes, permitiendo que esa sangre degenerara, luego se la inyecté a una rata y produjo un definido adenocarcinoma (cáncer con una estructura similar a las glándulas; Fig. 62 a, Apéndice) en el glúteo. Ese fue el primer tumor maligno que obtuve por inyección de bacilos T de una persona sana. El hecho de que la causa de ese tumor eran realmente los bacilos T quedó demostrado por la forma en que se produjo la evolución: la inflamación se extendió desde el lugar de inyección, siguiendo los vasos linfáticos del flanco derecho de la rata, hasta llegar al músculo glúteo; allí apareció una inflamación crónica que luego se transformó en adenocarcinoma. Este diagnóstico fue verificado en la Universidad de Columbia, a pesar de que yo no comuniqué que se trataba de un cáncer de tejido muscular (10 Ge T Ca; Fig. 62 a e, Apéndice).

De modo que hasta el organismo más sano contiene bacilos T y tiene tendencia a la desintegración pútrida. Eso significa que *la disposición al cáncer es universal*. Pero en tanto los tejidos y la sangre sean orgonóticamente fuertes, los bacilos T serán destruidos y eliminados antes de que se multipliquen, se acumulen y puedan provocar daños. ¿Pero cuál es el primer daño que puede infligir un bacilo T? La respuesta a esta pregunta

demostrará que la formación de células cancerosas es una reacción defensiva del organismo contra los bacilos T y no la enfermedad en sí.

Cuando en algún lugar del cuerpo se forman bacilos T y comienzan a acumularse, el organismo reacciona con una inflamación *leve pero crónica*. En ocasiones, la acumulación de glóbulos blancos basta para detener el avance de los bacilos T. En otros casos, en cambio, la autoinfección con bacilos T es demasiado grande o las defensas orgonóticas del organismo son demasiado débiles. ¿Y qué ocurre en tales casos? ¿Cómo reacciona el tejido afectado?

Un experimento con bacilos T en tubo de ensayo puede brindarnos la respuesta. Se inoculó un poco de cultivo de bacilos T en un medio de cultivo albuminoso con una determinada composición, completamente estéril (E IV). Los bacilos T proliferan en ese medio. ¡Pero no sólo los bacilos T! Habíamos examinado previamente el medio estéril al microscopio con un aumento de 2000x y no habíamos visto ni bacilos T ni biones azules. Sin embargo, el medio inoculado no sólo mostraba ahora bacilos T sino que, para nuestra sorpresa, también habían aparecido una multitud de móviles biones PA azules en el lugar de la inyección. Eso significa que los bacilos T inyectados no sólo habían proliferado ellos mismos en el medio de cultivo, sino que *habían estimulado a las sustancias proteicas que los rodeaban, a la albúmina orgánica, para que formara biones azules PA, es decir para que se hinchara y se desintegrara en biones*.

Lo mismo ocurre en el tejido sano de la rata a la cual se le inoculan bacilos T en la cerviz o en otro lugar, en una dosis como para que no reaccione en seguida con el absceso y la muerte, sino con una inflamación leve, pero crónica: *en la vecindad del lugar de inyección se produce una desintegración bionosa*. Si se procede a la disección de las ratas T en series desde el primer día hasta la décima semana, más o menos, se podrá seguir el desarrollo de las formaciones de células cancerosas surgidas de los biones PA.

Repetí muchas veces esos dos experimentos y siempre obtuve el mismo resultado. Al principio no lo entendía, y cuando comencé a entenderlo se me escapó por mucho tiempo la enorme significación de este hecho. Para abreviar: *Los bacilos T, que son el producto de una desintegración pútrida de materia orgánica o viviente, estimulan la formación de biones azules en otra materia orgánica o viva*. Ahora bien, dada la relación antitética existente entre los biones azules PA y los bacilos T, esta formación de biones tiene la función de reaccionar *contra* los bacilos T. Eso significa que los biones azules estimulados por los bacilos T son una reacción de defensa contra la infección.

Si el único efecto de los bacilos T fuera esa formación local de PA, es

decir la "reacción B", su interés sería muy relativo. Es frecuente encontrar en la sangre de individuos sanos, plaquetas sanguíneas que no son otra cosa que biones azules PA, rodeados de bacilos T muertos adheridos a ellos. De tanto en tanto se encuentran también leucocitos llenos de cuerpos T. Por consiguiente, el proceso de la reacción de los PA contra los T, es decir la reacción B, debe de tener lugar en forma permanente y general, hasta en el más sano de los organismos. Pero cuanto más débil sea la carga orgonótica de las formaciones PA, tanto *más* biones azules tendrán que formarse para terminar con los T existentes; y *a partir de los biones azules se organizan formas biológicas superiores, protozoarios, entre los cuales están las células cancerosas. Vemos así que la célula cancerosa sólo es, en realidad, un producto de los muchos biones azules constituidos a partir de las células sanguíneas o tisulares, como defensa contra la autoinfección local con bacilos T.* Esta visión de las cosas aclara notablemente el panorama. Y cabe ahora llamar la atención sobre un hecho aparentemente desconectado, pero que en realidad tiene mucho que ver con este problema: el humus es materia orgánica en desintegración bionosa. La fertilidad del humus es un resultado de la desintegración pútrida de materia orgánica, sobre todo de compuestos de nitrógeno simples. Esta "fertilización" no es otra cosa que un estímulo a la formación de biones PA azules en el humus, debido a la materia pútrida, es decir, a los bacilos T. Lo más notable es que el humus es estéril y tiene efecto esterilizante; eso debe atribuirse a la presencia de los biones PA azules de tierra. Estos biones pueden reproducirse experimentalmente y observarse con toda facilidad esterilizando en autoclave tierra en KC1.

Los experimentos con bacilos T abren, de tanto en tanto, una ventana hacia una futura concepción química. Pero estos temas siguen siendo oscuros aún. Con todo, mencionaremos aquí un hecho de considerable interés: en la descomposición pútrida de sustancias proteicas aparecen esencialmente compuestos de metilo y de nitrógeno (urea, scatol, indol), es decir, constituyentes de la orina y de las materias fecales. Los cultivos viejos de bacilos T tienen un olor fétido, acre y amoniacal. El olor corporal de los casos de cáncer avanzado es similar y muy típico. De modo que la "putrefacción en vida" no es una simple metáfora.

Existe, además, una relación oscura entre los bacilos T y el cianuro (CN). Según Warburg, este veneno tiene la característica de paralizar los procesos respiratorios en las células al inhibir la oxidación por medio de su combinación con la enzima respiratoria de las células, que contiene hierro. Muchas de nuestras ratas T murieron como resultado de fenómenos de asfixia, sangre hipervenosa y parálisis respiratoria. La relación entre esta característica de los bacilos T y el metabolismo de asfixia de los tejidos

afectados de cáncer es evidente. Se abre aquí un fecundo campo para la bioquímica.

Hasta ahora sólo hemos conocido *una* dirección del efecto de los bacilos T: deterioro de los tejidos → bacilos → desintegración bionosa de los tejidos → organización de protozoarios (células cancerosas) a partir de los biones PA de los tejidos. De modo que este proceso va de los bacilos T a formaciones biológicas más elevadas. Pero existe también un proceso a la inversa, en el cual las células cancerosas se desintegran en bacilos T y en el cual se va acentuando la putrefacción: célula cancerosa → bacilos T → putrefacción general de la sangre y los tejidos e intoxicación T. La verdadera causa de la muerte no es la formación de células cancerosas sino la *desintegración secundaria en bacilos T.* La lesión tisular era en un comienzo local y los bacilos T se desarrollaban en cantidades relativamente reducidas; pero el proceso de desintegración del tumor canceroso imprime gran aceleración a la putrefacción y la difunde por todo el cuerpo. *Se produce así la putrefacción de la sangre y de la linfa y la intoxicación con bacilos T.* Por eso vemos que los enfermos de cáncer se mantienen bastante bien a través de meses e incluso años y después, de pronto, se produce una caída general, seguida por una rápida caquexia y por la muerte. La *segunda* fase, la desintegración de los tumores cancerosos en masas pútridas, sólo demora unas pocas semanas, es decir, un lapso muy breve si se lo compara con el de la formación del tumor. La formación de bacilos T y la putrefacción son, pues, tanto causa como consecuencia de la biopatía del cáncer.

Esta distinción es de gran importancia terapéutica. Porque una vez que los tumores, los tejidos y la sangre entran en proceso de desintegración pútrida secundaria, se forman cantidades tan enormes de bacilos T que todo intento terapéutico está condenado al fracaso. En la fase inicial, en cambio, en la de formación del tejido canceroso, la orgonterapia puede lograr mucho. En uno de los capítulos que siguen volveré sobre este tema.

El problema de la terapia y de la prevención en su totalidad puede reducirse ahora a esta simple fórmula: *La reacción T del organismo, la debilidad orgonótica, tiene como contraparte la reacción B, la fuerza orgonótica en la sangre y en los tejidos.* El destino del enfermo depende por completo de la relación entre la reacción B y la T. Para llegar a dominar este asunto en la práctica tenemos que familiarizarnos más con los efectos de la energía orgónica.

5. Un comentario acerca del problema de la herencia

El lector que esté más o menos familiarizado con el problema del cáncer se

formulará aquí una pregunta muy justificada: *¿Y qué hay del factor hereditario en el cáncer?* ¿Acaso no ha quedado "demostrado" que hay cepas de ratas con particular tendencia al cáncer y que esta enfermedad es muy frecuente en determinadas familias? En todos mis escritos insisto en que nosotros no negamos la *existencia* de la herencia. Lo que subrayamos es que la investigación sobre la herencia no nos ha explicado concretamente cómo se manifiesta este factor hereditario y cómo funciona desde el punto de vista biológico. El concepto de "genes" no nos sirve ni en el aspecto práctico ni en el teórico. La economía sexual se ha preparado desde sus comienzos para dar algún día con los *mecanismos* de la herencia de características y condiciones, mecanismos acerca de los cuales la investigación tradicional parece no tener nada que decir. No me refiero aquí a "sustancias hereditarias" sino a *funciones* plasmáticas. Al estudiar el problema del cáncer tropezamos con el de la herencia por una vía tan inesperada como simple, que nada tiene que ver con la cuestión de los rasgos caracterológicos hereditarios. Al estudiar los rasgos patológicos de un carácter se descubre siempre una clara influencia de la educación en la primera infancia, por identificación y estasis sexual precoz. De modo que la "herencia" de rasgos caracterológicos biopáticos es un fenómeno *postnatal*. La herencia del cáncer, en cambio, parece ser *prenatal*, pero los mecanismos nada tienen que ver con lo que suponen los estudiosos del tema.

En nuestro laboratorio tuvimos oportunidad de observar centenares de ratas, tanto sanas como enfermas de cáncer. Nos llamó la atención el hecho de que rara vez los hijos de animales afectados de cáncer desarrollaran esta enfermedad. Al comienzo nos dimos por satisfechos con el dato de que no estábamos trabajando con una cepa de ratas proclives al cáncer. Se produjeron un par de casos de cáncer entre las ratas jóvenes, pero no encontramos explicación. El cáncer se había desarrollado en esos animales espontáneamente y no por intervención experimental.

La sorpresa se produjo con las ratas originariamente sanas, a las cuales se les inyectaron bacilos T a la edad de 3 a 8 meses. No tardamos en comprobar que *los hijos* de esas ratas *originariamente sanas* eran enfermizos, morían jóvenes y hasta desarrollaban carcinomas. En ningún caso las ratas de control, no sometidas a tratamiento, tuvieron hijos cancerosos o afectados de alguna manera por bacilos T. La disección y el análisis bacteriológico de esas crías cancerosas que no habían recibido la inyección de bacilos T, dieron los mismos resultados que la autopsia y análisis de las madres tratadas con inyección: bacilos T en la sangre, descomposición pútrida de los tejidos del estómago, de las glándulas y, sobre todo, de los genitales, etc. Las ratas que han desarrollado espontáneamente cáncer, no presentan fenómenos propios

de esta enfermedad en los órganos a menos que haya metástasis. En cambio, las ratas que han recibido inyección de bacilos T presentan cáncer en casi todos los órganos. Esto es fácil de entender, pues el tumor espontáneo surge de una lesión tisular local, mientras que los tumores T de las ratas con inyección se caracterizan por su difusión general del T en el organismo. Esas ratas pueden morir de carcinosis sistémica y de intoxicación T, sin que se lleguen a formar grandes tumores locales. Esto parece ser la regla y se explica por la inyección de bacilos T que son transportados por la sangre en grandes cantidades y diseminados por todo el organismo.

Ahora entendemos por qué los hijos de ratas T desarrollan con tanta frecuencia cáncer prenatal cuando nacen *después que la madre ha recibido la inyección: Los bacilos T inyectados llegan a los embriones a través de la sangre materna y ejercen una acción carcinógena.*

Este hecho aclara un gran sector del problema de la herencia del cáncer: *Cuando en la sangre materna hay gran número de bacilos T suficientemente virulentos durante el embarazo, el hijo tiene que resultar infectado.* El hecho de que el organismo del niño pueda o no llegar a dominar los bacilos T depende de otras circunstancias. Depende de la relación entre la reacción B del niño y la reacción T, tan precoz en este caso.

La aparición de cáncer de mamas en las ratas sigue siendo incomprensible. Pero cabe señalar que las ratas hembras utilizadas para las observaciones ya no llevan una vida sexual natural. Están constantemente separadas de los machos o se les regula la cría. Algunas de las observaciones practicadas con machos a los cuales se había inyectado bacilos T, indican que la estasis sexual estimula el efecto de la reacción T y reduce la reacción B. Los machos mantenidos en la abstinencia desarrollaban con mayor facilidad cáncer -sobre todo en los testículos- que los que convivían con las hembras. Quisiera señalar que estos experimentos no se han practicado aún con la suficiente amplitud e intensidad como para admitir generalizaciones.

En las madres del género humano deben tenerse en cuenta otras dos influencias "hereditarias": la acción local por *espasmo* del útero y la *inhibición respiratoria* general, de naturaleza biopática. Aún no podemos decir nada definitivo al respecto. Pero es importante tener en cuenta que una perturbación respiratoria grave de la madre tiene que tener consecuencias perjudiciales para la respiración tisular del embrión y otro tanto debe de ocurrir con el espasmo crónico de útero. Pero esas influencias prenatales no son efectos hereditarios según el sentido que dan a esa palabra los teóricos de los "genes". Se trata más bien de efectos *sociales*. *El organismo de la madre es, en un sentido estricto, el primer "factor social" en la existencia intrauterina del embrión.*

La hipótesis mecanicista y metafísica de la herencia no nos brinda la menor posibilidad de entender los trastornos adquiridos en una etapa prenatal y, por consiguiente, de eliminarlos. El conocimiento de la existencia y naturaleza de los bacilos T, de la estructura caracterológica y de las funciones pulsatorias de los padres nos permite, en cambio, abrir nuevos caminos hacia la comprensión del problema de la herencia, que pueden llegar a revestir gran importancia, tanto desde el punto de vista teórico como del práctico.¹¹

Esta incursión en el problema hereditario no fue intencional. Se hizo necesaria como resultado de algunas observaciones estrechamente vinculadas con la orgonterapia del cáncer. Tendremos que habituarnos cada vez más a la idea (y podemos hacerlo) de que *el cáncer comienza a perder su horror y de que es más fácil prevenir que curar esta enfermedad*. Por ejemplo, de ahora en adelante será posible determinar el grado en que la sangre materna tiende a la desintegración T, si la sangre materna contiene bacilos T libres, etc. En esos casos, el tratamiento orgonótico de la madre libraría al embrión de los efectos T. También se puede someter al lactante a un tratamiento orgonótico. Hasta ahora no sabemos si el bacilo T es específico del cáncer o si puede provocar también otras enfermedades cuando actúa en *otra forma y se localiza de otra manera*. En este aspecto, la oscuridad es total y tenemos que prepararnos para grandes sorpresas. Enfermedades infecciosas tan poco vinculadas entre sí como el botulismo agudo y el estadió agudo de la poliomiélitis podrían estar comprendidas dentro de ese sector. Esta suposición es aceptable; *pero no es más que una suposición*.

¹¹ Es posible que el problema de la herencia del cáncer se aclare si se exponen ratas con un alto índice de cáncer hereditario, debidamente comprobado, a la radiación orgónica. El punto de vista de la biofísica orgonótica quedaría confirmado si se lograra una reducción o una eliminación del cáncer en las generaciones siguientes de esa cepa de ratas. (Hemos procurado, en vano, obtener una cepa de ratas cancerosas en el Jackson Memorial Laboratorium de Bar Harbor, Maine.)

VII NATURALEZA Y EVOLUCIÓN DE LOS EXPERIMENTOS DE ORGONTERAPIA

Ya contamos con los elementos necesarios para encarar tema de la orgonterapia. Esta puede reducirse a una fórmula biológica muy simple: *Estimular la reacción B del organismo y reducir o suprimir la reacción T*. Si no se puede acentuar la reacción B cuando predomina la reacción T de la sangre y de los tejidos, eso significa que la orgonterapia ha fracasado. En cambio, la orgonterapia puede considerarse todo un éxito cuando las reacciones T dejan lugar a las reacciones B. Establezcamos ahora un paralelo entre las reacciones B y las T en la siguiente forma esquemática:

	<i>Reacción B</i>	<i>Reacción T</i>
1. <i>Organismo total</i>	Erguido, con buena tonicidad. Sin espasmos, sin clonismo. Sensación de fuerza, capacidad de disfrutar.	Encorvado, flácido o hipertónico. Espasmos, clonismo. Sensación de debilidad, incapacidad de disfrutar o miedo al placer.
2. <i>Piel</i>	Tibia, bien irrigada, turgente, rosada o bronceada; sudor tibio	Fría, húmeda, sudor frío, lívida, arrugada, palidez que puede ser de un blanco cadavérico.
3. <i>Musculatura</i>	Relajada, capaz de alternar tensión con relajación. Fuerte. No hay coraza muscular. Buen peristaltismo, ni constipación ni hemorroides.	Tensa o flácida y débil con frecuencia, exceso de adiposidad, coraza muscular por doquier, sobre todo en mandíbulas, frente, nuca, aductores, glúteos, espalda.

3a. <i>Expresión facial</i>	Vivaz, cambiante.	Semejante a una máscara rígida.
4. <i>Sangre</i>	<i>Reacción B</i> al ser esterilizada en autoclave, eritrocitos turgentes, pulsantes; amplio y neto margen de orgón; desintegración bionosa muy lenta en solución fisiológica. Cultivos no producen bacilos T.	<i>Reacción T</i> al ser esterilizada en autoclave; eritrocitos pequeños o encogidos, sin pulsación, agujas T, margen de orgón débil y estrecho, desintegración bionosa muy rápida, estafilococos, estreptococos o bacilos T cultivables.
5. <i>Sistema cardiovascular</i>	Presión sanguínea normal; pulso regular, sereno y fuerte.	Tensión sanguínea demasiado alta o demasiado baja; pulso demasiado rápido o demasiado lento, irregular o débil.
6. <i>Tejidos</i> (células epiteliales, tejidos extraídos para biopsia, etc.)	Firme turgencia; sin formación de biones en KQ.	Falta de turgencia, encogidos, estructura bionosa o rápida desintegración bionosa en KC1
7. <i>Ojos</i>	Brillantes (rápida reacción a la luz en las pupilas). Globos oculares ni protuberantes ni hundidos.	Opacos; mirada "perdida", reacción pupilar lenta; a veces midriasis; globos oculares protuberantes o hundidos.
8. <i>Respiración</i>	Espiración completa, con <i>pausa a continuación</i> , libre pulsación del tórax. Sensación placentera en los genitales después de cada espiración.	Espiración superficial, incompleta. Actitud inspiratoria crónica, <i>pausa a continuación de la inspiración</i> ; actitud crónica de ansiedad en la caja torácica. No hay sensación placentera al espirar.
9. <i>Orgasmo</i>	Normal; convulsión del cuerpo en su totalidad. No hay estasis sexual.	Inexistente o perturbado. Estasis sexual crónica.
10. <i>Campo orgonótico en torno al organismo.</i>	Amplio, "elástico".	Estrecho o inexistente.

Los síntomas de la reacción T son idénticos a muchos síntomas de la contracción crónica del simpático. En cambio, los síntomas de la reacción B no son idénticos a los de la expansión vagotónica crónica, sino que responden a un estado del organismo cuya característica es la *pulsación serena, ordenada y plena en todos los órganos*.

La esencia de la orgonterapia (no sólo en el tratamiento del cáncer sino también de todas las biopatías basadas en una contracción o encogimiento del aparato vital) es la *supresión de la contracción crónica y el estímulo de la expansión*. Una vez que el organismo vuelve a estar en condiciones de expandirse, de dilatar los vasos, de hacer llegar sangre a la piel y demás tejidos, de hacer que los tejidos absorban agua y alimento, que los intestinos recuperen su movimiento peristáltico ondulatorio, que los músculos tensos se relajen, en una palabra, que *todo el sistema vital autónomo se expanda*, la pulsación normal se establecerá por sí misma y se implantará el estado de funcionamiento vivo, que hemos definido como una *oscilación entre contracción y expansión*, es decir, *la pulsación biológica*. El predominio de la reacción B sobre la T no es otra cosa que el predominio de las reacciones positivas en todas las partes del organismo. Dado que el organismo es una unidad en funcionamiento, la pulsación ordenada de esa totalidad es *el requisito fundamental* para neutralizar la reacción T en los tejidos y en la sangre. Y puesto que los bacilos T se desarrollan a partir de una contracción crónica del organismo (reacción T), es lógico que *la pulsación natural y plena del organismo constituya la base de la profilaxis del cáncer*. La contracción crónica, por su parte, es la base general de la biopatía de encogimiento carcinomatosa.

Vemos, pues, que el problema del cáncer no puede quedar restringido a órganos individuales, a un tumor individual o a una determinada enzima; es un problema ligado al funcionamiento biológico total del organismo. En consecuencia no se puede encarar el tratamiento del cáncer con hormonas, enzimas, congelamiento, cirugía o aplicación local de rayos. Porque el cáncer no es una afección local de los órganos sino un proceso sistémico de muerte prematura, que se pone de manifiesto en las reacciones T, clínicamente palpables. La única terapia del cáncer que puede considerarse válida es aquella que ataca esa biopatía por su raíz. Sólo podremos hablar de terapia del cáncer cuando estemos en condiciones de suprimir las reacciones T sistémicas del organismo y de restablecer el predominio de la reacción B, es decir, de restaurar el funcionamiento vital. Por eso, si la orgonterapia lograra eliminar el tumor local y hacer desaparecer los bacilos T de la sangre pero no tuviera otra influencia sistémica, se la podría considerar como un buen método curativo de los síntomas, pero no se podría hablar de *"terapia del cáncer"*.

La psiquiatría nos ha enseñado que no podemos considerar una neurosis como "curada" por el solo hecho de haber eliminado un dolor de cabeza o una compulsión. En la práctica de la vegetoterapia analítica sólo hablamos de "curación" cuando hemos logrado eliminar la base general caracterológica y biofisiológica de los síntomas individuales, es decir, la "neurosis de carácter". Esto sólo se consigue restableciendo la potencia orgástica, es decir, la total capacidad de pulsación. Esta exigencia es severa, pero es la única que cumple con las necesidades esenciales de la medicina y de la higiene social. No debe confundirse nuestra labor con esos métodos ilusorios que creen "curar" un dolor de cabeza neurótico con bromuro, o un cáncer con una intervención quirúrgica. Este principio —el de considerar un caso curado sólo cuando se ha hecho desaparecer la neurosis— ha gobernado nuestro trabajo clínico desde los primeros años del seminario de terapia psicoanalítica, en Viena. Nos proponemos serle fiel, pues nos ha deparado muchas satisfacciones.

Antes de seguir adelante, quisiera aclarar que *aún no sabemos si la orgoterapia es el método ideal para el tratamiento del cáncer*. Porque si bien es cierto que estamos ya en condiciones de transformar la reacción sistémica T del organismo en reacción sistémica B y de eliminar los tumores locales en cualquier lugar del cuerpo, también es verdad que aún no sabemos cuánto puede mantenerse esa reacción B sistémica y si tarde o temprano no cederá el lugar a una reacción T. No hemos llegado a dominar la biopatía de encogimiento. A pesar de todo, considero que esta publicación se justifica, aunque se requieran muchos años más de experiencia y de trabajo intensivo antes de que la orgoterapia pueda ser considerada como el método para el tratamiento del cáncer y antes de que podamos fijar los límites de su eficacia. Pero lo descubierto hasta ahora supera en mucho nuestras esperanzas de hace pocos años y merece un análisis detallado en estas páginas.

A continuación relataré cómo surgió la orgoterapia experimental de hoy (1943) de los torpes experimentos con biones de 1936.

Los comienzos de la orgoterapia del cáncer se remontan a la primera observación del efecto letal ejercido por los biones azules sobre muchas especies de bacterias de putrefacción y otros bacilos. Era lógico que yo reuniera bajo la lente del microscopio diversos tipos de biones PA azules con diversas formas de bacilos y que, juntos, los inyectara a ratas. En el microscopio podía verse que, en la vecindad de biones azules vigorosos —obtenidos a partir de limaduras de hierro en polvo, humus, carbón, etc.— los bacilos con motilidad se tornaban intranquilos, intentaban huir, o permanecían en su lugar, como paralizados, cuando estaban demasiado próximos. Lo mismo ocurría cuando se reunían los bacilos T —de rápido movimiento zigzagueante— con los biones azules PA.

Los bacilos T se adherían, inmóviles, a los biones azules o constituían montones inmóviles en torno a ellos ("aglutinación"). Como ya señaláramos en el capítulo sobre "organización natural de protozoarios a partir de vesículas de energía orgónica", todas las ratas que habían recibido inyecciones de biones PA exclusivamente conservaron la salud. Aquéllas a las cuales se les había inyectado sólo T, morían tarde o temprano de intoxicación T aguda o de cáncer en diversos grados de maduración. Las ratas que habían recibido inyecciones de PA y de T al mismo tiempo, conservaban en su mayor parte la salud.

Estos resultados revelaban el efecto curativo de los biones azules (más tarde denominados "vesículas de energía orgónica") en el caso de infección de bacilos T. No se tenía la menor idea acerca de los posibles efectos directos de los biones PA sobre los tejidos cancerosos. En esa etapa de mi trabajo había muy pocas certezas y ningún conocimiento que pudiera servir como punto de partida. Nadie sabía qué podía esperarse de esos experimentos. Reuní biones PA y células cancerosas bajo la lente del microscopio. Los PA se congregaron en torno al montón de células cancerosas, penetraron en la masa y destruyeron su estructura (Fig. 63, Apéndice).

Uno de nuestros colaboradores, médico, logró persuadir a un cirujano de que inyectara biones estériles PA a una paciente que estaba muriendo de cáncer. El cirujano le inyectó por tres veces unos 10cm³ de PA en la vena del brazo. La enferma reaccionó con fiebre. Murió una semana después. La autopsia reveló lo siguiente: un tumor duro, del tamaño de un puño, en el hígado. *En varios puntos, la superficie de dicho tumor presentaba ablandamientos de 1 cm. de profundidad aproximadamente*. El patólogo consideró este hecho muy curioso. Para nosotros se trataba de un dato incierto, pero coincidente con las comprobaciones hechas durante el experimento. (Yo sabía que en Europa se habían emprendido varios experimentos para atacar el cáncer con inyecciones de estreptococos. Pero mis biones eran formaciones estériles, obtenidas en autoclave.)

Me veía, pues, ante dos hechos diametralmente opuestos: Los biones PA paralizaban a los bacilos T, que actuaban en la raíz misma del cáncer. Además destruían los propios tejidos cancerosos. El primer hecho apuntaba en dirección a la profilaxis del cáncer; el segundo en dirección a la terapia local de dicha enfermedad. Durante los años siguientes, la primera orientación fue cobrando cada vez más importancia.

Lo lógico habría sido emprender nuevos ensayos con seres humanos. Por ejemplo, se podía haber estudiado la acción de las inyecciones con cultivos de biones PA, hasta determinarla con precisión. Pero había algo en los biones PA que nos detenía: teníamos suficientes elementos de juicio para considerar

a los biones PA como una determinada especie de organismos vivientes. Al ponérselos en contacto con los bacilos T consumían su energía biológica en la lucha. Esto se ponía de manifiesto en el microscopio: muchos de los biones PA perdían su coloración azul y las multiformes vesículas azules se convertían en cocos negros redondos, es decir, en simples estafilococos productores de pus. De modo que la idea de inyectar biones PA a seres humanos quedaba descartada.

Entre el otoño de 1937, cuando se produjo el descubrimiento de los bacilos T, y el otoño de 1939, en que se llevaron a cabo los primeros experimentos de orgonterapia en ratas, se practicaron múltiples observaciones que, aunque inconexas, contribuyeron a orientarnos en nuestra labor. Los cultivos de biones PA azules exterminaban los T inyectados en el torrente sanguíneo de las ratas. Cuando conté con los primeros cultivos de biones SAPA, que dieron lugar al descubrimiento de la radiación orgónica, me vi enfrentado a un importantísimo interrogante: *¿Es la energía irradiada por los cultivos de biones de arena (orgón), la misma que la contenida por los primeros biones azules PA que yo había inyectado a las ratas para protegerlas de la acción T?* Hoy damos por sentado que la energía de los biones de tierra, la de los biones de musgo, la de los biones radiantes SAPA, la de los glóbulos "rojos" de resplandor azulado y, por fin, la energía visible de la atmósfera representan una y la misma forma de energía. La identidad de las energías en las diversas sustancias y estados ha quedado demostrada desde entonces en forma experimental y ha conducido a importantes suposiciones teóricas acerca del funcionamiento de lo vivo. Sobre eso será necesario informar en detalle, dentro de otro contexto. Pero por entonces, cuando observé los primeros efectos del orgón sobre los tejidos cancerosos, sin suponer que se trataba de dicha energía, todo era aún inseguro. Toda hipótesis que se imponía y contradecía los conceptos de la patología tradicional nos alarmaba y nos hacía retroceder. Yo veía con toda claridad que el azul de los biones PA guardaba alguna relación con su efecto letal, pero nunca habría supuesto que ese color es el propio de la energía biológica del plasma. Sólo después de que hubo quedado establecida la existencia de la radiación SAPA (1939) y, con ella, el origen solar del orgón, me arriesgué a formular suposiciones más audaces.

Aunque más no fuera para avanzar, me vi obligado a suponer hipotéticamente que el azul de los biones PA revelaba la presencia de la misma energía que irradiaban los SAPA, es decir, la energía *exterior* a la vesícula bionosa e incluso exterior al tubo que contenía los cultivos.

Había descubierto, en mi mejilla izquierda, una pequeña verruga que contenía bacilos T. Acerqué el tubo de cultivo SAPA a la verruga por espacio

de breves minutos en repetidas oportunidades. El análisis microscópico que había revelado la presencia de bacilos T vivos, reveló ahora la existencia de T muertos. La verruga se curó. *De modo que la energía orgónica de los SAPA actuaba a distancia, a través del vidrio del tubo.* En una erosión del lazo izquierdo de mi lengua había bacilos T vivos. Expuse ese lado de la lengua aproximando el tubo de cultivo. La lesión curó rápidamente y los bacilos T se inmovilizaron. En una mujer que padecía de leucorrea comprobé la existencia de una degeneración T en el epitelio vaginal y cantidades masivas de bacilos T vivientes en la secreción. También había unos protozoarios caudados con motilidad ameboide: los llamados *tricomonas vaginales*. Bajo la lente del microscopio, al reunirlos con unos pocos biones SAPA, los protozoarios se inmovilizaban (sin haber llegado a entrar en contacto con los SAPA). Indiqué a la mujer que se introdujera en la vagina un tubo cerrado estéril que contenía biones SAPA, y que repitiera la operación varias veces por espacio de medio minuto. Muy pronto la paciente se quejó de ardor en el bajo vientre e interrumpió la experiencia. Analicé entonces la secreción vaginal y comprobé, con enorme sorpresa, que ya no contenía bacilos T vivientes. Lo que me sorprendió fue la rapidez de la reacción, a pesar de que ya me había familiarizado con el rápido enrojecimiento de la piel provocado por la aplicación de un cultivo SAPA.

En mayo de 1939 me vi obligado a interrumpir mi trabajo como resultado de una campaña de desprestigio iniciada por la prensa noruega. El laboratorio fue trasladado a Nueva York. También envié los cultivos de SAPA con una asistente. Sólo pude recomenzar la labor a mediados de septiembre de 1939, una vez que se hubo reinstalado el laboratorio en Forest Hills. No fue fácil esperar con paciencia. Las verdaderas experiencias en materia de orgonterapia del cáncer comenzaron con la inyección subcutánea de una solución de cultivos SAPA, a ratas (de Herrlein Inc., New York City, N.Y.) con tumores espontáneos, de rápido crecimiento. La primera rata tratada con SAPA que pertenecía a una cepa de París tenía el diagnóstico de "*mammary tumor*". Un médico, discípulo mío, había conseguido la rata -París R 3- en la Universidad de Columbia. Recuerdo con cuánta excitación todos esperamos los resultados de esa primera inyección. Yo sabía (y esta idea fue confirmada por un médico del Presbyterian Hospital que trabajaba conmigo) que hasta la más pequeña reducción del tumor sería un verdadero acontecimiento. Porque jamás en la historia de las investigaciones oncológicas se había logrado reducir y, menos aún, hacer desaparecer tumores en las ratas.

El tumor, ubicado en la mama izquierda, era del tamaño de un poroto grande y de consistencia dura. Al segundo día advertimos que se estaba ablandando y unos días después su tamaño no excedía el de una arveja

pequeña. Nuestra sensación de triunfo fue indescriptible, pero la experiencia nos había enseñado a no ser demasiado optimistas. Y esa reticencia quedó justificada.

Si bien es cierto que el tumor disminuyó sensiblemente de tamaño, dos semanas después *comenzó a crecer de nuevo* y llegó a tener el tamaño de una nuez. Yo no sabía si continuar con las inyecciones de SAPA o suspenderlas. Entretanto murieron de caquexia algunas de las ratas no sometidas a tratamiento. Pero también las ratas *sanas* a las cuales yo había inyectado SAPA como control, morían con síntomas muy curiosos: agrandamiento del hígado y degeneración de los acinos glandulares. Nos tranquilizó el hecho de que las ratas tratadas con SAPA tuvieron una sobrevida mucho mayor que las ratas cancerosas no tratadas. Algunas vivían varias semanas más y otras incluso varios meses más. Pero finalmente todas murieron. En algunas, los tumores se redujeron y permanecieron así hasta la muerte; en otras, los tumores se redujeron y hasta llegaron a desaparecer, pero luego volvieron a desarrollarse. Era deprimente. Con todo, *habíamos comprobado que el orgón reduce el tamaño de los tumores.*

Comencé a inyectar SAPA a muchas ratas, en total 101. Con el correr de los meses se fue aclarando aquella confusa situación. Lo que más nos desorientaba era el hecho de que los tumores se agrandaran después de haberse reducido en el primer momento. En muy pocos casos habían desaparecido en forma definitiva.

Desde el comienzo de la experimentación yo había examinado con toda atención tanto a las ratas que habían recibido la inyección como a las no sometidas a tratamiento; sin embargo, no se había podido aclarar de qué forma los biones SAPA destruían el tejido tumoral. Existía la posibilidad de que los *biones SAPA penetraran en el tumor por la sangre y destruyeran las células cancerosas móviles, como ocurre en el portaobjetos del microscopio.* La autopsia de la primera rata tratada ya mostró un cuadro muy desconcertante: *de los biones SAPA inyectados no quedaba el menor vestigio, ni en la sangre ni en el tumor.* La autopsia de las restantes ratas tratadas reveló lo mismo.

No podíamos entender lo que había ocurrido; pero entonces advertimos que los tumores de las ratas tratadas eran extraordinariamente hiperémicos, y comprendimos por qué los tumores comenzaban por reducirse y luego volvían a agrandarse: *el crecimiento que seguía a la reducción debía atribuirse a la hiperemia de los tumores. La sangre tenía que ver con el proceso de destrucción del tumor.*

Las ratas tratadas con biones SAPA se distinguían de las no tratadas por sus eritrocitos. En las primeras, los glóbulos rojos eran turgentes y

biológicamente vigorosos; en las segundas, se advertía el típico cuadro del cáncer: membranas encogidas, agujas T y abundantes bacilos T en la sangre, en general, y en los cultivos de sangre. Las ratas tratadas, en cambio, presentaban muy pocos bacilos T en la sangre o bien dichos bacilos ni siquiera aparecían. La notable diferencia en la forma y actividad de los eritrocitos nos llevó a pensar que, en realidad, los agentes directos de la destrucción del tumor no debían de ser los biones SAPA sino los glóbulos rojos. Era evidente que los SAPA cargaban orgonóticamente a los eritrocitos y ellos mismos se consumían en ese proceso. Los glóbulos rojos así cargados se hacían cargo de la curación del tumor, cosa que nosotros habíamos atribuido inicialmente a la acción directa de los biones SAPA. Esta suposición resultó acertada, pues nos condujo a otros descubrimientos de importancia. Una vez extraída la conclusión de que la sangre con una fuerte carga orgonótica debe ser considerada como el verdadero factor curativo, aplicamos este principio a nuestra labor en forma consecutiva. Así se entendía la anemia y la caquexia de las ratas no tratadas. Las ratas tratadas también murieron, pero nunca llegaron al grado de caquexia y anemia alcanzado por las no tratadas. En éstas, el organismo, en su lucha contra la enfermedad, hizo uso de la energía biológica disponible en los glóbulos rojos hasta que llegó a la caquexia. En el caso de las ratas cancerosas tratadas con orgón, el organismo podía economizar su propia energía biológica, puesto que se le estaba suministrando desde afuera. Los resultados fueron los mismos cuando inyectamos biones de tierra esterilizados en autoclave en lugar de las vesículas energéticas SAPA.

Practicamos la disección de varias decenas de ratas cancerosas sin tratamiento y comprobamos que, en algunos casos, los tumores también contenían cavidades libres de tejidos cancerosos organizados o compactos. Contenían, en cambio, una masa macroscópicamente parduzca y que vista a través del microscopio estaba constituida, en esencia, por detritos y bacilos T. Sobre campo oscuro y con un aumento de 3000x, se veía con toda claridad que siempre que los eritrocitos entraban en contacto con células cancerosas, no sólo provocaban la desintegración de los tejidos en corpúsculos T, sino que ellos mismos se desintegraban en dichos corpúsculos. Las ratas sin tratamiento tienen sangre *débil* en orgón, por consiguiente yo no sabía si la desintegración de los eritrocitos en corpúsculos T debía atribuirse a esa debilidad orgonótica o a la pérdida de energía durante la lucha contra las células cancerosas. Después descubrimos el mismo fenómeno hasta en los tumores de ratas tratadas con orgón. También en este caso, los eritrocitos se desintegraban en T siempre que entraban en contacto con las células cancerosas. (Esto se observa también en los cortes coloreados.) Con eso quedó demostrado que la desintegración T de los glóbulos rojos era una

consecuencia de su lucha contra el tejido canceroso y no el resultado de la debilidad orgonótica.

Y así dimos con la pista del *mecanismo autocurativo del organismo*, que habría de orientar toda nuestra futura labor: *El factor curativo natural del cáncer sólo puede ser la propia sangre.*

Quisiera recordar al lector que por ese entonces (invierno de 1939/40) nadie suponía la existencia del orgón atmosférico. Por consiguiente, tampoco había acumulador de orgón. La orgonterapia de las ratas afectadas de cáncer se basaba en la inyección de biones con contenido de orgón. Observamos detenidamente, a diario, las muchas ratas sometidas a tratamiento y creímos advertir que las vesículas de energía orgónica que les inyectábamos destruían el tumor, pero que también, en cierto modo, dañaban a las ratas. Personalmente, siempre experimenté una marcada aversión a la inyección de sustancias extrañas -ya se trate de productos químicos o de sueros exógenos- en un organismo vivo. No es posible olvidar que muchas drogas alivian el dolor, pero al mismo tiempo dañan el aparato vital autónomo. El efecto anestésico de los alcaloides (morfina, etc.) se basa justamente en la depresión de la sensibilidad vegetativa del organismo. Desde el punto de vista biológico su efecto es, pues, opuesto al perseguido por la orgonterapia, es decir que *deprimen* en lugar de *estimular* las funciones vitales. Este problema médico es muy antiguo: *¿existe algún medio para matar el agente patógeno y calmar los dolores sin dañar el sistema vital?* La investigación química no ha dado hasta ahora con la respuesta.

Las ratas de control sanas también enfermaban después de la inyección de biones SAPA; las ratas cancerosas tratadas quedaban Libres de tumores, pero no se recuperaban del todo. Por eso, ya en esa etapa inicial del trabajo intenté desarrollar un método que suplantara la inyección de vesículas de energía orgónica. Al comienzo no veíamos forma de aplicar la energía orgónica sin recurrir a la inyección de biones. Pero cuando se pudo establecer que los biones actúan *por intermedio de la sangre* y no en forma directa, se abrieron nuevos caminos a la aplicación de orgón sin apelar a la inyección de biones. Me limitaré a describir brevemente estos métodos, que sólo constituyen una aleccionadora etapa intermedia en las experiencias de orgonterapia y más tarde se los abandonó por completo. No obstante, nos revelaron importantes propiedades de la sangre en su relación con la energía orgónica y con los tumores malignos.

Los métodos indirectos que se emplearon para la aplicación de orgón fueron los siguientes:

1. Se punzaron los tumores con gran contenido de sangre de las ratas tratadas con energía orgónica. Se extrajo la sangre por métodos estériles,

se la centrifugó para separar los eritrocitos del suero. Se incorporó un cultivo estéril de biones SAPA a ese suero y se refrigeró la solución por espacio de un día. Dado que los fluidos absorben orgón, estábamos seguros de que el suero se cargaría con la energía orgónica de los biones SAPA. Luego se filtró el suero, es decir que se lo liberó nuevamente de los cuerpos SAPA. Por fin se inyectó el suero cargado de orgón a las ratas con cáncer. Este experimento nos convenció de que en la sangre de las ratas afectadas de cáncer no se desarrollaban anticuerpos específicos contra las células cancerosas, ya que el suero de las ratas no tratadas no evidenciaba la más mínima acción terapéutica, cosa comprensible, puesto que la sangre de los organismos afectados de cáncer es pobre en orgón. El suero de las ratas sometidas al tratamiento preliminar de SAPA, en cambio, ejercía un efecto bien definido, aunque no tan intenso como el de la inyección directa de SAPA.

2. Inyectamos varias veces cultivos SAPA a conejos sanos, luego les extrajimos sangre (una vez más pudimos comprobar que la sangre ya no contenía biones SAPA estructurados) y se la inyectamos a ratas cancerosas de dos maneras diferentes: un grupo de ratas recibió a diario, durante varias semanas, inyecciones de sangre de conejo (0,2-0,5 cc) diluida en cloruro de potasio; el otro grupo recibió inyecciones de sangre de conejo *centrifugada*, es decir de puro suero de conejo rico en orgón. Este método de administración indirecta de energía orgónica también tuvo éxito. Las inyecciones en la vena caudal de las ratas resultó más efectiva que la subcutánea, pero se produjeron algunas muertes por shock, debido a la inoculación endovenosa de KC1.

3. Ni el suero ni la sangre completa de conejo inyectados *directamente en el tumor* tuvieron efectos favorables.

4. Por último empleamos *sangre humana*. Se extrajo sangre venosa del brazo de algunos de los asistentes y se la reunió con biones SAPA en un tubo de ensayo. Ya a través del microscopio se podía ver con toda claridad cómo los eritrocitos se congregaban, ávidos, en torno a los biones SAPA, formaban puentes orgonóticos y absorbían energía orgónica. Estas observaciones fueron tan aleccionadoras como emocionantes. Los glóbulos rojos adquirían turgencia, el borde orgonótico se ampliaba, la radiación (sobre todo si se practicaba la observación con un filtro azul) se hacía más intensa. Una vez más se utilizaron dos grupos de ratas con cáncer; a uno de ellos se le inyectó suero humano centrifugado, libre de eritrocitos, al otro, suero con eritrocitos. Los efectos sobre los tumores cancerosos de las ratas fueron muy marcados. Pero el procedimiento completo exigía mucho tiempo y esfuerzo. Era preciso observar la más estricta esterilidad y, por añadidura, la inyección endovenosa en la cola de las ratas no es fácil.

5. También intentamos producir un "suero de bacilos T". Inyectamos pequeñísimas dosis de bacilos T a conejos sanos, extrajimos muestras de sangre al cabo de ocho días, la filtramos e inyectamos el suero a las ratas cancerosas. No pudimos comprobar efectos satisfactorios, a pesar de que en el microscopio habíamos observado la formación de vesículas azules de energía orgónica en el suero claro, filtrado, cuando se le incorporaban bacilos T. No tardamos en renunciar a la producción de un suero T específico. Tampoco tuvieron éxito nuestros intentos de estimular la formación de anticuerpos en la sangre de ratas y conejos, por inyección de bacilos T sometidos a la acción de la autoclave.

De todos los métodos de administración indirecta de orgón, el más satisfactorio fue la inyección de eritrocitos previamente cargados de orgón por acción de los biones SAPA. Este método tuvo el mismo efecto que la inyección directa de biones SAPA. El tejido tumoral se desintegró en cuerpos T, la anemia de la sangre disminuyó y en la prueba de autoclave, la reacción T de la sangre fue reemplazada por una reacción B.

La mayoría de las 27 ratas de control examinadas de manera especial (en realidad habíamos observado un número mucho mayor de ratas cancerosas no tratadas) murieron con todos los síntomas típicos del cáncer (caquexia, necrosis de la sangre, reacción T, crecimiento de los tumores, desintegración pútrida del tejido canceroso, etc.) en el transcurso de la primera semana (unas dos semanas después de haber sido descubierto el tumor en el criadero). El criador nos aseguró que examinaba a todas las ratas una vez por semana, de manera que, al ser descubierto, el tumor visible no podía tener más de siete días de antigüedad. En el curso de la segunda semana murieron cinco ratas cancerosas. Luego murieron dos por semana, entre la tercera y la séptima semana, y una por semana, entre la octava y la undécima. De modo que la supervivencia máxima de las ratas cancerosas no tratadas fue de 10 a 12 semanas después de la aparición del tumor. *La supervivencia media* es mucho menor (3,9 semanas de vida) ya que la mayoría de las ratas afectadas de cáncer mueren muy poco después de la aparición del tumor.

En contraste con esto, la *supervivencia media* de las 101 ratas cancerosas que recibieron aplicaciones directas e indirectas de orgón, fue de 9,1 semanas. La supervivencia media se obtiene dividiendo el número total de semanas de supervivencia posttumoral de *todas* las ratas cancerosas tratadas por el número total de ratas. En realidad, la cifra debería ser más alta ya que nosotros sacrificamos 47 de las 101 ratas tratadas para controlar los efectos del orgón en los tejidos.¹ Sólo 54 de las 101 ratas cancerosas tratadas

¹ Desde el punto de vista estadístico puede argumentarse que es incorrecto

murieron espontáneamente. Eso permite afirmar que la *supervivencia media de las ratas cancerosas tratadas fue casi 2,5 veces mayor que la de las no tratadas*. La supervivencia máxima de las ratas no tratadas fue de once semanas, mientras que dos de las ratas cancerosas tratadas con orgón vivieron 28 semanas, es decir *siete meses después de aparecido el tumor*. Este resultado fue inusual y representó un éxito para este primer intento de orgoterapia del cáncer de las ratas. Dado que la expectativa de vida de una rata *sana* es de sólo 2 1/2 años aproximadamente y que la mayoría de las ratas afectadas de cáncer llegaban a nuestras manos a una edad de 5-8 meses, se puede decir que prolongamos su vida en un cuarto del lapso de vida normal. Esta prolongación equivaldría a quince años en una vida humana. Estos primeros resultados fueron estimulantes, aun cuando distaron mucho de lo que podría ser una radical terapia del cáncer. Parecía justificado esperar resultados mejores aún de la aplicación de la orgoterapia al organismo humano. En primer lugar, un tumor humano es mucho menor que el de la rata *con relación al tamaño total del cuerpo*. La rata no puede comunicar los dolores o cualquier otro síntoma que pueda anunciar el tumor. En el caso del hombre se dispone de una gran variedad de ayudas médicas que pueden representar un complemento de la orgoterapia: vegetoterapia, cura de agua, coloides de hierro, dieta, vitaminas, etcétera.

Este era el estado de los ensayos de orgoterapia con ratas en el transcurso de 1940. Pasaré por alto nuestros múltiples esfuerzos por llenar claros y obtener resultados más satisfactorios. Sólo me referiré a *una* gran dificultad, con la que volveríamos a tropezar al iniciar nuestros experimentos de orgoterapia con seres humanos. Si bien estábamos en condiciones de destruir tumores cargando la sangre de orgón, la vida o la muerte de la rata sometida a tratamiento dependían, en esencia, de la *eliminación del material tumoral muerto*. En el transcurso de esos experimentos murieron muchas ratas, pero no tanto por efectos del tumor canceroso o de la intoxicación T, sino -y aquí cabría aquello de "operación exitosa, paciente muerto"- por la obstrucción de los conductos renales y los vasos linfáticos, o por un tremendo agrandamiento del hígado y del bazo. Estos son los órganos encargados de la eliminación del detrito. La obstrucción de los conductos renales era un fenómeno muy típico. Cuanto mayor era el tamaño del tumor desintegrado, tanto más grave era este peligro. La rata no moría de caquexia cancerosa ni por putrefacción de los tejidos y de la sangre.

incluir las ratas sacrificadas en los cálculos. Debe señalarse, sin embargo, que se las sacrificó cuando estaban evidentemente a punto de morir; por consiguiente su inclusión en los cálculos no modifica el resultado en forma sustancial.

convirtieron en rutina, tuvimos oportunidad de observar esa misma sorpresa en muchas personas que visitaron el laboratorio. Buscaban cables eléctricos y maquinarias complejas, y no entendían que una simple caja forrada interiormente de metal pudiera ejercer una acción beneficiosa sobre el cáncer.

Trascurridos varios meses, se pudo establecer que, estadísticamente, los resultados que estábamos obteniendo con el orgón atmosférico eran *mejores* que los obtenidos con las inyecciones de biones. En total se trataron 36 ratas con cáncer en el acumulador de orgón. La supervivencia media de las ratas tratadas con inyecciones de vesículas de orgón había sido de 9,1 semanas; la de las ratas tratadas en el acumulador de orgón llegó a 11,1. La supervivencia máxima había sido de 28 semanas, es decir, siete meses después del descubrimiento del tumor; *la supervivencia máxima de las ratas tratadas con orgón atmosférico fue de 38 semanas, es decir 9 1/2 meses*. Eso significaba un importante paso adelante. Habíamos prolongado la supervivencia de 1/4 (7 meses) a 1/3 (9 1/2 meses) de la expectativa total de vida (alrededor de 30 meses). Eso equivalía a prolongar la vida humana en 20 años, si la expectativa normal de vida del ser humano se fijaba en 60 años. (Cabe señalar, sin embargo, que con toda probabilidad las ratas no padecen de graves biopatías emocionales que en el ser humano tienden a complicar enormemente el proceso del cáncer.) Nos alegró que ya no fuera necesario introducir cuerpos extraños en el organismo. Por añadidura, el tratamiento era mucho más fácil en cuanto a su aplicación y preparación. Mientras las ratas estaban en el acumulador quedábamos en libertad para dedicarnos a otras tareas. El descubrimiento abría nuevas perspectivas para una futura terapia del cáncer en los seres humanos. Si el acumulador de orgón resultaba ser eficaz y no dañaba los tejidos sanos y la sangre normal, existía la posibilidad de que tanto la gente sana como la enferma tuviera un acumulador en su casa. El primer acumulador diseñado para uso humano fue construido en diciembre de 1940. A continuación reseñaré las pruebas mediante las cuales llegamos a establecer que el orgón atmosférico concentrado en el acumulador no era dañino para individuos *sanos*.

Yo mismo había pasado, durante dos años, varias horas diarias en una jaula de Faraday, con paredes de hierro (y que, por consiguiente, funcionaba como acumulador de orgón) para estudiar los efectos del orgón. No sólo no experimentaba malestar alguno, sino que hasta percibía una notable vitalidad en mí. Algunos de los técnicos del laboratorio pasaban por lo menos media hora diaria dentro del acumulador. Durante varios meses alojamos conejos y ratas en el acumulador y los dejamos allí gran parte del día. Dejando de lado cierta nerviosidad, no pudimos comprobar ningún efecto negativo en esos animales. Una exposición demasiado prolongada al orgón concentrado puede

provocar sensación de mareo y náuseas en los seres humanos, pero esos fenómenos desaparecen rápidamente al aire libre.

Un experimento especial puso de manifiesto algo curioso, que sin embargo encajaba dentro del cuadro total. En circunstancias normales, en una infusión de hierba, los protozoarios se desarrollan en cantidad entre el segundo y el quinto día. Colocamos infusiones de hierba en un pequeño acumulador de orgón y comprobamos que *esas infusiones tratadas con orgón no presentaban desarrollo de protozoarios o bien que éste era mínimo*. Sin embargo, una vez que los protozoarios y bacterias habían alcanzado su pleno desarrollo y la estructura normal de la hierba había quedado destruida casi por completo, el acumulador *no ejercía* un efecto letal sobre los protozoarios. Al comienzo no lo entendíamos. Los análisis de sangre de las ratas con cáncer demostraban con toda claridad que el tratamiento con orgón en el acumulador cargaba la sangre y eliminaba los bacilos T; pero si colocábamos un cultivo de bacilos T en el acumulador, no se advertía acción letal. Este resultado coincidía con el del experimento con infusiones de hierba, pero era incomprensible.

A través del razonamiento llegamos al siguiente análisis del proceso: los biones SAPA tampoco ejercían una acción mortal directa sobre las células cancerosas y los bacilos T; actuaban de manera *indirecta*, cargando los eritrocitos y los tejidos sanos. El orgón del acumulador debía de cargar, pues, los tejidos sanos de la hierba fresca contenida en la infusión, lo cual provocaba una demora en su desintegración en protozoarios. Si los tejidos sanos sometidos a carga *no existían*, tampoco podía existir el efecto mortal sobre los protozoarios. A falta de tejidos sanos, el orgón cargaba justamente a los protozoarios biológicamente. Como se verá, los experimentos con orgón resultan incomprensibles si se los enfoca sin prescindir de los rígidos prejuicios de la mentalidad mecanicista.

Para eliminar cuerpos extraños protozoicos o bacterianos, o para evitar su desarrollo, tienen que existir sistemas orgonóticos sanos, vigorosos, capaces de absorber una fuerte carga orgonótica. Una de las leyes fundamentales de la física orgonótica es que *el sistema orgonótico más fuerte atrae al más débil y le extrae su carga*. (Exactamente a la inversa de lo que ocurre con la carga eléctrica, en la cual la energía siempre fluye del sistema más fuerte al más débil.) Los tejidos o la sangre de un ser humano o de una rata representan un sistema orgonótico mucho más fuerte que los protozoarios, células cancerosas y bacilos T, de allí su efecto letal. En condiciones normales, este efecto se cumple aun sin la administración de orgón de una fuente exterior. Pero en su lucha contra las células cancerosas y los bacilos T, el tejido sano y la sangre pierden crecientes cantidades de

energía orgónica, provocando anemia y pérdida de peso. Ahora bien, *si suministramos al organismo, en forma regular, energía orgónica concentrada, le estaremos economizando el consumo de su propia energía orgónica*. En tal caso, la caquexia y la anemia no se presentan o desaparecen.

El experimento con infusiones de hierba fue una interesante y decisiva confirmación de esta idea de la acción del orgón sobre los tejidos y la sangre.

En la aplicación del orgón atmosférico tropezamos con las mismas dificultades que ya habíamos encontrado con las inyecciones de biones. Muchas ratas morían por obstrucción de los órganos excretores, *sin anemia y sin caquexia*. Analizaremos este problema más en detalle al hablar de los experimentos de orgonoterapia en seres humanos.

Pasaré ahora a exponer los principios de la orgonoterapia en el cáncer humano. Antes de hacerlo quiero señalar una vez más que *no se trata de resultados definitivos*, sino de experiencias llenas de claros e inseguridades.

VIII RESULTADOS DE LA ORGONTERAPIA EXPERIMENTAL EN SERES HUMANOS AFECTADOS DE CÁNCER

1. Luminación celular orgonótica: efecto del acumulador de orgón y factor terapéutico.

El lector que no esté familiarizado con los experimentos de energía orgónica puede poner en duda el valor terapéutico del acumulador. No parece muy plausible que alguien experimente una acción curativa con sólo sentarse en un gabinete de aspecto insignificante y construcción simple —con paredes exteriores de material orgánico e interiores de metal—, para absorber orgón del aire. Parece más increíble aún cuando se observa que ese acumulador no incluye componentes sofisticados, cables, botones ni motores. Y por añadidura, la energía orgónica, que ha demostrado ejercer un efecto tan importante sobre la biopatía de encogimiento, es algo gratuito, que no necesita comprarse. El Instituto del Orgón * ha procurado evitar cualquier forma de lucro en la aplicación de esta energía. Una cuidadosa documentación de los resultados nos permitirá contrarrestar el escepticismo que inspira la simplicidad del aparato y de su uso.

Efectos puramente físicos y biológicos nos demuestran que la energía atmosférica orgónica aparece *concentrada* dentro del acumulador. Pero eso no explica la acción terapéutica ejercida sobre el organismo vivo. En este capítulo procuraremos trazar un cuadro claro de este fenómeno.

Durante los primeros meses de experimentación sobre la utilización del orgón atmosférico para fines terapéuticos (comienzos de 1941) era poco lo que se sabía aún respecto a la naturaleza de esta energía. Por supuesto, ya se la había hecho visible y ya se había descubierto la existencia de diferencias

* El Instituto del Orgón no era una organización, sino el nombre bajo el cual Reich conducía su trabajo. A su muerte, en 1957, el Instituto dejó de existir. (Nota del editor alemán.)

de temperatura y de descarga electroscópica (si bien estos resultados no habían sido objeto de una completa elaboración), de modo que estábamos seguros de la concentración, pero el *mecanismo del efecto terapéutico* no nos resultaba claro aún. Nuestra hipótesis de trabajo, por esa época, era que el orgón concentrado penetraba en el cuerpo desnudo y de esa manera cargaba biológicamente la sangre y los tejidos. En el transcurso de los dos años siguientes se fueron acumulando observaciones que proponían una explicación diferente y mejor.

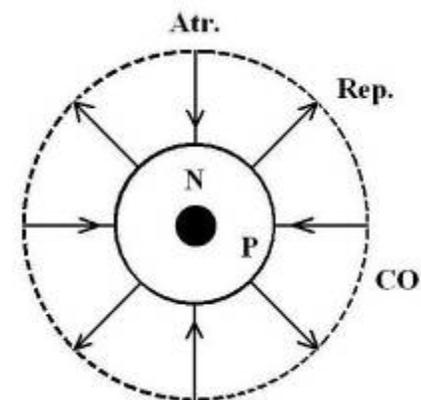
En la investigación científica, los hechos aislados carecen de importancia. Existe una tendencia a otorgar una denominación a hechos inconexos -como ocurre con la teoría de la "electricidad estática"- y se cree, erróneamente haberlos entendido. O bien se busca una "interpretación" para cada uno de estos hechos sin establecer correlación entre ellos. El asunto cambia cuando del contexto de muchos hechos surge espontáneamente un único concepto que se impone a nuestra razón, que parece ineludible y que reúne todos esos hechos diferentes en una unidad funcional. Ahora bien, si ese concepto *único* no sólo permite comprender la relación funcional entre los hechos, sino que hace innecesarias muchas interpretaciones, explicaciones, etc., y por añadidura revela nuevos hechos que encajan sin esfuerzo dentro del cuadro, quiere decir que estamos ante una teoría que puede considerarse satisfactoria.

A pesar de que los llamados "pragmáticos" ven la postulación de teorías como un "lujo filosófico", ésta es una operación científica comparable al ordenamiento del instrumental antes de una intervención quirúrgica. Este proceso de ordenamiento es tan decisivo para el éxito de la operación como cada uno de los instrumentos en sí. El más hábil de los cirujanos fracasaría en su tarea si tuviera que buscar cada uno de los instrumentos que necesita. Como en el caso del instrumental quirúrgico, en la formulación de teorías puede haber un ordenamiento más o menos eficaz de los hechos. Por consiguiente, las teorías no pueden constituir nunca un sistema acabado; siempre son incompletas y perfectibles. Este principio también se aplica al informe que sigue, acerca del efecto terapéutico del orgón acumulado.

Nuestra hipótesis inicial de que el orgón del acumulador simplemente penetraba en el organismo, dejaba algunos hechos sin explicación. Algunos enfermos reaccionaban al orgón en seguida, otros necesitaban muchas exposiciones antes de que los efectos se hicieran evidentes. Si la acción se basaba sólo en la penetración mecánica de las partículas de orgón en el organismo, todos los organismos tendrían que haber reaccionado de la misma manera. Las reacciones no eran parejas, de modo que eso requería una explicación.

Al formular la hipótesis de que la energía del orgón penetraba en el organismo y que éste permanecía pasivo nos basamos en la acción de los rayos X y del radio. En el caso de estas dos radiaciones el tratamiento significa aplicar al cuerpo una energía no biológica, extraña a él; el organismo no emite ni rayos X ni de radio. El orgón atmosférico, en cambio, representa una energía *específicamente biológica*. El organismo la absorbe en forma constante, directamente del aire y del sol, a través de la piel y por ventilación pulmonar. Por eso, el organismo contiene orgón en todas sus células y en todos sus humores y lo irradia de manera incesante. Cuando el organismo se encuentra en el acumulador de orgón se establece una relación funcional entre dos sistemas orgonóticos. Eso lo sabemos ahora; no lo sabíamos en 1941. Para entender la relación funcional entre dos sistemas orgonóticos debemos volver a las observaciones de biones (vesículas de energía orgónica).

Como se sabe, un eritrocito y un bion de tierra constituyen dos sistemas



- N: Núcleo biológico
- P: Periferia plasmática
- CO: Campo de energía orgónica
- Atr: Asimilación de orgón o carga
- Rep: Eliminación de orgón o descarga

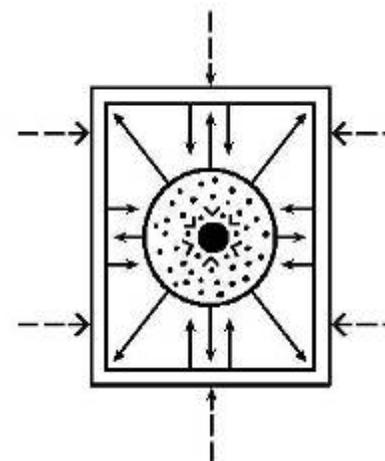
Figura 24. Representación esquemática del, "sistema orgonótico" viviente.

organónicos independientes. Desde un punto de vista biofísico, los constituyentes de tal sistema son un *núcleo bioenergético*, una *periferia plasmática* y un *campo de energía orgónica* que rodea al organismo. Si lo representamos en un diagrama su forma sería la siguiente (Fig. 24).

Si dos sistemas organónicos se aproximan entre sí, se establece un contacto energético entre los dos campos de orgón. El resultado inmediato de este contacto organónico es la mutua *excitación y atracción*, que se traduce en una mayor aproximación de ambos sistemas organónicos. Los eritrocitos se agrupan en torno al bion de tierra, que es más pesado y por lo tanto menos móvil. Cuando los eritrocitos se han aproximado al bion de tierra hasta un determinado grado se forma un puente de energía orgónica con intensa refracción de luz. Los núcleos biológicos de los dos sistemas organónicos comienzan a emitir una radiación más intensa. Este fenómeno es lo que hemos denominado "*luminación orgónica*". Es el mismo fenómeno observado por la biología tradicional en la división celular y definido como "*radiación mitogenética*". Todos los procesos bioenergéticos fundamentales, tales como la excitación sexual, el orgasmo, la fusión celular y la división celular van acompañados por una intensa excitación bioenergética, es decir por luminación orgónica. Se trata de una sustancial descarga de energía en la materia viviente. El "contacto sexual" entre dos organismos vivientes que tienden al acto sexual representa, en términos de la física orgónica, la formación de un puente de orgón y una luminación orgónica en ambos cuerpos (sistemas organónicos). Muchos biólogos (entre ellos, Burr) han demostrado la existencia de un campo energético en torno a las células vivas y a los organismos multicelulares, que va más allá de los límites materiales de éstos. Se lo considera como un campo de energía electromagnética. La física orgónica, en cambio, sostiene que ese campo energético que rodea al organismo nada tiene que ver con el electromagnetismo y que se trata, en realidad, de un *campo de energía orgónica*, es decir, de un *campo de energía específicamente biológica*. Funciona a la distancia, sin necesidad de un contacto directo entre las superficies materiales de los cuerpos. Mis propios experimentos con el oscilógrafo y con el medidor de campo organónico recientemente desarrollado, demuestran la existencia de ese campo energético y revelan que su área de radiación varía considerablemente de individuo a individuo y va desde unos pocos centímetros hasta cuatro metros (según las observaciones practicadas hasta el momento). Además, el campo energético varía en un mismo organismo, es decir que tiene la propiedad de ampliarse o estrecharse; en otras palabras, de expandirse o de contraerse. Estas funciones del campo energético dependen del estado emocional del organismo. Al producirse la luminación celular orgónica, por ejemplo, siempre hay una

considerable expansión del campo energético.

Por consiguiente, aun tratándose de dos relaciones tan divergentes como la que existe entre el eritrocito y el bion de tierra, por un lado, y entre el acumulador y el organismo instalado en su interior, por otro, en realidad estamos ante un mismo fenómeno. Pero existe una diferencia esencial. Mientras que en la primera relación sólo se establece un puente de radiación a través del cual las superficies entran en contacto, *en el caso del acumulador el campo de energía orgónica del sistema organónico no-viviente envuelve por completo el campo de energía orgónica del sistema organónico viviente*. El siguiente diagrama ilustra este proceso:



Contacto entre el campo de energía orgónica del organismo y el del acumulador de orgón, representado por las flechas de línea llena. Las flechas exteriores, de línea interrumpida, muestran la atracción del orgón atmosférico. Efecto: *luminación del organismo*.

Ahora bien, ¿en qué hechos se fundamenta esta suposición teórica? Hay una serie de hechos perfectamente demostrados.

1. Los efectos del acumulador de orgón son mucho más débiles y hasta desaparecen cuando las paredes interiores se encuentran a más de 4-8 pulgadas de la superficie del organismo. El desconocimiento de este hecho fue la causa de muchos fracasos terapéuticos. Por ejemplo, cuando tratábamos ratas en el acumulador diseñado para seres humanos, los efectos eran muy pobres. Mejoraban sensiblemente cuando empleábamos unidades

pequeñas, de 8-12 pulgadas. En la actualidad empleamos acumuladores más pequeños aún, pero hemos aumentado el número de capas de material orgánico y de metal. Un niño de cuatro años con cáncer de huesos tuvo una reacción mucho menos favorable que los adultos afectados del mismo tipo de cáncer; se lo había tratado en un acumulador construido para adultos. Más de una vez se ha comentado, a manera de argumento en contra del condensador, que los electrofísicos que trabajan en jaulas de Faraday deberían experimentar algún efecto. Como es obvio, una jaula de alambre de gran amplitud no puede ser un acumulador de orgón biológicamente eficaz. Yo, personalmente, puedo permanecer mucho más tiempo en mi acumulador experimental, que mide 3 x 2 m, que en un acumulador terapéutico, de 2 x 2 1/2 pies.

2. Los individuos más activos desde el punto de vista vegetativo (orgonótico) experimentan los efectos del orgón en el acumulador con mucha mayor rapidez que los individuos vegetativamente (orgonóticamente) perezosos. Los primeros tienen un campo de orgón más amplio que los últimos. El contacto entre el campo energético de su cuerpo y el de las paredes metálicas interiores del acumulador se establece con mucha mayor rapidez y facilidad.

3. Con frecuencia, los individuos orgonóticamente perezosos comienzan a experimentar los efectos del acumulador sólo después de varias aplicaciones. Este fenómeno puede tener una explicación solamente: el organismo recibe la carga en forma pasiva hasta que ésta alcanza cierto grado; su propia radiación orgonótica debe intensificarse para permitirles la percepción subjetiva del efecto del orgón. Un médico amigo no experimentó, durante meses, la típica sensación de cosquilleo y calor en las manos que se experimenta cerca de la pared interior del acumulador. Sólo cuando comenzó a utilizar el acumulador en forma regular fueron presentándose, poco a poco, esas sensaciones. Su organismo había permanecido inicialmente pasivo, pero después de un tiempo se "extendió", por así decirlo, en dirección al campo orgonótico de la pared metálica.

Estas experiencias son de extraordinaria importancia, no sólo para la comprensión de los efectos del orgón acumulado sino también para la comprensión de las reacciones orgonóticas del organismo. A pesar de todo, aún estamos muy lejos de haberlas entendido a fondo.

4. Las paredes metálicas internas del acumulador son *frías*; pero si se mantiene durante cierto tiempo la palma de la mano frente a ellas, a una distancia de unos 4 cm., se experimenta una débil sensación de *cosquilleo* y *calor*. (En el Capítulo IV se informó en detalle acerca de las diferencias objetivas de temperatura en el acumulador.) Suponemos que la sensación de

calor y el cosquilleo son el resultado subjetivo del impacto de partículas de energía orgónica sobre la piel. Este hecho nos ayuda a entender la sensación de calor que experimenta el individuo expuesto a la radiación orgónica.

En 1942 se descubrió un importante fenómeno que guarda una relación decisiva con la luminación del cuerpo en el acumulador: *la temperatura corporal aumenta varias líneas* —hasta uno e incluso dos grados Fahrenheit— *en el acumulador* (la rapidez y el margen del aumento de temperatura varían según el individuo). Si la temperatura corporal se aproximaba al límite de la fiebre antes de ingresar al acumulador, dentro de éste supera dicho límite. De modo que *el acumulador provoca una ligera fiebre*.

Se sabe que la elevación de temperatura en el organismo es una reacción fundamental de excitación de las células y de la sangre. Hasta ahora no se la había entendido. Ese aumento de temperatura indica una luminación del sistema orgonótico corporal. Así como el contacto entre dos biones produce una luminación orgonótica, la sangre y el sistema celular luminan en contacto con el campo de orgón del acumulador. Este contacto de ambos sistemas orgonóticos conduce a un aumento del *metabolismo energético de orgón* en el organismo y a éste debe atribuirse el efecto restaurador de la orgonoterapia.; Las etapas esenciales del proceso son, por orden: contacto entre dos campos energéticos, interpenetración, luminación celular, ascenso del metabolismo energético del orgón. Estas etapas coinciden con fases típicas de importantes procesos biológicos tales como la copulación y la conjugación. En la orgonoterapia estamos manejando, pues, procesos de energía sexual en el más estricto sentido biofísico de la palabra. Sólo así se explica que tantos enfermos que padecen de una cesación del metabolismo de energía biológica experimenten excitaciones sexuales y una estasis sexual mientras se someten a la orgonoterapia. Volveremos sobre este tema al estudiar los casos específicos.

Nuestro acumulador, confeccionado con sustancias orgánicas por fuera y con chapa metálica por dentro, no es, pues, el insignificante gabinete que parecería ser. Se trata de un sistema muy activo desde el punto de vista biológico, que nos proporcionará abundante material de meditación dentro de otro contexto.

Las repetidas luminaciones del organismo provocadas por el acumulador de orgón se manifiestan también en una gradual intensificación de la energía biológica de los eritrocitos, que les permite irradiar con mayor fuerza, ganar en turgencia, destruir las células cancerosas, matar los bacilos T, etc., cosa que no pueden hacer en estado de debilidad orgonótica. Desde cierto punto de vista, la orgonoterapia podría definirse también como una "terapia de fiebre", si se interpreta la fiebre como es debido, es decir como signo de una

actividad bioenergética intensificada. Esto podría arrojar luz sobre algunos métodos curativos que se aplican con frecuencia, pero en forma puramente empírica, sin entenderlos. La terapia de la malaria contra la paresia general introducida por mi maestro Wagner-Jauregg en Viena, consiste en un estímulo artificial de la luminación celular, por inyecciones de parásitos de malaria. El té caliente con ron contra los resfríos y las "compresas calientes" contra el dolor de muelas son tratamientos que entran dentro de esta categoría. Pero nuestro deber es tratar de entender el efecto de muchas técnicas quicio-terapéuticas desde este punto de vista y así distinguir las drogas beneficiosas de las nocivas. Una droga que mata los bacilos pero que al mismo tiempo daña las células de la sangre y el sistema plasmático, en lugar de fortalecerlos, no debería ser permitida, aun cuando poderosos intereses creados traten de imponerla. Sólo puede ser la luminación orgonótica dentro del organismo lo que hace disminuir rápidamente los dolores de todo tipo y hasta los suprime.

De acuerdo con las observaciones practicadas hasta la fecha, considero que la luminación celular provocada por el acumulador en el organismo es el verdadero y esencial agente terapéutico. Esta luminación celular ejerce un efecto tan destructivo sobre las células cancerosas y los bacilos T contenidos en el organismo, como el de la intensa radiación orgonótica de los biones SAPA, que paralizaba los bacilos T y las células cancerosas móviles en nuestras observaciones microscópicas, registradas luego en película cinematográfica. Esperamos que otros experimentos, con diferente ordenamiento de los materiales, aumenten en forma considerable el efecto del acumulador de orgón. Lo más importante sería abreviar la duración de cada una de las aplicaciones y lograr un mayor aumento de las temperaturas corporales.

Los resultados de la orgonoterapia en seres humanos, que expondré a continuación, son incompletos. Hubiera preferido demorar un poco la publicación de estos datos, pero nos pareció que los esfuerzos generales por dominar el cáncer recibirían un poderoso impulso si se daba a conocer este enfoque de los mecanismos de la biopatía del cáncer, se aclaraba un problema fundamental de la formación de células cancerosas y se tenía conocimiento de los efectos de la energía recién descubierta.

Los primeros enfermos de cáncer sometidos a la experimentación con orgón fueron aceptados en el Laboratorio de Investigaciones sobre Orgón y Cáncer, de Forest Hills, con la condición de que el médico a cargo del caso no tuviera nada que objetar contra el experimento y que los familiares firmaran la siguiente declaración:

I state herewith that I came to Dr. Wilhelm Reich for possible help in the case

of my... who suffers from cancer. I came because I was told of the experiments that Dr. Reich has made with cancer mice and human beings. Dr. Reich did not promise me any cure, did not charge any money and told me that only during the last few months has he tried the orgone radiation on human beings who suffer from cancer...

*Death or abscesses could occur as a consequence of the disease. I told Dr. Reich that the physicians have given up the case of my... as hopeless. Should death or abscesses occur during the time of the experiment it will not be because of the treatment.**

Quisiera comenzar por nuestras decepciones y fracasos. Consideramos muy importante evitar la impresión de que disponemos de una panacea que "cura" el cáncer en cualquier circunstancia. Es indispensable entender los fracasos para luego ampliar y desarrollar los efectos beneficiosos del orgón. Los ejemplos que siguen ilustrarán las dificultades y los fracasos.

Caso. M.F. Paciente de sexo femenino, viuda. Llegó a nosotros con numerosos tumores, sobre todo en el cráneo y en los huesos de los brazos. Era de una religiosidad compulsiva, y además hipocondríaca y masoquista. 17 años antes le habían extirpado el útero por la presencia de tumores. Los dolores en la nuca, en la cabeza y en la región del sacro habían aparecido hacía unos dos años. Dormía mal y había perdido el apetito. Resultaba difícil distinguir entre sus quejas hipocondríacas y sus auténticas quejas por los dolores de cáncer. Sólo podía andar con ayuda; tenía la piel viscosa y lívida; sus extremidades estaban siempre frías y sudorosas. El contenido de hemoglobina de la sangre era del 33%. En los análisis de sangre, todas las reacciones revelaban la existencia de cáncer: desarrollo de bacilos T, reacción T ante la esterilización en autoclave, rápido encogimiento de los glóbulos rojos en NaCl. Los tumores en la parte superior del cráneo eran palpables y duros. El diagnóstico de cáncer fue confirmado por el Memorial Hospital.

La enferma concurreó diariamente, durante ocho semanas, para someterse al tratamiento con orgón. Al tercer día, el contenido de hemoglobina de la sangre había ascendido a 41%, al sexto día era de 55%, al octavo día, del 85%. Se mantuvo en ese nivel durante cuatro semanas, luego descendió a

* [Por la presente declaro que acudí al Dr. Reich en procura de su posible ayuda en el caso de mi... que padece de cáncer. Recurrí a él porque tuve conocimiento de las experiencias que estaba llevando a cabo con ratas y con seres humanos afectados de cáncer. El Dr. Reich no me prometió la curación, no me exigió retribución y me informó que hace sólo pocos meses que estudia los efectos de la radiación orgónica en seres humanos afectados de cáncer... La muerte o los abscesos pueden ser una consecuencia de la enfermedad. Comunicué al Dr. Reich que el médico a cargo del caso de mi... considera que no se pueden concebir esperanzas. Si en el transcurso de la experiencia se produjera la muerte del enfermo o aparecieran abscesos, ello no sería consecuencia del tratamiento experimental.] [N. de la T.]

78% y permaneció constante en torno a ese valor. Las reacciones T continuaron siendo positivas durante unas tres semanas. Trascurridas cuatro semanas desaparecieron los bacilos T de la sangre, pero la desintegración T de los eritrocitos -que al comienzo era del 100 %- seguía siendo del 35 % al cabo de siete semanas.

Los tumores palpables del cráneo se redujeron notoriamente y perdieron dureza. Comenzaron a presentarse hemorragias nasales. La sangre tenía una coloración parduzca y contenía típico material de tumores. Los dolores disminuyeron, el sueño y el apetito mejoraron. La enferma se sentía a gusto en el acumulador y quiso tener uno en su casa, para evitarse el largo viaje diario. No pude acceder a eso, porque mi experiencia con los efectos de la orgonterapia en seres humanos era aún muy limitada.

Trascurridos dos meses, aparecieron tensiones en el sector superior de los muslos y en los aductores. La enferma comenzó a evidenciar un rechazo al acumulador, que en un principio yo no comprendí. Más o menos en la misma época, la primera enferma cuyo caso relaté en un capítulo anterior reaccionó con estasis sexual. Eso me hizo pensar que el orgón podía haber cargado sexualmente también a esta paciente, y que los espasmos de los aductores del muslo podían ser una reacción contra esa carga sexual. La hipocondría se acentuó. Ya no experimentaba dolores de cáncer, pero se mostraba quejosa y pendeñera. Los familiares no pudieron soportarla más y la internaron en un asilo de ancianos. El tratamiento con orgón quedó interrumpido. Una nueva serie de radiografías reveló una sensible reducción y calcificación de los tumores del brazo y del cráneo. Pero la neurosis de la paciente complicaba la terapia. Luego de algunos meses de notable mejoría, la enferma murió. La orgonterapia había prolongado su vida por varios meses y había aliviado sus dolores.

También esta paciente presentaba un cuadro de total resignación emocional. Sus familiares también lo habían advertido. En una oportunidad uno de sus sobrinos me dijo: "*She has nothing to live for.*"* Era imposible librarse de la impresión de que esa mujer se moría porque su "instinto de vida" nunca había funcionado bien y porque su sistema vital se detenía por falta de alegría de vivir.

Caso C.K. Paciente de sexo femenino, treinta y tres años de edad. Estaba en tratamiento médico por una colostomía. Se le había practicado dicha intervención por un cáncer de colon. La enferma decía haber sufrido de constipación desde su más tierna infancia. Además, siempre había sido anémica. En el verano de 1939 comenzó a padecer de "disentería" durante su período menstrual. En 1940 se sumaron hemorragias intestinales.

* ["No tiene ninguna razón para vivir"] [N. de la T.].

Antes de eso, durante muchos meses, experimentaba insoportables dolores en el recto. Los supositorios analgésicos y la codeína por vía oral sólo le deparaban un alivio temporal.

Cuando aceptamos este caso en el laboratorio, el 7 de mayo de 1941, la enferma estaba en un estado desesperado. La caquexia estaba muy avanzada y, a pesar de su considerable estatura, la paciente sólo pesaba 50,250 kg. No tardamos en advertir que padecía de una grave biopatía sexual. Su expresión era medrosa y padecía de frecuentes sueños angustiantes. Su marido había muerto ocho años atrás. Desde entonces vivía en total abstinencia. En el matrimonio, la actividad sexual también había sido muy limitada: el marido siempre estaba enfermo y "demasiado débil para prestar atención a esas cosas" ("*too weak to pay attention to that*"). La colostomía agudizó su estado de nerviosismo. Se sentía al borde del desmayo cuando los gases intestinales se le escapaban sin control. Padecía de insomnio desde hacía largo tiempo, mucho antes de aparecer los primeros síntomas de cáncer. Durante sus ataques de angustia se le producían espasmos en el cuello y en el ano y "se sentía morir".

Varios médicos particulares habían formulado diagnóstico de cáncer y otro tanto había ocurrido con los médicos de la clínica.

Los resultados de los análisis fueron los siguientes: hemoglobina 72%, prueba de autoclave 99% de reacción T. Los glóbulos rojos eran pálidos; el margen de orgón, estrecho; la degeneración lenta, pero con evidente formación de agujas T. El cultivo de las excreciones intestinales revelaba una intensa reacción T, numerosas bacterias de putrefacción y células cancerosas formadas, algunas ya ameboides.

Dos días después de iniciado el tratamiento con orgón, el contenido de hemoglobina ascendió al 82% y permaneció en ese nivel. Al cabo de dos semanas, el cuadro sanguíneo había mejorado en forma notable. En las excreciones intestinales se encontraban ahora pocas células cancerosas completamente formadas y, en cambio, grandes cantidades de estas formaciones destruidas y de T inmóviles. Trascurridas cuatro semanas, la reacción T de la sangre esterilizada en autoclave sólo llegaba al 5% y la reacción B al 95%.

Los dolores habían disminuido de manera sensible después de la quinta aplicación de orgón. La enferma pasaba la noche con una *sola* pastilla de codeína, cosa que nunca había ocurrido y podía dormir. Después de la duodécima aplicación de orgón, dejó de usar supositorios y en las seis semanas siguientes sólo recurrió a ellos en dos oportunidades. Además, ya no necesitaba codeína. Su apetito mejoró, pero no aumentó de peso.

El 29 de mayo, el examen de las excreciones rectales reveló la total ausencia de células cancerosas formadas y la presencia de detrito de cáncer,

T inmóviles, etc. La excreción ya no era gris sino parduzca, lo cual indicaba sangre desintegrada del tumor.

Después de la duodécima aplicación de orgón comenzó a experimentar prurito anal. La enferma sudaba ahora copiosamente en el acumulador y la piel perdió su palidez. Los dolores habían desaparecido y la mujer dormía bien, caminaba, recibía amigos, etcétera.

Continuó el tratamiento hasta el 28 de julio de 1941, con breves interrupciones. No experimentaba dolores y se sentía bien. A principios de agosto dejó de concurrir. A mediados de septiembre nos informó telefónicamente que seguía sin dolores y que se sentía bien, pero que no podía continuar con el tratamiento. El 30 de septiembre escribí una carta a los familiares de la paciente en la cual les comunicaba que no podía hacerme responsable del futuro de ésta. Descubrí entonces que era su neurosis lo que le impedía seguir concurriendo al laboratorio a recibir el tratamiento. Desde la pubertad padecía de una grave claustrofobia y no podía emplear el subterráneo para ir al laboratorio. La relación con sus familiares más cercanos era pésima. Más de una vez tuve la impresión de que el profundo odio inconsciente de esos parientes los hacía desear la rápida desaparición de la enferma. No parecían dispuestos a dedicarle tiempo o le demostraban tan a las claras la molestia que causaba que ella, con su manera silenciosa y resignada, ya no manifestaba su deseo de que la trasladaran en automóvil. Yo sabía que la mujer estaba condenada, pero no podía hacer nada por ella. Era imposible superar aquella situación familiar y no podía facilitar a la paciente un acumulador para que lo usara en su domicilio porque su médico de cabecera había adoptado una actitud hostil, pese a que el 24 de mayo había admitido ante uno de los hermanos de la enferma la mejoría en el estado general de ésta. Al iniciarse el tratamiento había amenazado con denunciarme a la policía y se había negado a suministrarme la historia clínica de la paciente. En el verano de 1942 me enteré de su reciente deceso.

Esa muerte fue un claro ejemplo de biopatía de encogimiento. El estado de la enferma había mejorado mucho durante varios meses por efecto de la orgonterapia, y su vida se prolongó alrededor de un año. Pero este caso nos demostró que la orgonterapia también depende de circunstancias sociales y familiares.

2. Interrogantes abiertos respecto a la orgonterapia del cáncer

La orgonterapia eliminará una serie de afecciones derivadas del cáncer e incluso evitará su aparición; pero esta terapia, por sí sola, nunca podrá

dominar ese flagelo llamado cáncer. La orgonterapia es sólo una de las medidas sexo-económicas en la lucha contra las biopatías. El orgón puede cargar los tejidos y lograr la expansión del aparato vital, pero cuando el medio social obliga permanentemente al organismo a la contracción, a la resignación y al encogimiento, la aplicación de energía orgónica equivaldría a llenar de agua un barril sin fondo.

Por eso, para clarificar estos problemas separemos el uso específico de la energía orgónica de las medidas sociales de carácter más general. En el primer momento, los médicos sólo se interesarán por la orgonterapia. Pero si quieren tratar al organismo humano como un producto de influencias biológicas y sociales, nunca deberán olvidar el condicionamiento social de las biopatías.

La orgonterapia del cáncer ofrece varias ventajas sobre las aplicaciones de radio y de rayos X, y sobre la intervención quirúrgica. Es verdad que los rayos X pueden detener en forma transitoria el desarrollo de un tumor, pero el tratamiento trae como secuela un debilitamiento biológico general. El apetito disminuye, aparecen estados nauseosos y vómitos, etc. El efecto es puramente local y no influye sobre la biopatía de encogimiento. Los resultados de las aplicaciones locales de radio son mejores, pero se limitan a la superficie del organismo y dejan también la biopatía intacta. La extirpación quirúrgica de un tumor es de un efecto radical en el aspecto local, pero no impide las metástasis y tampoco modifica el proceso general.

A diferencia de estos métodos, la orgonterapia tiene la enorme ventaja de aplicar un tipo de energía que no es extraña al cuerpo y que puede llegar a cualquier lugar del organismo por vía de la sangre. La carga orgonótica de los glóbulos rojos cumple dos importantes funciones: estimula la expansión general del organismo y la creación de fuerzas defensivas propias de éste, para su lucha contra la intoxicación T. Por eso, siempre que la decadencia del organismo no haya avanzado demasiado, la aplicación de orgón hace que aumente el apetito, que se detenga la pérdida de peso y hasta que se produzca un aumento del mismo. Las náuseas y los dolores disminuyen y las reacciones de la sangre se hacen más vigorosas. La destrucción del tumor no es inmediata. Primero se fortalece la sangre. Sólo cuando el fortalecimiento biológico general ha alcanzado cierto grado comienza el ataque de la sangre contra el tumor y la infección T sistémica. Por eso, la eliminación de masa tumoral en forma de un líquido pardo-rojizo sólo se inicia después de algunas semanas. Los cultivos de bacilos T a partir de la sangre del paciente sólo son negativos luego de transcurridas semanas de tratamiento.

En algunos casos en los cuales la anemia ha alcanzado un grado muy

avanzado y la sangre está biológicamente debilitada, el ataque al tumor va precedido por un aumento en el número de glóbulos rojos. Este proceso puede seguirse con métodos microscópicos. Los tumores de mama desaparecen en el término de dos o tres semanas.

Nuestra experiencia nos indica que, cualquiera que sea su localización, los tumores se ablandan siempre. Si bien esto es motivo de satisfacción, la terapia del cáncer se complica mucho justamente por la *destrucción* de los tumores cuando el detrito no puede ser absorbido o eliminado. El proceso nos resulta familiar por nuestros experimentos con ratas. La sangre orgonóticamente fuerte penetra en el tumor y el tejido canceroso se desintegra. Se forman grandes cavidades colmadas de sangre, que pueden llegar a aumentar el volumen del tumor. En esas cavidades se va juntando un líquido parduzco, no pútrido. Como en el caso de las ratas tratadas con orgón, ese líquido está compuesto por enormes masas de corpúsculos T inactivos. Esto puede comprobarse mediante el análisis microscópico de las excreciones. El desenlace sólo depende ahora de que esas enormes masas de material del tejido canceroso destruido puedan ser eliminadas del organismo. En una oportunidad, el tumor cerebral de una enferma quedó desintegrado en el término de dos semanas. Los síntomas en los ojos y la presión intracraneal perdieron intensidad; pero el detrito del tumor llenó y obstruyó las glándulas linfáticas del cuello y la paciente murió, según el informe de su médico, de *asfixia* por edema de glotis.

Otra enferma con un tumor en el estómago del tamaño de una manzana reaccionó muy bien a la orgonoterapia. El tumor, que era palpable, se ablandó y su volumen se redujo notablemente. Pero al cabo de ocho semanas se obstruyeron los conductos renales, las piernas se le edematizaron, comenzó a fallar el corazón y la mujer murió de parálisis cardíaca.

En este caso, la eliminación de los productos de desecho podía haberse producido por los intestinos, pero la paciente sufría de constipación crónica. En consecuencia, los intestinos no pudieron hacerse cargo de la eliminación y la mayor parte de los productos de desecho pasó al torrente sanguíneo.

Una tercera mujer con tumores de ovario también murió por complicaciones renales luego que, por efecto de la orgonoterapia, había experimentado una sensible mejoría en su estado general así como el ablandamiento y recesión del tumor.

En el caso de un niño de cinco años con un tumor de glándulas suprarrenales y metástasis en la columna vertebral, la radiografía reveló la calcificación de los defectos óseos al cabo de cuatro semanas y el tumor en la glándula suprarrenal izquierda dejó de ser palpable después de dos semanas de tratamiento. Pero la masa tumoral disuelta en la columna colmó el canal

medular y el niño fue afectado por una parálisis flácida de las extremidades inferiores. Murió más tarde de agrandamiento del hígado y degeneración de las células hepáticas, evidentemente a causa de una falla en el proceso de eliminación.

El agrandamiento del hígado con degeneración de las células hepáticas y la obstrucción de los conductos renales son los resultados más típicos y frecuentes de la destrucción de los tumores cuando la masa de tejido tumoral destruida no encuentra un camino de salida con rapidez y facilidad. Aún no hemos encontrado solución para esta dificultad. Es verdad, no debe permitirse que el tumor alcance un volumen tal como para producir este tipo de complicaciones; pero no podemos darnos por satisfechos con esa afirmación. Tenemos que encontrar medios y caminos para tratar esta manifestación secundaria en los casos en que acuden demasiado tarde en procura de tratamiento. Quiero recordar al lector que ninguno de los casos de cáncer tratados en el laboratorio de investigaciones sobre cáncer y orgón llegó a nosotros inmediatamente después del descubrimiento del tumor. Todos ellos habían dejado pasar dos o más años durante los cuales se los había tratado con otros métodos. Todos estaban al borde de la muerte. Por consiguiente, no sabemos si muchos carcinomas no desaparecerían sin esos fenómenos secundarios si la orgonoterapia se iniciase *no bien descubierto el tumor*. En tumores de tamaño mucho menor, la masa de detrito sería inferior, lo cual reduciría también las probabilidades de una obstrucción de las vías excretoras.

Es preciso subrayar que la potencia biológica de la sangre no puede juzgarse por el porcentaje de hemoglobina. Hemos visto casos con 80% de hemoglobina, que tienen un 100% de reacción T en la prueba de autoclave. Las reacciones T y B de la sangre son las que indican la resistencia biológica de la misma, por eso es necesario distinguirlas con toda claridad del contenido de hierro de la sangre.

Quisiera analizar en forma muy breve algunos problemas de *economía sexual* en la orgonoterapia del cáncer, que revisten suma importancia práctica. Sabemos ya que en el fondo de la biopatía de encogimiento carcinomatoso actúa la resignación sexual. Por eso, los pacientes llegan a nosotros con un pronunciado *déficit de libido*. El tratamiento con orgón produce una reducción de los dolores y una carga orgonótica del sistema sanguíneo. Estos dos efectos dan lugar, en muchos casos, a un renacimiento de la excitación sexual. Si la represión y la coraza son muy marcadas, el enfermo no percibe la excitación sexual y la expresa de una manera que sólo resulta inteligible para quien conoce los principios de la economía sexual: aparición de estados de ansiedad aguda, espasmos genitales, "pesadez" de la musculatura de los muslos y de la pelvis o simple fuga ante la "inquietante" radiación orgónica.

(dos casos). En otros casos, en los cuales la vida sexual no se había extinguido por completo y que de tanto en tanto mantenían aún relaciones sexuales (aunque, naturalmente, sin potencia orgástica) fue más fácil solucionar la dificultad. En estos casos el trastorno en la vida sexual adopta, en general, la forma de prácticas dañosas y de inhibiciones por ignorancia. Por ejemplo, un hombre con cáncer de recto comenzó a experimentar dolores en los testículos y en los cordones espermáticos al mejorar su estado general como resultado de la orgonterapia. El paciente atribuyó esos dolores a su enfermedad, pero yo reconocí en ellos un síntoma de estasis y pude aliviarlo. Su esposa se negaba a mantener relaciones sexuales con él, y el hombre estaba demasiado enfermo para procurarse satisfacción de otra manera. Por su formación no pensó siquiera en la masturbación. Durante una consulta, a la que asistió también su hermano -que demostró ser muy inteligente- comprendió que los dolores se debían a una estasis genital y que el único recurso era la masturbación. Poco tiempo después, los dolores habían desaparecido.

Otro paciente, que sufría de cáncer de vejiga, experimentaba esporádicamente intensos dolores en la pelvis. Pero esos dolores eran diferentes de los provocados por el tumor *antes* del tratamiento con orgón. Traté de obtener un panorama claro de su situación sexual. El hombre no mantenía relaciones sexuales con su esposa desde hacía 15 años y desde hacía cinco años tampoco se había procurado otro tipo de satisfacción sexual. No puedo afirmar que esa estasis haya guardado una relación directa con la aparición del cáncer de vejiga, pero me atrevo a suponerlo. Mantuve una seria conversación con él sobre ese tema y comprendió que debía librarse de esa estasis genital. La desaparición de los dolores fue tan rápida que es imposible dudar de la vinculación. Por eso resulta incomprensible la actitud médica expresada en una crítica al primer número de nuestra revista, en la cual encontramos el siguiente comentario: "*One may reasonably object to the recommendation to practice masturbation in order to achieve relaxation of the genital apparatus*".* ¿Por qué? No creo que exista un solo argumento racional contra esta medida. Inclusive opino que es necesario prestar mucha atención a los dolores del aparato genital y a los estados de estasis del enfermo de cáncer, como lo demuestran los dos casos que acabo de mencionar.

La máxima dificultad con que tropieza la orgonterapia del cáncer es el fondo biopático general del cáncer; el encogimiento del sistema autónomo entero ("biopatía de encogimiento") roza las raíces mismas de la vida. Por eso,

* "Existen sobradas razones para objetar una recomendación como la de la práctica de la masturbación para lograr el relajamiento del aparato genital." [N. de la T.]

debemos estar preparados para enfrentar grandes dificultades en nuestros esfuerzos por encarar este problema. Sin duda alguna, el lector habrá comprendido la importancia de los descubrimientos hechos en el caso de cáncer descrito en el capítulo "La biopatía de encogimiento carcinomatoso": *el organismo continuó encogiéndose aún después de eliminados los tumores locales*. Este hecho desplazó todo el problema del tumor local, para centrarlo en el encogimiento sistémico. Pero, en este terreno, los problemas ya no son biológicos solamente, sino sociales y sexo-económicos. No estamos aún en condiciones de afirmar que la orgonterapia puede contrarrestar la tendencia al encogimiento general y en qué medida puede hacerlo. Probablemente eso dependa de la medida en que pueda llegar a mejorar la forma de vida sexoeconómica del paciente. Será preciso recoger más experiencias prácticas antes de formular una conclusión.

Hasta ahora me he limitado a mencionar las dificultades de la orgonterapia y los problemas que impiden su eficaz aplicación. Veamos ahora sus logros, que son inequívocos y alentadores.

Caso S. T. Paciente de sexo femenino de cuarenta y dos años de edad. Concurrió por primera vez a nuestro laboratorio el 30 de abril de 1941 para someterse a la orgonterapia. En febrero de 1938 había sufrido la extirpación radical de la mama izquierda por un cáncer. Dos meses después de abandonar el hospital aparecieron dos tumores en ambas piernas, por debajo de la rodilla. Comenzó a experimentar intensos dolores y caminaba con gran dificultad. Por esa razón permanecía en cama la mayor parte del tiempo. Ya antes de la mastectomía había padecido de dolores "reumáticos" en las piernas. Los pulgares de los pies se le "dormían". Además, durante años la habían perseguido los "tirones" en los brazos, en la punta de los dedos y en la nuca. Los dolores de cabeza y los vértigos la habían hecho padecer ya mucho antes de la operación. También padecía de estreñimiento crónico. Había tenido cinco partos prematuros y tres abortos espontáneos. El tratamiento con rayos X había hecho que su menstruación desapareciera seis meses atrás. Los tumores de las rodillas se desarrollaban en forma lenta pero incesante; los dolores se intensificaban con el mal tiempo. La debilidad de sus brazos era tan grande que tenía que sostenerse un brazo con el otro cuando quería levantar algo. Desde la operación, el brazo izquierdo estuvo siempre hinchado y dolorido.

Teníamos ante nosotros la típica historia clínica de una biopatía. Los exámenes confirmaron el cuadro. La totalidad de la musculatura del cuello era marcadamente hipertónica. El tórax se mantenía expandido, la espiración estaba casi por completo inhibida, el cuello, muy rígido, parecía en actitud de desafío. La pared abdominal estaba tan rígida que era imposible deprimirla. Los tumores de las piernas tenían el tamaño de una nuez.

Análisis de sangre: hemoglobina 80%; prueba de autoclave y coloración Gram: 40% de reacción T. *Cultivos T⁺⁺⁺*, con abundantes bacterias de putrefacción. Los eritrocitos eran pálidos, con márgenes de orgón estrechos, pero sin agujas T. La desintegración se produjo en cinco minutos

Secreción vaginal: Bacilos T⁺⁺⁺ con numerosas bacterias de putrefacción y bacilos T.

El 4 de mayo ya caminaba mejor. La sensación de brazos y piernas "dormidos" desapareció. Los tumores de las piernas habían comenzado a disminuir en forma bien notoria. El 6 de mayo, el médico de la familia confirmó la reducción de dichos tumores y le aconsejó continuar el tratamiento con nosotros. La paciente escribió a su hijo comunicándole la notable mejoría de su estado general. Ya no guardaba cama y hasta se sentía con fuerzas para encargarse de parte de las compras. El 7 de mayo había desaparecido el tumor de la rodilla izquierda y el de la derecha apenas si resultaba palpable. Las reacciones de la mujer en el acumulador se iban intensificando: comenzó a transpirar, con un sudor cálido; se había logrado, pues, una respuesta vagotónica. El peso permanecía estable en unos 78,600 kg.

Radiografías: Antes de que la enferma acudiera a nosotros, su sistema óseo estaba sembrado de pequeñas sombras, sobre todo en la región pelviana. El 20 de junio de 1941 las radiografías revelaron que dichas manchas se habían aclarado sensiblemente, sobre todo en los huesos pelvianos. *Las rodillas estaban normales.*

En los meses siguientes, hasta diciembre de 1941, la enferma no experimentó dolores, ya no tuvo necesidad de morfina, la pérdida de peso se detuvo y pudo desempeñar sus tareas domésticas con normalidad. En diciembre de 1941 interrumpió el tratamiento con orgón. En enero de 1943 vivía aún y se sentía bien. Es imposible predecir si el proceso canceroso se va a reiniciar. La paciente no tiene acumulador en su casa.

Caso F.H. Paciente de sexo masculino; edad: cuarenta y cinco años. Concurrió por primera vez a nuestro laboratorio el 19 de abril de 1941. Un año antes había comenzado a experimentar un dolor desgarrante en el pecho que le producía sensación de asfixia ("it choked him"). Perdió 11,360 kg. de peso en el curso de un año. Ya no podía consumir alimentos sólidos e incluso sólo podía beber los líquidos por cucharaditas. Padecía de hipo, de insomnio y se cansaba rápidamente cuando trabajaba. En el capítulo "Biopatía carcinomatosa de encogimiento" se describe la naturaleza *emocional* de este caso.

El diagnóstico del médico a cargo del caso fue: *cáncer inoperable de esófago*. El estrechamiento del conducto, confirmado por las radiografías era casi total. El epigastrio aparecía tenso y el paciente padecía de grave constipación.

El tórax no se movía con la respiración. Peso: 65,450 kg.

Exámenes de sangre: hemoglobina, 70%; cultivo T⁺⁺⁺, reacción T, 95% (!!!). Los glóbulos rojos, que ostentaban agujas T, experimentaban al instante una desintegración bionosa, pero se transformaban luego en pequeños eritrocitos con citoplasma homogéneo.

La reacción del paciente al acumulador de orgón fue inmediata e intensa: sudor caliente, enrojecimiento de la piel, sensación de obnubilación al cabo de veinte minutos de exposición.

El 28 de abril, el contenido de hemoglobina era del 85% y ese nivel se mantuvo durante los meses siguientes. Durante el mismo período, el peso corporal aumentó en unos 2,780 kg. La fatiga había desaparecido y podía tragar con facilidad los alimentos blandos (carne picada, sopa de fideos, etc.). *La reacción T, el 9 de mayo, era de sólo 10%*. La sensación de asfixia había desaparecido; el paciente dormía bien y trabajaba sin fatigarse. La piel adquirió un tono bronceado. El paciente se mostraba feliz y agradecido.

El tratamiento con orgón duró sólo 12 semanas, aproximadamente. En enero de 1943, el paciente seguía con vida y trabajaba. Sin embargo, también en este caso podría producirse una recidiva.

Resumen

En total fueron 13 los casos de cáncer diagnosticados en clínicas y tratados con rayos X, y dos casos diagnosticados por mí, que se observaron con detenimiento y se trataron con orgón. Todos esos enfermos estaban en un avanzado grado de caquexia al iniciarse la orgonterapia. En todos los casos se alivió el dolor y se disminuyó en forma considerable y hasta se eliminó el uso de morfina. En todos disminuyó el tamaño de los tumores, mejoró el estado de la sangre y se produjo un aumento del peso corporal. Los tumores de mama desaparecieron en todos los casos. Los demás tumores se achicaron y se ablandaron.

En cuatro casos las radiografías revelaron la calcificación de los defectos óseos. La mayoría de los enfermos pudo eliminar el material de los tumores desintegrados. En tres casos el tratamiento con orgón no logró prolongar la vida. En seis casos la orgonterapia demoró la muerte de 5-12 meses e hizo más soportables los últimos meses de vida. En seis casos se detuvo el proceso de encogimiento. En seis casos se restableció la capacidad de trabajo. Cinco de los 14 casos inoperables y destinados a morir viven aún hoy (dos años después de interrumpido el tratamiento con orgón) en un estado de tolerable a bueno. En un caso, la orgonterapia no logró eliminar el líquido ascítico de la cavidad abdominal.

Estos resultados fueron estimulantes, por más que distaran mucho de ser satisfactorios, e hicieron que nos sintiéramos obligados a proseguir nuestra labor. Si se los compara con el estado en que se encontraban los pacientes antes de la orgonterapia, deben considerarse *sorprendentemente* buenos. Pero el problema de la eliminación del material tumoral no ha podido ser resuelto aún.

Los resultados no sólo confirman la fundamental exactitud de los descubrimientos en materia de biones, sino que han confirmado la correcta orientación de nuestros experimentos con bacilos T, de las pruebas de orgón en la sangre, de la fórmula tensión-carga y de los descubrimientos en el terreno de la biofísica orgónica.

3. Cinco años de experiencia con orgonterapia física

Es hora de presentar una breve reseña de los resultados obtenidos en el curso de cinco años con la aplicación de la orgonterapia física. Cuanto más sorprendentes son los éxitos terapéuticos, tanto mayor es la expectativa mística que suele despertar todo tipo de terapia nueva. La gente espera que se la libre de todo mal, que se la cure de toda enfermedad y que se le brinde el paraíso en la tierra, todo ello en el acto y sin el menor esfuerzo. La orgonterapia física, es decir, el uso específico del acumulador de energía orgónica, está muy lejos de esa concepción de la terapéutica. Trabaja con un nuevo tipo de energía, descubierta hace apenas unos años y que aún no ha sido lo bastante estudiada y probada: la energía cósmica orgónica. Por eso se recomienda cautela en todos los aspectos. Los médicos honestos, genuinamente consagrados a su profesión, desconfían tanto de todos los tipos de "curaciones" y de la ruidosa propaganda de la industria farmacéutica, que la auténtica terapia tropieza con serias dificultades para encontrar el necesario apoyo. A esto se añade la impotencia de la medicina ante las biopatías, ante las claudicaciones del aparato vital autónomo, contra las cuales nada pueden las drogas. Y bien, la energía orgónica ha demostrado su eficacia precisamente en este tipo de enfermedades. El lector comprenderá que eso me obligó a adoptar ciertas medidas para mantener la orgonterapia fuera del ámbito de la práctica clínica cotidiana. Esas medidas consisten fundamentalmente en evitar ciertas cosas:

1. En mis publicaciones sobre la biopatía del cáncer señalé siempre la profundidad de las raíces del cáncer e hice más hincapié en los fracasos que en los llamativos éxitos aislados.

En general, la terapéutica ignora los fracasos.

2. Se evitó toda sospecha de lucro en el uso del acumulador de orgón, creando una fundación administrada como una organización de bien público.

3. Se evitó el empleo de los métodos de propaganda habituales para difundir la terapia.

4. A los usuarios del acumulador de orgón no se les promete la curación. El paciente es quien decide si el tratamiento es eficaz o no.

La orgonterapia física se aplica según los siguientes métodos:

Aplicaciones en todo el organismo por medio del acumulador de orgón

El enfermo se instala en el acumulador de orgón una o dos veces por día, con o sin ropa. La aplicación dura de 15 a 45 minutos, según la capacidad de reacción del individuo. Hay personas intensamente orgonóticas que comienzan a percibir los efectos a los cinco minutos. Otros enfermos, que padecen de anorgonia, necesitan una hora y más para comenzar a sentir el calor y el cosquilleo. El efecto terapéutico pleno sólo se percibe con el *uso diario*, y en el caso de pacientes anorgonóticos, sólo después de tres semanas. Los individuos cuyo campo de energía orgónica está encogido, no experimentan nada en un comienzo. En la medida en que su organismo se carga, se agudizan también la sensibilidad y las percepciones.

Los signos de una total reacción del organismo al tratamiento con orgón son: sensación subjetiva de calor, sudor, enrojecimiento de la piel, sobre todo la del rostro y el cuello, pero también la de otras zonas del cuerpo; sensación de cosquilleo, hormigueo, etc. Aumento de la temperatura corporal objetivamente mensurable; desaparición de tensiones y dolores.

En aquellos casos en los cuales el acumulador se empleó en forma regular y a través de meses, la aplicación de orgón al organismo entero ha producido los siguientes resultados:

La anemia, en cualquier grado, desaparece en el término de tres a seis semanas. Este efecto figura entre las experiencias mejor documentadas. Junto con la desaparición de la anemia, el médico observará una mejor irrigación de la piel. La piel se broncea y deja de ser viscosa o coriácea. La tendencia a los resfríos disminuye en casi todos los casos. Estos sólo se presentan de tanto en tanto y sin la duración e intensidad de antes. También disminuye la tendencia a los llamados "enfriamientos", que poco tienen que ver con los virus y mucho con las condiciones del orgón atmosférico.

En algunos casos -entre los cuales me incluyo- se logró conjurar la gripe

o suavizar sus efectos mediante aplicaciones adicionales (varias veces por día). En el invierno de 1945-1946, durante una epidemia de gripe que azotó a Nueva York, yo soporté la enfermedad sólo 12 horas y mi temperatura nunca superó los 100° F. Otros sujetos de experimentación informaron también que su gripe había sido breve y benigna. Es evidente la importancia que puede tener este descubrimiento para la prevención de las neumonías como secuela de una gripe.

Un efecto muy feliz y promisorio es la disminución de la presión sanguínea en los casos de hipertensión vascular. Este efecto se explica por la *influencia vagotónica del orgón*. Esta acción se observó sólo en cuatro casos y requiere un estudio más detenido.

Las aplicaciones de orgón han resultado hasta ahora muy eficaces en los casos en que un indefinible estado de debilidad -lo que en biofísica orgonótica se llama ataque *anorgonótico*- pone en peligro la vida del individuo afectado. En los casos en los cuales la anorgonia va acompañada de síntomas que indican una tendencia a la putrefacción carcinomatosa de los tejidos, la orgonterapia ha resultado casi siempre muy efectiva. El éxito del tratamiento se refleja con particular claridad en las reacciones de la sangre a las pruebas biológicas, en el paso de la reacción T a la reacción B.

Hace varios años, al comenzar mis experimentos, yo creía que el orgón podía ejercer una influencia favorable sobre los tejidos, en la medida en que no se hubieran producido ya cambios estructurales. Por eso consideré que el acumulador no podía resultar eficaz en los casos de artritis con marcadas contracturas y deformación de las articulaciones. En el verano de 1944 me invitaron a examinar a un anciano enfermo que vivía en Rangeley, Maine. Padecía desde hacía largo tiempo de una grave artritis y durante los últimos años se había visto obligado a guardar cama. Cuando lo vi estuve a punto de renunciar. Tenía las rodillas fijas en posición de flexión. No podía caminar y apenas si se desplazaba con movimientos rígidos. Estaba en un estado de extrema delgadez, pálido, anémico y próximo a la muerte. Las articulaciones de los dedos estaban rígidas y presentaban las típicas deformaciones artríticas. La familia me rogó que intentara tratarlo a pesar de su estado. Les aclaré que no veía la menor esperanza, pero que lo intentaría si ellos lo deseaban. Se le suministró un acumulador sin cargo. Pasaron varios meses sin que tuviera noticias de aquel enfermo. En el transcurso del invierno me llegaron las primeras informaciones: el paciente se sentía mejor, más fuerte, con buen apetito y de cuando en cuando abandonaba la cama y caminaba por su habitación. No volví a saber nada hasta el verano. Cuando regresé a Rangeley y visité a aquella familia no pude dar crédito a mis ojos y a mis oídos. Tuve la sensación de haberme convertido en uno de esos santones

que curan por la fe. El anciano ya no estaba en la cama, sino que se movía de aquí para allá con movimientos casi normales. Tenía la tez sonrosada, la piel bien irrigada. Me entere que desde hacía algunas semanas había vuelto a caminar realmente, que paseaba por el patio, que ya no sufría de constipación, que comía bien y estaba de buen humor. El hombre rompió a llorar cuando me vio. Quiero dejar bien claro que no puede hablarse de sugestión ni nada por el estilo. Primero: la sugestión no puede curar una artritis avanzada. Segundo: yo sólo había hablado brevemente con el enfermo en una oportunidad y le había señalado en forma expresa que no creía en la posibilidad de una curación. Tercero: había pasado un año sin ver ni hablar al enfermo. Todo fue obra del acumulador. Algunas semanas después, el paciente me visitó en el laboratorio -que se encontraba a unas 10 millas de distancia- lleno de gratitud y demostrando un conmovedor interés por nuestra labor.

Sólo he tratado tres casos de *angina pectoris*, uno crónico y grave y dos más leves. En los tres casos el orgón ejerció una acción curativa. El paciente que padecía la afección crónica dejó de sufrir accesos frecuentes y pudo dejar de apelar a medicamentos durante largos periodos, aunque no se curó en forma definitiva. En los otros dos casos desaparecieron todos los síntomas después de unos pocos meses de orgonterapia.

En cuanto a los efectos del orgón en los casos de esquizofrenia, pretiero tratar el tema dentro de otro contexto.

Quisiera relatar ahora el interesante caso de una paciente que pudo evitar una peligrosa intervención quirúrgica con ayuda de la orgonterapia. Los médicos habían descubierto una excrecencia, una dureza en la rama descendente del colon, y habían diagnosticado un probable tumor canceroso y recomendaban la intervención quirúrgica. La enferma había oído hablar de mis pruebas para determinar la presencia de un cáncer y quiso consultarme antes de someterse a la operación.

Mi examen por medio del fluoroscopio y por tacto demostró, en efecto la existencia de un tumor duro, del tamaño aproximado de una nuez y ubicado en el centro del colon descendente. Era un tumor movable. El examen físico-orgónico de sangre practicado a continuación no mostró el menor indicio de degeneración cancerosa. Aconsejé a la paciente -quien también padecía de constipación crónica- que demorara la operación hasta que estableciéramos la naturaleza de aquel tumor, con ayuda de la orgonterapia. Sabía por experiencia que podía tratarse de un nudo *espástico* localizado y que la orgonterapia puede aliviar tales espasmos.

Suministramos un acumulador de orgón a la enferma para que lo utilizara en su domicilio. A los ocho días la volví a ver. Ya no se palpaba el tumor.

Mi suposición se confirmaba: el supuesto tumor no era más que un simple espasmo. Pero como todo tejido crónicamente espástico puede sufrir una degeneración cancerosa, recomendé a la paciente mucha cautela y un uso constante del acumulador. La mujer se libró de la terrible operación y pocos meses después estaba sana y muy agradecida. La constipación también había disminuido y la totalidad de sus funciones se habían intensificado. Casos como éste son realmente alentadores.

Quisiera añadir que los niños disfrutaban con el uso del acumulador desde sus primeros meses de vida. Al comenzar mis investigaciones prefería prevenir a las mujeres embarazadas contra el uso del acumulador, puesto que yo no conocía los efectos de la radiación orgónica sobre el embrión y sobre el funcionamiento del útero. El primer experimento con el uso del orgón en una mujer encinta se efectuó en mi propio hogar. Estoy muy agradecido a mi esposa por haber aceptado ese riesgo. Como responsable colaboradora de nuestro laboratorio se declaró dispuesta a realizar la experiencia, fiel al principio de nuestro instituto, según el cual todo lo que se recomienda a los demás tendrá que haber sido probado antes en uno de nosotros. El éxito de la aplicación de orgón durante el embarazo fue notable. La madre se sintió fuerte y llena de vida durante todo el período de gestación. El niño demostraba gran vitalidad y el ginecólogo declaró que el latido fetal era excepcionalmente vigoroso. Hoy en día, el niño muestra a las claras la acción biológica del orgón. Es más alto que los de su edad y de extraordinaria salud física.

Sobre el uso local del orgón atmosférico

Se puede conservar el principio del acumulador de orgón y cambiar su forma utilizando un tubo en lugar del cajón. Lo más conveniente para estos fines es el caño de luz (BX *cable pipe*) utilizado para proteger los cables en las instalaciones eléctricas. Ese caño se recubre de un material orgánico cualquiera, como lana o cinta aisladora. Un extremo del caño se introduce en un acumulador construido de la siguiente manera: Se recubre con celotex una armazón de madera cuyos lados miden 2/3 de pie. Las paredes interiores están constituidas por finas chapas metálicas. El espacio entre las paredes metálicas interiores y las exteriores de celotex se rellena con una mezcla de lana de vidrio y lana de acero o de polvo de celotex y lana de acero. Esta capa intermedia absorbe el orgón atmosférico con gran intensidad y lo transmite rápidamente al espacio cerrado del interior. El orgón allí concentrado pasa por el tubo metálico. En el extremo libre de dicho tubo se sujeta un embudo de chapa del tamaño que se prefiera.

Ese embudo se acerca al lugar que ha de ser sometido a radiación. La aplicación se prolongará según el órgano tratado. Los datos que suministro a continuación acerca de los diferentes tiempos de la aplicación se han fijado en forma empírica, pero no dudo que la experiencia irá modificándolos. Yo acostumbro a exponerme a la radiación durante los lapsos que enumeraré a continuación y hago lo mismo con las personas utilizadas como sujetos de experimentación:

región cardíaca, una vez al día de 2 a 5 minutos,
raíz de la nariz, una vez al día, alrededor de 4 minutos,
cavidad bucal, una vez al día, alrededor de 5 minutos,
ojos, con los párpados cerrados, de 1/2 a 1 minuto.
oídos, junto a la apófisis mastoide, alrededor de 1-2 minutos,
zona del plexo-solar, diariamente alrededor de 3 minutos.

El organismo atrae energía orgónica del acumulador y al cabo de unos minutos (el tiempo varía de acuerdo con los individuos) de "calentamiento" se experimenta una clara sensación de tibieza y de cosquilleo en la zona del cuerpo expuesta a la radiación.

Para tratar el interior de la nariz se puede utilizar un tubito de vidrio de unos 10 cm. de largo, relleno con lana de acero. Se puede tratar el interior de la vagina de un modo similar. El examen microscópico demuestra que las bacterias de putrefacción quedan inmovilizadas al cabo de un minuto de aplicación. La experiencia indica que la vagina no puede ser sometida por más de 1/2 minuto a la acción del orgón; transcurrido ese lapso se experimenta una intensa sensación de ardor.

Las quemaduras y las heridas cicatrizan con gran rapidez por efecto de la radiación orgónica. En los casos más favorables puede observarse el proceso de cicatrización en forma directa. Las escaras producidas por una larga permanencia en cama evolucionan de manera muy favorable con la orgonoterapia.

Probé por primera vez el poderoso efecto curativo de la energía orgónica localmente administrada con ayuda de un tubo, en el caso de un hombre de sesenta años que padecía de úlceras varicosas. Se le habían formado varias úlceras de profundidad diversa y una reacción inflamatoria en la piel de ambas piernas. El estado se mantenía desde hacía varios años y el hombre había sido tratado en varios hospitales sin el menor resultado. Experimentaba dolores al caminar; su capacidad para ganarse el pan (se trataba de un campesino) se veía considerablemente limitada. Había logrado ahorrar 400 dólares durante toda su vida y había gastado 300 en hospitales y médicos. Me ofreció sus últimos 100 dólares para que lo curara.

Por supuesto me negué a aceptar ese dinero. No le prometí nada, pero le facilité un pequeño "disparador de orgón". En realidad, no tenía esperanzas de lograr una curación. En el transcurso de las cuatro primeras semanas no se produjo ningún cambio, a pesar de las repetidas aplicaciones diarias. Y, de pronto, las úlceras comenzaron a perder profundidad. La piel se alisó y, trascurridas seis semanas más, recuperó su aspecto normal. Ambas piernas sanaron. Había una tendencia a la recidiva, pero el enfermo podía neutralizar cualquier trastorno tisular con nuevas aplicaciones intensivas de radiación. Aquel pobre campesino difundió por todo Maine el "milagro de su curación". Su gratitud y el verlo recuperar su antigua capacidad de trabajo fueron mi mejor recompensa.

Aquel éxito terapéutico se comentó tanto en Maine que en el verano de 1945 me vino a ver un joven de Augusta. También él presentaba profundas úlceras en las piernas. En este caso eran úlceras secas, con bordes necróticos y zonas vecinas anémicas. Las lesiones eran de unos 2 cm. de profundidad y unos 3 cm. de radio. El caso no hacía concebir muchas esperanzas. Facilité al joven un pequeño disparador de orgón y el enfermo aprendió muy pronto a regular la duración de las aplicaciones. A las dos semanas me volvió a visitar (vivía a 80 millas): las úlceras habían adquirido una coloración rojiza, la secreción era activa, como en las heridas normales, y en el fondo y en los bordes se advertía ya la presencia de tejidos de regeneración.

Cuatro meses después me escribió a Nueva York comunicándome que una de las úlceras ya había cicatrizado; en la otra había desaparecido el cráter pero aún no se había formado una nueva membrana de piel.

Las úlceras varicosas suelen desafiar cualquier tipo de terapia, de modo que este éxito del acumulador de orgón fue realmente sorprendente. Pero también es sorprendente que los médicos testigos de este éxito terapéutico no hayan hecho nada para que el orgón esté al alcance de todos. Parece que cada médico espera que los demás "lo acepten oficialmente". Esta actitud no es sólo incomprensible. ¡Es perniciosa!

En el caso que acabo de relatar, me enteré más tarde de que el paciente se había negado a utilizar el acumulador grande (como complemento de la aplicación local con el "disparador", yo había recomendado aplicaciones en todo el organismo) y, además, seguía usando venda elástica en la pierna no curada aún, a pesar de que yo le había indicado lo contrario. Yo le había advertido ya que la curación local sería limitada si no se procuraba una carga genera] del organismo mediante el uso del acumulador grande.

Los dolores violentos desaparecen también cuando la parte afectada es expuesta a la radiación orgónica. Un obrero que trabajaba en la construcción de Orgonon* se abrió un profundo tajo en el tobillo con el hacha. El corte era

neto y penetraba hasta el hueso, que había quedado al descubierto. El dolor era tan intenso que el hombre estuvo a punto de perder el conocimiento. Sometí inmediatamente la herida a la radiación „, y a los dos minutos cesó el dolor. Luego lo vendé y lo llevé en automóvil al consultorio de un médico de Rangeley, quien se hizo cargo del tratamiento corriente.

En las quemaduras también desaparece rápidamente el dolor. Mi idea sobre la naturaleza del dolor es la siguiente: los nervios autónomos se retiran del lugar lesionado y, por lo tanto, "tironean" literalmente de los tejidos. La desaparición del dolor podría atribuirse, pues, a que los nervios vuelven a estirarse por influencia del orgón, con lo cual cesa el tironeo. Como acabo de decir, ésta es mi idea, pero estoy dispuesto a aceptar cualquier otra interpretación que explique el fenómeno mejor que la mía.

Aplicación local de radiación orgónica mediante biones de tierra

Los antiguos tratamientos con apósitos de fango partían de un principio correcto: el fango es tierra bionosa y, por consiguiente, muy rica en orgón. Sólo que no es tan fácil conseguir fango, y su aplicación es laboriosa y molesta. Los resultados del experimento XX nos abrieron un nuevo camino para la aplicación de la energía biológica del humus.

Con este preparado obtenemos tres resultados simultáneos. Primero, el agua rica en orgón, que usamos para estimular crecimientos; segundo, los copos obtenidos por congelamiento del agua orgónica, que resultaron tan decisivos para la comprensión teórica de la biogénesis primaria; tercera, la *tierra bionosa* en sí. Recogemos los biones de tierra que quedan después de filtrar el agua orgónica y los conservamos en estado seco. Los distribuimos en bolsitas de lino muy fino, de diversos tamaños, cuyas bocas se cosen. El tratamiento consiste en humedecer uno de estos paquetitos de tierra bionosa y aplicarlo sobre el lugar dolorido o inflamado. El dolor se alivia y, puesto que el orgón es aportado desde afuera, el organismo se ahorra cierta cantidad de esfuerzo sistémico al no tener que gastar su propia energía en provocar la inflamación del lugar lesionado. La experiencia parecería indicar que basta con una aplicación de 1/2 a 1 minuto. Las aplicaciones más prolongadas provocan violentas reacciones inflamatorias en algunos pacientes, por lo cual conviene evitarlas. Este uso del orgón parece suprimir, también, los espasmos locales.

* Nombre que Reich había dado a la propiedad de Rangeley/Maine, en donde tenía su laboratorio. (Nota del editor alemán.)

Se requieren más experiencias en este terreno antes de arriesgar juicios al respecto.

Los experimentos con la cuarta forma de administrar orgón, es decir por ingestión o inyección de agua orgónica, no han concluido aún; pero ya no cabe duda de que se obtienen así reacciones vagotónicas y que se estimula el crecimiento de animales y vegetales.

Para resumir diré que el descubrimiento del orgón y de sus aplicaciones en medicina por medio del acumulador, del "disparador" de orgón de la tierra bionosa y del agua orgónica ha abierto una multitud de perspectivas nuevas y, al parecer, muy promisorias. Por supuesto, se requieren otras investigaciones para establecer el verdadero alcance de la aplicación terapéutica de la energía biológica.

IX LA ANORGONIA EN LA BIOPATÍA CARCINOMATOSA DE ENCOGIMIENTO

Una contribución al problema de la prevención del cáncer

El concepto de *anorgonia* resume todos los estados biopáticos que tienen como común denominador el *bloqueo de la motilidad plasmática*. Este trastorno del funcionamiento plasmático es desconocido en la patología clásica. Sin embargo, no hay médico práctico que no esté familiarizado con él. La patología mecanicista no ha podido entenderlo porque no se traduce directamente en cambios estructurales de los tejidos o en lesiones de los cordones nerviosos, sino en *un descenso de la función energética total* del organismo. El lenguaje popular describe la anorgonia con diversas expresiones. Hay palabras y frases que definen la *expresión* emocional de un organismo. Tal el caso de "sin vida", "muerto", "rígido falto de contacto", "sin atracción", etc. (en contraste con "vital", chispeante, "cálido" "lleno de contacto", etc.). Todas ellas comunican la *impresión* que nos causa una persona. El término "anorgonia", que hemos acuñado y presentamos aquí, abarca algo más que la "falta de comunicación" o de "vida" de un individuo. Se refiere a un estado patológico muy definido, pero hasta ahora ignorado, que yo he encontrado más que nada en los enfermos de cáncer y en las personas proclives a esta enfermedad.

Para describir la anorgonia de la biopatía carcinomatosa me veré obligado a volver sobre un conocido descubrimiento de la economía sexual clínica. Su importancia para la salud y para la enfermedad se puede entender hoy más a fondo, a la luz del descubrimiento del orgón. Me refiero a la estabilidad de la función plasmática en el organismo sano y a su contrapartida, la *angustia biopática de caída*.

Resumamos brevemente lo que hemos aprendido hasta ahora acerca de la angustia de caída en las enfermedades biopáticas. La angustia de caída

está siempre presente en los casos de neurosis de carácter o de biopatía somática y se pone de manifiesto cuando logramos romper la coraza y contribuir a que afloren las sensaciones orgásticas. La "sensación orgonótica" no es más que la percepción subjetiva de la "excitación plasmática" objetiva, que hasta ahora hemos descrito —a la manera mecanicista— como "corriente vegetativa". A nuestro juicio la aparición de la angustia de caída es signo inequívoco de que la excitación plasmática y las sensaciones orgásticas comienzan a hacerse sentir en todo el organismo. La angustia de caída puede manifestarse de diversas maneras, por ejemplo, como vértigo, como sensación de "hundirse", como sueños de caída, presión o dolor en la región gástrica, náuseas y vómitos. Estos síntomas y otros similares forman parte del típico cuadro clínico que se produce al romperse la coraza y en el cual también intervienen sensaciones orgonóticas como contracciones musculares involuntarias, escalofríos, oleadas de calor, pinchazos, cosquilleos, comezón, etc. Las manifestaciones psíquicas de estos síntomas biológicos son una angustia y una inseguridad generalizadas. A grandes rasgos, las etapas esenciales del proceso terapéutico son: debilitamiento de la coraza, sensaciones orgonóticas, resquebrajamiento de la coraza, clonismo, angustia de caída, intensificación de la excitación plasmática y, finalmente, sensaciones orgásticas en el aparato genital.

Si se procede a disolver la coraza correctamente, las sensaciones orgánicas desagradables van cediendo paulatinamente el lugar a experiencias placenteras del cuerpo. Con frecuencia oímos decir a los pacientes que acaban de experimentar convulsiones clónicas que se sienten "mucho mejor de lo que jamás se habían sentido". Pero si no se procede a disolver la coraza, capa por capa, correctamente, si subsisten bloqueos rígidos como restos de la coraza, si se permite que las comentes orgonóticas emerjan en forma demasiado abrupta y choquen así contra las capas no disueltas de la coraza, el paciente puede reaccionar replegándose por completo en la antigua coraza. Su rigidez biopática se intensifica por temor a las excitaciones plasmáticas ("miedo al placer"). Se siente abrumado por un sentimiento de desorientación que puede llegar al pánico (como consecuencia del aumento de energía biológica móvil). Este estado puede agudizarse hasta producir impulsos suicidas.

Esto en cuanto a los fenómenos clínicos conocidos.

La angustia de caída puede manifestarse más en el terreno somático o en el psíquico, pero por lo común ambos tipos de fenómenos aparecen combinados. Sea como fuere, la aparición de síntomas de angustia de caída constituye para nosotros un signo de *crisis biopsíquica*, es decir del primer paso hacia la salud, desde el punto de vista de la potencia orgástica.

Si el orgonterapeuta domina el caso, no se alarmará ante los llamativos síntomas de angustia de caída.

La angustia de caída no es peligrosa en el caso de neurosis de carácter puras. Mis experiencias con una serie de pacientes con cáncer o con disposición cancerosa me han demostrado, en cambio, que *la angustia de caída puede presentarse como síntoma de un proceso mortal* En ese caso indica un total colapso de la función plasmática en el núcleo biológico del organismo.

Lo fundamental es, evidentemente, la *profundidad* del trastorno biopático. El orgonterapeuta debe decidir si está ante una desorientación superficial del organismo en el momento de transición entre un funcionamiento rígido y un funcionamiento plástico, como ocurre en la neurosis de carácter pura, o si la función plasmática total oscila entre *pulsación v no-pulsación*, como en la biopatía carcinomatosa de encogimiento. Es difícil delimitar estos terrenos en forma neta; las transiciones siempre son fluidas y el terapeuta tiene que desarrollar una sensibilidad para apreciar justamente esta transición entre el síndrome de angustia de caída benigno y el grave. Porque la biopatía carcinomatosa de encogimiento no es más que una forma particularmente grave de la neurosis de carácter si somos consecuentes y entendemos por "carácter" la forma *biofísica* de reacción de un organismo. La resignación puede difundirse de las capas superficiales del biosistema a las más profundas, y así llegar a afectar la función plasmática celular misma.

Ahora investigaremos el mecanismo biofísico de la llamativa angustia de caída propia de la biopatía carcinomatosa.

Quien haya estudiado con detenimiento el caso de biopatía de encogimiento carcinomatosa descrito por mí en páginas anteriores, habrá advertido la importancia del papel desempeñado en el por la angustia de caída La paciente en cuestión podría haber conservado la salud conquistada al comienzo si junto con la excitación sexual no hubiera aparecido una grave angustia de caída. Y, en efecto, la paciente se desplomó en mi laboratorio después de haber quedado libre del cáncer desde el punto de vista sintomático. De pronto, las piernas dejaron de sostenerla. A partir de ese momento quedó postrada en cama y desarrolló un miedo fóbico a ponerse de pie. De esa manera impidió la prosecución de la orgonoterapia y finalmente, se fue encogiendo en el curso de unos pocos meses hasta que el proceso culminó en la muerte. En el fondo, yo no había entendido su angustia de caída; sólo sabía que la excitación sexual la había provocado Y bien, los casos de cáncer que traté desde entonces en forma experimental presentaban esa angustia de caída con las mismas manifestaciones típicas. En esos casos ulteriores las reconocí con toda facilidad, las entendí mejor y me aproximé a

las bases biológicas, aunque sin que los resultados mejoraran mucho. Con todo, eso me alentó a esperar que una investigación más detenida de la angustia de caída en la biopatía de encogimiento pudiera traducirse en determinadas medidas terapéuticas. Esa expectativa se confirmó en dos casos de biopatías carcinomatosas que acudieron a tiempo para someterse a tratamiento. En total he podido observar a fondo la angustia de caída en seis casos de cáncer y seguir su génesis en un lactante de cuatro semanas (por supuesto, no computo aquí las neurosis de carácter puras), de modo que esta publicación se justifica. De los seis casos de cáncer, cuatro, que llegaron demasiado tarde, murieron, y dos, que llegaron a tiempo, se curaron. No expondré la historia clínica completa; sólo extraeré de ellas lo referido al diagnóstico y la angustia de caída. La angustia de caída del lactante antes mencionado suministrará la clave del problema.

La angustia de caída como expresión de inmovilidad plasmática: parálisis anorgonótica

Para comenzar resumiré los descubrimientos que nos permiten entender la *angustia biopática de caída como expresión de inmovilidad plasmática*. Los cancerosos observados tenían en común los siguientes síntomas de inmovilidad plasmática:

1. *Debilidad física general*. Este estado se manifestaba como falta de disposición a moverse y como lentitud de movimientos. La tendencia a permanecer tendido era grande. Cabe señalar que *la perturbación de la motilidad plasmática existía en estos pacientes mucho antes de que se advirtiera el menor indicio del futuro cáncer*.

En tres de los seis casos, la lentitud al moverse y al hablar ya existía desde la primera infancia.

La angustia de caída se me presentó por primera vez con toda claridad en un caso particular de cáncer (publicado por primera vez en 1942). La paciente relataba que en una ocasión, en que un joven pareció dispuesto a seguirla, *las piernas dejaron de responderle y estuvo a punto de caer*. Más tarde, en el estado terminal de la biopatía de encogimiento, sus piernas entraron en pronunciada atrofia; el miedo a caminar se debía, más que nada, a la debilidad de sus miembros inferiores. Los reflejos motores y sensitivos estaban intactos. Hubo también una parálisis de vejiga e intestinos, pero fue transitoria. Una *fractura de fémur* apresuró el final. (Los tumores cancerosos locales estaban localizados entre la X y la XII vértebra dorsal y entre la V y la VII vértebra cervical.)

El temor a quebrarse la columna era el pretexto con el cual la paciente justificaba su necesidad compulsiva de permanecer en cama. En mi exposición del caso pude demostrar que no se trataba de un dolor mecánico en la columna vertebral, sino de angustia de caída. Se podía inducir a la paciente a andar. Durante el período de su recuperación había caminado mucho, a pesar de que la deformación de la columna era irreversible. Pero más adelante no podía mover las piernas y temía que cualquier movimiento pudiera provocar la fractura de una parte de su cuerpo.

2. En todos los casos, la angustia de caída iba acompañada por una *inseguridad en el equilibrio*. En el caso del lactante que sufría de angustia de caída, pude observar esa misma inseguridad.

Establezcamos ahora una relación entre los dos fenómenos: es muy probable que *la perturbación del equilibrio determine la angustia de caída*. La angustia de caída es la expresión racional de un trastorno biopático de inervación y no su causa. En algunos casos llegó a representar un peligro mortal para la vida de la paciente, pues provocó la interrupción de la terapia, estimuló la atrofia de la musculatura y apresuró la muerte por escaras de decúbito.

3. Uno de los seis casos de cáncer, que sufría de carcinoma de próstata, quedó por un tiempo libre de síntomas locales como resultado de la orgonterapia (orina clara, sin células cancerosas ni bacilos T, ausencia de dolores locales, etc.), pero los músculos de sus piernas se habían atrofiado y el enfermo desarrolló una *apraxia funcional*. También en este paciente los reflejos motores permanecían intactos. Pude seguir este caso por espacio de cuatro meses, durante los veranos de 1942 y 1943, y lo traté a diario con el acumulador de orgón y una vegetoterapia simplificada. De esa manera pude estudiar con todo detenimiento las peculiaridades de la parálisis. Después de la eliminación del tumor de próstata, el enfermo comenzó a caminar y pareció recuperarse. No experimentaba dolores, comía con excelente apetito, aumentó 3,200 kg. en pocas semanas, se mostraba esperanzado y hasta trabajaba. En medio de esos progresos, un buen día se le doblaron las rodillas y se desplomó. De repente había perdido el dominio de sus piernas, "como si la vida las hubiese abandonado". A partir de ese momento no pudo volver a mover las piernas, se vio obligado a guardar cama y no tardó en iniciarse un paulatino proceso de encogimiento de la sustancia muscular en ambas piernas. Dos meses más tarde se añadió al cuadro la pérdida de control de los esfínteres. Una creciente insensibilidad comenzó a invadir las piernas y la región perineal, hasta más allá de la sínfisis. El enfermo conservaba la sensibilidad al tacto, pero la sensibilidad al dolor había disminuido. El esfínter de la vejiga estaba espástico y el anal, afectado por una parálisis flácida.

El hombre no podía orinar ni retener la materia fecal. Los límites del trastorno de sensibilidad eran difusos, es decir, no coincidían de manera neta con un segmento central de la columna vertebral. El problema no era causado por una lesión central de la médula espinal, sino por una parálisis *biopática* de la periferia plasmática. Esto se puso de manifiesto en la irregularidad del trastorno y sobre todo en el hecho de que yo hubiera logrado primero reducir la parálisis y luego eliminarla. El carácter biopático de la parálisis sólo se reveló al tratar la inmovilidad con orgón: cuando el enfermo recuperó la capacidad de sentarse y de mover las piernas se pusieron de manifiesto la angustia de caída y la perturbación del equilibrio.

Antes de entrar al análisis de esta situación considero necesario encarar y descartar algunas objeciones: es muy poco probable que se haya tratado de un trastorno de naturaleza mecánica. Si se hubiera tratado de una lesión orgánica de la médula espinal, por ejemplo un tumor en el lugar que corresponde a la perturbación, los efectos se habrían mantenido e incluso extendido al crecer el tumor. La perturbación habría sido irreversible. Tampoco puede pensarse en una parálisis periférica del nervio, porque aunque los dolores se asemejaban a los de la neuritis, se los podía suprimir sin más recurso que las medidas orgonoterápicas. Además, la neuritis misma tendría que ser explicada como síntoma. En caso de una lesión mecánica, periférica o central, no habría sido posible modificar o eliminar el trastorno de control del esfínter anal. En cambio, este trastorno fluctuaba con el estado biofísico del paciente. Si estaba relajado y optimista, movía las piernas con mucho mayor facilidad y en forma más completa que cuando se encontraba en un estado de abatimiento.

La localización del tumor en la próstata fue una consecuencia directa de ocho años de permanente abstinencia. El posterior espasmo del esfínter urinario y la parálisis de la musculatura anal fueron de naturaleza simpaticotónica y, de acuerdo con nuestra experiencia, pueden considerarse como causa *directa* de la degeneración carcinomatosa del tejido. La parálisis biopática se fue difundiendo a partir de ese centro en el perineo y atacó las dos extremidades inferiores, hasta los dedos del pie. Gracias a la orgonoterapia no aparecieron metástasis. El torso y las extremidades superiores del enfermo permanecieron móviles hasta último momento. Sólo las piernas mostraban signos de atrofia, y tiene que haber existido una razón para que la parálisis se localizara en las piernas.

Durante el verano de 1943 traté al enfermo a diario, para devolverle el movimiento de las piernas. En primer lugar aflojé los espasmos de la musculatura del tobillo mediante movimientos pasivos; luego fui aflojando, día tras día, otra pequeña parte de la pierna.

El procedimiento provocaba intensos dolores al enfermo, pero no tardó en flexionar y en estirar los dedos del pie y mover las articulaciones del pie y de la rodilla. Luego comencé a trabajar con la musculatura del muslo y, finalmente, con la de las caderas. Al cabo de unas cuatro semanas de orgonoterapia el paciente movía las articulaciones de la rodilla y de la cadera. Poco después se sentaba en la cama. Eso lo alentó y fortaleció su decisión de curarse.

Le propuse, entonces, que se trasladara a un sofá. Su reacción fue muy peculiar: daba la impresión de estar muy entusiasmado, pero comenzó con evasivas en el momento de llevar a la práctica mi idea. Prefería esperar, etc. No había la menor duda de que estaba en condiciones de sentarse en un sofá, dado que permanecía sentado en la cama sin la menor dificultad. Era evidente que tenía miedo de pasar de la cama al sofá, por más que contaba con la ayuda de dos personas fuertes y no le podía pasar nada. Le sugerí que se sentara al borde de la cama, a manera de transición. Aceptó mi propuesta con bastante renuencia. Lo ayudamos, lo sostuvimos, pero no bien sintió que sus piernas se balanceaban en libertad, el miedo lo abrumó. Palideció y la frente se le humedeció con un sudor frío. No experimentaba dolores; sólo tenía *miedo*. Trascorrido medio minuto nos rogó que lo dejáramos acostar.

Mi primera enferma de cáncer se había comportado de la misma manera. Le rogué que me describiera con toda precisión las sensaciones que lo inducían a implorarnos que le permitiéramos volver a acostarse. Me dijo que se sentía muy inseguro: su cuerpo parecía *dormido de la cintura para abajo, como "si no le perteneciera", como si pudiera "quebrarse en cualquier momento"*. Tenía un miedo mortal de caerse o de que lo dejaran caer y que su cuerpo se hiciera pedazos. Recordó un curioso estado patológico que lo había acosado entre los 6 y los 18 años de edad. Tenía que trabajar en el bosque y, con frecuencia, *sus rodillas y muslos dejaban de sostenerlo y las piernas se le doblaban o tenía que sentarse rápidamente*. Ningún médico había podido interpretar aquella debilidad que pronto desaparecería para reaparecer meses después.

Ahora comprendemos que la anorgonia de la parte inferior del cuerpo tuvo sus raíces en esa anorgonia infantil. De modo que la anorgonia precedió al cáncer en unos 60 años. No sabemos cómo llegaban a producirse esos ataques de debilidad anorgonótica) Debería añadir que la madre del paciente murió poco después del nacimiento de éste. El niño había sido criado por padres adoptivos, sin amor, y había trabajado duramente en su infancia.

La sensación de entumecimiento de la mitad inferior del cuerpo desapareció gracias a la orgonoterapia y sólo quedó una zona entumecida, del

tamaño de una manzana pequeña, en la raíz del pene. Las reacciones a los estímulos eran normales. No experimentaba dolores al mover las articulaciones; cuando yacía de espaldas podía mover la totalidad de las articulaciones y hasta ejecutar una especie de danza con las piernas. Eso hacía más enigmático aún su miedo mortal a sentarse sin apoyo.

Comencé a hacerlo sentar dos veces por día, durante uno o dos minutos, al borde de la cama, a manera de ejercicio. Ese ejercicio resultó útil. Trascurridos ocho días más, la angustia de caída había disminuido tanto que por fin lo pudimos hacer sentar en una silla de ruedas y trasladarlo al aire libre. El miedo a la caída parecía superado. La permanencia de varios meses en cama y la atrofia de las piernas le habían hecho perder *la sensación de su propio cuerpo y, con ella, la sensación de equilibrio*. La había recuperado, en parte, con el ejercicio de sentarse y de esa manera había desaparecido la angustia de caída.

Traducido al lenguaje de la biofísica orgonótica, el proceso se cumplió de la siguiente manera:

El encogimiento biopático había extinguido casi por completo la motilidad orgonótica y, con ella, la sensación orgánica. Eso nos permite extraer la conclusión de que *la sensación orgánica es una expresión directa de la motilidad del plasma orgánico*. La pérdida de la sensación del propio organismo trae aparejada la sensación de que se trata de un cuerpo ajeno, el miedo a caerse y a "hacerse pedazos". El entumecimiento con reacciones senso-motrices normales sólo admite una interpretación: *el entumecimiento de los órganos es la percepción subjetiva de la inmovilidad orgonótica objetiva de las partes del cuerpo afectadas*. Va acompañada por una sensación similar a la de un miembro "dormido", con su característico "hormigueo". La anorgonia de nuestro paciente no sólo difería del entumecimiento agudo de un miembro por su duración y por su fondo biopático. Por lo demás, los síntomas eran iguales.

Uno se pregunta cómo se puede interpretar la anorgonia: *¿Consiste en una pérdida del contenido de orgón de los tejidos o en una inmovilidad de ese orgón tisular, sin una real pérdida cuantitativa?* Porque la pérdida de orgón en el tejido biopático es tan factible como la inmovilización del orgón corporal, es decir, como la limitación de la pulsación orgonótica. Pero, por ahora, posterguemos la respuesta a este interrogante.

El paciente se sintió bien durante algunos meses. Hasta recuperó el control del esfínter anal. Y entonces comenzó a experimentar grandes dolores cuando había mal tiempo. Un médico a quien se llamó en una emergencia le inyectó *Venom* (veneno de víbora) para aliviarle los dolores: pocos días después, el enfermo había muerto. Sin duda habría muerto aun sin dicha inyección, pues el encogimiento carcinomatoso ya había avanzado demasiado.

Pero el tejido orgonóticamente débil tiene una bajísima tolerancia a las sustancias venenosas. Por eso hemos tomado por norma no aplicar, en los casos de biopatías carcinomatosas, sustancias químicas que ejerzan una acción simpaticotónica sobre el aparato vital o que dañen los tejidos, aun cuando calmen los dolores. Este tipo de sustancias estimula la anorgonia en lugar de suprimirla.

Pasaré ahora a relatar brevemente el tercer caso de cáncer, que luego murió también. El tumor (un sarcoma histológicamente diagnosticado) había aparecido en el músculo deltoides del hombro derecho; se lo trató con rayos X. Se redujo pero el tratamiento dejó como secuela una quemadura de tercer grado de unos 15 a 18 cm², lo cual no contribuía a mejorar mucho el pronóstico. El estado biopático general también era inquietante. La piel de todo el cuerpo aparecía viscosa y pálida. Las piernas se mantenían frías y su piel presentaba ciertas características que ahora reconocemos como *anorgonia* de la piel: lividez, temperatura baja y sequedad, sin indicios de campo orgonótico. El enfermo era una persona sumamente tranquila y resignada. Creía haber malgastado su vida sin lograr nada. Cuando acudió a mí, lo que más le preocupaba era su pelvis, le parecía "entumecida", "muerta". Había tenido intenciones de consultarme un año antes de la aparición del tumor, pero no lo había hecho porque entre algunos psicoanalistas había corrido el rumor de que yo había perdido el juicio. Pero cuando apareció el tumor en la parte superior de su brazo derecho, con lo cual quedaban confirmados sus viejos temores, decidió someterse a la orgonterapia. No es fácil declarar que un rumor difundido por colegas irresponsables costó una vida humana, pero yo creo que fue así. Un año antes el enfermo podría haberse salvado.

El paciente progresó en forma notoria durante cuatro meses de continua orgonterapia física y psiquiátrica. Fue saliendo de su ensimismamiento y hasta tuvo accesos de ira, cosa que jamás le había ocurrido hasta entonces. La quemadura de los rayos X sanó por efecto de las aplicaciones de orgón, pero aquel lugar del hombro derecho permaneció ajeno a la influencia. El enfermo aumentó de peso, mejoró su neurótica y complicada relación familiar e hizo progresos tan rápidos que el reflejo orgástico pareció a punto de aparecer.

La elección del hombro derecho para la localización del tumor era clara. Desde que el paciente podía recordar, su brazo derecho había sido "débil". Era como si los impulsos quedaran bloqueados en ese brazo. El omóplato derecho estaba mucho más retraído que el izquierdo. Durante la duodécima sesión terapéutica aparecieron violentos impulsos de golpear con el brazo derecho; pero trascurrió bastante tiempo antes de que se pudiera permitir descargar un golpe de puño. Cada vez que comenzaba a abrirse paso el

impulso de asestar un golpe, el paciente sufría un espasmo de glotis. Parecía que iba a asfixiarse. La voz y el aliento se convertían en un sonido como de silbido en alto tono. El rostro adquiría una expresión agónica. Los ojos se le daban vuelta; la piel adquiría una tonalidad azulada, la respiración era superficial y el pulso se debilitaba.

La orgonoterapia había hecho aflorar un síndrome oculto. Estos fenómenos se producían ya, desde hacía *varias décadas*, aunque en forma más leve. El propio enfermo atribuía parte de su resignación al hecho de que, desde niño, jamás se había sabido defender con éxito contra los ataques de los demás. *No bien se preparaba para asestar un golpe y comenzar una riña, se producía el espasmo de glotis y la falta de aire.* Eso lo había vuelto impotente y cobarde. Por supuesto, su orgullo sufría con esa situación y no tardó en renunciar a todo tipo de lucha. Se hizo cobarde, conformista, evasivo; pero al mismo tiempo se despreciaba por ello.

Estudieemos con detenimiento esta reacción biopática de nuestro enfermo. La encontraremos nuevamente al final de sus días y comprenderemos la enorme importancia que ha de atribuirse a la estructura biofísica en las vicisitudes de la vida. Conviene destacar que este enfermo no es un caso excepcional, sino que fue un caso *típico*.

El espasmo de glotis y la actitud agónica de nuestro paciente se convirtieron en una reacción típica contra el progreso del tratamiento.

Como él mismo decía, su pelvis había estado "muerta" cuando acudió a mí. El reflejo orgástico comenzó a emerger, poco a poco, pero era algo mecánico, sin sensaciones orgonóticas en la pelvis. La situación mejoró cuando se aclararon sus inhibiciones infantiles sobre la masturbación; pero la anorgonia de la pelvis subsistió. Ambos teníamos la impresión de que aquella pelvis nunca había "vivido" y de que estaba "definitivamente muerta". En realidad, esa era su máxima preocupación desde hacía muchos años. Cuando oyó hablar por primera vez de la orgonoterapia, supo que era lo indicado para su caso.

Al cabo de varias semanas de grandes esfuerzos por revivir las emociones en la pelvis, apareció en forma muy repentina una contracción *hacia adelante*, con intensas sensaciones orgonóticas. De modo que en las profundidades existía aun la motilidad orgonótica. Pero la reacción del enfermo ante la nueva situación fue tan violenta que de pronto comprendí la profundidad de la anorgonia.

Inmediatamente después de la contracción pelviana, el hombre cayó de nuevo en una actitud agónica. El espasmo de glotis fue tan intenso que le costaba un gran esfuerzo respirar. Pocos días después comenzaron a

hincharse puntos aislados del hombro derecho, quemado por los rayos X.

El orgonoterapeuta está familiarizado con las reacciones espásticas de las corrientes plasmáticas recién liberadas. No esperábamos que el reflejo orgástico apareciera sin producir espasmos. Todo lo contrario, cualquier nuevo avance hacia la corriente plasmática en el núcleo biológico provoca siempre profundas reacciones de angustia, estados simpático-tónicos en el lugar en donde aparecen, reaparición de antiguos espasmos musculares ya desaparecidos, etc. Encontramos estos elementos en todos los casos.

En la biopatía de encogimiento del cáncer, este proceso se complica porque -a diferencia de lo que ocurre en otras biopatías- la anorgonia afecta al *núcleo* y puede conducir a un bloqueo total de la pulsación. Las experiencias en la práctica clínica no dejan lugar a duda acerca de este factor. Esto significa que la total cesación de las funciones vitales se acerca en forma alarmante. El problema consiste en estimular la función de expansión para contrarrestar la anorgonia y en determinar con cuánta velocidad se lo puede hacer. Los casos que relataremos aclararán este aspecto.

Pero ahora volvamos a nuestro caso anterior: los exámenes de sangre demostraron que el progreso biológico logrado se mantenía. Cuando inició el tratamiento, su sangre era de una debilidad orgonótica extrema: el contenido de hemoglobina era del 70%, la reacción T del 99%, la desintegración de los glóbulos rojos se producía en segundos, etc. Trascurridas unas seis semanas del tratamiento con orgón, esa sangre era normal: *casi 100%* de reacción B, duración del proceso de desintegración: 30 minutos, amplio margen orgonótico en los glóbulos rojos, nivel de hemoglobina normal: 84%.

La complejidad de la biopatía carcinomatosa quedó de manifiesto en este caso luego de la extirpación quirúrgica del tumor y de la recuperación de la total orgonidad de la sangre, pues estos dos factores no bastaron para detener el avance del proceso de encogimiento en el aparato vital autónomo. La muerte de este paciente es clara prueba de ello. Ni siquiera la prevención de la caquexia por medios orgonoterápicos pudo evitarla. *El paciente murió con la sangre sana y sin haber llegado a la caquexia. Una autoridad en el terreno de la patología mecanicista del cáncer lo comprobó con asombro, poco antes de la muerte del paciente.*

Ahora se comprenderá por qué me empeño en repetir en todos mis informes sobre orgonoterapia experimental de la biopatía carcinomatosa que estamos *en camino* a la eliminación de ese flagelo que es el cáncer, pero que aún quedan por entender y dominar mecanismos patológicos muy profundos. Dada la complejidad de la biopatía carcinomatosa resulta extraño que difícilmente pase una semana sin que se anuncie en los periódicos la

aparición de tal o cual medicamento que cura el cáncer. No se llegará tan pronto a una terapia radical de esta enfermedad.

Por eso es difícil entender la actitud de la patología tradicional. En primer lugar, parte de premisas falsas en su enfoque del cáncer; en segundo lugar, permanece aferrada a los síntomas locales, sin ir más allá; en tercer lugar, está tan atada por su impotencia, que parece incapacitada para tomar conocimiento de los fecundos esfuerzos de la biofísica orgonótica. He dicho *parece*; pero no puede excluirse la posibilidad de que su silencio acerca de las investigaciones sobre cáncer enfocadas desde el punto de vista de la economía sexual sea sólo una llamada espera. En general, en nuestro trabajo tenemos la impresión de que estamos hablando en una gran sala vacía en la cual "las paredes oyen" pero no hablan. Esto no debería desanimar a los amigos de la biofísica orgonótica. Algún día se reconocerá el potencial que encierra.

Repasemos ahora la situación terapéutica de nuestro enfermo: su anorgonia era muy marcada; su inclinación caracterológica a la resignación era grande; al iniciar el tratamiento ya no tenía tumores, pero su motilidad plasmática -es decir, su única posibilidad de salvación- estaba afectada por la anorgonia. Se había insinuado, por primera vez, débilmente, pero el enfermo había reaccionado con un intenso miedo al orgasmo, sobre todo con espasmos de glotis.

Comenzó a tomar clases de gimnasia vegetoterapéutica no específica para mejorar la motilidad del cuerpo. Un día se le produjo un pequeño desgarro en el glúteo izquierdo. Tres semanas más tarde apareció en aquel lugar un pequeño tumor que siguió creciendo lentamente. Al cabo de otras tres semanas había adquirido el tamaño de un zapallito. El paciente estaba aún en condiciones de andar, pero su tendencia a permanecer en cama reapareció. Se acostó y no volvió a levantarse hasta su muerte. El tumor de la cadera izquierda no continuó creciendo, pero la pequeña inflamación del hombro derecho comenzó a crecer y a extenderse.

Un buen día se le presentaron dificultades para orinar y -como en el caso de cáncer antes descrito- el perineo y la raíz del pene estaban "dormidos". Una serie de radiografías de todo el cuerpo demostraron que no había metástasis en los órganos internos, cosa sorprendente en un linfosarcoma. Se produjo algo de inflamación ganglionar en la región inguinal y en las axilas. El estado del hombro derecho se hacía cada vez más ominoso. Apareció un edema que se difundió por todo el brazo derecho y hasta la primera costilla. El espasmo de glotis se hizo más frecuente. La voz del paciente se enronqueció y el peligro de muerte por asfixia, como consecuencia del edema de glotis, se fue acentuando cada vez más. Los cirujanos no podían hacer nada contra el edema. Una punción del tumor de la cadera reveló la presencia

de pequeñas células malignas.

Se pudo aliviar repetidas veces la sensación de entumecimiento en la región genital, de modo que no fue necesario recurrir a la cateterización.

Un día, el espasmo de glotis fue más persistente y provocó la muerte por asfixia.

Como los casos anteriores, este enfermo de cáncer no murió por efecto de un tumor local, ni de debilidad, ni de parálisis cardíaca o caquexia. *La causa directa de su muerte fue el espasmo de glotis, que el paciente había desarrollado décadas antes de la aparición del tumor.* La localización del tumor en el brazo derecho y del ulterior edema estuvo determinada por una inhibición biopática crónica de un impulso en el hombro derecho.

Comprendemos la razón *directa* de la muerte, es decir, el desarrollo y la función del espasmo de glotis vinculado con su miedo al orgasmo. También entendemos la gran recaída como reacción contra las primeras agitaciones de las corrientes plasmáticas. *Pero no llegamos a captar bien el mecanismo biopático que actuó en los tejidos del hombro derecho* y que se expresó en la aparición del edema. Las radiografías revelaron que el tejido tumoral localizado junto a la clavícula derecha era del tamaño aproximado de una manzana pequeña. Por consiguiente, la hinchazón del brazo y del hombro no podía atribuirse a un desarrollo sustancial del tumor. La "obstrucción de los vasos linfáticos" en sí podría explicar en parte la formación del edema, pero no la explicaría en totalidad. Se puede suponer que el edema de los tejidos bloqueó el drenaje de los líquidos tisulares o, a la inversa, que la obstrucción de los vasos linfáticos con sustancia tumoral provocó el edema.

Quisiera intentar aquí una interpretación biofísica del edema de los enfermos de cáncer, en lugar de la puramente mecanicista. Considero que se adapta más a la biopatía del cáncer que la simple mecánica de la "obstrucción de los conductos excretores". Hay suficientes ramificaciones y conductos secundarios para permitir el drenaje de los líquidos. En este proceso tiene que intervenir otro elemento.

Es bien sabido que en los casos de inanición se forman edemas ¡y no se puede hablar de "obstrucción de los conductos linfáticos"!

Hay edemas de encía cuando el dolor de muelas es muy intenso. ¡Tampoco en ese caso se puede hablar de "conductos linfáticos obstruidos"!

Las mujeres embarazadas suelen padecer de edemas en las piernas. Si el embarazo dificultara en forma puramente mecánica la eliminación del líquido de los tejidos, *todas* las embarazadas deberían padecer de edema de piernas, cosa que no ocurre. También hay edemas en casos de quemaduras y de graves inflamaciones, y no se trata de un trastorno de la eliminación de los líquidos.

Hoff¹ afirma lo siguiente:

En todos los casos de paraplejia más o menos prolongados, se producen edemas en las piernas que deben atribuirse, en primer lugar, al trastorno de la irrigación provocado por la falta de movimiento. Pero en dos casos Böwing observó inmediatamente después de la lesión medular una hinchazón edematosa de las piernas de una magnitud tal que sólo podía explicarse como resultado de un daño trófico de las paredes vasculares. Marburg y Rance observaron el mismo fenómeno en pacientes con heridas de bala en la médula espinal. En un caso de hemiplejia, nosotros presenciábamos la aparición de un edema de un lado de la cara, acompañado por parálisis facial. Estas observaciones nos ayudan a entender los edemas angioneuríticos descritos, sobre todo, por Quincke. *Aún no está claro por qué mecanismos un trastorno de la inervación vascular vegetativa puede conducir al edema.* Pero según las investigaciones de Asher y su escuela parece probable que los nervios vegetativos afecten la permeabilidad de las membranas y de las paredes de los capilares... No son raros los edemas hemilaterales del lado contrario a la lesión cerebral. La sola dificultad de movimiento no basta para explicarlos. Böwing observó la *formación de vesículas en la piel, adelgazamiento de la piel con un aumento del brillo, cambios en las uñas y mayor crecimiento del pelo del lado paralizado.* En los casos de psicosis con cambios orgánicos del cerebro Reinhardt encontró más de una vez cambios tróficos, en particular *úlceras*, que no podían deberse a adelgazamiento ni a lesiones causadas por presión. (Bastardillas de W.R.)

Volvamos al edema en el cáncer. Las observaciones practicadas en enfermos de cáncer, sumadas a las de edemas no carcinomatosos como las descritas por Hoff, permiten suponer una causa *funcional, biofísica*. El movimiento de líquidos en el organismo no es una función puramente mecánica. Es muy poco probable que los ganglios y vasos linfáticos sean rígidos, es decir que el movimiento de la linfa sea sólo pasivo y mecánico. Es más lógico suponer que todos los órganos, incluyendo los nervios, los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y las células de los tejidos son contráctiles y que, por consiguiente, tienen una *pulsación*. Aunque ésta se cumpla a diferentes ritmos.

Las funciones vitales de los diferentes órganos están vinculadas con la pulsación de los mismos. Debemos ser coherentes en nuestro enfoque funcional. Según éste, cada órgano constituye —independientemente del organismo total— *una unidad viva*, equipada con sensibilidad y capacidad para reaccionar ante los estímulos. Esto ha quedado demostrado en forma inequívoca en los experimentos practicados con órganos extirpados como corazón, intestinos, vejiga urinaria, etc. Debemos suponer, pues, que cada

¹ Véase L. R. Müller, *Lebensnerven und Lebenstrieb* (3a. ed., 1931), pp. 753, 754.

órgano reacciona a la lesión o a la perturbación de funciones de la misma manera en que lo hace el organismo total ante estímulos perturbadores. En todos los terrenos de la vida, la reacción viva ante perturbaciones de la función consiste en una *intensificación* de la función específica *para destruir la fuente de los estímulos perturbadores* o una *retracción* ante el estímulo. Los procesos regenerativos e inflamatorios, el ascenso de temperatura de la sangre, etc., forman parte de este tipo de reacciones. También son parte de ellas la formación de biones PA y de células cancerosas, como defensa contra la desintegración cancerosa de los tejidos, y la destructiva reacción de ira del aparato vital.

La anorgania pertenece al segundo tipo de reacción vital a los trastornos de función. Si la primera forma de reacción representa una lucha contra el daño experimentado, la segunda puede compararse con una *renuncia* o para expresarlo de otra manera, con un aislamiento de la parte enferma de los órganos aún sanos. El aislamiento de órganos enfermos se conoce en patología como secuestro. Ejemplo de esto sería la expulsión de la parte enferma de un hueso. En el reino animal suele eliminarse el miembro enfermo íntegro —por ejemplo, una pata— simplemente a dentelladas. La contrapartida del aislamiento físico de un órgano enfermo es la inflamación con *regeneración*. Cuando no existe posibilidad de regeneración, es decir de reacción plasmática de crecimiento, se produce el aislamiento.

En los enfermos de cáncer se observa con toda claridad el aislamiento del órgano enfermo. Sus principales características son el retiro de los nervios autónomos de la zona enferma y la cesación de la pulsación en ella. El resultado de este proceso es, por lógica, una serie de síntomas patológicos secundarios: *anemia local, embotamiento* de la sensibilidad, exceso de CO₂ y, por último, *atrofia* de la sustancia celular. En los casos de carcinoma de estómago o de ovario, la *ascitis* abundante es algo usual y no se puede hablar de obstrucción mecánica de los órganos excretores. Esto produce trastornos funcionales generales como la parálisis intestinal con lo cual se apresura la muerte. Por eso, a mi juicio, el principal factor de *inhibición del movimiento de líquidos* en las vecindades del órgano enfermo es el *bloqueo anorgonótico de motilidad* en los nervios vitales. Esto explicaría el edema desde el punto de vista funcional. El edema y los trastornos anorgonóticos similares son funciones vitales específicamente *orgonóticas* y no funciones mecánicas, químicas o físicas.

¿Existen pruebas experimentales que apoyen esta concepción fisico-orgonótica? En primer lugar, las experiencias de la orgonterapia física y psiquiátrica nos enseñan que los estados anorgonóticos pueden ser suprimidos o aliviados. Estos dos métodos terapéuticos parten de la suposición de que el

sistema autónomo es contráctil. Los resultados prácticos del tratamiento confirman tal hipótesis.

Además, en la fisiología clásica existe una serie de fenómenos que resultarían incomprensibles si no se conocieran las funciones físico-orgonóticas. Entre estos fenómenos está el de la *resorción en los intestinos*. El desenlace de un edema provocado por anorgonia local depende de si el líquido acumulado es *reabsorbido* o no. Eso depende también de la potencia orgonótica y de la pulsación de los tejidos afectados. Aquí se estrella cualquier concepción mecanicista. Para comenzar, orientémonos por el conocido proceso de la resorción intestinal:

La naturaleza de las fuerzas de resorción del organismo representa un importante problema que la fisiología mecanicista parece estar muy lejos de resolver. *¿Se comporta la membrana de resorción de la pared abdominal como una membrana muerta durante el pasaje de los elementos nutritivos o en este proceso intervienen en forma activa las células de las vellosidades intestinales?* Esa es la pregunta que se formula la fisiología. Los procesos en el tejido viviente suelen estar en contradicción con los procesos puramente físico-mecánicos en las membranas semipermeables. *La asimilación de los alimentos fluidificados a través de la pared intestinal no puede ser atribuida a osmosis*. Heidenheim² extrajo sangre de un perro, abrió el abdomen del animal y le inyectó su propio suero en una asa intestinal vacía, ligada con ambos extremos. *Se comprobó que el perro reabsorbía su propio suero*. En este experimento no había diferencia de concentración entre el contenido del intestino y el líquido de los tejidos, de modo que en la resorción no participaron los procesos puramente mecánicos de la difusión y de la osmosis. Los fisiólogos procuraron explicar la resorción en el intestino -que no admite el principio de la osmosis ni el de la difusión- como un resultado del *trabajo de la musculatura abdominal*. Conjeturaron que los músculos intestinales, que rodean el contenido del intestino y pueden someterlo a presión, habían obligado al suero del experimento antes mencionado a filtrarse a través de la mucosa intestinal y a penetrar en la sangre por acción mecánica. Los experimentos emprendidos para aclarar ese problema demostraron que la filtración por presión mecánica es imposible. Reid utilizó como diafragma trozos de intestino delgado extraídos de un conejo recién muerto. Separó *dos espacios llenos de la misma solución salina, es decir, dos espacios isotónicos*. Se comprobó que los trozos de intestino trasportaban durante un tiempo la solución del lado de la mucosa al lado de la serosa. De

² Los datos que siguen pertenecen a la excelente obra de Höbers, *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*, 7a. ed., 1934, pp. 69 y ss.

modo que, según las palabras de Höber -que informa sobre ese experimento en su texto de fisiología-, *la pared intestinal en sí realiza el trabajo*. Höber resume el proceso de la resorción intestinal en esta frase: "Esta (la pared intestinal) presiona o absorbe la solución a través de sí". Y luego añade:

Al cabo de un tiempo -cuando muere, por supuesto, y también cuando es cloroformada- la pared abdominal falla, *lo cual demuestra que todo depende de la vitalidad de sus células*. (Bastardilla de W.R.) ¿Cómo se explica este hecho? A esto sólo puede responderse con una hipótesis: las vellosidades intestinales pueden acortarse por acción de las fibras musculares Usas, y los espacios linfáticos del tejido conjuntivo reticular situado debajo del epitelio se expanden, para constituir un vaso quilífero central que desemboca en los grandes vasos linfáticos más profundos que conducen quilo, es decir, linfa intestinal. Ahora bien, como las vellosidades se yerguen y se acortan alternativamente por la acción periódica de los músculos, puede producirse un efecto de bombeo; las vellosidades no engrosan al acortarse, por lo cual el espacio del vaso quilífero central se agranda y se achica alternativamente... Si este mecanismo de "bombeo" existiera realmente, entenderíamos los enigmáticos resultados del experimento de Reid. Es verdad que debemos reconocer sin reservas el papel desempeñado por actividades vitales en el proceso de resorción, pero el problema que quedaría sin resolver no difiere del que nos plantea cualquier contracción muscular.

Es evidente que la *interpretación mecanicista de la función de resorción*, es decir, de movimiento de líquidos a través de la pared intestinal, es deficiente. Las funciones mecánicas de osmosis y difusión no bastan para explicar el fenómeno vivo. Luego de defender en vano el punto de vista mecanicista, Höber continúa:

Pero también hay observaciones que contradicen por completo lo que podría esperarse de las leyes de la difusión y la osmosis. O. Cohnheim, por ejemplo, ha demostrado que si se llena el intestino de un cefalópodo con ioduro de sodio y se lo suspende en agua oceánica, todo el NaI desaparece y es despedido a la solución circundante. También se ha comprobado en perros que, en determinadas condiciones, el contenido de NaCl de una solución presente en el intestino desciende por *debajo* del contenido de NaCl del plasma sanguíneo mientras dura la resorción: es decir que *la sal se mueve contra el gradiente de concentración*. [De modo que la sal no va de la concentración más alta a la más baja, como se espera, sino de la más baja a la más alta (Nota de W.R.).] Es como si un gas se moviera de una concentración más baja a la más alta, o sea, de una menor presión a una mayor presión. Esto ocurre también de una manera semejante, en otros órganos, pues el trabajo de concentración es típico de numerosas glándulas... Esto es una prueba más de que *la célula viva desempeña un papel muy activo en el proceso de resorción*.

Esta declaración en nada contribuye a la solución del problema, correctamente formulado por la fisiología mecanicista. La fisiología mecanicista

no nos presta ninguna ayuda cuando se trata de comprender en qué forma y en obediencia a qué leyes energéticas realiza la célula viva ese trabajo contrario a las leyes mecanicistas del gradiente de potencial energético. Pues las leyes mecánicas conocidas no se cumplen. ¿Está la física orgonótica en condiciones de brindar una respuesta mejor? Su respuesta es la siguiente:

1. Dado que según la ley de la física orgónica el sistema orgonótico más fuerte atrae siempre al más débil, se entiende que la pared intestinal absorba siempre el contenido de los intestinos y que no ocurra jamás lo contrario, es decir que el contenido de los intestinos absorba los jugos de la pared intestinal. Por eso, el movimiento de los líquidos en una sola dirección durante el proceso de digestión debe atribuirse a la ley del funcionamiento *orgonótico*. Los biones de la alimentación contenida por los intestinos son sistemas orgonóticos extremadamente débiles si se los compara con la orgonoidad de la pared intestinal. Esta ley de funcionamiento orgonótico se ha extraído de la observación directa y no se ha inventado para explicar fenómenos biológicos. Después de haber sido descubierta en el acumulador de orgón, se la aplicó con éxito a procesos biológicos. La atracción ejercida por el sistema orgonótico más fuerte sobre el más débil se cumple *tanto* en el ámbito viviente *como* en el no viviente.

2. La circulación de la sangre y de los líquidos tisulares depende de la vitalidad de la función de pulsación de los órganos. Cuanto más "vivo" está un organismo -esto es, cuanto más activo está- tanto más vigorosa es su pulsación orgonótica y tanto más rápido y completo es el metabolismo de los líquidos del cuerpo. La intensificación y la reducción del metabolismo son funciones vitales vegetativas, que dependen directamente de la actividad pulsatoria general de los órganos. La "pérdida de vitalidad" se puede interpretar, desde el punto de vista de la biofísica orgónica, como una *disminución de la motilidad orgonótica*, que puede llegar hasta la completa anorgonia. Desde ese punto de vista, el edema provocado por el dolor de muelas, el edema de hambre, el de lesión nerviosa o el de quemadura, el de un embarazo mal tolerado, así como el de tumores cancerosos circunscriptos provienen de *una* causa esencial.

Al disminuir la actividad pulsatoria de la región orgánica afectada se hace más lento el fluir de líquidos del cuerpo. En la parte del cuerpo en que se ha producido el debilitamiento de la pulsación comienza a acumularse el líquido: es más el líquido que entra a la región enferma que el que sale de ella.

La actividad pulsatoria de un órgano depende, en primer lugar, de la actividad de los nervios autónomos. Por eso, una inmovilización de los nervios autónomos en una determinada parte del cuerpo tiene que provocar

una detención del movimiento de líquido. Eso explica la rápida formación de ampollas llenas de líquido en las quemaduras y también los edemas de diverso origen.

Volvamos ahora a nuestro enfermo de cáncer: desde su infancia el paciente había experimentado inhibiciones de la motilidad del brazo derecho y de los órganos de fonación. Esta inhibición de la motilidad, con sus correspondientes espasmos y anorgonia local de los tejidos, había conducido a la formación de un tumor en el músculo deltoide derecho. Detrás de esta anorgonia local estaba la resignación caracterológica, centrada sobre todo en la pelvis y en los genitales, y que provocó la anorgonia local del aparato genital que, ya cerca de la muerte, culminó con una parálisis de la vejiga. En esos dos lugares anorgonóticos se formaron edemas, como consecuencia del bloqueo de motilidad de los nervios autónomos. El final fue la muerte por asfixia, a causa de un espasmo de glotis.

Pasemos ahora a otro caso que ilustra con particular claridad el estado de parálisis anorgonótica. En su infancia, la paciente había sufrido una angina con características de difteria, que le había dejado como secuela una leve debilidad cardíaca. La menstruación se había presentado a la edad de doce años y había sido normal al comienzo. Pero más tarde comenzó a experimentar, durante el primer día, violentos dolores espasmódicos en la región del ovario izquierdo. Ni los fomentos ni los calmantes le procuraban alivio. Desde entonces, el lado izquierdo del bajo vientre fue un "punto débil", en el cual se producían siempre dolores desgarrantes. A los 16 años, la paciente entró a trabajar en un laboratorio de rayos X. A los tres meses comenzó a sentirse mal, a experimentar náuseas y palpitaciones y advirtió que perdía el pelo. Un médico le recetó arsénico, pero la joven no lo toleró bien. El problema cardíaco se acentuó. A los 17 años se comprobó que padecía de una grave anemia y que sus ovarios habían sufrido un daño. Además se le habían hinchado los pechos. Los dolores en la región del ovario izquierdo se iban intensificando. Los distintos médicos que la examinaron formularon diferentes diagnósticos: "espasmo de útero", "inflamación de ovarios", etc. Ningún tipo de medicación resultaba eficaz. Dos años después comenzó a experimentar un cansancio anormal en la pierna izquierda y a eso se añadió una flebitis. La paciente padecía de "gripe" dos o tres veces por año y en esas ocasiones se acentuaba la debilidad de la pierna izquierda y la flebitis. No había transcurrido mucho tiempo cuando se presentaron dolores en el bajo vientre. Un embarazo y un parto agravaron la hinchazón de la pierna izquierda y le dejaron una exagerada sensibilidad a la presión en todo el cuerpo. Desarrolló una anemia de 3,2 millones de glóbulos rojos y 56% de hemoglobina. Se probaron diversas terapias, pero nada ayudó. De la historia

clínica surge que los muchos médicos consultados emitieron las opiniones más encontradas en cuanto a diagnóstico y terapéutica. La paciente fue, tratada con diatermia, inyecciones de hígado, terapia de calor y evitan, pero todo sin resultado.)

Exámenes de sangre: el resultado del examen físico-orgonótico de la sangre de esta enferma fue muy curioso. Yo nunca había visto un cuadro sanguíneo como aquel. El contenido de hemoglobina era del 95%; sin embargo, el cultivo de la sangre fue decididamente positivo. La prueba de autoclave y la tinción Gram del coloide sanguíneo dio casi el 100% de reacción T. El examen microscópico reveló lo siguiente: la prueba de autoclave había indicado una extrema debilidad orgonótica en los eritrocitos y, sin embargo, en el microscopio éstos *no evidenciaban encogimiento ni desintegración bionosa precoz* (la desintegración se producía en veinte minutos). Ocurría todo lo contrario: *su borde orgonótico era amplio y mostraba un intenso resplandor*. Pero lo más sorprendente era que el tamaño de algunos eritrocitos excedía en mucho las dimensiones normales de un glóbulo rojo. En todos los campos había un buen número de células grandes con plasma Uso, semejantes a macrófagos. Los glóbulos rojos se agrupaban en torno a esas grandes células a cierta distancia, sin contacto entre las membranas pero con una intensa formación de puentes orgonóticos. Al cabo de unos minutos de observación tuve la impresión de que esos eritrocitos estaban enormemente *sobrecargados*. Esta sobrecarga, que se ponía de manifiesto en su color y en su tamaño, también podía traducirse en *la extraordinaria lentitud con la cual se desintegraban* en la solución fisiológica salina. Mientras que, por lo común, las primeras vesículas bionosas aparecen en los glóbulos sanguíneos al cabo de tres a cinco minutos, en el caso de esta enferma, a los 15 minutos no se había iniciado aún la desintegración bionosa. Y cuando por fin se produjo, las vesículas energéticas eran extraordinariamente grandes y resplandecientes.

Quisiera sintetizar el carácter tan peculiar de este cuadro sanguíneo de manera tal que mi diagnóstico de *leucemia latente* resulte inteligible.

Hace algunos años, al escribir sobre orgonterapia experimental de la biopatía carcinomatosa señalé que la leucemia podía no ser una enfermedad de los glóbulos blancos, sino una enfermedad del sistema de glóbulos *rojos*. Suponía que los eritrocitos quedan sometidos a un proceso de desintegración o putrefacción y que los glóbulos blancos proliferan de la misma manera que cuando penetran bacterias u otros cuerpos extraños en el torrente sanguíneo. *En la leucemia, estos "cuerpos extraños" son los propios eritrocitos en proceso de desintegración.*

Nuestra enferma presentaba las siguientes contradicciones en su cuadro sanguíneo: examinados en el *microscopio*, los eritrocitos se veían, como ya

hemos dicho, sobrecargados, con una radiación excesiva; la prueba de autoclave, en cambio, revelaba putrefacción interna, es decir, una desintegración T *de casi el 100%*. Es difícil conciliar la soberradiación orgonótica con el proceso de putrefacción que se cumplía simultáneamente en los eritrocitos. Sin embargo, conocemos muchos fenómenos en el organismo que consisten en la exageración de las funciones biológicas normales cuando así lo exige la defensa contra procesos patológicos en el mismo órgano. Por eso, a mi juicio, la paciente padecía de una latente tendencia crónica a la putrefacción de los glóbulos rojos. *El organismo reaccionaba a esa putrefacción de los eritrocitos con proliferación de glóbulos blancos, desarrollo de grandes células blancas semejantes a macrófagos³ y elevación de la temperatura, es decir, con repetidas luminaciones del sistema sanguíneo para superar la debilidad orgonótica.*

Como de costumbre, la orgonterapia fue la piedra de toque para demostrar el grado de exactitud de mi hipótesis. Si mi suposición era correcta, la administración de energía orgónica tenía que eliminar la tendencia de los eritrocitos a la putrefacción y los síntomas correspondientes. Y así fue. Apenas una semana después de haberse iniciado la orgonterapia, el cultivo de la sangre fue negativo. Los eritrocitos ya no eran tan grandes y había menos glóbulos blancos en el campo. La desintegración de los eritrocitos se iniciaba al cabo de tres a cinco minutos y ahora aparecían las agujas T.

Al practicarse el tercer análisis de sangre, dos semanas después de iniciada la orgonterapia, ya no había formaciones de células grandes y plasma liso, y tres semanas más tarde habían desaparecido también las agujas T y la soberradiación. Trascurridas tres semanas más se practicó un nuevo examen de sangre y se pudo comprobar que la reacción T después de la esterilización en autoclave -que en el primer análisis era casi 100% positiva- sólo llegaba al 10/20%. El cuadro sanguíneo ya era casi normal. En el transcurso del año siguiente se practicó un análisis de sangre mensual. La reacción al cultivo seguía siendo negativa. La soberradiación de los glóbulos rojos y la proliferación de los blancos no reaparecían; pero la reacción T después de la esterilización en autoclave -en forma de decoloración verdosa del coloide y desintegración T- permanecía constante entre 30 y 40%. Una sola vez, en el curso de ese año, la reacción de cultivo fue positiva, y eso ocurrió después de que otro médico le prescribió un medicamento.

³ En estos casos no es posible formular un diagnóstico sobre la base de una preparación coloreada untable. Lo que interesa no es el nombre ni la estructura de los distintos tipos de glóbulos blancos, sino la función viva del agrupamiento de glóbulos blancos, en torno a los rojos, y la constitución orgonótica de las células sanguíneas vivas y muertas.

Los accesos de fiebre que había padecido durante tanto tiempo nuestra paciente debían considerarse, pues, como una *reacción del sistema sanguíneo contra su propia tendencia a la putrefacción*. Era como si, en este caso, la sangre hubiera reaccionado ante su propia debilidad orgonótica, como ante una toxicosis. Prueba de ello es que los accesos de fiebre desaparecieron junto con la hiporagonia y la reacción T de la sangre. Queda por investigar si lo que denominamos "fiebre funcional" puede atribuirse regularmente a la *luminación* del sistema de células sanguíneas, es decir, a una reacción de defensa contra trastornos de las funciones vegetativas. El sistema sanguíneo se comportó en este caso como lo habría hecho ante una infección bacteriana.

El padre de esta enferma había muerto de leucemia. Ella misma había padecido durante un tiempo una sospechosa leucocitosis. En la época en que era víctima de su fiebre funcional, el número de glóbulos blancos llegó a 14.000. Su médico también había sospechado la existencia de una especie de leucemia latente, a pesar de que los métodos habituales no revelaban nada concreto. Nuestras pruebas de sangre no dejaron dudas acerca del carácter *canceroso* del cuadro sanguíneo. Aún no había señales de tumores malignos circunscriptos, pero los signos ominosos eran muchos: quistes de ovario, putrefacción del útero, etc.

Yo personalmente no dudaba de que la paciente habría muerto de leucemia si la orgonterapia no hubiera dado resultado. Existía una latente hiporagonia de los glóbulos rojos. La orgonterapia experimental reveló hasta qué punto eran profundas las raíces de esa hiporagonia, pues sólo se la pudo eliminar con mucha lentitud y la tendencia a la recidiva era siempre grande. Con otras palabras, *la coherencia del plasma en los eritrocitos era débil y, por consiguiente, la tendencia a la putrefacción era grande*.

Los accesos de debilidad *no* cesaron con el restablecimiento de la reacción normal de la sangre. Sin embargo, se hicieron más esporádicos, no duraban mucho y ya no postraban a la paciente por espacio de meses. Por eso, la anoragonia no podía atribuirse solamente a la debilidad bioenergética del sistema sanguíneo. Evidentemente, la anoragonia puede afectar órganos específicos y grupos de órganos y de esa manera producir trastornos de las funciones orgánicas específicas y excrecencias malignas locales. Pero, como lo demuestra este caso, la anoragonia puede existir también *sin* trastornos tisulares, o sea que su efecto puede ser puramente funcional.

Nuestra enferma podía interrumpir los accesos de debilidad mediante el uso del acumulador de orgón. Pero la tendencia a la anoragonia subsistió más de dos años después de su recuperación. Es evidente que estamos ante un *trastorno de funcionamiento del contenido total de orgón del cuerpo, independiente de los trastornos orgánicos mecánicos o fisiológicos que*

puedan estar ligados a la anoragonia. Es necesario suponer la existencia de esa anoragonia total independiente.

La anoragonia no es lo mismo que la condición de contracción plasmática que encontramos en la hipertensión vascular. Puede acompañar o seguir a la hipertensión muscular y vascular, pero también puede aparecer *sin* hipertensión.

Tampoco es lo mismo que el proceso de encogimiento carcinomatoso. Si bien es cierto que el encogimiento siempre conduce, en última instancia, a la anoragonia y a la muerte, la anoragonia no desemboca necesariamente en el encogimiento. He tenido oportunidad de observar estados anorgónicos en casos en los cuales no podía hablarse de encogimiento del sistema autónomo.

Debemos imaginar la hipertensión del aparato vital como una contracción biofísica que se resiste a los fuertes impulsos del núcleo biológico. La biopatía de encogimiento va acompañada por una *merma* de los impulsos del núcleo; hay un paulatino debilitamiento de las funciones de impulso pulsatorio.

La anoragonia, en cambio, se caracteriza por una *brusca* cesación de la motilidad, como en la parálisis de miedo, que quizá represente la anoragonia *aguda* en su forma más pura. Todos los casos descritos hasta ahora presentaron la anoragonia aguda *junto* con el proceso paulatino de encogimiento: nuestra primera enferma de cáncer se desplomó en el laboratorio cuando estaba recuperándose y aumentando de peso. Otro tanto ocurrió con el enfermo afectado de cáncer de próstata. También él se desplomó un buen día, cuando ya estaba en plena etapa de recuperación.

Incluso nuestro tercer caso fue asaltado por la anoragonia en forma repentina, en momentos en que su estado mejoraba ostensiblemente.

La parálisis de miedo y el shock vegetativo nos brindan una idea del tipo de fenómenos que tenemos por delante: *se trata de una abrupta cesación del funcionamiento plasmático del organismo total*. Si la anoragonia aguda se extiende al sistema cardiovascular, se produce la muerte.

El caso que estábamos tratando reveló parte del mecanismo subyacente en la cesación de la motilidad plasmática. La enferma se sometió a la orgonterapia para eliminar el fondo biopático de su leucemia latente. Por espacio de varios meses hizo considerables progresos, de modo que el recuerdo de su enfermedad se iba desvaneciendo. Y, de pronto, un día reapareció todo el antiguo cuadro patológico, como si entretanto no hubiera ocurrido nada. El motivo de esta recaída fue la aparición de sensaciones genitales muy intensas, que la paciente se empeñó en rechazar. En el instante en que experimentó esas sensaciones vaginales de corriente surgió el miedo al orgasmo y, con él, un estado anorgónico que se prolongó por espacio de

unos diez días y que adquirió características alarmantes. Esta vez, el fenómeno no me sorprendió impotente. Mis anteriores experiencias con enfermos de cáncer me habían preparado para esta contingencia. En un esfuerzo terapéutico concentrado -sometí a la paciente a un tratamiento diario- luché por permitir que el reflejo del orgasmo se desarrollara del todo, eliminando las agudas reacciones de miedo que impedían a la paciente vivenciar a fondo sus sensaciones genitales. Una multitud de experiencias infantiles que comenzaron a aflorar a la memoria demostraron que su madre había amenazado con castigar severamente cualquier actividad que indujera a la excitación sexual, por ejemplo el baile, y la había apartado de tales actividades al calificarlas de propias de una "puta".

Es preciso subrayar esta relación, pues es la clave para la comprensión no sólo de las biopatías en general, sino de la anorgonia aguda, de tipo shock, en particular. Por supuesto, lo importante no es la palabra "puta", sino todo lo que ella representa desde el punto de vista social, psíquico, estructural y biofísico: para que los impulsos genitales *no* considerados como "putescos" por el compulsivo moralismo social y por la estructura blindada, tienen que ser moderados, controlables y reprimibles. El vigoroso impulso natural del erotismo *incontrolable* (luminación) del plasma corporal es vivenciado oficialmente como algo inmoral, criminal, "propio de putas" y, subjetivamente, como una "pérdida del autocontrol".

Este hecho tiene graves consecuencias sociales y biopsiquiátricas. Las expresiones "miedo al placer" y "miedo al orgasmo" son demasiado débiles y estrechas para expresar las tempestades bioenergéticas que se producen dentro del organismo cuando éste experimenta la excitación orgástica plena mientras está aún bajo la presión de su coraza. Las consecuencias de este conflicto entre coraza y excitación plasmática orgástica son muy serias; no son "problemas clínicos menores" como se suele creer, sino que pueden decidir sobre la vida o la muerte de un individuo. Espero poder transmitir a mis lectores la conciencia de la gravedad de este hecho.

Siempre fueron estados de parálisis anorgonótica los que acabaron con la vida de enfermos de cáncer que ya se habían recuperado en mis manos. Los tres primeros casos descritos murieron cuando la excitación orgástica natural se estrelló contra la estasis plasmática. En el cuarto caso logré salvar la situación. El quinto caso, que pasaré a relatar, revelará con mayor claridad aún los peligros de la anorgonia.

Resumiré los datos esenciales de esta historia clínica:

Los primeros signos de la enfermedad aparecieron entre los 12 y los 14 años de edad de la paciente, es decir, a comienzos de la pubertad. Primero fue un dolor desgarrante en la cadera izquierda que se prolongó durante varios

años, aunque con intervalos. Poco después comenzaron los accesos de dolor al pecho, que se producían a intervalos y se repitieron por espacio de diez años. El diagnóstico fue "pleuritis". Cuando la paciente tenía 22 años, una radiografía de pulmón dio lugar al diagnóstico de "tuberculosis curada". A la edad de 13 años comenzó a experimentar "dolores reumáticos y neuríticos" generales, que también se mantuvieron, con interrupciones, por espacio de unos 15 años. A los 12 años de edad fue operada de amígdalas a causa de una "amigdalitis purulenta". A los 15 años soportó una inflamación de las glándulas salivales (parótidas). Por la misma época comenzó a experimentar intensos dolores en los dedos gordos de los pies, que con frecuencia adquirían una coloración azul-grisáceo. Evidentemente, se trataba de ataques angioespásticos. Desde su más tierna infancia la enferma había padecido de graves estados de angustia, que se intensificaron hasta constituir accesos agudos de palpitations, cuando llegó a los 19 años, aproximadamente. A los 15 años sufrió una infección de los maxilares y de las raíces dentarias. Fue preciso reseccarle un buen pedazo de maxilar inferior, junto con nueve piezas dentarias. El diagnóstico fue "osteomielitis". Entre los 16 y los 20 años padeció diversos trastornos intestinales y la diarrea alternaba con períodos de constipación. También se vio afectada por estados febriles y, sobre todo, por una debilidad y cansancio generales que perduraron hasta el momento en que se sometió a la orgonoterapia.

A los 19 años tuvo intensos dolores en ambas regiones inguinales y se la sometió a una nueva intervención quirúrgica, esta vez por "apendicitis". Después de la operación debió soportar durante ocho meses altas temperaturas, acompañadas de "diarrea" y escalofríos. El estado culminó con un "colapso nervioso".

Entre los 21 y los 26 años debió someterse a una segunda operación de amígdalas —el diagnóstico también fue esta vez de "inflamación e infección"— y a una laparotomía exploratoria, es decir, una operación de abdomen con fines diagnósticos, "para descubrir la causa de los dolores". En esa ocasión se seccionaron algunas adherencias en el bajo vientre. Las altas temperaturas persistieron. Los diagnósticos siempre eran de "infección". Entre los 24 y 27 años se comprobó que padecía de "anemia" e "hígado agrandado". Durante un tiempo se produjeron hemorragias rectales en todas las defecaciones. Dos años después, en un hospital, le diagnosticaron "disentería amebiana" y la operaron de "hemorroides". A los 30 años debió someterse a una tercera operación de amígdalas, por "supuración". A los 31 años se vio afectada de poliuria. Una vez más la sometieron a una intervención quirúrgica, esta vez del útero, por "múltiples tumores benignos"; le extirparon el cuerpo del útero y un ovario con quiste. Poco después de esa

operación se comprobó que la mujer padecía de "úlceras gástricas". Dos años antes de comenzar la orgonterapia se le abrió una fistula purulenta en el medio del abdomen.

Los resultados del examen ginecológico eran los siguientes:

Orificio vaginal de dos dedos. Uretra y glándulas de Bartholino y de Skene libres. Cuello en eje. Muñón del útero movable, sin exudado. No se palpan los anexos izquierdos; aparentemente han sido extirpados al practicarse la histerectomía supracervical. La trompa derecha es normal. El ovario derecho, extremadamente pequeño. El examen con espéculo revela graves alteraciones inflamatorias, debidas a una infección tricomonica en una mucosa vaginal atrofica. De los restantes síntomas físicos sólo mencionaré la mastitis cística.

El ginecólogo diagnosticó "disfunción de las glándulas endocrinas" y atribuyó a esa causa las numerosas infecciones.

Pero no nos detengamos en los aspectos tragicómicos de la larga historia de padecimientos de esta enferma. Son innumerables los casos de individuos que deambulan de médico en médico con enfermedades orgánicas agudas, sin ser neurasténicos hipocondríacos. Y esos enfermos no sólo reciben los más diversos diagnósticos a causa de la variedad de síntomas, sino que deben someterse a los tratamientos más diversos porque cada médico formula un diagnóstico distinto sobre un mismo síntoma. El daño que ha causado a la medicina el enfoque mecanicista se pone de manifiesto, entre otras cosas, en el hecho de que la comprensión médica ha sido reemplazada por clisés diagnósticos entre los cuales se destacan dos: "Infección" y "Trastorno de la función glandular". Lo fundamental no es que se recurra al bisturí o a las vitaminas en el intento de curar; la raíz del problema está en ese aferrarse a los slogans mecanicistas. El bacilo "que está en el aire" es un comodín y la "disfunción hormonal" un simple cliché. El bisturí se ha convertido en el símbolo supremo de los abusos del mecanicismo, de su falta de respeto al organismo. No se pregunta *por qué* se acortan los ligamentos del parametrio o *por qué* se forman tumores en el útero o *por qué* los "bacilos que están en el aire" se pueden instalar en cualquier órgano. No se vacila en suponer que la vagina está infectada por protozoarios, por más que nadie puede probar la existencia de dichos protozoarios "en el aire". En una palabra, se han degradado los grandes descubrimientos médicos sobre infección, secreción interna, etc., a la categoría de un *deus ex machina*, de un esquema acabado, contra el cual se estrella todo planteo novedoso y que -lo cual es mucho más grave- aniquila infinidad de vidas humanas. ¿Es posible que esta enferma

padeciera de una docena de enfermedades? Es difícil concebirlo. En realidad padecía de un único trastorno: una disfunción de la pulsación plasmática. Los diagnósticos individuales no tienen importancia en este caso. Cuando el plasma corporal como totalidad no funciona como es debido, los órganos — biológicamente mal cargados— se tornan vulnerables a la invasión de bacterias, las glándulas de secreción interna funcionan mal, la contracción muscular tironea de los ligamentos, las mucosas se atrofian, etc.

Supongamos que el dueño de una casa edificada sobre arena efectúa al cabo de veinte años el inventario de los problemas que esa edificación le ha acarreado: grietas en la chimenea; desconchado del cielorraso, hundimiento en el piso, lesión de un niño por una araña que se vino abajo, rotura de cañerías, filtraciones de agua, etcétera. ¿Cómo penaría la ley al arquitecto incapaz de reconocer que todos esos defectos se deben a que esa casa ha sido edificada sobre terreno poco firme? La fragmentación mecanicista en el diagnóstico de afecciones somáticas parte de un enfoque tan miope como el de ese arquitecto. Los términos como "infección" o "gripe", acuñados por los mecanicistas, ocultan el hecho de que se desconoce el agente provocador de esos trastornos y de que no se puede demostrar su existencia. El orgonterapeuta que presencia la aparición de un catarro o de dolores reumáticos o pleuríticos no bien la correspondiente región del cuerpo se contractura, piensa en la posibilidad de que las infecciones sean el *resultado* de trastornos biopáticos de la función. Se trata de un terreno totalmente inexplorado en el cual todo está por hacerse. En caso de epidemias, como el cólera, el tífus, la poliomiélitis, etc., tendremos que aprender a atribuir tanta importancia a la orgonidad del organismo como al agente específico de la enfermedad. Si se ha podido establecer que microorganismos específicos pueden desarrollarse en forma *autógena, por degeneración de las células del cuerpo*, el "bacilo" puede ser tanto *causa* como *resultado* de la enfermedad sistémica.

Los tumores del aparato genital de nuestra paciente, que hicieron necesaria la extirpación del útero, y la tendencia a la destrucción de tejidos por supuración crean una similitud entre este caso y el caso 4. Los estados febriles y de agotamiento hacen pensar en un grave trastorno del equilibrio de la energía biológica. Es verdad que, con excepción de los tumores genitales, los síntomas precancerosos fueron mínimos; sin embargo, eran lo bastante netos como para justificar la afirmación de que la enferma habría muerto de cáncer. Así como el orgonterapeuta psiquiátrico prevé el desarrollo de una psiconeurosis basándose en los accesos de angustia agudos, la patología del cáncer puede prever el desarrollo de una biopatía carcinomatosa cuando comienzan a hacerse presentes los primeros emisarios de este mal. Una de las

principales tareas de la profilaxis del cáncer consistirá en reconocer y eliminar estos precursores de la enfermedad. La orgonterapia física y psiquiátrica está particularmente bien equipada para esta tarea.

Y ahora veamos las reacciones de la paciente a la orgonterapia: su tórax mostraba la inmovilidad típica, su respiración era superficial, la musculatura del cuello estaba tensa, la columna era lordósica, la pelvis estaba "muerta". Su expresión facial se caracterizaba por una sonrisa rígida, que era en realidad una mueca. No era difícil percibir una profunda depresión y un reprimido deseo de echarse a llorar.

La eliminación de las inhibiciones respiratorias superficiales despertó al punto impulsos corporales consistentes en bruscos y violentos movimientos de rechazo. Esos movimientos no tardaron en adoptar la forma de una enconada defensa contra un ataque sexual, acompañada por una expresión de odio en el rostro. *Por paradoja, el reflejo del orgasmo servía para expresar el odio contra los movimientos sexuales.* De niña, entre los seis y los dieciséis años, la paciente había sido objeto de frecuentes abusos sexuales por parte de sus hermanos mayores. Eso la había excitado y a la vez le había causado repulsión. La excitación la había compelido a tolerar una y otra vez esos abusos; la repulsión la había fijado somáticamente en la actitud de "rechazo". Y así, su reflejo orgástico había adquirido una forma muy especial.

Dejaré de lado los múltiples detalles de su historia infantil y me limitaré a la anorgonia. Porque lo fundamental no son las experiencias tempranas que determinaron la anorgonia. Se trata de una reacción puramente biológica a un bloqueo crónico de la función del orgasmo. Es probable que el elemento específico de la anorgonia sea la contradicción entre impulsos genitales muy vigorosos y fracturas igualmente poderosas en el curso del reflejo orgástico. Me atrevo a afirmar que los niños que no desarrollan una orgonidad genital muy potente también tienden a ser menos vulnerables a los ataques anorgonóticos. Pero se trata de una simple suposición, que como tal es muy dudosa.

Volviendo a la paciente, mientras las contracciones de su cuerpo expresaron odio, el trabajo prosiguió por las vías habituales. Pero eso cambió cuando las contracciones se hicieron más blandas, más "tolerantes" y, por ende, más placenteras. A medida que la expresión de odio iba dando paso a una expresión de placer, el movimiento de la pelvis iba cambiando de dirección. Al comienzo, la pelvis había tendido a moverse hacia atrás en las contracciones, a "alejarse"; ahora aparecían movimientos hacia *adelante*. No pasó mucho tiempo antes de que aparecieran las esperadas sensaciones preorgásticas en el suelo de la pelvis. Por ese mismo tiempo desapareció la inflamación de la mucosa vaginal.

El examen microscópico de la secreción vaginal mostró una disminución de las tricomonas, que ahora estaban inmóviles en su mayor parte y hasta comenzaban a desintegrarse. A partir de entonces pude observar, por espacio de meses, que la frigidez genital iba acompañada por una intensa formación de protozoarios mientras que la excitación vaginal producía un decrecimiento en la formación de protozoarios. Esta observación coincidía con una afirmación de la biofísica orgonótica, según la cual los protozoarios sólo se forman en el organismo cuando los órganos afectados son orgonóticamente débiles, y desaparecen cuando la orgonidad es fuerte. La relación entre las tricomonas y la potencia orgonótica del tejido es comprensible, puesto que estos protozoarios se forman a partir de epitelios vaginales y cervicales en estado de desintegración.⁴

Mientras las corrientes plasmáticas en la vagina fueron débiles, el proceso de curación de nuestra paciente en nada difirió de los restantes casos. Pero la situación cambió cuando la paciente experimentó la primera oleada intensa de excitación sexual. En una oportunidad cedió mucho más que de costumbre. Una intensa oleada de excitación recorrió la parte inferior de su cuerpo y *no pudo moverse ni hablar. No respondía cuando se le hablaba, no podía incorporarse. Sus extremidades habían sido atacadas por una parálisis flácida.* El cuadro total era alarmante: la piel del cuello y de la mitad superior del cuerpo presentaba manchas azuladas como en el shock vegetativo. El cuerpo no respondía a estímulos, como pellizcos, etcétera. Sin embargo, la enferma no había perdido el conocimiento; cuando pasó el ataque anorgonótico, declaró que se había hecho la más completa "oscuridad" a su alrededor; de pronto había dejado de sentir su cuerpo y creyó estar "muriendo".

El ataque presentaba todos los signos de una anorgonia aguda. Había reflejos y también sensaciones táctiles y de dolor, pero la *motilidad había desaparecido*. La anorgonia se prolongó por unos 40 minutos. Ayudé a la enferma a sentarse, pero se volvió a desplomar. Trascorrida una hora, pudo incorporarse por sus propios medios, aunque con gran esfuerzo. Pero cuando se puso de pie, las rodillas se le doblaron. Después de descansar una hora más, pudo regresar sola a su casa.

En la próxima sesión, la coraza había vuelto a ser impenetrable. Cuando logré debilitarla se volvió a producir el ataque de anorgonia; pero esta vez fue más breve y menos completo. La enferma describió el ataque como un "*fading out*" (esfumarse). A partir de ese momento pude inducir la anorgonia

⁴ La organización de *trichomonas vaginalis* a partir del epitelio de la mucosa vaginal ha quedado comprobada y registrada en filme.

a voluntad. Por ejemplo, podía provocarla moviendo la cabeza de la enferma hacia un lado o hacia atrás.

Es importante destacar que los ataques se produjeron sin que mediara un estado de ansiedad, de angustia. Poco a poco se fue aclarando la relación entre la anorgonia y la corriente orgonótica. La paciente contaba con el mecanismo del humorismo superficial como defensa contra las emociones serias. También era capaz de "morirse", como ella misma decía, cuando esas emociones se volvían demasiado intensas. Ahora se incorporaba el ataque anorgonótico como tercer mecanismo de defensa.

La superficialidad caracterológica y la pasividad afectiva eran corazas superficiales. La anorgonia era y continuó siendo el verdadero mecanismo en profundidad. Con el correr de los meses quedó perfectamente demostrado que la anorgonia siempre había funcionado subterráneamente. A ella se debían tanto los estados de debilidad como los múltiples procesos supurativos. La anorgonia desaparecía cuando la paciente se permitía experimentar la excitación sexual y reaparecía en forma abrupta cuando la excitación no podía seguir su curso normal, es decir, cuando quedaba interrumpida en pleno proceso ascendente.

La anorgonia iba acompañada de vértigos y angustia de caída. Su desarrollo podía cumplirse "en superficie" y prolongarse por varios días, o "en profundidad", es decir, en forma inmediata y plena. Como en el caso 4, el ataque de debilidad solía desaparecer con facilidad en el acumulador de orgón. La liberación del reflejo orgástico también lograba aliviarla.

El mecanismo de la anorgonia de este caso coincidía por completo con los de los casos antes descritos: *el organismo reacciona a una intensa y desacostumbrada excitación plasmática con un bloqueo de la motilidad*, que se manifiesta con trastornos del equilibrio y angustia de caída. Es *como si la expansión orgonótica comenzara a insinuarse, sin poder seguir su curso; como si el impulso de expansión se extinguiera en forma repentina*.

En el curso del tratamiento, la enferma recordó diversas situaciones infantiles en las cuales se habían presentado esos estados de debilidad. Por ejemplo, se sentía "como paralizada" cada vez que experimentaba el impulso de demostrar afecto a su padre. El análisis de los detalles de esos incidentes no dejaba lugar a dudas de que la parálisis se debía al desarrollo de una excitación sexual demasiado intensa dentro de la criatura. El padre era un hombre duro y frío. Experimentar la sensación de una corriente sexual en su presencia era algo horrendo. *La parálisis expresaba el desvalimiento de una criatura que deseaba exteriorizar su afecto, pero no podía evitar la sensación física que acompaña a la expresión de afecto*. El resultado era un bloqueo de la motilidad y un ataque de debilidad.

Logré localizar el bloqueo de motilidad. Cuando el reflejo orgástico se intensificaba y se difundía del tórax al abdomen, la paciente repetía siempre un curioso acto reflejo: *se doblaba literalmente en dos; las piernas se levantaban en un movimiento brusco y el tronco avanzaba hacia adelante*. Las manos se apoyaban en el bajo vientre como si experimentara un intenso dolor. Poco a poco se fue haciendo evidente —y la palpación del abdomen lo confirmó— que la ola de excitación orgonótica era bloqueada en su avance hacia los genitales por un espasmo intestinal. *Y el lugar del espasmo era exactamente el mismo en el cual había aparecido la fístula supurante de la pared abdominal*. (La fístula en sí había desaparecido, entretanto, por acción de la orgonoterapia.) Era evidente que los órganos abdominales sufrían un espasmo no bien la ola de excitación orgonótica se abría paso hacia los genitales. Así habían surgido los cólicos, las diarreas y las constipaciones. Lo que no resulta tan claro es el mecanismo histológico a través del cual esos espasmos dan origen a tumores uterinos e intestinales. Pero no cabe la menor duda de que los tumores genitales benignos se originan en estados espásticos de los órganos abdominales.

En dos semanas de intenso trabajo se logró hacer desaparecer este bloqueo en el bajo vientre. El reflejo orgástico dejó de ser brusco y espasmódico y se convirtió en un movimiento fluido. No tardó en aparecer la placentera sensación de corriente en el abdomen y, por primera vez en su vida, la paciente experimentó durante un acto sexual las sensaciones preorgásticas de corriente en los genitales. Con la desaparición del bloqueo de la motilidad, cesaron los ataques de anorgonia aguda, pero los largos estados de debilidad en superficie continuaron presentándose. Algunos meses después desaparecieron también esos estados de debilidad. Y así el proceso terapéutico confirmó el concepto de anorgonia.

Creemos haber definido de manera satisfactoria el estado de parálisis anorgonótica, tanto desde el punto de vista sintomático como desde el dinámico. Abarca todos esos estados que hasta ahora habían desempeñado un papel de Cenicienta dentro de la patología, bajo el nombre genérico de "parálisis funcionales". Ahora las entendemos más como un trastorno en el funcionamiento de una energía biológica concreta, que como lesiones "histéricas" o mecánicas de los cordones nerviosos.

Más difícil es el distingo entre la *anorgonia en tanto resultado de un encogimiento plasmático paulatino*, y la anorgonia como fenómeno agudo. ¿En qué consiste la anorgonia? ¿Es una pérdida de contenido orgonótico del organismo, o se trata sólo del resultado de un bloqueo de la motilidad de un contenido orgonótico intacto? Es fácil establecer con seguridad la diferencia entre estados de debilidad orgonótica latentes y ataques de anorgonia aguda.

El principio es, seguramente, el mismo en ambos casos. Es lógico suponer que la anorgonia que se manifiesta en ataques agudos puede convertirse en un proceso de encogimiento crónico y viceversa: que la anorgonia crónica puede culminar en una parálisis funcional aguda. El organismo puede resignarse y, finalmente, encogerse, si sus impulsos de expansión no funcionan. Por otra parte, el organismo puede cesar de expandirse cuando el cuerpo está sometido a una pérdida paulatina del contenido de orgón. *El elemento común a ambos estados es la inhibición de la expansión*, para expresarlo en términos biofísicos, o *la inhibición de las vivencias de placer*, si lo expresamos en términos psicológicos.

El próximo interrogante es: ¿Hasta qué altura de la historia del paciente se remonta este trastorno? En los cinco casos descubrimos signos de anorgonia leve, ataques pasajeros, en la primera infancia de los enfermos. Pero eso no responde a la pregunta. *La anorgonia tiene que tener su origen en etapas muy tempranas. Es probable que las funciones orgonóticas del cuerpo adquirieran su individualidad en la existencia intrauterina, durante el desarrollo del feto.* Eso no significa que exista una "predisposición hereditaria"; sólo significa que el problema comienza poco antes y no poco después del nacimiento. Es importante recordar que la constitución de un organismo es un proceso formativo y no algo que "ya se presenta acabado". La evolución de la constitución biofísica continúa después del nacimiento y se prolonga, probablemente, hasta el final del primer año de vida.

De la misma manera que jamás es demasiado temprano para aplicar medidas profilácticas, así también la investigación de la constitución biofísica debe comenzar por el embrión. Y eso se ha hecho posible, en principio, gracias al conocimiento de ciertas funciones del orgón.

El progreso de la ciencia consiste en reducir los datos empíricos a causas primarias y en una progresiva unificación de esas causas. La psicopatología freudiana, con su descubrimiento de la libido infantil, redujo en forma sensible la importancia de ese comodín que era la "herencia". Sus afirmaciones se basan en la observación clínica de niños a partir de los dos años.

La investigación orgonótica va más allá. La orgonoterapia de esquizofrénicos no deja lugar a dudas de que los mecanismos centrales de la futura esquizofrenia ya quedan establecidos durante *las primeras semanas de vida*. Es de vital importancia adquirir un conocimiento más profundo de este problema. El lenguaje del movimiento, el lenguaje de los órganos y el lenguaje de la expresión emocional, estudiados y aprovechados por la orgonoterapia, son filogenética y ontogenéticamente más antiguos que el lenguaje de las palabras, ideas y representaciones que sirve de instrumento

a la psicología profunda. El lenguaje de la motricidad y de la expresión corporal no comienza en una determinada edad y no se limita al ser humano, como el de la palabra y la idea. El lenguaje de la expresión corporal es una función del mundo animal en general, aun cuando todavía no hayamos llegado a entenderlo. Al utilizarlo, la física orgónica logra acceso a las funciones de la vida del *hombre, antes del primer año de existencia*, y del *animal*, pues las emociones y la expresión motriz están ligadas a la pulsación plasmática.

En otra oportunidad me extenderé sobre los descubrimientos que nos ha posibilitado la orgonoterapia de esquizofrénicos y ahora quisiera concluir este informe sobre anorgonia con la descripción del lenguaje expresivo de un recién nacido. Se verá que, en efecto, el despuntar de la anorgonia debe buscarse en el lapso que media entre el último período de vida intrauterina y el que sigue al nacimiento.

La angustia de caída en un lactante de tres semanas

Hace poco tuve oportunidad de observar en forma directa la evolución de la angustia de caída en un lactante de tres semanas. Esta observación llenó un claro en la investigación de la biopatía del cáncer.

El lactante en cuestión nació en un medio en el cual el lenguaje expresivo del organismo se entiende y se maneja profesionalmente. Por eso resulta tan desconcertante que los padres se sintieran desvalidos ante el lenguaje gestual del infante. Durante las primeras semanas tenían la impresión de que *no se puede saber prácticamente nada acerca de la vida emocional del recién nacido*. Por supuesto, el cuidado puramente mecánico del lactante no satisface en lo más mínimo sus necesidades *emocionales*. El lactante sólo tiene *una* forma de expresar sus necesidades: *el llanto*. Esa forma de expresión abarca infinidad de necesidades, grandes y pequeñas, desde la molestia que le ocasiona el pliegue de un pañal, hasta un cólico. Pero el lenguaje expresivo del recién nacido no encuentra respuesta en el medio.

Prescindiré aquí de esas prácticas nocivas que la educación moderna ha eliminado ya, o que aún procura combatir: el suministro de alimentos en rígidas porciones y el inflexible respeto a las horas de comida, a la Pirquet; el forzado estiramiento de las piernas mediante una firme envoltura como se hacía hace 30 años; el mantener al niño apartado del pecho de la madre durante las primeras 24 horas, como se acostumbra en algunos hospitales; la calefacción excesiva de las habitaciones; el tratamiento rutinario que se les da

en los grandes establecimientos; la costumbre de dejarlos "que chillen hasta cansarse", etc. Estas medidas compulsivas expresan la actitud hostil a la vida de los padres y médicos. Son prácticas que dañan la autorregulación biológica del organismo en el período que sigue al nacimiento y sientan las bases de futuras biopatías que luego se consideran erróneamente como taras hereditarias. Estos hechos ya no se discuten, por más que su aplicación al cuidado del lactante no haya llegado a generalizarse aún.

Quisiera limitarme ahora a un determinado efecto nocivo en las primeras semanas de vida, al cual no sé le ha prestado atención hasta ahora. Me refiero a *la falta de contacto orgonótico entre el infante y la persona encargada de su cuidado*. La falta de contacto puede ser de naturaleza física o psicológica. Pero lo que quisiera hacer resaltar aquí es que la comprensión del lenguaje expresivo del lactante es tanto más completa cuanto más pleno es el contacto orgonótico.

El principal lugar de contacto en el cuerpo del infante es la boca -incluyendo la garganta-, cuya carga bioenergética es muy alta. Esta parte del cuerpo busca en forma directa la gratificación, se "extiende" hacia ella. *Si el pezón de la madre reacciona a los movimientos de succión del niño de una manera biofísicamente normal, con sensaciones de placer, entrará en erección y la excitación orgonótica del pezón se aunará con la de la boca del lactante, así como en el acto sexual orgáستicamente satisfactorio los genitales del hombre y de la mujer experimentan una luminación orgonótica y se funden el uno en el otro*. No hay nada de "anormal" ni de "repugnante" en eso. Toda madre sana experimenta la succión del hijo como un placer y se entrega al mismo.

Pero ocurre que alrededor del 80% de las mujeres padece de anestesia vaginal y de frigidez. Por consiguiente, los pezones son anorgonóticos, es decir "muertos", o bien la madre reacciona con angustia y repugnancia a las sensaciones de placer que experimenta en el pecho durante la succión. Esta es la razón por la cual tantas mujeres no quieren dar de mamar a sus hijos. Tal situación acarrea otras consecuencias. Un pecho anorgonótico funciona mal desde el punto de vista fisiológico, es decir, *la producción de leche está perturbada*. La excitada boca del lactante se encuentra, pues, con un pezón muerto -que no le depara satisfacción- o con el inexcitable pezón de goma del biberón al cual lo ha condenado la fobia de la madre.

El trastorno del funcionamiento plasmático de la boca y de las regiones del cuello y los hombros que encontramos en las biopatías no dejan lugar a dudas: los trastornos de la madre, a los que acabamos de hacer referencia, provocan graves daños en la orgonidad del lactante en la región de la cabeza y del cuello.

Los trastornos del habla, la falta de expresión emocional, los espasmos de la musculatura cervical, los trastornos de la nutrición, los vómitos espasmódicos histéricos, el miedo a los besos, la depresión, el tartamudeo, el mutismo, etc., son consecuencia de un mal funcionamiento orgonótico de los órganos de la boca y del cuello. Hasta aquí nos hemos limitado a hablar del primer contacto fisiológico del lactante con el mundo.

Pasemos ahora al contacto emocional, que esta directamente determinado por el contacto orgonótico. El infante no cuenta con más medios de expresión que las diversas formas de movimiento (muecas, movimientos de los brazos, piernas y torso, expresiones de los ojos) y el llanto. El contacto de la madre -o de quien esté a cargo del cuidado del niño- con este no se guía pues por el lenguaje, sino por la expresión motriz: al comienzo, el adulto comprende la expresión motriz del lactante por contacto orgonótico (en términos psicológicos: por identificación). Si el lenguaje expresivo del adulto funciona bien, éste no tendrá dificultades en entender la expresión del lactante. Si el adulto está acorazado, es caracterológicamente duro, se retrae ante el placer o tiene otro tipo de inhibiciones estará incapacitado para comprender al infante y la evolución emocional de éste estará expuesta a influencias nocivas. Las necesidades del infante sólo pueden ser satisfechas si se entienden sus expresiones; pero no siempre es fácil saber en seguida qué es lo que desea el niño.

Todo recién nacido tiene su individualidad, su *nota emocional peculiar* y es preciso reconocer esa nota si se pretende comprender sus reacciones emocionales. El lactante que describiremos aquí se caracterizaba por su "expresión adusta". Esta "expresión de observación" estaba ya plenamente desarrollada a los pocos minutos del nacimiento. El recién nacido miraba con los ojos bien abiertos y daba la impresión de "ver". Aceptó el pecho de la madre sin vacilaciones y con vigor. En el transcurso de la primera semana lloró poco. Durante la segunda semana lloró mucho; las personas a cargo de su asistencia no pudieron saber por qué. El chupete no siempre lo calmaba. Yo sentía con frecuencia que *ese niño deseaba algo muy definido*. ¿Pero qué? Sólo dos semanas más tarde comprendí que deseaba *contacto físico*. Será necesario que aclare este punto.

Durante las pocas horas en que se mantenía despierto, el niño seguía con los ojos las espirales rojas pintadas en las paredes de su habitación. Era evidente que prefería el rojo al verde y al azul. Su mirada se detenía mucho más en el rojo y su expresión se hacía más intensa.

A dos semanas de su nacimiento, el lactante experimento su primera excitación orgástica en la boca. Ocurrió mientras mamaba: los ojos giraron hacia arriba y hacia los lados, los labios comenzaron a temblarle, lo mismo

que la lengua; las contracciones se difundieron luego sobre todo el rostro y desaparecieron a los diez segundos, más o menos. La musculatura del rostro se relajó. Los padres tomaron esta excitación como algo natural; pero sabemos por experiencia que muchos padres se alarman al presenciar el orgasmo oral de sus hijos. La contracción convulsiva del rostro se repitió varias veces durante las cuatro semanas siguientes.

Al cumplirse la tercera semana de vida el niño experimentó un agudo acceso de angustia de caída en el momento en que lo sacaron del baño para tenderlo sobre la mesa. En el primer momento no se supo con certeza si el movimiento con que se lo depositó de espaldas sobre la mesa había sido demasiado rápido o si el enfriamiento de la piel había sido el factor desencadenante de la angustia de caída. Lo cierto es que *el niño rompió a llorar bruscamente y echó los brazos hacia atrás, como para buscar apoyo, intentó adelantar la cabeza y sus ojos revelaron verdadero pánico. Fue imposible calmarlo durante un largo rato.* Lo tomaron en brazos, pero cuando intentaron dejarlo otra vez sobre la mesa, la angustia de caída volvió a hacerse presente. Sólo se calmó cuando volvieron a levantarlo y a sostenerlo en brazos.

Durante los días que siguieron a este incidente, el omóplato derecho y el brazo del mismo lado permanecieron echados hacia atrás y su movilidad fue inferior a la del lado izquierdo. La contracción de la musculatura del hombro derecho era evidente y también lo era su vinculación con la angustia de caída: *en su acceso de angustia, el niño había echado ambos hombros atrás, como para sostenerse. Esa actitud muscular persistió; no se relajó ni siquiera durante los periodos intermedios, cuando no experimentaba ansiedad.*

Creo que debe atribuirse gran importancia a este incidente; pero para comenzar, descartaremos algunas explicaciones:

No puede haberse tratado de una angustia de orgasmo genital, como el que experimentan los enfermos después de la pubertad. Tampoco se puede pensar en un miedo racional, puesto que un lactante de tres semanas no tiene noción de lo que es "caída", es decir, de lo que es "altura" o "profundidad". Tampoco puede haber sido un miedo psiconeurótico a la caída, pues antes del desarrollo del lenguaje oral no hay representaciones, no hay conceptos, y no puede haber fobia sin representaciones.

La explicación psicoanalítica del "miedo instintivo", que suele ofrecerse en casos como éste, no es satisfactoria: *¿de qué tipo de instinto se estaba defendiendo?* A esa edad no existe un yo moral y, según la teoría psicoanalítica, cuando no hay defensa moral tampoco puede haber defensa contra los instintos. No existe un "yo" que "señalice" una erupción instintiva por medio del ataque de miedo.

Como vemos, ni las explicaciones racionalistas ni las psicológicas nos brindan una explicación satisfactoria. *¿Cómo es posible, entonces, que un niño de tres semanas experimente un agudo ataque de angustia de caída cuando no tiene conciencia del peligro que ésta significa ni puede haber una señal de miedo como defensa del yo contra el instinto?* No podemos apelar a la existencia de un "miedo instintivo", "innato", "arcaico". Sería muy cómodo, pero no explica nada. *Un acceso de miedo es un trastorno funcional y sólo puede ser comprendido en términos de funciones orgonóticas del cuerpo.*

Intentemos una interpretación biofísica: si descartamos el miedo al peligro y la defensa contra los instintos, *sólo nos queda el mecanismo placer-ansiedad del sistema orgonótico corporal*, que funciona ya desde los primeros movimientos del plasma. En mi trabajo *Psychischer Kontakt und vegetative Strömung* (1934) formulé la hipótesis de que *la sensación de caída es puramente biofísica y que se debe a un brusco retiro de la bioenergía de la periferia al centro vegetativo del organismo.* Se trata de una sensación orgánica cenestésica, que se experimenta en la caída real, en el terror, y cuando la expansión orgánica es detenida en forma brusca. Como lo he demostrado clínicamente, la angustia de caída siempre está en la raíz de la angustia de orgasmo. *La pulsación rápida y extrema del orgasmo se vivencia como caída cuando no puede seguir su curso normal.* Por contraste, la contracción orgástica libre, sin impedimentos, produce la sensación de *flotar o volar.*

Ahora bien, *el retiro de la bioenergía de la periferia del cuerpo equivale a una anorgonia de las extremidades y la anorgonia de los órganos de apoyo trae aparejada una sensación de pérdida del equilibrio.*

De modo que la angustia de caída no es una "formación psíquica", sino la simple expresión de una brusca anorgonia de los órganos encargados de mantener el equilibrio del cuerpo al *oponerse a la gravedad.* Sea que la angustia de caída y la anorgonia sean inducidas por la brusca aparición de la angustia de orgasmo, por una caída real o por una contracción de terror, el mecanismo es igual: *pérdida de la motilidad plasmática periférica acompañada por pérdida de sentido del equilibrio y del equilibrio en sí.* La vivencia de la angustia es una reacción biofísica inmediata a la repentina contracción del sistema plasmático". La contracción orgonótica, sin embargo, está vinculada con *la pérdida de motilidad plasmática en la periferia y, por esa razón, se manifiesta como miedo a la caída.*

Por supuesto, poco importa que la inmovilización se produzca como consecuencia de un bloqueo secundario del placer o a causa de una contracción primaria de miedo. El efecto es el mismo: *la sensación de caída*

es la percepción interna inmediata de una inmovilización de la periferia del cuerpo y de la pérdida del equilibrio. Por lo tanto, el equilibrio del cuerpo en el campo gravitacional es una función de pulsación orgonótica plena en la periferia del sistema orgonótico.

Quisiera relatar un incidente que reafirma esta interpretación. Un muchachito conocido logró cazar una ardilla y la llevó entre sus manos para mostrárnosla. Me llamó la atención que la ardilla se mantuviera completamente laxa en manos del niño, que no se agitara, que no se defendiera, que no mordiera ni pateara. Estaba *paralizada de miedo*, era víctima de un *ataque anorgonótico agudo*. Trascurridos unos minutos, el niño la dejó en el suelo. Al comienzo, la ardilla permaneció inmóvil, como muerta. Luego intentó incorporarse, pero se desplomó. Para expresarlo en términos físicos: no pudo vencer la acción de la gravedad. Sus intentos por incorporarse fracasaron por espacio de unos quince minutos. No estaba herida, porque poco después pudo correr y trepar con toda normalidad. El trastorno del equilibrio y las repetidas caídas contribuyeron a aumentar la angustia y eso dio lugar a nuevos fracasos en sus intentos de enderezarse. Durante unos minutos el cuerpo de la ardilla se contrajo en convulsiones tan violentas que la lanzaban a 10 y hasta 20 centímetros del suelo. Por fin se repuso del ataque y se refugió en un matorral, en donde descansó largo rato. Luego huyó.

Volvamos ahora a nuestro lactante. ¿Es posible deducir la *causa* de ese ataque de anorgonia? Yo creo que sí. *Durante las dos primeras semanas el contacto orgonótico de la madre con el bebé había sido pobre.* Evidentemente, el niño tenía fuertes impulsos de contacto que no fueron satisfechos. Luego se produjo el orgasmo oral, una descarga muy natural de la extrema excitación en la región de la cabeza y el cuello. Eso significó más aún la necesidad de contacto. La falta de ese contacto provocó una contracción, un retiro de la energía biológica como consecuencia de los esfuerzos inútiles por establecer contacto. Si pudiéramos recurrir aquí a la terminología psicológica, diríamos que el niño "se resignó" (*it was "frustrated"*). *Pero la "resignación biológica" trajo aparejada la anorgonia y apareció la angustia de la caída. Esto recuerda el caso 5, en el cual la biopatía estuvo gobernada por idénticos mecanismos.*

Mis esfuerzos por dominar la angustia de caída del niño se vieron coronados por el éxito. Si mis conclusiones no estaban erradas, a mi juicio debían adoptarse las tres medidas que paso a enumerar:

1. *Había que levantar al niño y tenerlo en brazos cuando lloraba.* Esto dio resultado. A las tres semanas, el miedo a la caída había desaparecido. Con la angustia de caída había aparecido también el miedo a los extraños. *Antes del primer ataque, el niño permanecía muy a gusto en brazos de cualquier extraño.*

Después del episodio lloraba y daba muestras de temor. Además, en una oportunidad, había reaccionado con angustia ante la repentina aparición de un perro.

2. *Era preciso mover con toda suavidad hacia adelante el hombro fijado en una postura de "retracción" para eliminar ese primer indicio de coraza caracterológica de los hombros.* Llevé los hombros del niño hacia adelante como si se tratara de un juego, entre risas y sonidos que deleitaban a la criatura. Esa operación se realizó a diario durante unos dos meses y siempre como un juego.

3. *Era preciso "dejar caer" realmente al niño, para que éste se acostumbrara a la sensación de caída:* También esta medida dio resultado. Levantábamos a la criatura, sosteniéndola bajo los brazos y luego la hacíamos descender; primero con gran lentitud, luego cada vez más rápido. Al comienzo el bebé reaccionaba con llanto, pero con el tiempo comenzó a disfrutar de ese movimiento. No tardó en convertir aquel sube y baja en un juego: cuando estuvo en condiciones de erguirse comenzó a efectuar movimientos de "andar" con las piernitas. Se apoyaba en mi pecho y levantaba los ojos para mirarme a la cara. Comprendí: *quería trepar por mi cuerpo.* Al llegar arriba, encima de mi cabeza, chillaba de placer. En las semanas que siguieron a la primera "ascensión", el subir y "caer" se convirtió en un juego predilecto.

Por fortuna, la primera reacción biopática había quedado superada. Durante los seis meses siguientes no observamos el menor indicio de angustia de caída.

Es importante seguir un poco más la evolución de este lactante en un terreno directamente vinculado con el encogimiento biopático: *cuando el encogimiento carcinomatoso del organismo adulto tiene sus raíces en una contracción y en una resignación crónicas adquiridas a una edad muy temprana, para la prevención de la biopatía de encogimiento debe propenderse a un libre desarrollo de los impulsos vitales en los primeros meses de vida.*

Sin duda alguna, el descubrimiento de una droga contra el proceso de encogimiento del cáncer sería algo más simple y mejor recibido; pero ya que eso es imposible, deberemos atenernos a la *educación del recién nacido en la economía sexual.* Hasta donde alcanzo a ver, no existe otro camino, y sabemos que las consecuencias sociales son muy graves.

Habíamos partido de la incapacidad de los adultos para entender el lenguaje expresivo del recién nacido, Esta incomprensión va muy lejos y es general. Los padres de este niño se consideraban muy comprensivos porque permitían al recién nacido decidir por sí mismo cuándo y cuánto quería comer. Pero ya a la cuarta semana de vida percibimos en el niño una inquietud que

se traducía en excesivo llanto. Al comienzo no lo entendíamos; pero poco a poco comenzamos a entrever la simple realidad: es muy triste permanecer horas y horas en una cuna, con altas paredes a ambos lados y una capota por encima.

El recién nacido es un ser lleno de vida y necesita vida alrededor. Y no me refiero sólo a la vitalidad del lenguaje expresivo de los adultos sino al *movimiento*, en el sentido literal. El lactante prefiere los colores vivos a los tonos pastel; prefiere los objetos móviles a los fijos. Si se lo instala en el cochecito o en la cuna de manera tal que las paredes de éstos no obstruyan la visual; si se suprime la capota para que pueda observar lo que lo rodea, las personas que pasen cerca de él, los árboles, los arbustos, los postes, las paredes, etc., despertarán en él vivo interés.

El supuesto "autismo del infante", su ensimismamiento, es un concepto muy generalizado pero erróneo. El autismo del infante es un *artificio* causado por la conducta de los adultos. Está generado artificialmente por el estricto aislamiento en que se lo mantiene y por la coraza caracterológica de los adultos responsables de su cuidado y de los teóricos que elaboran los criterios para su crianza. Resulta muy comprensible que el infante no pueda salir de *sí mismo* (o que lo haga con las mayores dificultades) si en vez de brindársele afecto y comprensión se lo somete a reglas inflexibles y a un tratamiento inadecuado.

Es muy cierto que actualmente la mayoría de los infantes son callados y encerrados en sí mismos. Pero habría que preguntarse si el hecho de que la lordosis o la neurosis de angustia sean muy comunes justifica que se las considere naturales.

Mientras los padres, los médicos y educadores traten a los bebés de una manera falsa e inflexible a la vez que condescendiente y oficiosa en lugar de establecer con ellos un contacto orgonótico, los bebés continuarán siendo callados, encerrados en sí mismos, apáticos, "autistas", "raros" y más adelante serán "unos animalitos salvajes", a quienes los adultos cultos crearán necesario "domar".

Este mundo no cambiará, a pesar de toda la cháchara de los políticos, hasta que los adultos no se tomen la molestia de evitar que la inercia ejerza una influencia fatal sobre el sistema plasmático, no dañado aún, del infante.

El bebé no responde con ningún movimiento expresivo a la empalagosa "charla infantil" o al lenguaje frío y estricto de los adultos. *Responde únicamente a la entonación y al timbre de la voz, a un lenguaje que tenga relación con el suyo.* Cuando el bebé tiene apenas una semana de edad, se puede procurarle un intenso placer y obtener de él respuestas vivaces si se le habla imitando *sus* sonidos guturales y haciendo *sus* movimientos y,

principalmente, manteniendo con él un contacto lleno de vida. Un comportamiento falso de parte del adulto obliga inevitablemente al niño a replegarse en sí mismo. Es preciso destacar una y otra vez que el 90 por ciento de los adultos no ha tomado conciencia aún de esta situación, razón por la cual se producen constituciones biopáticas día tras día.

Las deficiencias atribuibles a la secreción interna y a las interesantísimas funciones enzimáticas son los *resultados* y los *síntomas*, no las causas, de ulteriores enfermedades del biosistema. Esta conclusión es correcta si el punto de vista químico mecanicista es incorrecto... y es *incorrecto*. El miserable estado de salud de la población de nuestro planeta es prueba suficiente de este estado de cosas.

La forma espantosa en que los indios, los japoneses y otros asiáticos de regímenes autoritarios crían a los niños no debería sorprendernos demasiado. No estamos mucho mejor en nuestro "culto" mundo occidental. Sólo los métodos empleados para "domar a los animalitos salvajes" son diferentes. La mojigatería, la intolerancia por todo lo que tiene vida es la misma. Dentro de veinte o cincuenta años será un lugar común que quienes estén a cargo del cuidado de los niños deben haber experimentado el amor y que su organismo debe conocer las convulsiones y sensaciones orgásticas para que puedan comprender a un niño pequeño. Soy perfectamente consciente de que mis afirmaciones pueden resultar repugnantes para algunos, pero la experiencia cotidiana nos enseña que el mayor peligro para el desarrollo del niño está representado por los educadores orgásticamente impotentes.

El así llamado autismo del niño pequeño -su pasividad, su palidez, su ensimismamiento- es un artificio de la crianza, un producto de nuestra total miseria social Aunque pueda parecer descabellado, la diarrea, la anemia, etc., pronto ingresarán también en esta categoría. Puesto que la función intestinal es de naturaleza vegetativa, la carencia emocional, es decir, orgónica-biofísica, del desarrollo del niño desempeña un papel decisivo en la diarrea, la palidez, la anemia y otras manifestaciones. No tiene sentido hablar de "miseria social" porque realmente, en última instancia, la miseria social es el producto de un mundo de seres humanos embrutecidos, de un mundo que tiene dinero de sobra para desencadenar guerras, pero nunca el suficiente -ni siquiera una mínima fracción de lo que se gasta en pagar los costos de *un día* de guerra- para asegurar la protección de la vida. Y esto es verdad porque los seres humanos, animalizados y endurecidos, no comprenden lo que significa estar vivo; en realidad, temen saberlo. No hay miseria social que se iguale a la miseria de los niños de padres biopáticos.

Es un concepto erróneo y muy generalizado el de creer que las funciones

de asir, gatear, caminar y otras similares aparecen sencillamente un buen día, que el niño empieza a asir a la edad de x semanas, a gatear a la edad de y semanas y a caminar a la edad de z semanas. Parece asombroso que los pediatras no hayan elaborado un régimen que establezca el número de pasos que el bebé debe dar por día, así como han determinado el número de calorías que deben consumir. Un pezón erogénicamente vivo y un cálido contacto con la madre son mucho más eficaces que cualquier receta química para estimular la digestión y el funcionamiento integral del recién nacido. Una vez que se establece el contacto entre el infante y el entorno cálido y comprensivo, entonces -y sólo entonces- se observarán procesos naturales en lugar de los productos artificiales de una educación patológica. Las conclusiones científicas acerca de los niños serán *acertadas* cuando los educadores sean sanos desde el punto de vista sexual. *Una norma educativa debe evaluarse en función de la estructura caracterológica de quien la formula* Considero que eso debe llegar a ser una cosa tan natural (y sin duda lo será) como lo es hoy el juzgar el valor pedagógico de un tratado por la elegancia del estilo, o la eficacia de un cirujano por la firmeza de su pulso.

Hay que comenzar por establecer el marco para la observación correcta: Si el contacto orgonótico existe, las diversas funciones se manifiestan en el lactante mucho antes de que se haga presente su "finalidad". Por ejemplo: el ojo sigue el movimiento de la mano; la crispadura de la mano se perfecciona mucho antes de que el niño aferré un objeto, y esto nada tiene que ver con el "reflejo" considerado desde el punto de vista mecánico. *Se trata de un movimiento con un objetivo preciso que se va desarrollando en forma paulatina por la fusión de muchas funciones, es decir por conexión de los movimientos de órganos antes incoordinados.* El contacto entre el movimiento de los ojos y el movimiento que se produce alrededor del niño y que genera placer en éste, es lo que precede a la acción de *mirar con* un propósito definido. Una vez que ésta se ha desarrollado y constituye ya una función más compleja, el pequeño busca *nuevos* motivos placenteros en los cuales puede ejercitarla. Los estímulos no placenteros, que provocan contracciones, no desarrollan la acción de mirar. El exceso de miedo y displacer experimentado por los lactantes dan origen al futuro "cansancio ocular", a la "miopía" y a las limitaciones en el movimiento palpebral, lo cual produce, a su vez, esa expresión "muerta" en los ojos.

Si tenemos en cuenta todos estos hechos ¿qué podemos decir de la pobre definición mecanicista, según la cual la "visión es la respuesta de la retina a un rayo de luz"? Podemos decir que es *cierto*; pero la reacción de la retina es sólo un vehículo, es un medio de la visión. ¿Acaso podemos definir el baile del niño "sólo" como el contacto entre los pies y el suelo, o "sólo" como una

sucesión de contracciones musculares que se cumple de tal o cual manera? En este ejemplo vemos con toda claridad el vacío que hay en las interpretaciones mecanicistas de la vida.

El niño nos mira de una manera cuando le sonreímos y de otra cuando fruncimos el ceño. Por lo tanto, *el elemento fundamental es la expresión motriz del plasma* y no los diversos estímulos, reacciones o contracciones musculares. El rayo de luz que hiere la retina configura siempre el mismo proceso de determinadas longitudes de onda. Pero los ojos de un niño pueden aparecer brillantes u opacos según la *turgencia tisular*, que es estimulada por el placer e inhibida por la ansiedad.

Cuando se establece un buen contacto con el lactante se está en condiciones de estimular las funciones del pequeño. Cada vez que me acercaba a su cuna, el lactante al cual yo observaba practicaba movimientos de marcha tal cual estaba, en posición decúbito. De esa manera me indicaba su deseo de "caminar". A los tres meses y medio chillaba de placer cuando lo sostenía por debajo de los brazos y le permitía que moviera rítmicamente los pies sobre el suelo, alternándolos para "avanzar". Miraba a cada paso las paredes o el techo para convencerse de que estaba realmente "en movimiento", es decir, si los objetos desfilaban junto a él.

Los bebés atraviesan una etapa de desarrollo que se caracteriza por la vigorosa actividad de la musculatura vocal. Muchos padres confunden el placer que experimenta el niño al emitir la voz con todo vigor (gritos, chillidos, ensayo de diversos sonidos), con agresividad patológica. Por consiguiente se lo induce a callar, a no gritar, etc. Se frenan así los impulsos del aparato vocal, la musculatura en cuestión se contrae en forma crónica y el niño se hace callado, "bien educado" y retraído. El efecto de ese error de formación pronto se manifiesta en trastornos del apetito, apatía general, palidez, etc. Es de suponer que los trastornos del habla, el atraso en la evolución de la misma, etc. tienen ese origen. En los adultos encontramos los efectos de ese abuso de autoridad educativa en forma de espasmos de garganta. Los fenómenos más característicos parecen ser la constricción automática de la glotis y de la musculatura profunda del cuello con la consiguiente inhibición de los impulsos agresivos de la cabeza y el cuello. La experiencia clínica indica que es necesario dejar a los infantes que "griten hasta cansarse" cuando los gritos son expresión de placer. Quizás eso resulte bastante incómodo a algunos padres; pero en materia de educación debemos guiarnos *exclusivamente por los intereses del niño* y no por los de los adultos.

Espero poder demostrar dónde veo yo el problema del origen de los procesos de encogimiento biopático. A mi juicio ese origen *está en la*

dependencia que se establece entre las funciones psíquicas y fisicoquímicas y la actividad bioemocional del organismo en los comienzos de la evolución. Y aquí, sólo aquí, se encontrarán también los medios para evitar este proceso, y no en las drogas ni en las teorías culturales de sublimación.

He insistido en que las funciones psicósomáticas dependen de las funciones bioenergéticas de la pulsación plasmática. *La enérgica actividad pulsatoria a partir del nacimiento es el único medio preventivo concebible contra la contracción crónica y el encogimiento precoz.*

La pulsación bioenergética es una función que depende por completo de los estímulos del medio y de los contactos con éste. Las estructuras caracterológicas de los educadores constituyen una pieza clave dentro del medio desde el instante del nacimiento. *El organismo de la madre cumple la función del medio, desde el instante en que se forma el embrión hasta el momento en que se produce el nacimiento.*

Quisiera hablar ahora acerca de lo poco que sabemos respecto a la evolución *prenatal* del organismo. Es verdad que no es mucho y que aún no se trata de nada decisivo; el camino a recorrer hasta abordar el oscuro problema de la herencia es muy largo; sin embargo, las notas que siguen -no son más que eso, por cierto- constituyen un punto de partida para la adquisición de nuevos conocimientos.

Si el origen de la biopatía de encogimiento se remonta al desarrollo del embrión, el paso siguiente consistirá en investigar la influencia de la sangre materna sobre el embrión, es decir, el efecto de la orgonidad del organismo materno -sobre todo del estado bioenergético de los órganos genitales- sobre el embrión.

Las contracciones del embrión de pollo registradas en películas cinematográficas confirman la naturaleza clónico-pulsatoria del crecimiento embrional. *La vitalidad de un embrión se manifiesta en esas contracciones.* La propia forma vesicular indica que allí operan las típicas funciones bioenergéticas de *protrusión protoplasmática*, que tan bien pueden estudiarse en las amebas que fluyen libremente. Es lógico suponer que un útero que se contrae libremente representa un medio mucho más favorable para el embrión que un útero espástico y anorgonótico. En un útero orgonóticamente vigoroso, la circulación de la sangre y de los líquidos del cuerpo es más completa y, por ende, el metabolismo energético es más eficiente. Pero, además, *la capacidad de carga del tejido materno se transmite al embrión, el cual, en realidad, es una parte funcional de la mucosa uterina.*

Por eso, los hijos de madres de gran potencia orgástica son mucho más vitales que los de las mujeres frías y acorazadas. No es difícil someter a prueba esta afirmación.

Lo que se suele definir como "temperamento hereditario" es, en gran parte, el efecto del tejido materno sobre el embrión. Este enfoque nos permite, por primera vez, entender parte de ese enorme problema que es la "herencia del carácter". Dado que las funciones emocionales están determinadas por las funciones de energía orgonótica, es comprensible que, inicialmente, las peculiaridades caracterológicas sólo dependan del mayor o menor grado de actividad energética. En otras palabras: *el temperamento es una expresión de la cantidad de actividad pulsatoria del sistema orgonótico corporal.*

El "factor hereditario" pasaría a ser así, en principio, algo tangible, ya que se convertiría en un factor energético cuantitativo. Es lógico que un sistema rico en energía se resigne con menos facilidad que uno pobre en energía. La legítima conclusión es que el nivel de energía de un embrión está condicionado por el nivel de energía de los genitales maternos. El déficit energético podría concebirse, desde un punto de vista cuantitativo, como disminución de la orgonidad, y desde el punto de vista funcional, como limitación de la actividad pulsatoria del plasma. Ahora bien, es probable que la limitación de la pulsación plasmática pueda provocar una anorgonia en el embrión. Por eso, no podemos suponer automáticamente que el embrión en sí ha sido anorgonótico desde un comienzo, aun cuando los padres hayan padecido un metabolismo de energía orgónica bajo. Existen dos posibilidades; una anorgonia *original* en el embrión o una anorgonia *secundaria* determinada por la anorgonia del aparato genital de la madre.

Sigamos un poco más este razonamiento, aunque, por supuesto, se requieren observaciones concretas para corregir o ampliar lo que queda oscuro en este terreno.

El embrión participa de las contracciones orgásticas del útero durante el acto sexual de los padres. No puede ser de otra manera, dada la situación fisiológico-anatómica. Antes del nacimiento se producen también *contracciones evolutivas*, que desde el punto de vista bioenergético no se distinguen de las contracciones orgásticas. A eso se suman las contracciones orgásticas estimuladas por el orgasmo materno. Si, por añadidura, el organismo femenino poseía un alto grado de orgonidad antes del embarazo, las condiciones bioenergéticas para la orgonidad del embrión son favorables. Estas condiciones son reforzadas después por la estructura caracterológica genital de los padres, que prolonga en el terreno del desarrollo psíquico lo que la función bioenergética ha establecido en el embrión. Después del nacimiento, el lactante experimenta contracciones orgásticas independientes en la cabeza y en el cuello.

El alto grado de orgonidad provoca una vigorosa actividad expansiva

instintiva, con lo cual queda conjurada la anorgonia. La predisposición para una biopatía carcinomatosa o para una anorgonia se hace así poco probable, aunque no del todo imposible, pues las influencias destructivas en etapas posteriores pueden llevar al organismo más vigoroso a la resignación y al encogimiento.

Pero volvamos ahora a nuestro recién nacido. A partir del quinto mes del embarazo los movimientos del niño habían sido extraordinariamente vigorosos; tanto, que la madre solía experimentar dolores. El obstetra también se mostró sorprendido por la fuerza de los latidos del corazón de aquel feto. Pese a las dificultades del parto (primer embarazo, rotura de la bolsa antes de tiempo, veinte horas de trabajo de parto) el niño no presentó señales de asfixia. La sangre de la madre permaneció orgonóticamente fuerte y libre de bacilos T hasta el final del embarazo.

Para resumir: *El alto grado de orgonidad y la potencia orgástica de los padres, la ausencia de anorgonia en el útero, la ausencia de bacilos T y de exceso de CO₂ en la sangre materna, son los requisitos biosociales para la fuerte orgonidad del ser en estado embrionario.*

Por lo contrario, la impotencia orgástica de los padres, la anorgonia del útero, los trastornos de la respiración tisular interna, la presencia de bacilos en la sangre y la coraza muscular, todos estos factores provocan los trastornos de funcionamiento que pueden determinar la futura anorgonia del niño.

La teoría mecanicista-mística de la herencia pierde así más terreno ante el avance de la patología *funcional*. El problema ya no es un incontrolable "daño hereditario del embrión" que "predispone" al niño al cáncer; se trata de funciones modificables, de cantidades de energía y de trastornos de la pulsación. Es verdad que estos trastornos crean una tendencia a la anorgonia; pero no es forzoso que esa tendencia se desarrolle, pues las condiciones de vida favorables del futuro pueden reparar el daño. El organismo viviente tiene una gran capacidad de adaptación. Se adapta tanto a las malas como a las buenas condiciones de vida.

El período que media entre la formación del embrión hasta el nacimiento y desde éste hasta el final del primer año de vida, aproximadamente, es para la biofísica orgonótica el "período crítico" en la "constitución del sistema orgonótico de funcionamiento". El núcleo de esta "constitución" es el grado de orgonidad y de capacidad pulsatoria de los tejidos, que determina el grado de actividad pulsatoria del plasma.

Si en lugar de fijar la terminación del proceso de desarrollo embrional en el nacimiento, lo establecemos alrededor de los diez o doce meses de vida extrauterina —es decir, en el momento en que se reúnen todas las

bifurcaciones, para constituir un *biosistema* unitario y coordinado— habremos abarcado el período crítico, decisivo para el futuro funcionamiento bioenergético. El período crítico para el desarrollo psíquico está comprendido, en términos generales, entre el tercero y el quinto año de vida. Su resultado está condicionado, en gran medida, por el curso del crítico período *biofísico* precedente. Es en esta fase biofísica crítica donde debe buscarse la solución del misterioso hecho de que después del tratamiento orgonótico, cuando se han elaborado todos los mecanismos patológicos, queda *algo intangible*: una inmodificable desesperanza en la actividad vital, una pasividad del organismo, una irritabilidad, en resumen, lo que la psiquiatría clásica solía definir como "disposición innata".

Son muchos los puntos oscuros que quedan en lo referente a la angustia de caída y a la anorgonia. Ni el miedo ni la ira son manifestaciones patológicas del sistema vital. Es natural que un niño experimente miedo si se cae o si es atacado por un perro; es natural que el recién nacido manifieste enojo si no se satisfacen sus necesidades.

Pero la angustia de caída es más que un miedo al peligro. Puede hacerse presente mucho antes de que el ser humano tenga conciencia del peligro. Está relacionada con bruscas contracciones del aparato vital; en realidad, es producida por esas contracciones. Así como la caída real desencadena contracciones biológicas, también la contracción produce, a su vez, la sensación de caída. Por eso (se entiende que una *contracción* producida en pleno proceso de *expansión* orgástica traiga aparejada la angustia de caída) Y es comprensible que la angustia de caída se haga presente cuando se rompe la coraza muscular y se establecen las primeras corrientes plasmáticas. *Una contracción en medio de una expansión plasmática trastorna la sensación de equilibrio.* Pero hay algo que ha quedado sin explicación. Procuremos localizar el problema aun cuando no podamos resolverlo.

Una de las funciones básicas del sistema orgonótico viviente consiste en oponerse a la gravedad de la tierra y superarla. El pedúnculo de una hoja *muerta* obedece por completo a la atracción gravitacional. El pedúnculo de una hoja *viva se desarrolla en dirección opuesta* a la gravedad. (Y este fenómeno no se debe simplemente a un proceso de tensión mecánica, pues un tallo *muerto* no se yergue aunque se lo colme de agua.) El vuelo de los pájaros depende de la capacidad de éstos para vencer la fuerza de gravedad. La marcha erecta del hombre exige una enorme dosis de equilibrio para compensar la acción de la gravedad. Sabemos que ese equilibrio falla cuando la unidad de las funciones motrices del cuerpo sufre alguna perturbación. Esa perturbación motriz puede ser puramente mecánica, como una lesión en una pierna o un tabes; pero también puede ser *funcional*.

La anorgonia de la totalidad del cuerpo o de órganos esenciales significa una perturbación de la capacidad de equilibrio y, por consiguiente, tendencia a caerse y angustia de caída. Hasta aquí todo resulta claro. Pero la manifestación de angustia de caída en un niño de tres semanas (que, por lo que sabemos, fue desencadenada por el enfriamiento de la piel después del baño) sigue siendo un misterio. Es verdad que está la función de la rápida contracción vascular; pero, en cambio, no existe la *experiencia* de la caída. ¿De dónde proviene, entonces, la *expresión* de la angustia de caída? Podríamos conformarnos con la "experiencia filogenética" como explicación. Pero, para ser efectiva, la experiencia filogenética debe tener un punto de apoyo *actual*. La función de la memoria no existe sin un mecanismo actual.

Aquí nos vemos obligados a renunciar a nuestro intento de entender por completo la anorgonia y la angustia de caída y debemos conformarnos con entender la *relación entre el bloqueo de la pulsación orgonótica y la pérdida de la sensación orgánica de equilibrio*. La relación de la orgonidad y de la anorgonia con la gravedad es clara. En el estado anorgonótico los miembros se vuelven "pesados" y todo movimiento exige un gran esfuerzo. En el estado de alta orgonidad, en cambio, el individuo se siente "liviano", como si "flotara". Tomemos estas expresiones al pie de la letra y con toda seriedad. *En la anorgonia hay menos energía biológica libre y activa. La masa inerte del organismo se vuelve mayor y por lo tanto más pesada en relación con la energía activa encargada de mover el cuerpo. En la alta orgonidad hay más bionenergía libre y activa, y la masa del organismo se vuelve más liviana con relación a ella.* Nos encontramos ante una auténtica relación *variable* entre masa y energía en el biosistema.

Por el momento no podemos avanzar más, sin invocar a ese duende metafísico que supuestamente actúa, piensa, siente y reacciona en el fondo de las funciones vivas. Y eso no nos conduciría a nada. Es preferible que esperemos una oportunidad más propicia para terminar de entender lo que falta por entender. Bástenos, por el momento, haber comprendido que el proceso de encogimiento carcinomatoso y su anorgonia despuntan en una etapa muy temprana, y con haber localizado las funciones orgonóticas en las cuales puede estar su punto de partida.

X LA BIOPATÍA DEL CÁNCER COMO PROBLEMA SEXUAL SOCIOLOGICO

Se requerirán muchos años de experiencia clínica para comprender a fondo la devastación que la peste emocional ha causado en el sistema vital. Este estado de cosas se vuelve particularmente afligente debido a que el desquicio en la economía sexual de los enfermos de cáncer -provocado, en esencia, por la peste emocional- es algo que se ignora en forma total y permanente a pesar de ser tan obvio. La conclusión general es la siguiente: privados de la función sexual natural, los cancerosos en potencia desarrollan una resignación caracterológica general. Al comienzo sólo aparecen "trastornos" locales y benignos, una úlcera gástrica o una simple acidez, hemorroides, espasmos de la garganta, adormecimiento genital, trastornos menstruales, rigidez de la musculatura torácica, etcétera. El trastorno crónico del funcionamiento biológico va deteriorando en forma creciente la respiración y la pulsación de los tejidos. Estos comienzan a decaer lentamente y a aproximarse al proceso de putrefacción. Los bacilos T hacen su aparición y aceleran el proceso, que se prolonga, sin embargo, a través de algunos años. Por fin comienzan a proliferar los protozoarios, hasta que el carcinoma se hace palpable y visible. Como es lógico, hasta el más precoz de los diagnósticos del tumor local *siempre llega demasiado tarde*, pues la biopatía ya ha cumplido su tarea devastadora en el organismo. La tarea de la terapia del cáncer consiste, pues, en ejercer una influencia sobre el *trastorno general en la función del biosistema*, en fomentar la reacción B del organismo. Si reducimos todo esto a un común denominador, comprenderemos que *(mientras la educación continúe produciendo resignación caracterológica y coraza muscular en forma masiva, no podrá hablarse de una erradicación del flagelo del cáncer.* Sin duda se eliminarán más tumores y se salvarán más vidas; pero no nos entreguemos a la peligrosa ilusión de que las drogas y el bisturí o el orgón

por sí solo pueden llegar a derrotar al cáncer.

Yo también he sucumbido a esas ilusiones. Cuando vi el efecto de la radiación orgánica sobre los tumores cancerosos de las ratas experimenté un enorme alivio." ¡Por fin se abre un camino a la terapia del cáncer!", me dije. "Por fin podremos comenzar a curar el cáncer, e, incluso, a prevenirlo." En el fondo me deleitaba la perspectiva de librarme, por fin, del "maldito problema sexual" y refugiarme en la atmósfera "pura", libre de sexo, de la patología orgánica. Pero me estaba engañando a mí mismo. Los hechos no mentían y era preciso enfrentado. No tardaron en despojarme de mi confortable ilusión de haber encontrado un camino fácil.

Los grandes problemas no se resuelven por caminos fáciles. La dificultad del camino no es más que el reflejo de la dificultad del problema. Yo no me había librado de la "maldita" economía sexual y hoy no puedo menos que experimentar gratitud ante esos hechos incontrovertibles.

Los enfermos de cáncer que traté hicieron aflorar a mi conciencia con gran nitidez lo que yo había observado desde hacía veinticuatro años: la *devastadora influencia de los trastornos sexuales*. Por más que lo intentara, no había forma de eludir la realidad: *el cáncer es una putrefacción de los tejidos que se produce en vida, como consecuencia del hambre de placer del organismo*. Ni los métodos, inadecuados de investigación ni los errores terapéuticos por sí solos eran los responsables de que se hubiera pasado por alto este hecho tan simple. Yo lo encontré por casualidad, sólo porque debía ser consecuente como economista sexual y rastrear los resultados de las perturbaciones sexuales en todas las direcciones. En realidad, la responsable de esta ceguera es toda nuestra visión del mundo: nuestro moralismo, la deformación sexual de nuestros niños y de nuestros jóvenes, los prejuicios moralistas de la medicina y la pedagogía; en una palabra: nuestra ceguera ante la vida y nuestro miedo a la misma, esa ceguera y ese miedo que se van transmitiendo desde hace varios milenios, de generación en generación. Hemos convertido la función más importante de la vida en algo ilegal, la hemos rotulado de pecaminosa y hasta de criminal, y le hemos negado toda protección social. Y por añadidura, hemos tolerado y seguimos tolerando al enemigo mortal de la vida erótica natural de la infancia: la pornografía, la chismografía sexual, la coerción sexual y las leyes medievales respecto al sexo. Seguimos tolerando que mentes sucias -ya sean hipócritas y mojigatas o bien abiertamente sádicas y pornográficas- sigan determinando cómo hemos de educar a nuestro hijos y a quién debemos amar y abrazar. Hemos perdido la confianza en las leyes naturales de la vida y ahora estamos experimentando las consecuencias.

No podemos dejar de sorprendernos ante la vitalidad y la capacidad de resistencia del organismo. Resulta difícil creer que los organismos humanos no perezcan más rápido, si tenemos en cuenta la acción devastadora del mecanicismo y del misticismo. Pero nuestra esperanza radica, precisamente, en esa fuerza de lo vivo. Si un organismo maltratado es capaz de sobrevivir por espacio de décadas antes de desarrollar crecimientos locales, puede que lleguemos a ver el final de ese terror sin límites que es hoy el cáncer; pero eso sólo ocurrirá si encaramos el problema sin ilusiones y, sobre todo, si nos negamos a aceptar las ideas neuróticas de un género humano azotado por la peste.

El *World Almanac* de 1942 contiene un resumen estadístico de la frecuencia con que aparecen las enfermedades que hemos definido aquí como *biopatías*. Son datos oficiales del Estado de Nueva York. He tomado estas cifras del artículo de un colega. Entre 1921 y 1940, el considerable descenso en el promedio de enfermedades no-biopáticas (neumonía, difteria, etc.)¹ coincide con el aumento del porcentaje de enfermedades biopáticas (enfermedades mentales, hipertensión cardiovascular, cáncer, suicidios, criminalidad, etc.).

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
EN EL ESTADO DE NUEVA YORK
(Tasas por cada 100.000 habitantes)

	Enfermedades no biopáticas					
	Tuberculosis pulmonar		Neumonía		Difteria	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
1921	9,503	88.6	10,645	99.3	1,702	15.9
1925	9,162	78.9	13,571	116.8	1,001	8.6
1930	8,146	64.6	12,908	102.4	656	5.3
1935	6,847	52.4	11,018	84.4	102	0.8
1940	5,793	42.9	6,143	45.5	45.5	0.01

¹ W.F. Thorburn, "Mechanistic Medicine and the Biopathies", *International Journal of Sex-Economy and Orgone Research*. vol. 1, nº 3, 1942.

Enfermedades biopáticas

	Cardiovasculares		Cáncer	
	<i>Muertes</i>	<i>Tasa</i>	<i>Muertes</i>	<i>Tasa</i>
1921	36,594	341.4	11,163	104.1
1925	43,370	373.3	13,201	113.6
1930	48,487	384.5	15,144	121.8
1935	55,109	422.1	18,600	142.5
1940	64,987	481.3	21,384	158.4

ENFERMOS MENTALES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK
(Tasas por cada 100.000 habitantes)

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Tasa</i>
1920	19,515	21,265	40,780	390.0
1925	22,667	23,858	46,525	413.6
1930	28,674	27,737	56,411	444.0
1935	36,124	33,943	70,067	493.0
1941	45,870	43,393	89,263	664.2

CONVICTOS DE DELITOS EN EL ESTADO DE NUEVA YORK

	<i>Total</i>
1920	40,691
1925	77,202
1930	175,530
1935	363,743
1940	1,155,986

SUICIDIOS EN EL ESTADO DE NUEVA YORK
(Tasas por cada 100.000 habitantes)

	<i>Total</i>	<i>Tasa</i>
1920	1,442	13.5
1925	1,664	14.3
1930	2,135	17.2
1935	2,180	16.7
1941	2,188	16.2

Estas cifras demuestran que las biopatías no sólo son de naturaleza muy diferente de la de otros tipos de enfermedades, sino que no se las entiende. La medicina mecanicista, que no se orienta por la economía sexual, no tiene acceso a las biopatías. *Las biopatías son enfermedades provocadas por trastornos de la pulsación biológica del aparato vital autónomo.* En el fondo, estos trastornos tienen un condicionamiento social; se trata de enfermedades resultantes de la estasis *sexual*: Su principal característica es una alteración de la economía de la energía biológica, o sea, la *impotencia orgástica*, que imposibilita la correcta pulsación del aparato vital Y hace descender la potencia orgonótica. El número de biopatías se mantiene en continuo crecimiento. La situación es muy grave y exige atención y asistencia.

La economía sexual y la biofísica orgónica ofrecen a la medicina y a las ciencias de la educación algunos datos importantes que podrían representar una valiosa ayuda en este terreno. Nuestra ayuda no es de la naturaleza que el común de la gente desearía; no hemos descubierto ninguna droga que haga desaparecer masivamente y de una vez por todas el flagelo de las biopatías. Eso no es tan fácil. La campaña contra las biopatías ha de ser una de las tareas más pesadas que haya encarado jamás la sociedad humana. Me atrevo a asegurar que ninguna revolución, ni siquiera el esfuerzo que requirió dominar las pestes del Medioevo, es comparable a esta misión, en cuanto a magnitud, profundidad y riesgos. Es probable que la solución de este problema exija la mayor revolución del pensamiento y de la acción que el hombre haya encarado jamás. Y estos cambios no pueden producirse por acción individual, sino de toda la *sociedad*.

Las biopatías son una enfermedad endémica de la población de la tierra. El índice de enfermos mentales en el Estado de Nueva York, que se ha duplicado en los últimos 20 años (y estas cifras tienen validez para todo el mundo), no requiere comentarios. Todavía no contamos con los conocimientos necesarios o, si contamos con ellos, aún no están lo bastante organizados y las teorías erróneas están demasiado arraigadas como para permitirnos esperar que las biopatías puedan ser eliminadas con rapidez, con facilidad y sin peligros. Apenas estamos comenzando a comprender la tremenda desgracia que aflige al género humano desde hace algunos milenios y que, en la actualidad, amenaza casi con aplastado. Esta tragedia no podría entenderse ni encararse con droguitas, slogans políticos u oraciones. Esas cosas sólo contribuirán a ahondarla. Los requisitos indispensables para llegar a la solución son: profundizar los descubrimientos ya efectuados; *fomento y defensa de la verdad bajo cualquier circunstancia*; coraje para admitir la enormidad de la tragedia social y confianza en la función vital natural. Lo esencial de esta tragedia es que se ignora la función natural de lo vivo, se la

teme y se la reprime por doquier. Y sin embargo, es y seguirá siendo la única esperanza. *Está y seguirá estando ligada a la función sexual natural de la especie animal "hombre"*. Es imposible eludir esta verdad y es una bendición que no podamos eludirla.

El doctor Friedrich Lönne, director del Theresienhospital de Düsseldorf, declara lo siguiente en su tratado *Wirksame Krebsbekämpfung* (1937): "Tenemos que contar con que, en Alemania, mueren anualmente unas 15.000 mujeres de cáncer uterino y vaginal y unas 3.500 a 4.000 de cáncer de mamas. En más de 12.000 casos de útero y vagina, el mal está radicado en el cuello de útero..."

El cáncer de los órganos genitales, y de las mamas es muchísimo. Más frecuente que el cáncer de otros órganos, Eso demuestra con toda claridad la naturaleza sexual biopática del cáncer. Si ligamos este hecho con el predominio de la frigidez sexual entre las mujeres, comprenderemos que las estadísticas sobre cáncer no hacen más que confirmar lo que la práctica clínica de la economía sexual nos viene demostrando desde hace mucho tiempo respecto a los trastornos de las funciones sexuales. Y lo que perseguimos aquí es justamente demostrar la relación existente entre la patología sexual y las estadísticas de cáncer. Porque de eso puede extraerse una importantísima conclusión: *La afección cancerosa local es un fenómeno resultante de la economía sexual trastornada del organismo. Por eso, una campaña radical contra el cáncer exige un cambio radical en la higiene sexual de la población*. Las declaraciones de muchos cancerólogos no suenan muy lógicas si se las considera en función de esta conclusión. Porque ocurre que, en su impotencia en la lucha contra el cáncer, creen necesario aferrarse a teorías erróneas y perimidas. En lugar de extraer las mismas conclusiones que nosotros de esa predilección del cáncer por los órganos sexuales, escriben cosas como éstas:

Las investigaciones científicas acerca del cáncer consideran en la actualidad que, además de las causas locales para el desarrollo del cáncer, debe suponerse la existencia de otro factor general, que es la debilidad del sistema antiblastico. [El "sistema antiblastico", que hasta ahora no ha sido entendido, no es otra cosa que nuestra "reacción B", es decir, la "potencia orgonótica" del organismo. W.R.] En el tratamiento práctico del cáncer, nos vemos obligados -por razones clínicas- a sujetarnos a la teoría del origen local de esta enfermedad porque la mejor operación y el mejor tratamiento de rayos serían sólo una dudosa solución parcial si antes de la aparición del tumor ya *existiera* una enfermedad sistémica: Tanto los médicos como los pacientes perderían su confianza en la curabilidad del cáncer, porque ninguno de nosotros conoce un método eficaz para combatir una enfermedad sistémica, si es que ésta realmente existe. (De *Krebskrankheiten*, Hirzel, Leipzig. 1937, pp. 221 y ss.).

De modo que si no conocemos un método para curar la *biopatía* del cáncer, la solución es ignorar su existencia y seguir aferrados a la teoría del origen local del *tumor* canceroso, pues de lo contrario tanto el médico como el paciente pierden la confianza: *¿Qué confianza?* Confianza es una ilusión, que no hace más que *cerrar* el camino a la comprensión de la biopatía del cáncer y, por consiguiente, a su eliminación. Esta argumentación de Lönnes es muy similar a la de ciertos psiquiatras, que niegan el origen social de la represión sexual o la naturaleza biopática de las neurosis y psicosis sólo porque al admitir estas relaciones entran en conflicto con determinadas instituciones sociales y se ven obligados a defender públicamente hechos muy impopulares. Esta conducta está reñida con la medicina y con la ciencia en general. Es una simple cuestión de negocios o de miedo a encarar la vida.

El lector comprenderá mejor ahora por qué describí como primer caso de cáncer una biopatía de encogimiento sin tumores malignos diagnosticables. También justificará el hecho de que en esta exposición se haya concedido importancia al fondo biopático y no al tumor local.

En la literatura sobre estadísticas de cáncer se afirma que el crecimiento de las cifras de muerte por cáncer durante las últimas décadas se atribuye al mayor acierto de los diagnósticos, tanto en el organismo vivo como en los cadáveres; de modo que el aumento de las cifras sería sólo aparente. Para aferrarse a la teoría de la "naturaleza puramente hereditaria del cáncer", se niega que los pueblos primitivos, que todavía llevan una vida sexual natural, se mantienen relativamente libres de esta enfermedad y que el aumento estadístico de las muertes por cáncer corresponde a un crecimiento real de la enfermedad.

A continuación reproducimos una estadística sobre casos de muerte por cáncer en Noruega, entre 1853 y 1925 (según Gade).

	<i>Muertes por cáncer por cada 100.000 habitantes</i>	<i>Número de médicos en el país.</i>	<i>Porcentaje de certificados de defunción extendidos por médicos.</i>
1853	7	295	20,4
1860	12	330	28,8
1870	27	410	38,5
1880	42	551	50,0
1890	58	658	55,4
1900	91	1066	82,7
1910	93	1177	88,3
1920	105	1281	92,4
1925	118	1496	98,5

La interpretación que los místicos de la herencia hacen de estas cifras estadísticas podría resumirse así: La mística de la herencia no admite que el medio social influye sobre los factores hereditarios. La teoría de la herencia de caracteres adquiridos no ha logrado imponerse hasta el día de hoy, pese a que es acertada. Hay razones de sobra para dudar del carácter científico racional de la teoría de la herencia. No podemos dudar, en cambio, de que en cualquier enfoque de la herencia interviene un factor emocional que escapa a todo control. Y es precisamente este factor irracional en la teoría mística de la herencia lo que lleva a excluir las influencias del medio social y a eternizar los caracteres de la masa hereditaria. Por consiguiente, para ella, las enfermedades heredadas formarían parte de la "masa hereditaria" y serían inaccesibles desde el punto de vista de la profilaxis. Todo esto significa que, de acuerdo con este enfoque la transformación de las influencias sociales es algo innecesario e inadecuado. Es más, si el cáncer se da en los vegetales y en los animales, es decir, en la Naturaleza entera, no existirían diferencias entre los pueblos primitivos y el hombre mecanizado en lo que a esta enfermedad respecta. En consecuencia, el cáncer sería el resultado de una "malformación embrionaria" y, por eso, en los libros de texto se lo trata entre los teratomas. De este enfoque hereditario" resulta, además, que el crecimiento de las cifras de muerte por cáncer es puramente artificial y sólo se debe a un perfeccionamiento de las técnicas de diagnóstico y al mayor número de médicos con relación a la población, lo cual permite detectar más tumores cancerosos que antes.

El sentido oculto de todos estos argumentos es el de salvar la falsa teoría de la masa hereditaria inalterable y evitar que el enfoque vivo y funcional de la interacción entre plasma y medio acabe con ella. Esta teoría mecanicista-metafísica de la masa hereditaria no ha producido una sola idea fecunda en cuanto a la posibilidad de una influencia médica sobre las llamadas enfermedades hereditarias. Un enfoque de esta naturaleza conduce en línea recta a la idea mística del superhombre y del hombre inferior como producto de una herencia inalterable, es decir, al mundo de las ideas de la peste emocional. Pero esto no es de sorprender, pues se trata justamente de la función conservadora que desempeña la teoría de la herencia. Los trabajos de Darwin, de Vries, Freud, etc. han logrado abrir una amplia brecha en ella; pero, por desgracia, esa brecha resulta aún insuficiente. La teoría de la herencia no es ciencia sino una coartada ética.

Por las razones que acabamos de esbozar, es difícil formular comentarios sobre estadísticas aparentes como las que hemos reproducido. El número de médicos aumentó en forma considerable en Noruega desde 1853, de modo que la evaluación de estas cifras es extraordinariamente difícil.

No se puede afirmar, en cambio, que el aumento de los casos de muerte por cáncer entre 1921 y 1940 también se deba a mejores diagnósticos. Los médicos no han aprendido demasiado en materia de diagnóstico del cáncer desde 1921 y su número no ha aumentado en forma tan notable. A pesar de eso, el índice de muertes por cáncer ha aumentado de 104,1 a 158,4 por cada 100.000 habitantes en el estado de Nueva York, en el transcurso de 20 años.

El argumento de que el aumento de los casos de muerte por cáncer es una estadística artificial o que puede atribuirse a un aumento en la expectativa media de vida pierde toda validez si, en lugar de *aislar la biopatía del cáncer de las restantes biopatías sexuales*, se la relaciona con el aumento del número de muertes por biopatías cardiovasculares, con el aumento de casos de esquizofrenia, de criminalidad y de suicidio. Si se establece esta relación y se capta el fondo económico-sexual y social que todas ellas tienen en común, los argumentos esgrimidos se convierten en fórmulas vacías. Sólo entonces nos enfrentaremos al hecho desnudo del efecto mortal causado por la peste emocional y por la ignorancia de los médicos y educadores en lo referente a la vida sexual natural de los niños y adolescentes. No hay negligencia de la medicina que pueda compararse con esta imperdonable indiferencia general ante el flagelo del hambre sexual. La medicina y la pedagogía no fueron culpables de que cientos de miles de personas fueran víctimas de la peste bubónica. Se desconocía el agente. La medicina no fue la culpable de que infinidad de mujeres murieran de fiebre puerperal. Pero las biopatías mortales son producidas, en última instancia, por las reacciones irracionales de individuos, es decir que su origen es social. Los educadores y los médicos eluden los problemas sexuales o los enfocan desde el punto de vista de una moral coercitiva. Es una actitud deliberada, pero en general inconsciente. La resistencia que estos grupos ofrecen a la lucha contra las biopatías sexuales es una prueba de lo acertado de esta afirmación.

Pero ante esta triste verdad se levanta una poderosa esperanza. Cuando se llegue a comprender que las enfermedades biopáticas del aparato vital son, a la vez, *causa y resultado de enfermedades sociales*, ese cuadro tan alarmante y desconcertante se simplificará. Es verdad que ningún ser humano puede constituirse en salvador; es verdad que no podrá aparecer el "redentor" que aguardan las masas; pero el constante agravamiento de la tragedia social logrará lo que ningún individuo puede lograr: *las masas humanas, que tanto padecen biopática y socialmente, se verán obligadas a pensar en forma racional y a recuperar el contacto con su esencia biológica*. Esta revolución ha de ser, probablemente, el resultado más significativo de la peste emocional del siglo XX. Hay innumerables signos de que esa revolución está en marcha.

Hace diez o veinte años, la sexualidad del niño y del adolescente era un tema tabú, tanto para los legos como para los científicos. Hoy ya no lo es y cada vez lo será menos. El padecimiento sexual se ha hecho demasiado obvio, se ha difundido demasiado. Los ensayos y estudios extraoficiales, e incluso oficiales, en torno al problema son cada vez más numerosos e insistentes. Todavía no se los incluye en ningún programa político; pero, por primera vez en la historia de la humanidad, se está examinando la utilidad y la racionalidad de los programas políticos. Hasta se ha llegado a preguntar si la política en sí no es una enfermedad social. La conciencia de las exigencias naturales de la vida se hace cada vez más clara, y ya no como imposición o sueño de personalidades individuales, sino como logro de la sociedad humana.

El lector se preguntará qué relación guardan estos problemas sociales generales con el flagelo del cáncer. La relación es *muy estrecha*: la dependencia es total. La principal finalidad de este libro es demostrar en forma convincente que el cáncer, en tanto forma especial de biopatía, está *indisolublemente* ligado con el problema de la sexualidad y con la estructura de nuestra sociedad. Más aún: el cáncer ha constituido hasta ahora un problema insoluble, porque nunca se tomó en cuenta su motivación sexual ni social. "¿Pero qué tiene que ver la patología orgánica con la sociología?", se suele preguntar. Hace pocos años se preguntaba en Europa qué tenía que ver la vida sexual de las masas con la política y la sociología. Hoy esa pregunta no se formula más. En este terreno, la economía sexual ha logrado abrir amplias brechas en la muralla del pensamiento tradicional. Ya no existe una sexología "apolítica", como existía en el III Congreso de la Liga Mundial por la Reforma Sexual, celebrado en Viena en 1930. Hoy es cosa sabida, en el campo de la biopsiquiatría, que la sexualidad y la sociología sólo pueden tratarse en relación una con otra. No pasará mucho tiempo antes de que la *patología orgánica investigue las causas sociales y sexuales de una lesión tisular*. El hombre es un organismo *biosexual* y *social* que desarrolla trastornos funcionales tanto en los tejidos como en su vida emocional.

Quienes estén familiarizados con las cifras sobre crecimiento de la biopatía carcinomatosa se habrán preguntado *por qué* esta enfermedad en particular se ha difundido así. Hace algunos años los psiquiatras se vieron enfrentados al mismo interrogante, al comprender que las enfermedades psíquicas no se limitan a los síntomas histéricos y neuróticos compulsivos y que *las neurosis de carácter* pasaban cada vez más a primer plano y se difundían en sectores cada vez más amplios de la población. Se llegó a esta conclusión: antes del comienzo de nuestro siglo, la represión sexual y el acorazamiento eran totales. Eso significaba que sólo se producían irrupciones

violentas y *circunscriptas* de síntomas neuróticos, *la grande hystérie*, etcétera. El individuo íntegramente acorazado era el "hombre normal". A partir de entonces, las demandas sexuales se fueron abriendo cada vez más camino y exigieron que se les prestara atención y se las satisficiera. Las neurosis sintomáticamente circunscriptas fueron dando lugar a la neurosis de carácter: *las mayores exigencias de la vida chocaron contra formas perimidas y rígidas de existencia, contra dogmas irracionales y contra inhibiciones neuróticas internas*.

Seres humanos que adquieren conciencia de sus necesidades sexuales al cambiar las costumbres, pero que, al mismo tiempo, no encuentran los caminos y medios para permitir que su energía sexual siga un curso natural en la satisfacción plena, tienen que vivir, necesariamente, un grave conflicto tienen que ser víctimas de biopatías, tienen que volverse asociales y criminales. Es imposible retornar al ayer. Estamos inmersos en el *progreso* en un progreso sin parangón, por más que sea *doloroso* y *momentáneamente peligroso*. Cualquier intento de resistencia sólo contribuye a producir desdicha o aumentar la ya existente.

Los reaccionarios y místicos sólo verán en esto el peligro de la "inmoralidad" y exigirán el retorno a la antigua vida de resignación. En realidad, insisten constantemente en esta exigencia; pero no aportan nada constructivo, no proponen nada que alivie el sufrimiento humano. Y en la evolución biosocial no hay retorno. Sólo existe la posibilidad de lograr que esa evolución sea menos dolorosa y menos sembrada de peligros.

Lo dicho respecto a la difusión de la biopatía carcinomatosa puede aplicarse a las biopatías en general. La evolución social ha comenzado a reemplazar las antiguas formas de vida social por modalidades nuevas. A principios de siglo, una mujer de 35 años era una matrona; hoy es una joven llena de vida. Lo mismo puede decirse del hombre cuarentón o cincuentón. Pero la educación y la medicina no se han puesto a tono con esta evolución social. *La capacidad estructural de los individuos para vivir en forma plena es muy inferior a sus conocimientos y a sus exigencias. Por eso la estasis de energía biológica en los organismos humanos es mucho mayor que hace 20 o 40 años*. Alrededor del año 1900, una mujer frígida que permanecía en su casa, que no ejercía una profesión ni mantenía contacto con hombres estaba mucho menos expuesta a un conflicto sexual consciente de lo que estaría hoy, cuando su participación en la vida social se torna cada vez más activa. El desarrollo industrial y la guerra actual son las principales causas de esta situación. Y debemos estar preparados para cambios más revolucionarios aún en la vida femenina. Nadie -con excepto de los fascistas- exigirá que la mujer "vuelva a la cocina".

Y hasta el propio fascismo ha revelado su impotencia en este aspecto. Ahora bien, si el organismo humano está expuesto a una *creciente discrepancia entre lo que exige la vida y su propia incapacidad de gratificación es lógico que la estasis de energía biológica aumente en la misma medida*. Y cuanto mayor es la estasis sexual, tanto más profundo será el daño fisiológico y emocional que inflija al organismo. El cáncer es la expresión somática más significativa del efecto biofisiológico de la estasis sexual. La esquizofrenia es su equivalente en el terreno emocional. No es por una simple casualidad que el estado de Massachusetts, en el cual impera la más estricta legislación en contra del control de la natalidad en pleno siglo XX, tenga uno de los índices de mortalidad por cáncer más altos de los Estados Unidos.² Será preciso aprender a tomar muy en serio el cáncer como producto de la inanición sexual.

El enorme incremento de las biopatías es pues la simple expresión de una discrepancia entre el ansia de vida sexual y la incapacidad de concretarla. El ansia de vivir se ha desarrollado de una manera descomunal; la capacidad de vida (potencia sexual, capacidad de responsabilidad, autorregulación, etc.), en cambio, no ha progresado. La solución no consiste en reducir nuevamente la voluntad de vivir sino en *crear una capacidad estructural de vida en el organismo humano que esté de acuerdo con las exigencias de la vida*. Esa misión es esencialmente educativa y social. La medicina no es más que una mediadora. Es evidente que para desarrollar en plenitud la capacidad de placer y de vida en el individuo será necesario transformar las instituciones y leyes que la restringen desde hace siglos y, a veces, milenios. Por eso si los adolescentes de ambos sexos establecen relaciones eróticas *naturales, que los gratifiquen antes* de la edad legal y eso los expone al reformatorio, es decir, a la asocialidad, lo racional es modificar esas leyes caducas y no la natural sexualidad de la gente joven. Este solo ejemplo basta para calcular la magnitud de las fuerzas contra las cuales chocará un experimento social de esta naturaleza, y la intensidad que alcanzará el conflicto. ¿Pero acaso alguien puede creer que esa lucha será una simple cuestión de palabras y no de problemas vitales específicos, como el que acabamos de mencionar? Los cambios sociales no se producirán con frases sino con *la solución concreta de los problemas individuales*.

² *¿Cuáles son los aspectos públicos del cáncer?* El cáncer es responsable de mayor número de muertes que cualquier otra enfermedad, con excepción de las afecciones cardíacas. Aproximadamente una de cada ocho muertes ocurridas en Massachusetts se debe a esta enfermedad. Massachusetts tiene uno de los índices más altos de todos los estados por causa de este mal." *What and Whys of Cancer*, Massachusetts Department of Public Health, 1939.

El plan "Orgonon" sobre la posibilidad de la prevención del cáncer

Hasta el verano de 1942 me había negado a facilitar acumuladores de orgón a los pacientes para su utilización a domicilio. Varios amigos que seguían con entusiasta interés mis trabajos me lo habían sugerido. Mi negativa obedecía a diversas razones. Desde un punto de vista puramente legal, no estaba clara la forma en que debían librarse los acumuladores al uso público. Como los negocios no me interesan, no quería convertirme en "empresario"; por otra parte, dejar la construcción y distribución de los acumuladores de orgón en manos de comerciantes habría significado someter las investigaciones sobre el orgón a las prácticas propias de la industria farmacéutica actual. También me detenía la desagradable competencia que se desencadenaría en forma inevitable. No tenía ni tiempo ni ganas de encarar ese tipo de problemas. Quise patentar el acumulador, pero comuniqué expresamente a la Oficina de Patentes y a todos mis colaboradores que sólo lo hacía para defender el descubrimiento de una explotación comercial inescrupulosa. El orgón, como el agua y como el aire, se obtiene gratuitamente y existe en cantidades inconmensurables. Si se lo recoge en acumuladores (como se recoge el agua en un tanque), es para administrárselo a los usuarios en forma *concentrada*. Es importante proveer medios para que el orgón concentrado resulte accesible hasta a los sectores más pobres.

El lector se preguntará por qué no me limité a "ofrecer al mundo" mi descubrimiento, como es habitual. Yo mismo me formulé esa pregunta. Como no me interesa la explotación económica del descubrimiento, no me habría resultado difícil crear en torno a mi persona ese halo de generosidad que genera una donación de ese tipo. *Pero no puedo olvidar que las investigaciones sobre orgón deben seguir adelante*. Hasta ahora, ninguna institución social ha considerado necesario ofrecer a nuestro instituto el apoyo económico que se brinda a cualquier mediocre trabajo experimental en el campo de la química. Para colmo, la investigación del orgón debió sufrir en los países escandinavos el duro impacto de la mezquindad e irracionalidad de convencionales funcionarios de la ciencia. Estos grupos estuvieron a punto de destruir todo el trabajo cuando comenzaron a intuir que la física orgonónica funcional amenazaba con constituirse en un peligroso rival del mecanicismo y del misticismo en las ciencias naturales. El ataque de que fui objeto en Noruega, en 1937-1938, fue un serio aviso. Tuve que desprenderme de mi ingenuidad. Es muy peligroso esperar" ayuda de instituciones sociales que deben su existencia a la *falta* de conocimientos. ¿Qué le habría ocurrido a Edison si hubiera recurrido a los fabricantes de lámparas de gas para que financiaran el desarrollo y producción de sus bombillas eléctricas?

El orgón atmosférico es para la industria farmacéutica lo mismo que la bombilla eléctrica fue para la industria de las lámparas de gas.

Siempre recuerdo que madame Curie no tenía el dinero para comprar el radio necesario para sus investigaciones; que se lo obsequiaban como por lastima, mientras que los magnates ganaban millones negociando con ese material. Conozco demasiado bien la "ética" del comercio y sé hasta que punto depende de ella la ciencia rutinaria, de modo que he aprendido a ser cauto.

Descartada la venta, la donación o la explotación personal de la patente, parecía no quedar camino para el aprovechamiento práctico del orgón. Pero como ocurre con tanta frecuencia en esas situaciones, la marcha natural de los sucesos trajo la solución que ahora relataré:

Desde hace algunos años disfruto de la amistad de un cazador de nutrias y pescador de Maine, en donde poseo una cabaña. El hombre tiene ahora 70 años. En esa cabaña de Maine instalé un laboratorio para el estudio del orgón atmosférico. Dado que la gran humedad imposibilita el trabajo en Nueva York durante los meses de verano, yo proseguía mis investigaciones en Maine.

En febrero de 1942 me enteré por su familia que mi amigo padecía de un cáncer de próstata y estaba internado en una clínica, en donde se lo sometía a un tratamiento de rayos X. El tumor había sido descubierto unos meses atrás y, en noviembre de 1941, los médicos le pronosticaron de seis meses a un año de vida a lo sumo.

La noticia me conmovió profundamente. Habíamos llegado a ser muy buenos amigos cuando, años atrás, le expliqué la naturaleza de los biones. Aquel hombre sencillo reveló un conocimiento natural del proceso de la vida con el cual difícilmente habrían podido competir muchos biólogos y físicos universitarios. Yo había llevado conmigo mi microscopio grande y le pregunté si quería ver la energía vital de los biones. Pero quedé mudo de asombro cuando mi amigo -antes de asomarse al microscopio- me describió los biones a la perfección. Durante muchas décadas había observado, con el agudo instinto de un ser íntimamente ligado a la naturaleza la germinación de las semillas y el carácter del humus y se había trazado el siguiente cuadro: en todas partes -así me dijo- hay minúsculas y delicadas burbujas (*bubbles*). Esas burbujas representan la "vida" Todo se desarrolla a partir de ellas. Son tan pequeñas que no se las distingue a simple vista, pero el musgo de las rocas nace de ellas. La roca expuesta a lluvias continuas se "ablanda" en superficie y forma esas burbujas portadoras de vida. Más de una vez había intentado tratar ese tema con turistas universitarios, pero siempre habían

escuchado su teoría con una curiosa sonrisa. Sin embargo, él estaba seguro de tener razón. Yo estuve de acuerdo con él, porque ¿cómo era posible que las "semillas" de musgo "echaran raíces" en la roca?

Cuando aquel hombre vio en el microscopio las vesículas que había intuido y le expliqué que la lente aumentaba 4000 veces el tamaño de aquellas "burbujitas", experimentó -según sus propias palabras- "la emoción más grande de su vida". Jamás había esperado llegar a ver las burbujitas en las cuales él creía firmemente y en las cuales pensaba cada vez que trataba de concebir el verdor, el crecimiento, la floración y la fertilidad del suelo.

Durante aquel primer verano no le hablé del orgón atmosférico por temor a empañar nuestra relación. Más tarde me enteré de que también él me había ocultado ciertas ideas suyas por la misma razón.

Cuando en el verano de 1942 me trasladé a Maine para proseguir mis investigaciones sobre física orgonótica lo encontré en estado caquético. Había perdido mucho peso, caminaba encorvado, apenas si podía trabajar, se cansaba muy pronto, había perdido el apetito y también las esperanzas. Sabía que no le quedaba mucho tiempo de vida. Un médico se lo había confirmado. Me confesó que no se resignaba a su destino; más aún, que se rebelaba con todas sus fuerzas. No quería morir, porque aquel mundo de bosques, montañas y lagos, en el cual había pasado casi setenta años de su vida, era demasiado hermoso y estaba demasiado ligado con él. No podía concebir que pronto dejaría de verlo y de disfrutarlo. Amaba su soledad en el bosque, esa soledad en la cual había luchado duramente por la existencia durante muchas décadas.

El tratamiento con rayos X había calmado sus agudos dolores por un breve lapso, pero ahora éstos habían reaparecido. No tenía dinero, pues siempre había sido un mal negociante. La familia estaba desesperada. Los médicos no le habían dado la menor esperanza. No quería volver a la clínica; se había sentido muy mal allí y se había rebelado contra todo y contra todos. De modo que, además de ser un mal negociante, era un pésimo paciente. Como todo individuo que está muy cerca de la naturaleza, no se adaptaba con facilidad a los "valores" de la cultura y de la civilización. Sabía demasiado acerca de la naturaleza, del amor y de la vida, de la guerra y los negocios, como para poseer esa respetada cualidad que definimos como "entrega al destino". Era profundamente religioso en el *buen* sentido, pero despreciaba el negocio eclesiástico. Eso le había valido la fama de apóstata en la región, cosa que, por cierto, no iba en desmedro del gran respeto que todos sentían por él. Yo siempre pensé que si ese hombre hubiera nacido en otro medio económico podría haber sido un brillante naturalista. ¡Cuántos talentos se pierden así!

Un día le pregunté si creía en Dios y me respondió: "Por supuesto, - respondió-, está en todas partes, en mí y en torno a nosotros. Mire eso..." Señaló él azul frente a las montañas distantes. "*I call it life, but the people would laugh at me, and therefore I don't like to speak about it*".*

De modo que también conocía la existencia de la energía orgónica en la atmósfera.

Hacia semanas que su familia y yo trazábamos planes para convencerlo de que utilizara el acumulador de orgón. Era extremadamente desconfiado en todo lo que se refería a medicina y, para colmo, era tozudo. No iba a ser tarea fácil la de convencerlo y su hija lo consideraba un imposible.

Cuando me reveló su secreto y definió el azul de la atmósfera como "vida", yo también le confié el mío. Le dije que tenía razón, que lo que él llamaba "vida" era, en efecto, la energía biológica descubierta por mí, el "orgón". Y esa energía podía concentrarse y se la podía ver brillar como un relámpago. Le expliqué que las auroras boreales también eran manifestación de un estado especial del orgón. Una noche le mostré los rayos de orgón en un organoscopio. Los vio y los entendió al punto, sin ninguna de esas dudas compulsivas que los universitarios mecanicistas y místicos exponen en esos casos para preservar su dignidad científica. Lo convencimos de que construyera un acumulador de orgón para su propio uso. Puso manos a la obra cautelosamente y con mucha renuencia. El proceso nos parecía interminable, pues su decadencia física era cada vez más rápida. Por fin, un día el acumulador quedó terminado y mi amigo se instaló en él. Nos informó, radiante, que había experimentado un cosquilleo en las manos. Pero no logramos convencerlo de que utilizara el acumulador en forma regular. Por fin descubrí que se resistía con todas sus fuerzas a aceptar el hecho de que estaba enfermo. Mantuve una charla amistosa con él, pero fue en vano. Pero un día de tormenta comenzó a experimentar violentos dolores y ya no pudo moverse. El ardor en la uretra era tal, que estuvo a punto de entregarse a la enfermedad.

Con gran esfuerzo de mi parte, y con la ayuda de su intenso deseo de vivir, lo persuadí de que se sentara en el acumulador dos veces por día, durante una hora. A los pocos días desapareció el dolor. El análisis microscópico de la orina reveló la presencia de células cancerosas en estado de desintegración. Los bacilos T estaban inmóviles, pero eran muy abundantes. El enfermo volvió a andar y recuperó el apetito. Le arranqué la promesa de que se cuidaría por lo menos durante un año, de que no experimentaría la enfermedad como una ignominia y de que proporcionaría a su organismo la

* "Yo lo llamo *vida*, pero la gente se reiría de mí y por eso prefiero no hablar del asunto. (N. de la T.)

posibilidad de recuperarse.

Los efectos del acumulador, sumados a mis esfuerzos psicoterapéuticos, dieron resultado. Seguí su proceso de recuperación durante varias semanas. El visitaba mi cabaña, que estaba a cuatro millas de su casa, y me interrogaba acerca de las características de esa energía a la cual él llamaba "vida". Entendía en forma intuitiva todo lo que yo había elaborado experimentalmente y lo entendía bien. Por fin partí, convencido de que pronto dejaría de utilizar el acumulador con regularidad. Pero estaba errado. Le tomó cariño, admitió que le había salvado la vida por el momento y me informó por carta que se sentía mucho mejor. Ya no experimentaba dolores, aumentó de peso y, según sus propias palabras, se sentía "rejuvenecido". Aumentó 3,180 kg. en el transcurso de dos meses. Por un tiempo excretó un líquido parduzco, es decir, el detrito de tumor.

Este hombre debería haber muerto hace mucho tiempo. A la fecha de la publicación de este libro se muestra lleno de vida, casi no experimenta dolores y no necesita recurrir a droga alguna. Cualquiera que sea su destino ulterior, al final de su vida ha experimentado el poder de lo que él llamaba "Dios" y "vida".

Este hombre se llama Herman O. Templeton y es el administrador de los laboratorios del Instituto Orgón, que establecimos en Franklin County, Maine, bajo el nombre de "Orgonon".*

Lo que paso a describir ahora es *sólo un plan* del Instituto del Orgón. Su materialización no depende sólo del Instituto. No sabemos cuánto tiempo transcurrirá hasta que la administración social reconozca los peligros que para la existencia humana representan las biopatías sexuales. No sabemos cuánto se prolongará esta guerra que impide fomentar el desarrollo humano. De todas maneras, el Instituto del Orgón ha adoptado algunas medidas decisivas para la prevención de las biopatías. Dejo ahora librado a juicio del lector el opinar si nuestros esfuerzos merecen o no el apoyo de la opinión pública. Y no me refiero sólo a reconocimiento o encomio, sino a asistencia *tangible*, económica y social.**

* El señor Templeton falleció más tarde a causa de un ataque anorgonótico. (Nota del editor alemán.)

** Si bien se hicieron grandes progresos en lo que se refiere a la implementación del plan expuesto por Reich en las páginas siguientes (escritas en 1943), las circunstancias que culminaron con su muerte fueron paralizándolo el trabajo en Orgonon. Hoy, Orgonon es una parte del Wilhelm Reich Infant Trust Fund; espera una renovación del apoyo que le permita volver a ser el centro de investigaciones de la organomía. El interés sin precedentes que despierta hoy esta joven ciencia nos permite concebir la esperanza de que esa ayuda se concrete a la brevedad. (Nota del editor alemán.)

Templeton fue el primer enfermo de cáncer que tuvo un acumulador de orgón permanentemente en su casa. El efecto de ese autotratamiento a domicilio fue excelente. Los enfermos de cáncer que concurrían a mi laboratorio para someterse a la orgonterapia iban a diario "al médico". Mi amigo fue su propio médico. Podía utilizar el acumulador con la frecuencia que quisiera y cuando se le ocurriera. Cuando experimentaba dolores no tenía que soportarlos una hora hasta arreglar la cita con el médico; él podía someterse enseguida a la acción del orgón. Podía instalarse no una sino *tres veces* diarias en el acumulador. Le sobró tiempo para familiarizarse con la radiación, para trabar amistad con ella, por así decirlo. El acumulador ya no era un "aparato médico" en un "laboratorio clínico". El enfermo podía mostrárselo a sus amigos y parientes, invitar a Fulano o a Mengano a que se sentara en él, discutir con ellos los fenómenos y confirmar sus experiencias. El enfermo no era el objeto pasivo de un tratamiento, sino que desempeñaba un papel activo en la terapia. Aprendió a meditar sobre la energía que tanto lo había ayudado y a manejarla. Se convirtió en una nueva especie de trabajador social, que ponía a la gente de su medio en contacto con el tema, sin intervención del médico. Economizó mucho dinero que tendría que haber invertido en largos viajes, en medicamentos, etc. Estos efectos médicos y sociales del *acumulador de orgón a domicilio* constituyen la base del plan Orgonon. Nuestro enfermo recuperado se ofreció espontáneamente a hacerse cargo de la construcción de acumuladores. Su hija lo sucedió, más tarde, en esa tarea. Si todo se cumpliera como es debido, con el tiempo la demanda de acumuladores de orgón aumentaría mucho, y por lo tanto se necesitaría un predio para levantar los talleres. Pero la adquisición del terreno y la edificación de los talleres exigen dinero. Las investigaciones sobre el orgón requieren sumas muy elevadas, que quienes trabajamos en el Instituto no podemos aportar y que nadie suministrará. Por eso, las pequeñas sumas cobradas para el uso de los acumuladores de orgón podrían cubrir no sólo los costos de su fabricación, sino todo el trabajo de investigación. Cuando el público se vaya familiarizando con la naturaleza del orgón, se mostrará dispuesto a contribuir a la investigación y se verá compensado por los beneficios del acumulador.

Así nació la idea de emplear el acumulador en la investigación del orgón, en lugar de venderlo o de explotarlo. Esto sólo podría realizarse en forma de una *institución pública sin fines de lucro*.*

El Instituto adquirió una granja de 150 hectáreas en Maine, por un valor

* La Wilhelm Reich Foundation fue creada en 1949 con ese objeto. Ya no está en actividad. (Nota del editor alemán.)

de 4 000 dólares. El dinero fue facilitado como préstamo sin intereses por una maestra de escuela que estudiaba en el Instituto. La amortización se cumpliría en el transcurso de los próximos años. La granja incluye algunos viejos edificios cuyos materiales pueden aprovecharse para levantar los talleres indispensables. Herman Templeton se hizo cargo de la administración de las edificaciones. *El National Research Council de Washington está al tanto de este plan.*

Orgonon está situado a 1600 pies de altura y tiene un clima seco y soleado. Eso lo hace muy apto para la investigación experimental del orgón. Con el tiempo, todo el trabajo biofísico podrá trasladarse a Orgonon. Así se solucionaría, por fin, el problema de la falta de espacio, que dificulta el trabajo en un pequeño laboratorio neoyorquino atestado de aparatos. Orgonon se convertiría en el centro de la investigación físico-orgonótica, que ya lleva quince años deambulando de país en país. Es hora de que adquiera cierta estabilidad y tranquilidad. Lo merece.

Los acumuladores de orgón construidos en Orgonon seguirán siendo propiedad del Instituto. Se alquilarían como se alquila un teléfono por el tiempo que se desee y por un pequeño aporte mensual destinado al "Fondo de Investigaciones sobre el Orgón". Los ingresos de este fondo provienen de las contribuciones de estudiantes y asociados, de aportes voluntarios de otras personas, de los exámenes de laboratorio y del pago mensual por el uso de acumuladores. Este fondo es nuestra única fuente de dinero para costear la organización, para los salarios de los obreros y para la expansión de la física orgonótica.

El acumulador de orgón produce excitación vagotónica del organismo y carga la sangre de orgón, con lo cual aumenta la resistencia del organismo contra las enfermedades. Por eso se convertirá en un instrumento indispensable en la lucha contra aquellas enfermedades que consisten en una reducción de las reacciones de defensa biológica del organismo y en una contracción del aparato vital. No dudo de que la desconfianza que inspira el aparato por su novedad y por su simplicidad pronto quedara superada. Si he renunciado a la idea de las ganancias, no es por magnanimidad sino para evitar toda sospecha de competencia económica con la poderosa industria farmacéutica.

Quisiera repetir una vez más que mis investigaciones con el acumulador de orgón *no se circunscriben al cáncer, por más que la acción del orgón se haya probado más que nada en esta enfermedad. Lo que más nos interesa es la caga bioenergética del organismo, que por fin se hará posible gracias al orgón.*

Sostengo que *la prevención del cáncer depende de nuestra capacidad de elevar la potencia orgonótica del organismo, mucho antes de que lleguen*

a desarrollarse los bacilos T e incluso las células cancerosas. Lo importante es evitar el encogimiento del aparato vital y la consiguiente putrefacción. Esta tarea abarca dos aspectos: el biofísico, que es más limitado, y el médico-social, que es de mayor amplitud.

La tarea biofísica consiste en la aplicación directa de orgón por medio del acumulador. La tarea más amplia, el aspecto social de la cuestión, consiste en educar a la población para que entienda y prevea las biopatías sexuales en la infancia y en la adolescencia, es decir, para que evite el desarrollo de los procesos orgánicos que no sólo culminan en la biopatía de encogimiento del cáncer, sino en todos los tipos de biopatía. Sin duda alguna, la tarea social es mucho más amplia y ardua que la biofísica. Esta, que consiste en la aplicación directa del orgón, es simple y, al comienzo, deberá practicarse en escala limitada y en forma experimental. Para ello existen dos caminos:

a) A medida que el uso de los acumuladores de orgón se vaya difundiendo llevaremos un registro exacto de los usuarios que hayan desarrollado cáncer u otras enfermedades después de tres o cuatro años. Esto nos brindará un panorama de las posibilidades de profilaxis del cáncer. Pero el factor emocional, el encogimiento del aparato vital por resignación, es imponderable y; sin duda, sólo podrá ser eliminado con la ayuda del aspecto social de la tarea. Volviendo al acumulador, supongamos que en un momento dado hay 5.000 unidades en uso. Si los 5.000 usuarios no desarrollaran cáncer o lo hicieran en una proporción mucho menor que la población en general, esta parte de la tarea habría quedado cumplida. El principio podría aplicarse en escala nacional e internacional.

b) En caso de contar con la ayuda de organizaciones públicas, la tarea podría cumplirse también de la siguiente manera; en un distrito o estado o ciudad con una población de, digamos, 10.000 habitantes, se suministraría "un acumulador por domicilio". Los asistentes sociales llevarían un registro exacto del número de casos de cáncer producidos en ese distrito. Ese registro se compararía con el de otros distritos en los cuales no se utiliza el acumulador. En un lapso que podría mediar entre dos y cinco años se podrían extraer conclusiones muy precisas acerca de la posibilidad de una profilaxis general del cáncer.

Este plan puede parecer fantástico a muchos lectores. Pero yo formulo la siguiente observación: si se puede movilizar la población de todo el planeta con fines bélicos ¿por qué no habría de mobilizarse un distrito de 10.000 habitantes para realizar un experimento decisivo? Tengo plena conciencia de las dificultades que esto implica; pero la materialización de este plan es posible y no debe ser omitida.

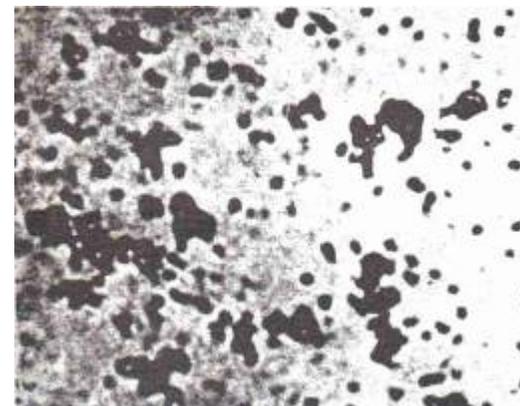


Fig. 25. Biones de carbón, obtenidos de polvo de carbón llevado a la incandescencia y luego hinchados en caldo y solución KCl.



Fig. 26. Tres bacilos-T (flecha). Tinción Gram (roja). Inmediatamente después de haber producido un preparado de carbón animal. Aumento de 5000x aproximadamente; tamaño real inferior a 0,25 micrones. Las grandes manchas negras son polvillo de carbón. (ver pág. 39)

Fig. 27. Limadura de hierro seca. Aprox. 3000x. (p. [43](#))



Fig. 28. Limadura de hierro después de 15 minutos en una solución de caldo y KCl . Las vesículas inmóviles al comienzo, se separan y se disponen en filas que corresponden a un campo magnético. Aprox. 500x. (p. [43](#))

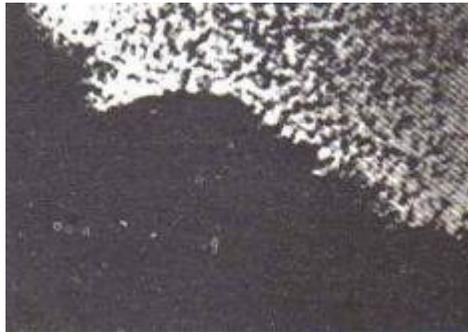


Fig. 29. Vesículas energéticas en cada partícula de tierra y de humus. (p. [45](#))



Fig. 30. Cultivo de biones PA. Aprox. 3000x.

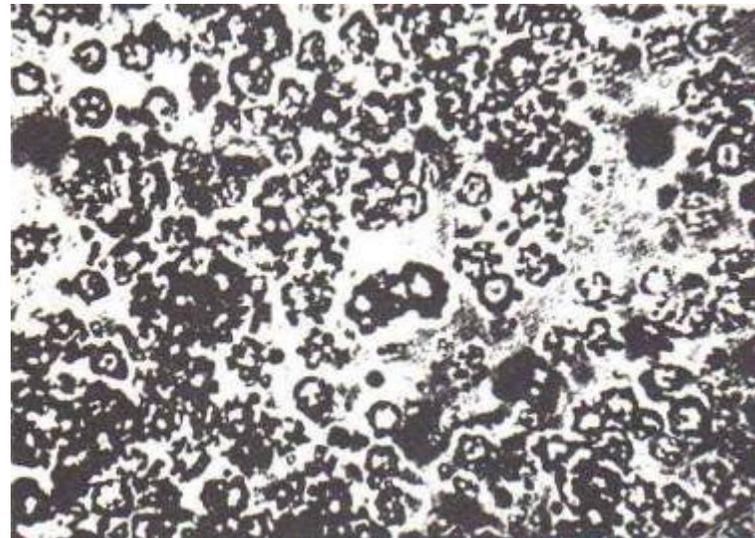


Fig. 31. Preparado vivo de biones PA azules, en sangre humana esterilizada en autoclave (Reacción B). Aprox. 2000x. (p. [55](#))



Fig. 32. Bacilos-T obtenidos en un tejido sarcomatoso. Aprox. 5400x. (p. [55](#))

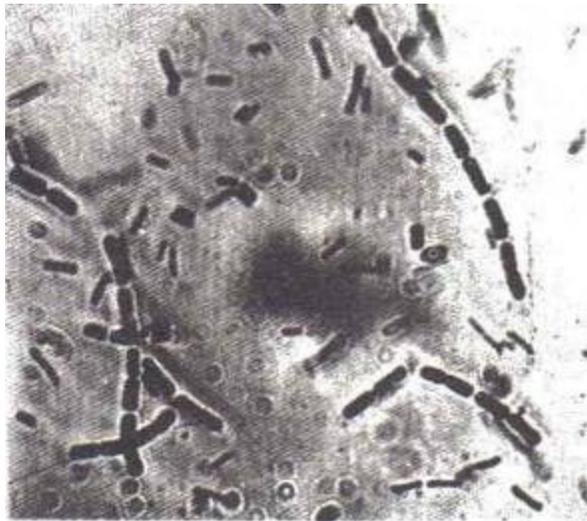


Fig. 33. Bacilos obtenidos por infección del aire. Aprox. 1000x. Compárese con la *Fig.32*

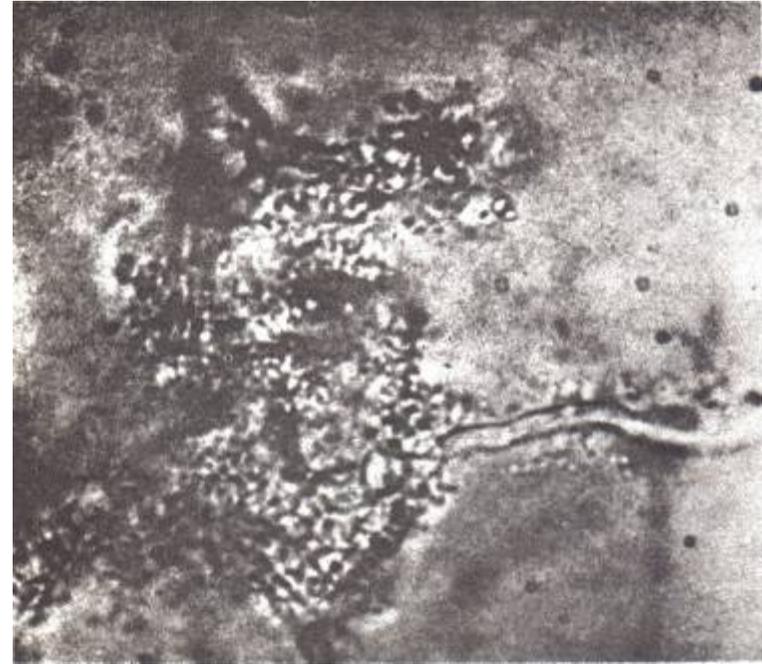
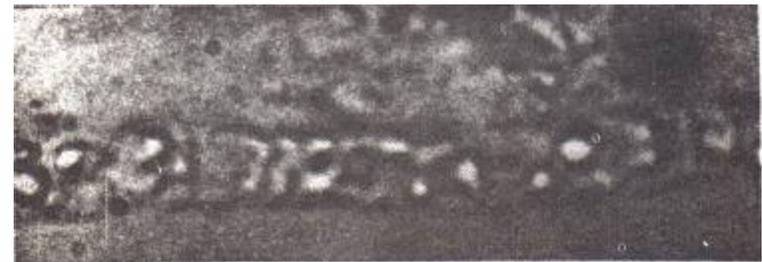


Fig. 34. Desintegración vesicular (bionosa) en una infusión de hierba. Aprox. 700x (p. [64](#) y [66](#))

Fig. 35. Vesículas bionosas que muestran un intenso resplandor azul en una hoja de hierba. Aprox. 1500x (p. [64](#) y [66](#))



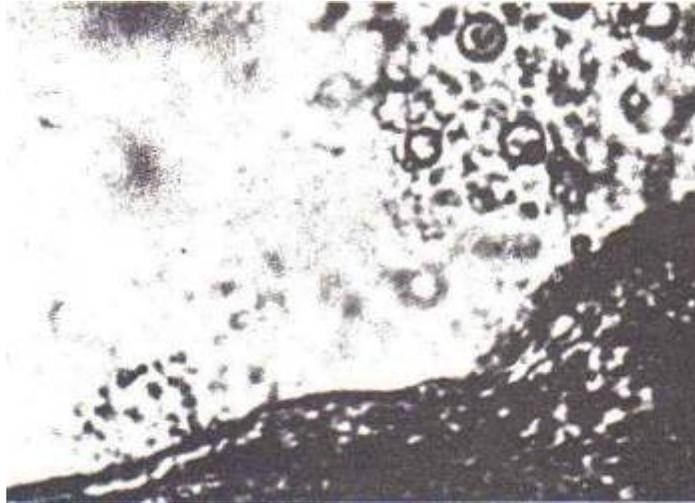


Fig. 36. Fase inicial en el desarrollo de la ameba limax. Las formas esféricas que aparecen en el ángulo superior derecho provienen de hierba hinchada. Se desarrollan hasta transformarse en amebas. Abajo a la izquierda se está constituyendo un protozoario. Aprox. 1000x. Para filmar este proceso se utilizó retardador. (p. [64](#) y [69](#))

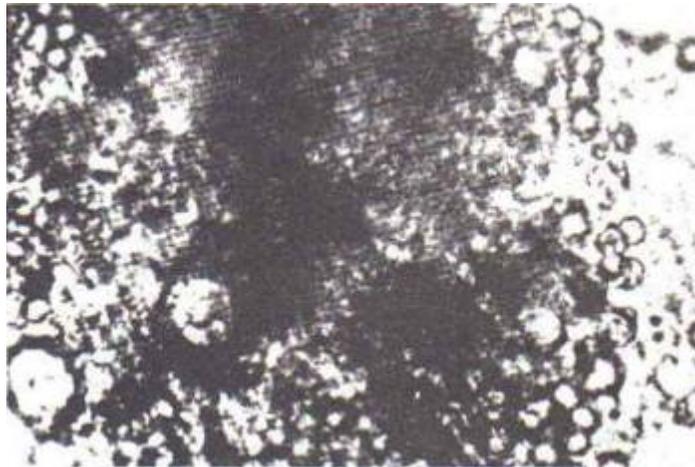


Fig. 37. El mismo preparado que en la fotografía anterior, en un estado más avanzado. Las grandes formas esféricas que aparecen a la izquierda se encuentran en un proceso de desarrollo que culminará en amebas fluidas. Aprox. 1000x. (p. [64](#) y [69](#))

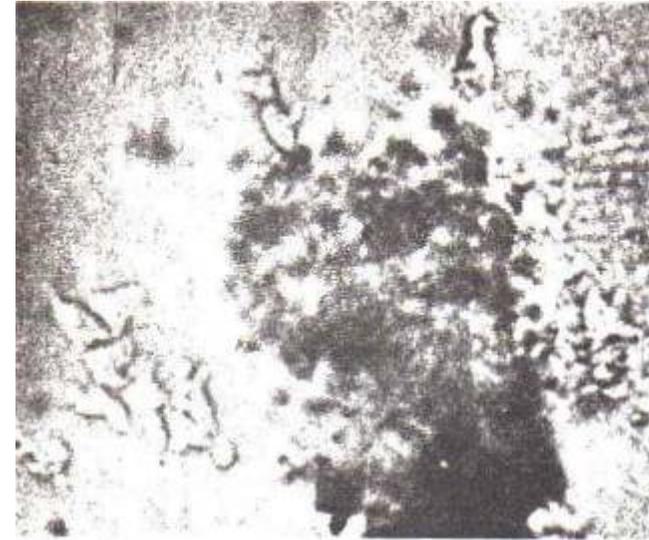


Fig. 38. Gérmenes de protozoarios en disolución (a lo largo del borde derecho de la hierba en estado de desintegración); a la izquierda y arriba, se desprenden amebas. (p. [64](#) y [69](#))

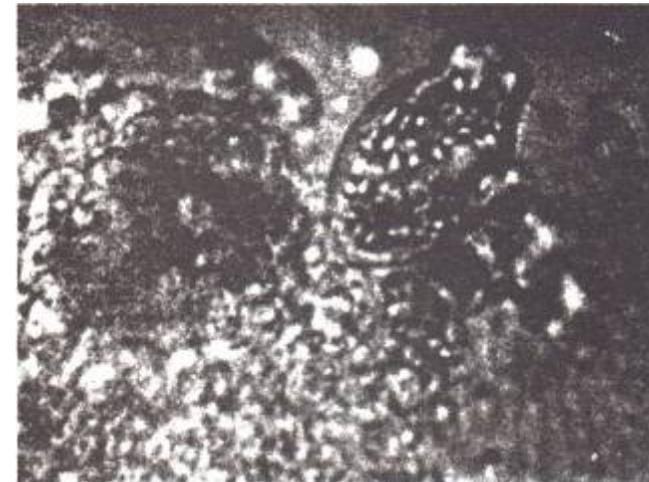


Fig. 39. Acúmulo de vesículas bionosas en una etapa avanzada de organización (p. [64](#), [68](#), [69](#) y [229](#))



Fig. 40. Un protozoo que se desarrolla a partir de un musgo. Aprox. 3500x. (p. [64](#) y [229](#))

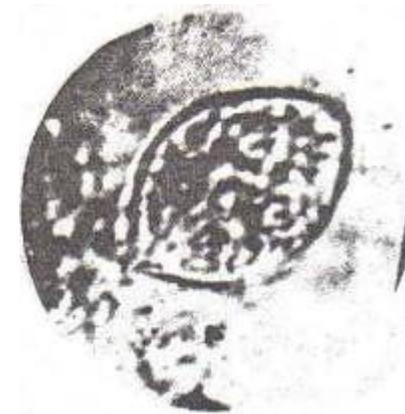


Fig. 41b. Vesículas bionosas organizadas en acúmulo. Aprox. 1500x. (p. [64](#) y [229](#))

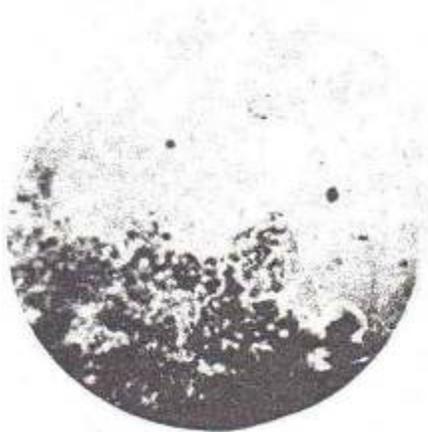


Fig. 41a. Organización de un protozoo en el margen de una hierba en estado de desintegración bionosa. Aprox. 700x. (p. [64](#) y [229](#))



Fig. 41c. Germen de protozoo (vesícula bionosa) en desarrollo sobre el margen derecho de una hierba en desintegración. (p. [64](#))

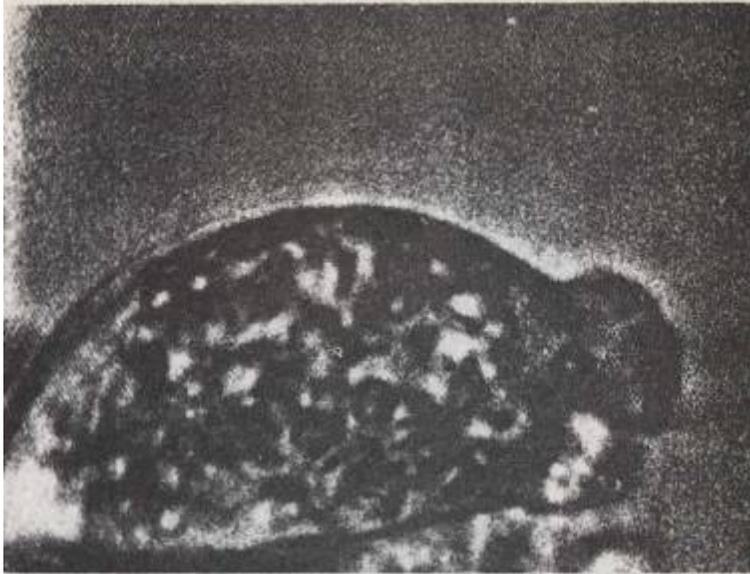


Fig. 42. "Org-protozoario". Un protozoario completamente organizado en estado de expansión, aun cuando todavía no se ha desprendido de la hoja de hierba. Obsérvese la estructura vesicular del protoplasma Aprox. 3000x. (p. [64](#) y [68](#))

Figs. 43-47. Copos plasmáticos del Experimento XX, Aprox. 300x.

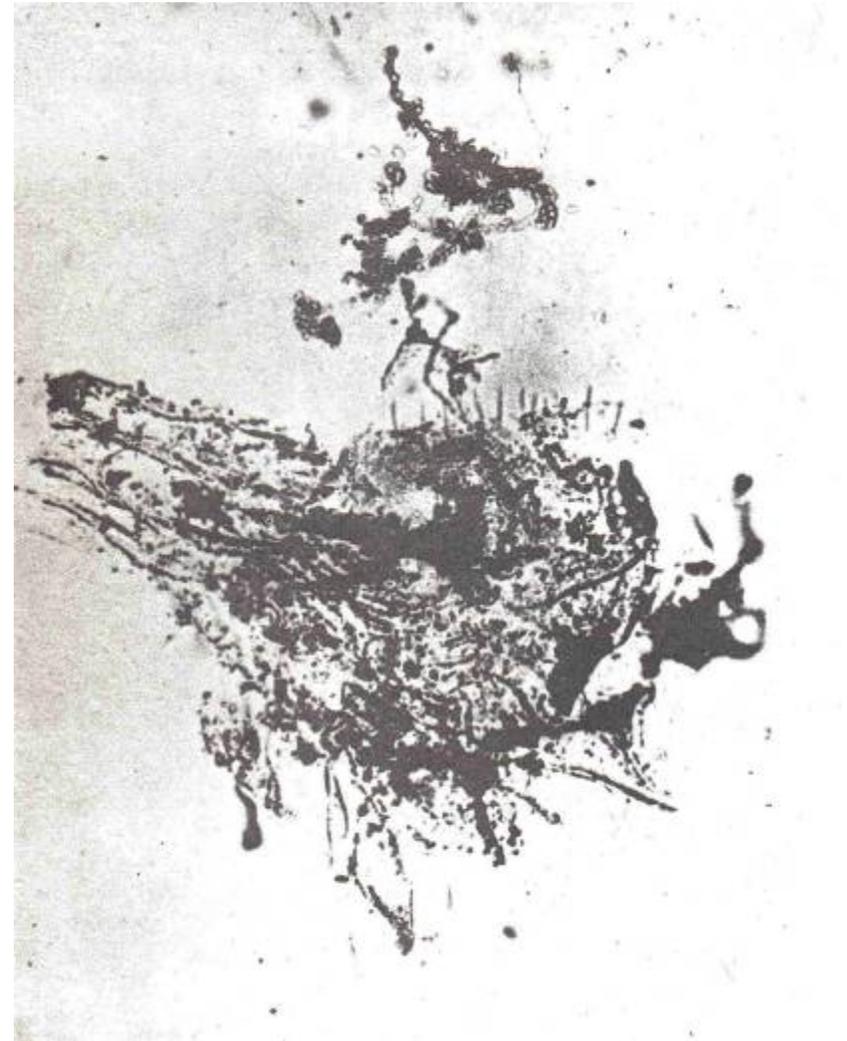


Fig.43 (p. [79](#))



Fig.44. (p. [79](#))



Fig.45. (p. [79](#))

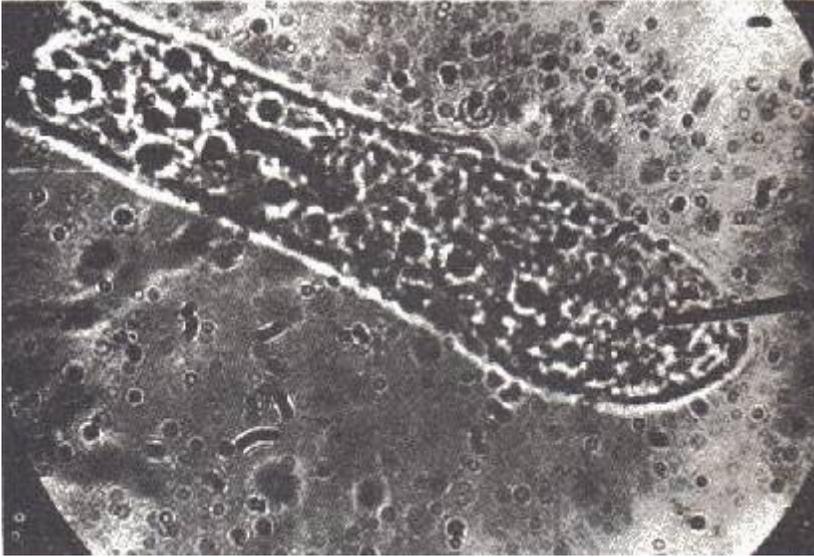


Fig.46. (p. [79](#))

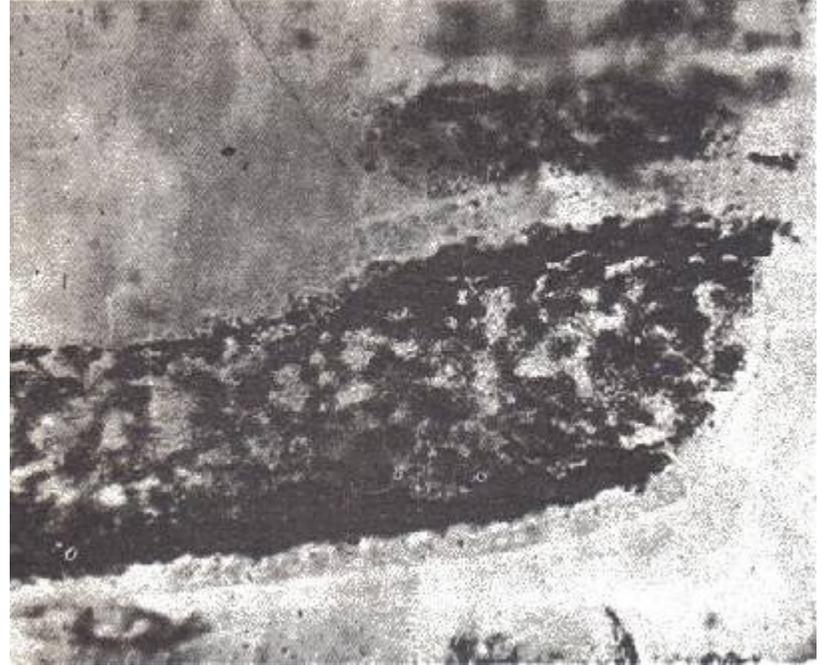


Fig.47. (p. [79](#))

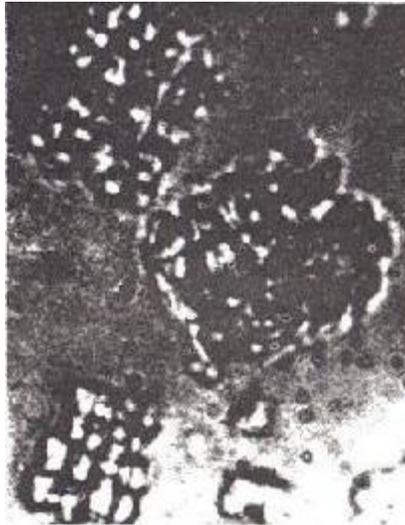
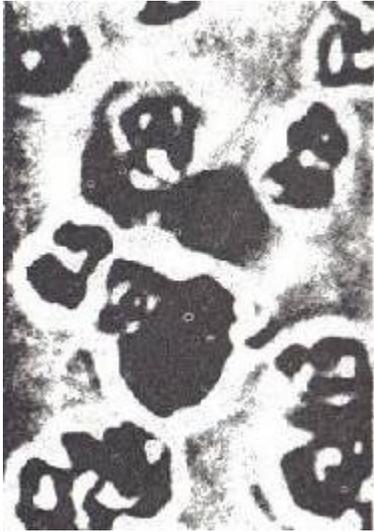


Fig. 48a, b, Cultivo de biones (SAPA) en el cual se descubrió en 1939 la existencia de la energía orgón. (p. [94](#))

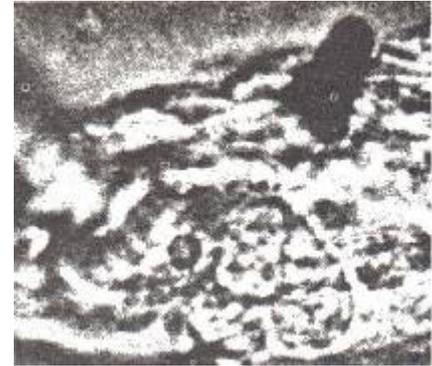


Fig. 49. Preparado de un tumor de hueso (fibula) en el cual el tejido muestra estructura vesicular con un acúmulo de células cancerosas en avanzado estado de organización. Aprox. 1000x. (p. [212](#))



Fig. 50a. Formación fusiforme precancerosa (flecha) y biones SAPA (arriba a la derecha) de una secreción vaginal.

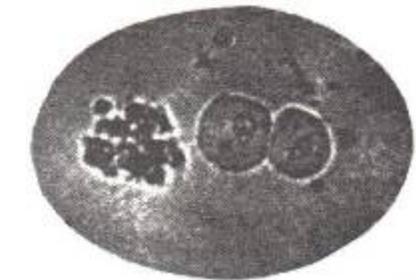


Fig. 50b. Contracción hasta adoptar forma esférica e inmovilización de dos células cancerosas ameboides, oblongas y móviles; provocadas por la acción de un bion SAPA.

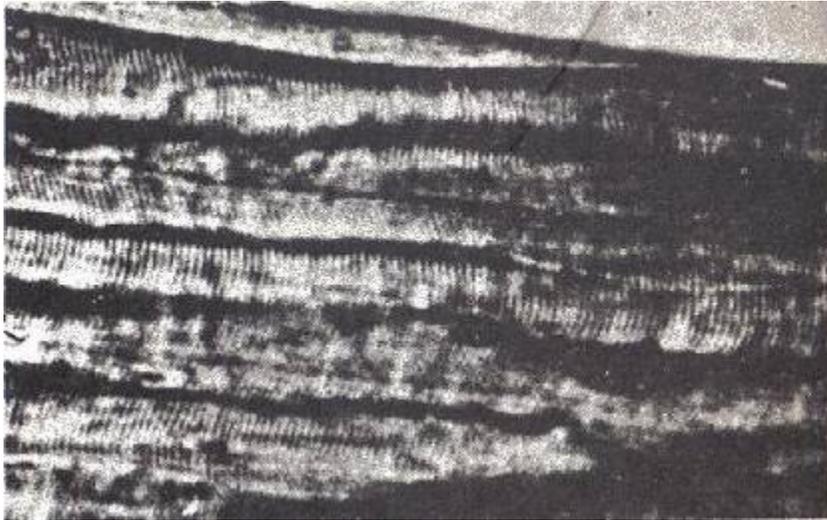


Fig. 51. Tejido muscular (humano) normal, con estructura estriada, no vesicular. Observado en estado viviente en solución fisiológica salina. Aprox. 1000x. (p. [212](#))

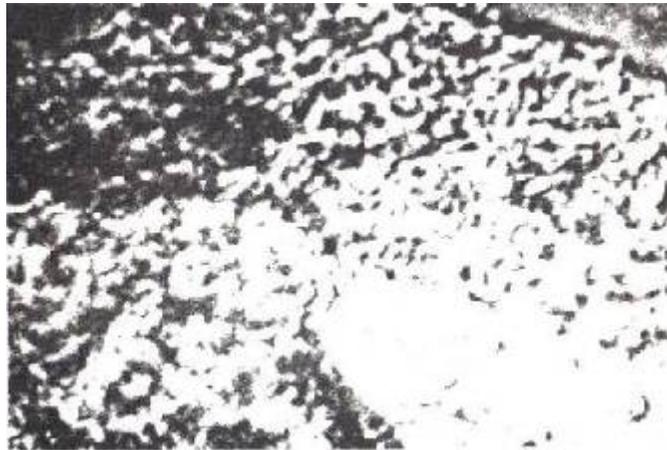


Fig. 52. Tejido muscular canceroso de un útero humano. Se advierte estructura bionosa. En el margen derecho aparece una organización protozoaria. Observado en solución fisiológica salina. Aprox. 1000x. (p. [212](#))

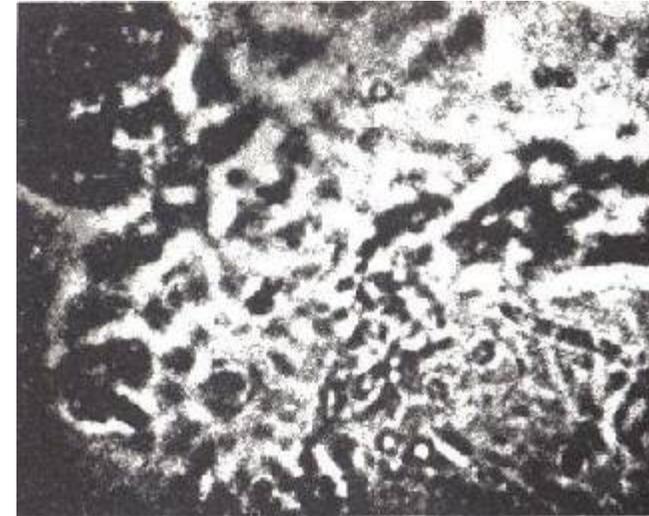


Fig. 53. Células epiteliales de un cáncer de mama, observadas sin tinción, en estado viviente, en solución fisiológica salina, una hora después de la extirpación del tumor. A la derecha, arriba y abajo, células epiteliales sanas que no muestran estructura. Hacia el centro de la fotografía se observa tejido epitelial en desintegración bionosa, que se extiende hasta el borde inferior del recuadro. A la izquierda, montones de células cancerosas aún en proceso de formación. Aprox. 1000x. (p. [212](#))

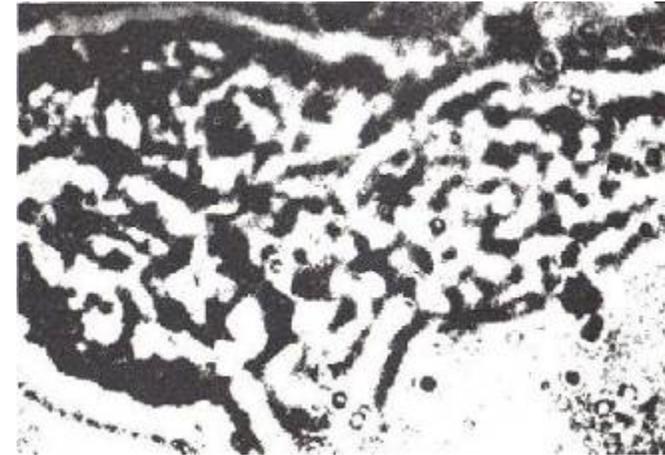


Fig. 54. Tres típicas células cancerosas claviformes de un tumor humano. Aprox. 2300x (p. [212](#))

Fig. 55a. Células epiteliales en solución KCl. Muestran transformaciones precancerosas (X). Extraídas de una verruga en el rostro. (p. [247](#))



Fig. 55b. Proliferación (X) de células epiteliales de la misma verruga. (p. [247](#))



Fig. 56a. Células epiteliales precancerosas del cuello; hay corpúsculos T y vesículas con una intensa radiación. (p. [247](#))

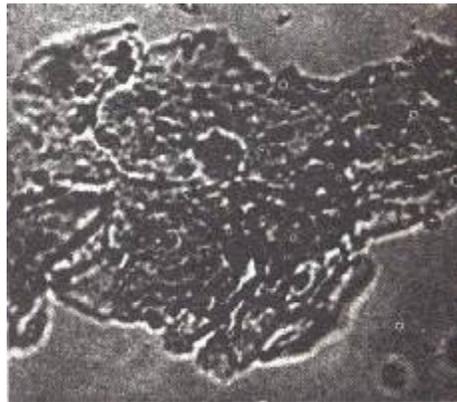


Fig. 56b. Epitelio cervical canceroso con formaciones fusiformes (X).

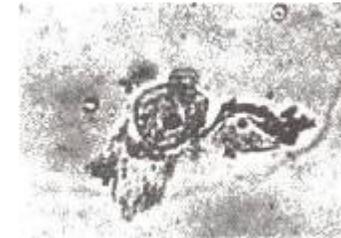


Fig. 56c y d. Epitelio canceroso cervical con células cancerosas en desarrollo (X). (p. [248](#))

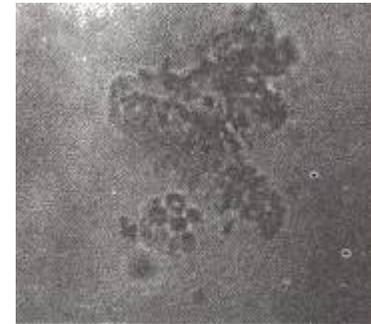


Fig. 56e. Célula cancerosa fusiforme de una secreción vaginal (Ca III). (p. [248](#))



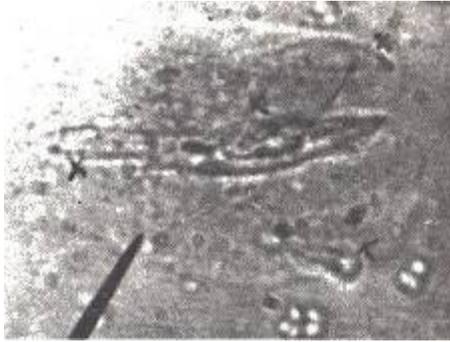


Fig. 57. Aparición de formaciones fusiformes intensamente cromáticas (X) en el interior de una célula epitelial (flecha), de la secreción vaginal de una mujer en la cual se suponía la existencia de un cáncer (Ca III). (p. [248](#))

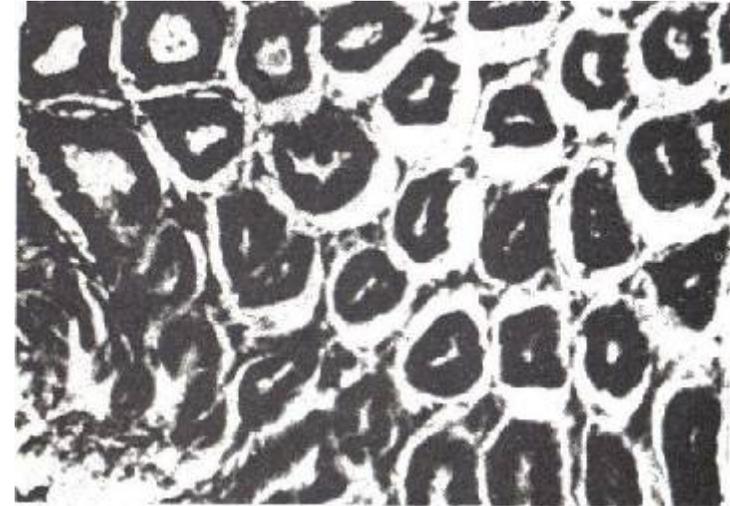


Fig. 58 b. Degeneración carcinomatosa incipiente del epitelio gástrico de una rata a la cual se le habían inyectado bacilos-T. Ca II y Ca III. (Corte transversal). (p. [248](#))

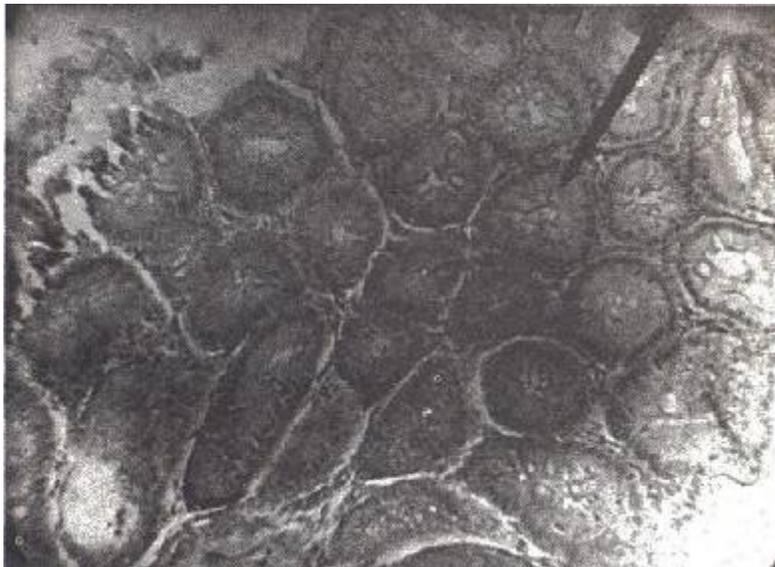


Fig. 58a. Epitelio sano, glándulas gástricas de una rata.

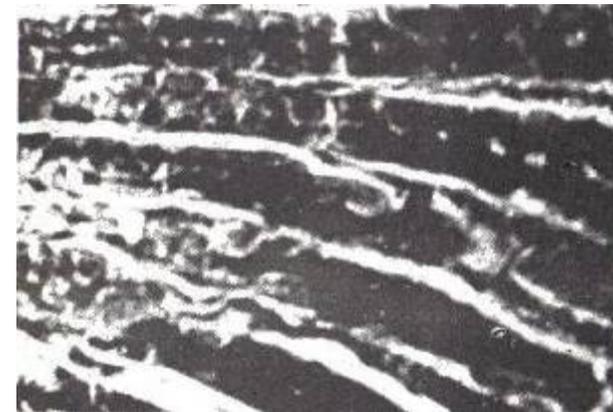


Fig. 58c. Transformaciones carcinomatosas en las células de las glándulas intestinales de una rata tratada con bacilos-T (oscurecida con hematoxilina-eosina); corresponden a las formaciones claviformes del preparado viviente. Fases CA II y III. Sección longitudinal. (p. [248](#) y [249](#))

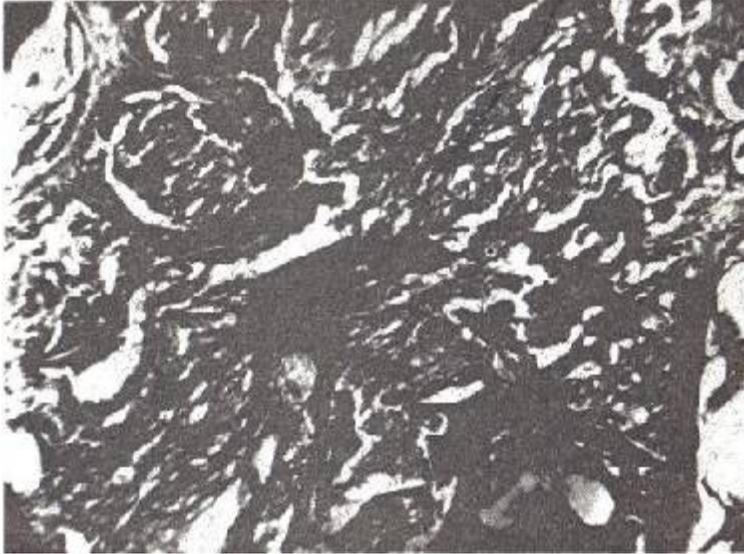


Fig. 58d. Desintegración pútrida de la mucosa gástrica cancerosa de una rata tratada con bacilos-T (CaV). (p. [257](#))

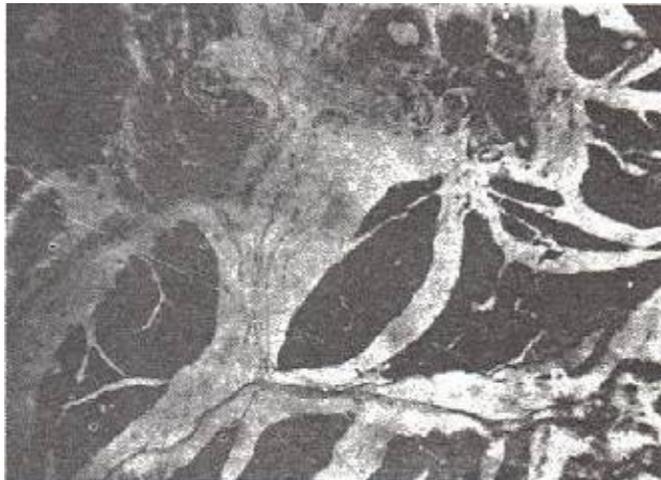


Fig. 59. Metástasis en el tejido subcutáneo cervical de una rata tratada con bacilos - T (Ca 111). (p. [248](#) y [251](#))

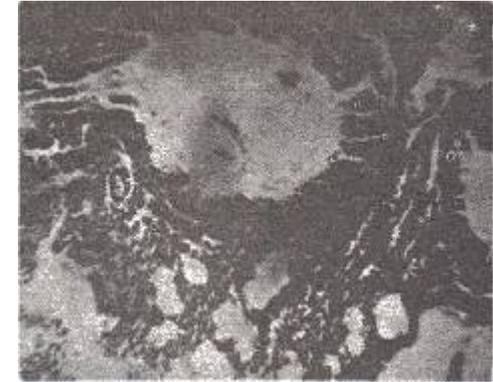


Fig. 60a. Sección del pulmón de una rata T, coloreada con hematoxilina-eosina. Se pueden ver metástasis de células cancerosas. Aprox. 300x. (p. [250](#))

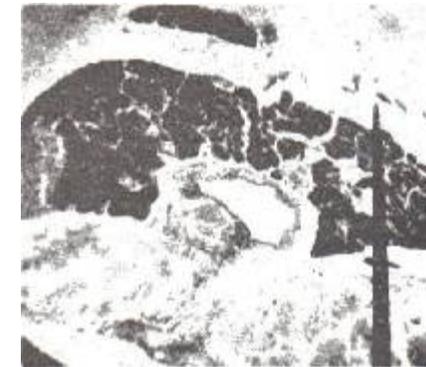
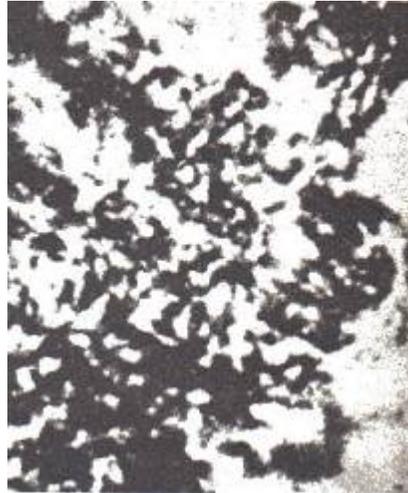


Fig. 60b. Tejido subcutáneo de una rata T que muestra metástasis de células cancerosas, teñidas con hematoxilina-eosina. La flecha señala células fusiformes individuales. Aprox. 300x. (p. [250](#))



Fig. 60c. Las mismas células metastásicas tomadas de la cavidad peritoneal de una rata T. Coloreadas con hematoxilina-eosina. Aprox. 300x. (p. [250](#))

Fig. 61a. Modelo de célula cancerosa del experimento N° 14. Se ven biones de Carbón que penetran en el medio de huevo. Aprox. 300 x. (p. [260](#))



61b. Lo mismo que *61a*, con un aumento de aprox. 2000x. (p. [260](#))

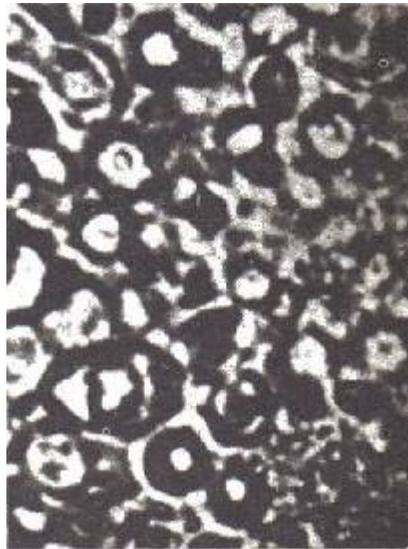


Fig. 61c. Células bionosas en estado vivo. (p. [260](#))

Fig. 61d. Lo mismo con coloración Gram. (p. [260](#))



Fig. 61e. El tumor fue provocado en una rata sana por inyección de bacilos-T.

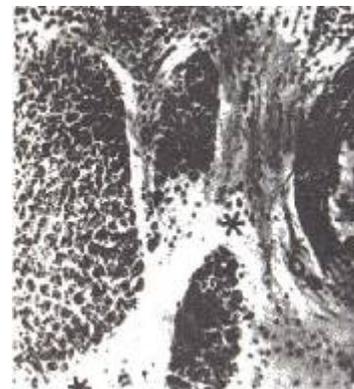


Fig. 61f. Bacilos-T vistos en el peritoneo de la misma rata. Coloreados.

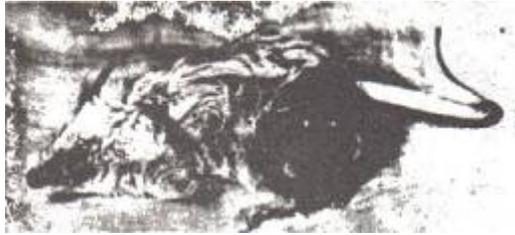


Fig. 62a. Tumor canceroso en la región glútea de una rata, después de una inyección de bacilos-T. Estos se obtuvieron a partir de sangre de seres humanos sanos, sometida a un proceso de desintegración (10 Ge T). (p. [264](#))



Fig. 62b. El mismo tumor extirpado del músculo glúteo.

Fig. 62c. Sección coloreada del mismo tumor, en el límite entre el tejido sano y el tejido crónicamente inflamado. Las flechas indican células cancerosas individuales grandes e intensamente coloreadas. (p. [248](#))

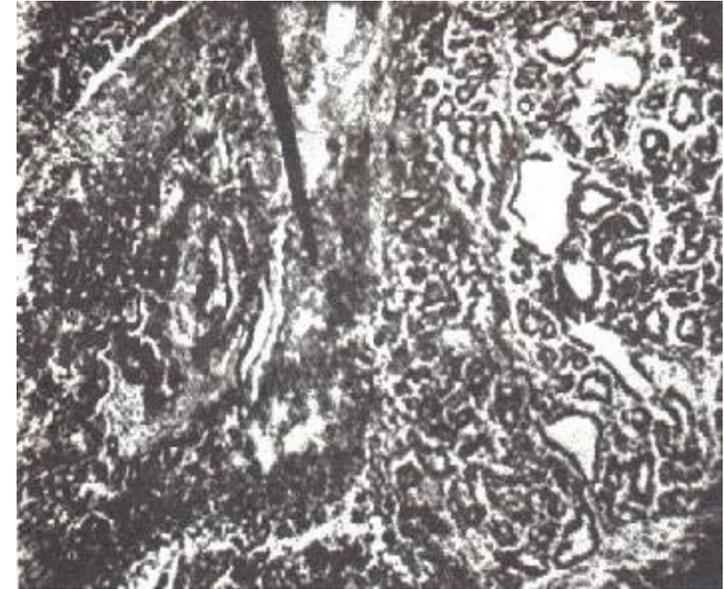
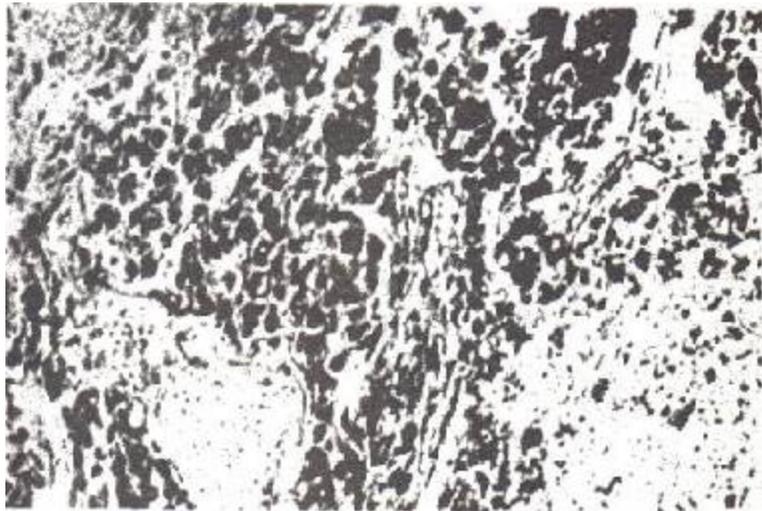


Fig. 62d. Formación de quistes en un corte del mismo tumor. La flecha señala la zona de inflamación crónica entre la musculatura sana y el adenocarcinoma. (p. [248](#))

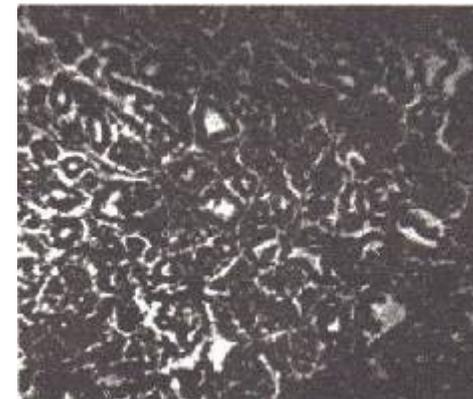


Fig. 62e. Otro corte en el cual se puede observar la completa transformación adeno-carcinomatosa en el músculo. (p. [264](#))

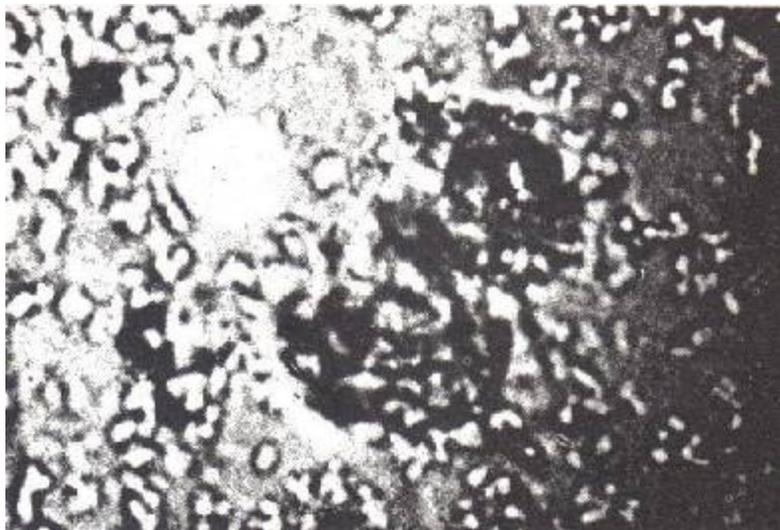


Fig. 63. Biones azules PA que penetran en las células cancerosas y las destruyen masivamente. Fotograma de una película cinematográfica. (p. [275](#))



Fig. 64e. Tumor extraído a una rata con energía orgónica. Grandes cavidades, antes colmadas de sangre. Detrito (izquierda) que contiene bacilos-T. En el centro tejido conjuntivo nuevo remplazando las cavidades. En el centro y a la derecha, masas cancerosas restantes.



Fig. 64f. Tumor de una rata tratada con energía orgónica. Grandes cavidades, antes colmadas de sangre, que ahora contienen tejido canceroso y detrito constituido por bacilos-T.



Fig. 64g. Tumor de una rata curada con energía orgónica. Escaso tejido canceroso desintegrado. En el centro, detrito estéril. En la parte inferior, nuevo tejido conjuntivo.

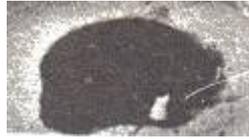


Fig. 64a, b. Un compacto y duro tumor canceroso de mama de dos ratas no tratadas.



Fig. 64c. Secciones de estómago y duodeno en los cuales se produjo cáncer por medios artificiales (ratas T). Mucosa gástrica atrófica; excreciones carcinomatosas en forma de pólipos; masas de células cancerosas en el peritoneo.



Fig. 64d. Tumor de una rata en el cual se percibe la desintegración, pútrida.