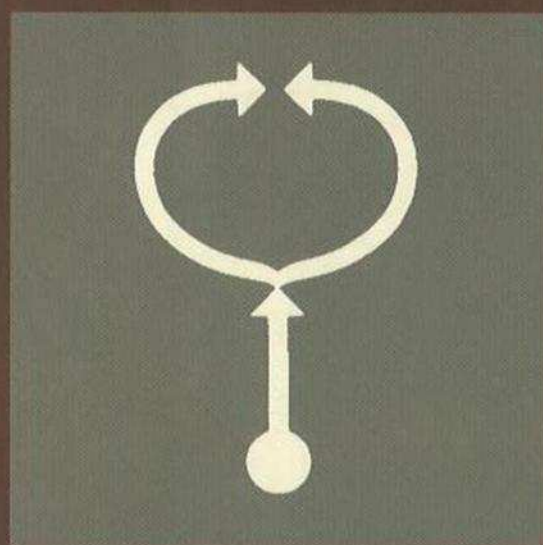


WILHELM REICH
A BIOPATIA
DO CÂNCER



Uma doença restritiva causada pela privação sexual crônica.

O que é o câncer? Tradicionalmente, a ciência médica o classificou como um tumor intrusivo que surgia espontaneamente em um organismo, de resto, saudável. Em contraste com essa definição, Wilhelm Reich define o câncer não como um tumor – simples manifestação tardia da doença –, mas como uma doença sistêmica causada pela frustração do funcionamento sexual natural. Nesta investigação científica radicalmente diferente de um processo que se encerra literalmente pela putrefação do corpo vivo em consequência da asfixia crônica dos tecidos, Reich chegou à conclusão de que “o câncer é a expressão somática mais significativa do efeito biofisiológico da estase sexual”. Se for assim, há uma perspectiva muito maior para a prevenção do câncer do que para seu tratamento.

A biopatia do câncer é o segundo volume de *A descoberta do orgone*. O primeiro volume é *A função do orgasmo*.

*Tradução portuguesa Copyright © 2009 by Mary Boyd Higgins as Trustee
of the Wilhelm Reich Infant Trust.*
*Traduzido de Cancer Biopathy de Wilhelm Reich. Copyright © 1973 by Mary Boyd Higgins
as Trustee of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund.*
*Der Krebs, Volumes I and II Copyright © 1971 by Mary Boyd Higgins as Trustee
of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund.*
*Tradução original publicada com o título the Discovery of the Orgone, Volume Two :
The Cancer Biopathy, Copyright © 1948 by the Orgone Institute Press, Inc. All rights reserved.*
Publicado por acordo com Farrar, Straus & Giroux, LLC, Nova York.
*Copyright © 2009, Livraria Martins Fontes Editora Ltda.,
São Paulo, para a presente edição.*

1ª edição 2009

Tradução

MAYA HANTOWER

Revisão da tradução

Aníbal Mari

Revisão técnica

Ricardo Amaral Rego

Acompanhamento editorial

Luzia Aparecida dos Santos

Revisões gráficas

Maria Regina Ribeiro Machado

Ioani Aparecida Martins Cazarim

Sandra Garcia Cortes

Produção gráfica

Geraldo Alves

Paginação

Moacir Katsumi Matsusuki

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Reich, Wilhelm, 1897-1957.

A biopatia do câncer / Wilhelm Reich ; tradução Maya Hantower ; revisão da tradução Aníbal Mari ; revisão técnica Ricardo Amaral Rego. – São Paulo : Editora WMF Martins Fontes, 2009.

Título original: The cancer biopathy

ISBN 978-85-7827-124-4

1. Câncer 2. Doenças – Causas e teoria de causalidade 3. Orgonomia I. Rego, Ricardo Amaral. II. Título.

09-02511

CDD-615.856

Índices para catálogo sistemático:

1. Energia orgone : Terapêutica : Ciências médicas 615.856

Todos os direitos desta edição reservados à
Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
Rua Conselheiro Ramalho, 330 01325-000 São Paulo SP Brasil
Tel. (11) 3241.3677 Fax (11) 3101.1042
e-mail: info@wmfmartinsfontes.com.br <http://www.wmfmartinsfontes.com.br>

O amor, o trabalho e o conhecimento são a fonte de
nossa vida. Devem também governá-la.

WILHELM REICH



Sumário

<i>Prefácio de Chester M. Raphael</i>	
<i>Prefácio do autor</i>	
I. A função da tensão e da carga	
II. As vesículas de energia orgone (bíons) e a organização natural dos protozoários	
III. A descoberta real da energia orgone	
IV. A demonstração objetiva da radiação de orgone	
V. A biopatia carcinomatosa de encolhimento	
VI. A célula cancerosa	
VII. Natureza e desenvolvimento dos experimentos de orgonoterapia	
VIII. Resultados da orgonoterapia experimental em humanos com câncer	
IX. Anorgonia na biopatia carcinomatosa de encolhimento	
X. A biopatia do câncer como um problema de sociologia sexual	
<i>Apêndice</i>	
<i>Índice remissivo</i>	

Prefácio

A teoria de Reich segundo a qual o câncer não é primariamente um tumor surgido misteriosamente em um organismo, que é, com exceção desta doença, saudável, e sim uma doença sistêmica, causada pela privação sexual crônica, irá surpreender a pessoa comum, que tende a ver um distúrbio da sexualidade como algo aflitivo, mas não patogênico. Ela também irá enraivecer muitos que, devido a um preconceito moral, julgam uma relação dessa ordem ofensiva e insustentável. Wilhelm Reich, com um entendimento certo da conexão entre *todos* os fenômenos naturais, não levou em conta esse preconceito e incluiu o orgasmo como sério tema de investigação. Seus estudos conduziram por fim a um exame da natureza exata da energia expressa no orgasmo e à sua demonstração não só no organismo vivo, mas como o princípio de funcionamento comum de toda a natureza.

A trajetória seguida por Reich ao longo da descoberta desta energia onipresente que ele denominou orgone foi descrita em *A função do orgasmo*. Aqui, em *A biopatologia do câncer*, ele detalha a verdadeira descoberta da energia orgone e revela sua importância prática para o problema do câncer. Faz assim uma contribuição de enorme significado para a compreensão da doença mais grave e mais desconcertante que aflige a humanidade nos dias de hoje.

Publicada em 1948 pela primeira vez, *A biopatia do câncer* é uma obra praticamente desconhecida. Teve uma distribuição extremamente limitada e sua impressão foi posteriormente proibida por uma determinação legal que levou à apreensão ou destruição dos livros de Reich por um departamento do governo dos Estados Unidos. Surge felizmente esta nova tradução, em confluência com uma crescente abertura para abordagens inovadoras do câncer.

Na base da teoria de Reich sobre o câncer encontra-se a energia orgone, que pode ser utilizada no estudo de todos os fenômenos naturais e na investigação, tratamento e prevenção da doença. Poder-se-ia pensar que a prova real da existência de uma energia cósmica, objeto de especulação do homem no decorrer de toda a sua história, seria acolhida calorosamente. No entanto, a incapacidade do ser humano comum para experimentar ou compreender suas próprias sensações corporais – manifestações do movimento dessa energia – fez com que rejeitasse a realidade de uma força específica que governa o seu organismo. Por conseguinte, enxergou a descoberta da energia orgone por Reich como uma idéia fantástica ou uma fraude.

Um obstáculo central para a compreensão da teoria de Reich sobre o câncer é a maneira convencional, mecanicista de compreender as doenças. Até recentemente, na verdade menos de uma centena de anos atrás, atribuíam-se as doenças aos efeitos da interação de muitas variáveis do indivíduo e de seu ambiente. Entretanto, começando pelas investigações de Pasteur e Koch, surgiu “a doutrina da etiologia específica”. De acordo com ela, uma doença tem por causa um fator específico, p. ex., uma bactéria, um vírus ou uma deficiência hormonal. A medicina moderna se assenta nesse ponto de vista mecanicista e é o que está sendo fortalecido atualmente com vastas subvenções federais na investigação do câncer. O entusiasmo com essa abordagem deriva do conhecimento de que um único fator isolado pode ser introduzido para produzir a doença em um animal experimental, ou que um procedimento mecânico ou uma substância química, muitas vezes descobertos acidentalmente, podem ser efetivos no tratamento da doença. Há cientistas proemi-

nentes que discordam dessa abordagem e afirmam que é fútil buscar um fator causal específico. Mesmo assim, a busca continua.

Diversas "causas" isoladas do câncer estão sendo investigadas neste momento, entre elas a teoria viral, a psicossomática e a bioquímica. Assim, certos investigadores estão convencidos de que o câncer é uma doença infecciosa de origem viral e acreditam que logo se desenvolverá uma vacina contra ela. Outros voltaram sua atenção para a possibilidade de uma etiologia psicossomática interativa e fizeram especulações sobre a relação entre depressão psíquica, ausência de agressividade etc. e o desenvolvimento de tumores malignos. Outros ainda sugerem que fatores psicológicos desarranjam o equilíbrio hormonal do organismo ou deprimem os mecanismos imunológicos, contribuindo dessa forma para a etiologia do câncer. Finalmente, na área bioquímica, a descoberta de Otto Warburg, por muito tempo negligenciada, segundo a qual os processos normais de oxidação são danificados de modo irreversível na célula cancerosa e substituídos por processos anaeróbicos, está sendo reavaliada atualmente, em vista da observação de que a falta de oxigênio parece contribuir para o desenvolvimento do câncer.

A despeito do interesse despertado por essas diversas teorias, é evidente que muitas perguntas sobre a etiologia permanecem sem resposta e que há muito de obscuro e confuso. Por exemplo, se houver vírus envolvidos, onde e como se originam? Se houver algo mais fundamental do que vírus em atividade, algo químico, o que será? Se na etiologia estão as emoções, como produzem, de fato, o câncer? Que há uma relação entre câncer e vírus, emoções, falta de oxigênio e assim por diante, isso parece certo, mas o que é e como se efetua a transformação maligna nos tecidos, não se sabe.

Na ausência de uma etiologia conhecida, o tratamento do câncer tem sido em grande parte sintomático, seus resultados imprevisíveis e, de modo geral, nada encorajadores. Na verdade, o sofrimento do paciente de câncer se deve com freqüência aos meios empregados para tratar os sintomas, bem como à própria doença. Como o tumor é o produto mais visível da doença e é considerado pela maioria dos pesquisadores como a doença em si, o tratamento

consiste na sua extirpação ou em uma tentativa de destruí-lo por meio de radiação ou de agentes químicos. Reina a controvérsia quanto ao valor dessas medidas. Por exemplo, há um desacordo permanente sobre a quantidade de tecido que é preciso remover para se estar seguro de que não restaram células cancerosas, que invadirão e destruirão o tecido saudável circundante. George Crile Jr., médico da clínica de Cleveland, descobriu que muitos procedimentos cirúrgicos são excessivos e se queixou de que "na nossa pressa de eliminar o câncer através do uso indiscriminado de cirurgia, estamos esquecendo o paciente e até disseminando a doença". Todavia, a despeito das limitações no tratamento da doença através da remoção ou destruição do tumor, a prática médica padrão consistia que o tumor é virtualmente o único alvo da intervenção terapêutica, devido à premissa mecanicista de que ele surge *por si só* em um organismo que, com exceção disso, é saudável.

Em *A biopatía do câncer*, Reich apresenta uma teoria funcional do câncer que explica a origem e o desenvolvimento da doença, oferece possibilidades para seu tratamento e, o mais importante, para sua prevenção. Isto é obtido sem excluir as especulações existentes sobre a relação entre a doença e a infecção, o distúrbio emocional, os danos no metabolismo celular, o valor da simples extirpação de grandes tumores e assim por diante. O "vírus do câncer" teórico está sem dúvida relacionado aos bacilos T de Reich, que produziram tumores cancerosos em animais de laboratório, fortalecendo dessa forma a teoria atual da infecção. No entanto, para se ajustar aos pontos de vista de Reich, a teoria da infecção teria de incluir o fato de que o bacilo T se origina de maneira endógena a partir da desintegração bionosa da substância viva. (É claro que isto desacredita a teoria metafísica dos "germes aéreos", a partir dos quais se presume que todas as bactérias se desenvolvem.) A depressão psíquica ou falta de agressão, observada por especialistas em psicossomática, é a "resignação caracterológica" de Reich. Mas, para ele, "resignação" não é apenas uma descoberta interessante envolvida obscuramente na origem da doença; é a primeira fase de um processo de encolhimento resultante de um distúrbio na des-

carga da energia biossexual. A teoria da deficiência de oxigênio no nível celular ora em voga, originalmente observada por Warburg, não é uma descoberta isolada sem explicação e sim, de acordo com Reich, a expressão bioquímica interna da deterioração da respiração externa. Em outras palavras, na teoria do câncer de Reich, esses e outros fatores não são heterogêneos e sem relação; são sintomas de uma doença sistêmica que tem sua origem na estagnação prolongada da energia biológica do organismo. Isto é, esses fatores têm uma origem comum e, depois, adquirem a capacidade de funcionar de maneira autônoma, dando desse modo a impressão de ter um significado etiológico primário.

Cada aspecto do câncer é levado em conta na teoria de Reich, contrastando com as insuficiências de todas as outras explicações oferecidas até aqui. Ele não apenas realizou as mesmas observações que estão sendo investigadas individualmente agora, como demonstrou uma relação funcional entre elas que a metodologia mecanicista foi incapaz de descobrir. A tragédia está em que suas descobertas foram recebidas com escárnio, negligência e acima de tudo indiferença, quando vieram a público há mais de um quarto de século, e que jamais houve uma tentativa de examiná-las com imparcialidade. Mesmo o interesse contemporâneo pelos primeiros escritos de Reich, que continuam adequados e oportunos no nosso atual contexto social, não se estende aos seus últimos trabalhos relacionados à descoberta da energia orgone. No entanto, esse novo interesse talvez venha a estimular uma acolhida mais favorável para sua teoria do orgone e torne possível a utilização da energia orgone no estudo e tratamento das doenças somáticas, como o câncer.

Espera-se que *A biopatía do câncer* não provoque entusiasmo místico e tampouco rejeição cega. Reich previu a possibilidade de haver reações irracionais ao seu trabalho e advertiu que sua solução do problema do câncer não implica o descobrimento de sua cura. Ainda assim, a despeito de seus esforços para esclarecer incompreensões e desencorajar expectativas exageradas, ele foi ridicularizado e condenado por danos que não somente não havia causado, como ainda predisse lhe seriam falsamente imputados. Ele afirmou

claramente, em seu prefácio, que estava consciente da inevitabilidade das distorções e reações malévolas. Este deve ser lido com cuidado para evitar quaisquer erros de concepção relativos ao que de fato alega. Além disso, para desfazer qualquer dúvida restante a esse respeito, chama-se a atenção do leitor também para o último capítulo, em que Reich afirma enfaticamente que a solução definitiva para o problema do câncer está na prevenção da doença, e não em sua cura. Os meios para se chegar a essa solução devem ser buscados em primeiro lugar no campo social, pois é nossa ordem social repressora que cria a miséria sexual e a conseqüente estagnação da energia biológica em que se origina o câncer.

CHESTER M. RAPHAEL, médico.
Forest Hills, N.Y.
1973

Prefácio

Este livro é o segundo volume de *A descoberta do orgone* e é a continuação direta do primeiro volume, *A função do orgasmo*. Ele se compõe de uma série de artigos relativos à descoberta da energia orgone cósmica, publicados pela primeira vez entre 1942 e 1945 no *International Journal of Sex Economy and Orgone Research*. Esses ensaios estão sendo apresentados de forma reunida para que a biofísica orgone possa ser vista com mais clareza como o resultado lógico de observações, experimentos e hipóteses de trabalho relevantes. Com mais facilidade do que através de artigos isolados, o leitor destituído de preconceitos poderá agora se convencer de que o descobridor da energia orgone foi muito mais um instrumento da lógica e da consistência científica do que um criador de “novas teorias”. A riqueza de fatos e deduções registradas neste volume excede de longe as capacidades inventivas da mente humana. Durante o processo de descoberta da energia orgone cósmica, minha tarefa não foi construir teorias, porém simples e unicamente registrar minhas observações com cuidado, integridade e objetividade, verificá-las através de experimentos apropriados e construir as pontes lógicas de pensamento entre uma dimensão de funcionamento e outra.

Fiz um rearranjo parcial dos artigos publicados anteriormente com vistas a evitar repetições e apresentar as contribuições em

ordem cronológica. Também acrescentei uma exposição dos erros inerentes à "teoria de germe aéreo". Para maior proveito do especialista em pesquisa sobre o câncer, incluiu-se uma discussão para estabelecer a relação entre a pesquisa clássica sobre câncer e a ergonômica. Na conclusão dos trechos sobre física orgônica, há uma breve nota sobre a demonstração da energia orgone atmosférica através da utilização do contador Geiger-Müller. Infelizmente, foi impossível incluir uma exposição abrangente deste fenômeno por motivo cronológico, já que ele só foi descoberto no verão de 1947.

Espero e acredito que este volume será acessível ao leitor sem formação científica que se familiarizou com os princípios da pesquisa científica em geral, e com a ergonomia em particular. Os trechos demasiadamente técnicos podem ser ignorados por esses leitores sem prejuízo de sua compreensão do todo.

O presente volume abrange os resultados de um trabalho realizado ao longo de um período de dezessete anos, entre 1930 e 1947. Concentrei-me no essencial, uma vez que qualquer tentativa de incluir todos os detalhes teria tornado o livro impossível de ser lido. Haverá oportunidades suficientes em outros contextos para fornecer qualquer informação importante aqui omitida.

É lamentável, porém compreensível, que este volume não possa fornecer uma exposição completa. Ainda existem muitas lacunas na pesquisa do orgone, como sempre acontece na ciência natural objetiva. Ela não oferece um "sistema de pensamento" nem tampouco uma nova "filosofia da natureza", apenas novos fatos e algumas novas conexões entre fatos conhecidos, desde que já tenham sido verificados. Fiz as observações pertinentes nos casos em que permanecem incertezas.

A pesquisa do orgone na atualidade está muito mais avançada do que este livro. Os resultados organométricos dos anos recentes devem aguardar publicação posterior. De modo similar, deverá ser postergada para outra data a exposição sistemática da técnica do pensamento funcional, fundamental para todas as nossas observações, experimentos e conclusões. A omissão é lamentável, mas não pode ser evitada. No decorrer dos últimos doze anos, tornou-se

óbvio que a pesquisa sobre orgone ou é compreendida de maneira equivocada ou simplesmente não é compreendida por biólogos e físicos, porque eles não conseguem ver os novos fatos do ponto de vista do *funcionalismo energético*; ao contrário, procuram compreendê-los com o auxílio dos métodos de pensamento tradicionais, mecanicistas. Isto é impossível. O bacteriologista, por exemplo, enxerga o estafilococo como uma formação estática, de formato esférico ou oval, com um tamanho de cerca de 0,8 micron, reagindo com uma coloração azulada à tintura de Gram e disposto em cachos ou grumos. Essas características são importantes para a biofísica orgone, mas não são essenciais. O nome por si só nada diz sobre a origem, função e posição do coco azul na natureza. O que o bacteriologista chama de "estafilococo" é, para a física orgônica, uma pequena *vesícula de energia* em processo de degeneração. A biofísica orgone investiga a origem do estafilococo a partir de outras formas de vida e segue suas transformações. Ela examina o estafilococo relacionando-o com os processos da energia biológica total do organismo e o produz experimentalmente através de processos degenerativos em bions, células, e assim por diante.

Forneço o exemplo meramente como uma indicação, e não mais do que uma indicação, de por que os fatos da orgonomia não podem ser compreendidos se os métodos mecânicos e químicos clássicos forem utilizados, e por que uma exposição sistemática das técnicas e métodos de pensamento da orgonomia é tão importante para uma compreensão da energia orgone. Porém devo me limitar, e posso apenas esperar que os fatos e as funções apresentados falarão por si mesmos, ainda que devam parecer novos e estranhos aos bacteriologistas, biólogos e especialistas médicos formados à maneira clássica.

Os processos naturais aqui discutidos não serão fáceis de compreender sem o conhecimento da *função biofísica do orgasmo*. Exatamente como o estudante de espécies animais deve ter um conhecimento adequado de geologia, o cientista que deseja investigar a energia orgone cósmica deve possuir um conhecimento preciso sobre a função do orgasmo. O outro requisito do observador que

trabalha com energia orgone, de que suas sensações de órgão estejam relativamente desimpedidas, pode ser apenas afirmado aqui e não fundamentado. Mas certamente está claro que a estrutura emocional do cientista natural irá colorir as suas observações e pensamentos e que, portanto, a sensação de órgão é uma ferramenta do seu trabalho. Isto vale tanto para mim como para qualquer outro que trabalhe com funções orgonóticas naturais. É preciso realizar o experimento para confirmar ou refutar as observações e as hipóteses de trabalho, claro. Mas a maneira de conceber e executar os experimentos depende das sensações de órgão do pesquisador. Neste caso, as percepções sensoriais e as sensações de órgão são fatores decisivos. É um engano acreditar que só os experimentos podem fornecer esclarecimento. É sempre o organismo vivo, capaz de sentir e pensar, que explora, experimenta e tira suas conclusões.

Este é o tema abrangente e difícil da técnica do pensamento funcional, uma área de estudo abordada apenas de modo indireto neste livro.

Nosso assunto é muito sério e tem implicações decisivas para a ciência natural de modo geral. Tive plena consciência deste fato desde o princípio. Por esse motivo, sempre esperei passar vários anos antes de submeter uma nova observação ou um experimento incomum ao escrutínio público. Transformei em regra não divulgar nenhum fato novo até que tivesse sido verificado por descobertas adicionais. Peço ao leitor atencioso que acredite que eu não investi em minha pesquisa meus ganhos pessoais desde 1933, mais de US\$ 100.000, meramente em benefício de alguma "ilusão", mera "idéia" ou por puro divertimento. Ao contrário, muitos reconhecem que a pesquisa do orgone derrotou diversas idéias antigas e incorretas sobre a natureza. Muitos já compreendem que as rígidas fronteiras entre as ciências especializadas foram derrubadas pela orgonomia. Toda pessoa que trabalha com energia orgone cósmica deve possuir um conhecimento adequado de medicina, biologia, sociologia, física e astronomia para compreender as funções do orgone nas suas diversas dimensões. A natureza não conhece fronteiras entre funções especializadas. Originalmente, meu próprio ponto de par-

trabalha com energia orgone, de que suas sensações de órgão estejam relativamente desimpedidas, pode ser apenas afirmado aqui e não fundamentado. Mas certamente está claro que a estrutura emocional do cientista natural irá colorir as suas observações e pensamentos e que, portanto, a sensação de órgão é uma ferramenta do seu trabalho. Isto vale tanto para mim como para qualquer outro que trabalhe com funções orgonóticas naturais. É preciso realizar o experimento para confirmar ou refutar as observações e as hipóteses de trabalho, claro. Mas a maneira de conceber e executar os experimentos depende das sensações de órgão do pesquisador. Neste caso, as percepções sensoriais e as sensações de órgão são fatores decisivos. É um engano acreditar que só os experimentos podem fornecer esclarecimento. É sempre o organismo vivo, capaz de sentir e pensar, que explora, experimenta e tira suas conclusões.

Este é o tema abrangente e difícil da técnica do pensamento funcional, uma área de estudo abordada apenas de modo indireto neste livro.

Nosso assunto é muito sério e tem implicações decisivas para a ciência natural de modo geral. Tive plena consciência deste fato desde o princípio. Por esse motivo, sempre esperei passar vários anos antes de submeter uma nova observação ou um experimento incomum ao escrutínio público. Transformei em regra não divulgar nenhum fato novo até que tivesse sido verificado por descobertas adicionais. Peço ao leitor atencioso que acredite que eu não investi em minha pesquisa meus ganhos pessoais desde 1933, mais de US\$ 100.000, meramente em benefício de alguma "ilusão", mera "idéia" ou por puro divertimento. Ao contrário, muitos reconhecem que a pesquisa do orgone derrotou diversas idéias antigas e incorretas sobre a natureza. Muitos já compreendem que as rígidas fronteiras entre as ciências especializadas foram derrubadas pela orgonomia. Toda pessoa que trabalha com energia orgone cósmica deve possuir um conhecimento adequado de medicina, biologia, sociologia, física e astronomia para compreender as funções do orgone nas suas diversas dimensões. A natureza não conhece fronteiras entre funções especializadas. Originalmente, meu próprio ponto de par-

tida foi a **biopsiquiatria**. O conhecimento das emoções humanas tem um grande papel na pesquisa **do orgone**, não somente na **compreensão das funções básicas da energia orgone**, como principalmente na **compreensão das reações humanas à existência de uma energia cósmica universal que, na dimensão da vida, funciona como "energia biológica", a energia das nossas emoções**. Isso certamente tem implicações muito sérias.

Como **minhas investigações** das funções biológicas essenciais da energia orgone foram efetuadas em relação com a biopatia do câncer, é de compreender que essa **doença é o eixo da tesc organômica aqui apresentada**. Pode-se considerar um triunfo para o campo da biopsiquiatria ter ela aberto a **via do entendimento da energia biológica celular**. Por sua vez, essa compreensão conduziu à descoberta da **energia orgone atmosférica**. Esse processo transparecerá de maneira lógica nos relatos que se seguem. É uma satisfação a **mais ter sido especificamente o ramo econômico-sexual da biopsiquiatria o que conseguiu solucionar o enigma do câncer e gerou esperanças quanto à criação de um possível método para a prevenção da doença**. Ao fazer tais afirmações, carrego uma responsabilidade assustadora, porém não posso dela me esquivar se for para comunicar ao leitor o **sentido de gravidade que atribuo à matéria que é tema deste livro, que por si só exige uma avaliação refletida e crítica de fatos e alegações**. Fornecendo um breve resumo:

O **câncer, cujo mecanismo essencial consiste no encolhimento gradual do sistema nervoso autônomo, torna-se fácil de compreender tão logo superada a resistência de entender os seguintes fatos como um todo unificado**:

1. A **teoria do germe aéreo deve ser abandonada, e reconhecida a "infecção endógena"**.
2. O **papel das emoções nas doenças orgânicas deve receber total consideração**.
3. Deve-se reconhecer o **desenvolvimento de uma substância viva, que se move espontaneamente, a partir de outras substâncias vivas ou mesmo não vivas, na verdade a partir da**

energia orgone livre de massa. Em outras palavras, ao lidar com o câncer, nos confrontamos diretamente com o problema da *biogênese*.

4. É imperativo colocarmos em nosso trabalho com o câncer, no centro de nossos esforços médicos, a *patologia sexual*, geralmente odiada e evitada.
5. Se for para entender o câncer de um modo simples, devemos finalmente reconhecer a existência de uma energia cósmica basicamente nova, onipresente, que obedece a leis funcionais e não a leis mecanicistas. Denominei essa energia *orgone*.

Qualquer um desses cinco pontos é suficiente para despertar ceticismo no cientista natural sério num primeiro momento. Todavia, o leitor pode estar certo de que esperei muitos anos antes de ousar revelar aos outros esta grande quantidade de fatos novos descobertos e sua aplicação. O dr. Walter Hope escreveu-me certa vez, com muita correção, que a maior dificuldade com relação ao meu trabalho era que se descobriu *demais*.

Na pesquisa científica realizada com seriedade, existe a obrigação de reconhecer os fatos, mesmo que isso signifique arriscar o próprio pescoço. Não me foi possível nem era correto fugir desse dever para que eu fizesse justiça aos fatos descobertos. Com o passar do tempo, o enorme significado desses fatos começou a parecer menos aterrorizante. Acredito que o leitor de mente aberta também ficará menos assustado com minhas descobertas quando tomar em consideração o seguinte:

1. O trabalho na medicina e na pesquisa básica torna-se muito mais fácil quando se superam as fronteiras nitidamente estabelecidas entre as especialidades nas ciências naturais. A despeito de sua infinita variedade, a natureza constitui-se, basicamente, em um todo unificado. A unidade e a simplicidade subjacentes à natureza se revelam quando trabalhamos com as funções do orgone. Acredito que a energia orgone é muito menos assustadora e complexa do que outras formas de energia que possibilitam a aniquilação de cidades inteiras.

2. Quanto mais familiarizados nos tornamos com as funções do orgone, mais nos sentimos "em casa" com elas. Por exemplo, a compreensão oferecida por este livro alivia a pressão constante sentida quando se trabalha com pacientes de câncer sem conhecimento da energia biológica. Depois de alguns poucos anos empregando esse conhecimento de forma corriqueira, não se pode conceber como foi possível, um dia, prosseguir sem ele. Os movimentos cõreiformes e os ataques epiléticos perdem seu mistério. Esses processos tornam-se simples e claros.

3. Aprende-se aos poucos como lidar com a irracionalidade humana de maneira mais fácil, como melhor compreender o que acontece dentro das pessoas que se tornam vítimas do misticismo ou da praga emocional.

4. Além de tudo, um grande alívio que não deve ser subestimado é poder ter uma compreensão mais profunda e completa da pessoa religiosa, porque se sabe que existe uma energia cósmica que a tudo permeia, presente em todo lugar (o "éter" de Newton, o "Deus" de todas as épocas e todos os povos), que pode ser experimentada, vista e mensurada também através do termômetro, do eletroscópio e do contador Geiger-Müller.

5. Finalmente, é um alívio ter a capacidade de atribuir ao termo médico "predisposição" um significado concreto. É um alívio compreender por que motivo uma pessoa sofre constantemente de resfriados, enquanto outra não os sofre nunca; por que apenas determinados indivíduos sucumbem a uma epidemia e outros não; por que uma pessoa morre de câncer ou hipertensão arterial e outra não; e o que distingue biologicamente uma criança vívida de uma preguiçosa.

Em suma, o esclarecimento que deriva do conhecimento da energia orgone compensa com folga o medo experimentado quando os grandes mistérios da natureza se revelam.

Eu gostaria de concluir com alguns comentários dirigidos aos colegas que fizeram da pesquisa e da aplicação prática da energia orgone cósmica o trabalho de suas vidas.

O caráter revolucionário do nosso trabalho necessita de determinadas atitudes novas com relação ao mundo que nos cerca, assim



como o abandono de algumas técnicas que se costuma utilizar para lidar com ele, de modo que cumpramos com nossa responsabilidade de pesquisadores do orgone. Não é o interesse pessoal, mas antes o interesse de obter o reconhecimento da energia orgone cósmica em prol do bem comum que me impele a tecer os seguintes comentários:

Nos nossos relacionamentos com colegas profissionais e leigos, deparamos com uma hostilidade evidente e mesmo ataques perigosos à nossa integridade pessoal e profissional. Por sermos psiquiatras, compreendemos a natureza irracional da hostilidade, dos ataques, e reconhecemos suas verdadeiras origens. Eles nada têm a ver com o caráter pessoal deste ou daquele pesquisador de orgone ou orgonoterapeuta e, em consequência, são tratados de modo padronizado, por mim e por outros que vivem e trabalham longe de meu laboratório. Em público, não podemos aplicar nosso conhecimento dos motivos do comportamento irracional de modo pessoal, nem podemos dizer, a um físico que repudia neuroticamente as funções da energia orgone, o que de fato o motiva a exercer seus julgamentos. Só podemos apontar esses motivos de maneira geral; jamais podemos exercer julgamentos pessoais a respeito de indivíduos específicos. A única coisa que podemos fazer, em sã consciência, é nos perguntar se determinado ataque é racional ou irracional. Jamais se deve responder a ataques irracionais. Nossa retaliação assume a forma de revelação do irracionalismo no comportamento humano. Na sua maioria, esses ataques passarão com o tempo, mesmo que pareçam perigosos em certas ocasiões. Temos toda a consciência de que, nos tempos de hoje, a pessoa comum teme acima de tudo o conhecimento de sua natureza biológica; ao mesmo tempo, seu maior anseio é a satisfação de sua natureza biológica. O medo de saber e o anseio de se satisfazer, ambos nos confrontam simultaneamente. Logo, devemos sempre buscar o racional no irracional e tentar compreendê-lo e revelá-lo sem ódio ou indignação. Com o tempo, o racional prevalecerá. Todavia não tenho, infelizmente, a capacidade de oferecer nenhum conselho quanto ao modo de se proteger do tipo de irracionalismo que ameaça

a vida. Ações judiciais, injúrias, nenhuma dessas medidas tem utilidade nesse caso.

Contudo, há uma maneira que, **comprovadamente**, força leigos e profissionais a nos responder racionalmente: *não deleguem autoridade em assuntos de pesquisa do orgone se o crítico não puder provar que se familiarizou detalhadamente com nossas publicações e descobertas por um período de tempo prolongado*. Nossa ciência só pode ser julgada partindo de suas próprias premissas, métodos e técnicas de pensamento, e de nenhuma outra. Essa é uma regra estrita no intercâmbio científico, sustentada sempre que se conduz uma pesquisa científica. Esperamos a crítica e damos a ela as boas-vindas, mas somente se for imanente.

Por conseguinte, se um psiquiatra forense sexualmente abster-se, um especialista em câncer "na fossa" ou mesmo um "escritor independente" se meter a condenar nosso trabalho, seja por não entendê-lo, por tomá-lo como um ataque pessoal, por despedaçar sua visão de mundo ou ameaçar seu partido político, respondemos com o silêncio. Recusamos o envolvimento em qualquer discussão ou rixa irracional. Eu gostaria de enfatizar esta regra; ela demonstrou ser muito útil.

Quando alguém faz uma descoberta, é de praxe buscar o endosso de determinadas "autoridades", humilhar-se e fazer uso de todo tipo de estratagemas e táticas sorrateiras para assegurar o seu reconhecimento. É costume também buscar obter publicidade nos jornais o quanto antes. Atividades como essas não são apropriadas para aqueles de nós cujo trabalho é extremamente sério. Se trabalharmos honesta e conscienciosamente, atendo-nos aos fatos e não cedendo à tentação de fazer concessões nas questões essenciais, como a função do orgasmo, ganharemos então a confiança do público, mais cedo ou mais tarde. Há poucas coisas que o mundo necessite com maior urgência do que o conhecimento das funções do orgone dentro e fora do organismo.

Não podemos conceder autoridade em questões concernentes à energia orgone quando não existe autoridade comprovada. E, ainda assim, temos que delegar responsabilidades. Um hospital que

trata de pessoas que sofrem de câncer tem indubitavelmente a responsabilidade de trabalhar com a energia orgone. É da responsabilidade de todo médico que observou os efeitos terapêuticos da energia orgone defender esses fatos profissionalmente – e não ignorá-los ou esperar pela opinião das “autoridades”. É da responsabilidade de toda pessoa que usufruiu os efeitos terapêuticos da energia orgone ajudar seus semelhantes sempre que for possível. É indiscutivelmente da responsabilidade de um escritor não dificultar a utilização dos efeitos salvadores da energia orgone com artigos escandalosos, sensacionalistas. Ele deve ser levado a perceber que mata pessoas indiretamente quando faz agitação contra nós. Finalmente, é da responsabilidade do governo de todos os países decidir se a energia orgone ficará à disposição do público em geral, e com que rapidez. Cumprimos nosso dever de todas as maneiras e da melhor forma de que fomos capazes. Trabalhamos duro durante décadas. Sacrificamos dinheiro e tempo de lazer. Procuramos ser decentes e honestos, da maneira mais completa. Damos a conhecer os resultados obtidos de modo responsável. Não podemos fazer nada além disso. O restante fica por conta do público. Um público que tolera a publicação de difamações, inverdades e distorções está ferindo a si mesmo, e não a um ou outro organoterapeuta. Eu não esperava ter de dizer essas coisas, mas é minha obrigação não silenciar sobre elas.

Ao mesmo tempo, precisamos compreender que o mundo da ciência natural séria necessita de muito tempo para se orientar em nosso campo, que abarca tantas coisas novas. O bem-estar humano é minado pelo fato de o ignorante e o incompetente poderem encontrar tão rápida e facilmente uma divulgação dos artigos que escrevem; nosso processo político facilita muito mais a publicação de um artigo inflamado do que a publicação de fatos de importância vital. É verdade que fatos significativos se desenvolvem com maior eficácia e nitidez quando estão em conflito com as reações humanas irracionais. Porém não deixa de ser lamentável, em termos sociais, que se leve tanto tempo para que o racional seja plenamente aceito!

Eu gostaria de agradecer a todos os amigos que me ajudaram, durante os anos difíceis, a construir o quadro de referência que este livro descreve. Eu poderia listar muitos nomes importantes, mas quem compartilhou nosso trabalho compreenderá por que não os cito aqui. Meus próprios amigos e colegas mais próximos me aconselharam a desistir da praxe nesse caso.

Tomando muitas de minhas publicações como ponto de partida, deve parecer óbvio que estou bem consciente de minha dívida para com os grandes pioneiros da ciência natural, cujos cuidadosos esforços possibilitaram a descoberta da energia orgone cósmica. Ressaltei inúmeras vezes a continuidade e interdependência entre todos os ramos do trabalho científico de importância vital. Além disso, devo enfatizar que a riqueza do material recolhido pelos diligentes esforços da pesquisa mecanicista do câncer foi indispensável para o meu novo entendimento da biopatologia do câncer, a despeito de a teoria orgonômica do câncer diferir grandemente da teoria clássica e até contradizê-la em muitos detalhes. Muitos especialistas do câncer já estão conscientes de que o problema do câncer está solucionado, e que sua solução teve como requisitos necessários a descoberta da energia orgone e a elucidação da biogênese.

De outro lado, devem ser rejeitadas certas reivindicações injustificadas de prioridade apresentadas no campo da medicina psicossomática depois da publicação de *A função do orgasmo* (1942). Como base para a compreensão dos distúrbios psicossomáticos, a teoria do orgasmo é muito mais antiga (1923) que qualquer um dos outros conceitos derivados da psicanálise. Se a função do orgasmo – o problema central dos processos psicossomáticos – for ignorada de maneira tão completa naqueles conceitos, eles merecem pouca consideração. Só podemos ficar espantados com a consistência com que se evita o fator mais importante. O sofrimento maior recai, mais uma vez, sobre os numerosos doentes.

Não publico este livro sem uma séria preocupação, basicamente a de que muitos leitores de nossa obra não de supor que agora foi encontrada uma cura para o câncer. Não é este o caso, de modo algum. É verdade que o enigma do câncer tornou-se totalmente

acessível através da descoberta da energia orgone. Mas é incorreto acreditar que toda vítima do câncer pode agora ser salva. Será preciso muito trabalho árduo e cooperação antes que saibamos o quanto a energia orgone pode ajudar em casos específicos de câncer. Porém foi dado o primeiro passo, com toda certeza.

ORGONON
Setembro de 1947

WILHELM REICH

A BIOPATIA DO CÂNCER

Capítulo I

A função da tensão e da carga

1. A FUNÇÃO DO ORGASMO

As pessoas familiarizadas com o volume I de *A descoberta do orgone* conhecem o evento importante que marcou o momento decisivo no desenvolvimento de nossa pesquisa, em 1933: *a descoberta da função biológica de tensão e carga*. Eu gostaria de descrever brevemente a essência dessa descoberta.

Partindo da investigação clínica, aprendemos que a função do orgasmo é a chave para o problema da fonte de energia na neurose. As neuroses resultam de uma estase da energia sexual. A causa dessa estase é um distúrbio na descarga da alta excitação sexual no organismo, quer o ego o perceba, quer não. Não faz diferença se o aparelho psíquico se engana ou não ao interpretar o processo neuroticamente; também não importa se a pessoa passar a desenvolver noções falsas a respeito da ausência de harmonia no seu sistema energético e as glorificar com ideologias. A experiência acumulada na prática clínica dia após dia não deixa dúvidas: *a eliminação da estase sexual através da descarga orgástica da excitação biológica remove todo tipo de manifestação neurótica*. A dificuldade a ser superada é em grande parte de natureza social. É preciso chamar a atenção para esses simples fatos incansavelmente.

Sabe-se, há muito tempo, na economia sexual que o orgasmo é um fenômeno biológico fundamental; "fundamental", porque a descarga orgástica da energia ocorre na própria raiz do funcionamento biológico. Essa descarga aparece na forma de uma convulsão involuntária de todo o sistema plasmático. Como a respiração, é uma função básica de todo sistema animal. Biofisiologicamente, não é possível fazer uma distinção entre a contração total de uma ameba e a contração orgástica de um organismo multicelular. As características mais proeminentes são uma *intensa excitação biológica, expansão e contração repetidas, ejeção de fluidos corporais e uma rápida diminuição da excitação biológica*. Para compreender essas características como funções biológicas, precisamos nos libertar das reações emocionais lascivas que qualquer consideração das funções sexuais – na verdade, das funções autonômicas em geral – despertam no homem. Essas reações emocionais são, por sua vez, expressões neuróticas que constituem um problema no nosso trabalho psiquiátrico.

Uma observação mais detalhada indica que essas quatro funções não são emparelhadas mas ocorrem como um padrão específico, regado, de quatro tempos. A tensão crescente que ocorre na excitação biológica aparece como excitação sexual e produz uma carga na periferia do organismo. Esse fenômeno foi demonstrado claramente por medições dos potenciais nas zonas erógenas durante a excitação prazerosa. Depois que a tensão e a carga bioenergética atingem uma determinada intensidade, seguem-se convulsões, isto é, contrações de todo o sistema biológico. Ocorre liberação da alta tensão de energia na periferia do organismo. Isso se revela objetivamente como uma queda súbita do potencial bioelétrico da pele e é sentido subjetivamente como uma rápida diminuição da excitação. A mudança brusca de alta carga para descarga se chama "clímax". Seguindo-se à descarga de energia biológica, ocorre um relaxamento mecânico dos tecidos, como resultado do refluxo dos fluidos corporais. Evidencia-se que houve uma descarga de energia já que o organismo não é capaz de renovar sua excitação sexual imediatamente depois. Na linguagem da psicologia, este estado se chama "gratificação". A necessidade de gratificação, ou, em termos

biofísicos, *de descarga do excesso de energia por meio da fusão com outro organismo* ocorre em intervalos mais ou menos regulares, variando segundo o indivíduo e segundo as espécies. Os intervalos em geral tornam-se mais curtos na primavera. Nos animais, existe o fenômeno do cio, em que a concentração dessa necessidade biológica ocorre em determinadas épocas do ano, predominantemente na primavera. Esse fato revela uma estreita relação entre a função do orgasmo e uma função energética de natureza cósmica. Juntamente com os efeitos bem conhecidos do sol no organismo vivo, a função do orgasmo é um dos fenômenos que nos levam a considerar o organismo vivo como uma parte especial, funcionante da natureza não viva.

Assim, a função do orgasmo se revela como um ritmo de quatro tempos: *tensão mecânica* → *carga bioenergética* → *descarga bioenergética* → *relaxamento mecânico*. Nós a denominaremos função de tensão e carga ou, abreviando, função TC.

Investigações anteriores demonstraram que a função TC não é apenas característica do orgasmo, mas também se aplica a todas as funções do sistema vital autonômico. O coração, os intestinos, a bexiga, os pulmões, tudo funciona de acordo com esse ritmo. Mesmo a divisão das células segue esse padrão de quatro tempos. O mesmo vale para os movimentos dos protozoários e metazoários de todos os tipos. As minhocas e as serpentes exibem claramente o funcionamento rítmico designado pela fórmula TC, tanto no movimento de partes específicas quanto em seu organismo como um todo. Parece existir *uma* lei básica que governa todo o organismo, além de governar seus órgãos autônomos. Com a nossa fórmula biológica básica, abarcamos a própria essência das funções vitais. *A fórmula do orgasmo surge então como a própria fórmula da vida*. Isso corresponde exatamente à nossa formulação anterior, de que *o processo sexual é o processo biológico produtivo em si*, na procriação, no trabalho, na vida alegre, na produtividade intelectual, e assim por diante. A aceitação ou refutação da biofísica orgone depende do reconhecimento ou rejeição dessa formulação.

Pode-se compreender facilmente a tensão mecânica dos órgãos através da intumescência: os tecidos absorvem fluidos do cor-



po e as partículas individuais no colóide biológico se separam. Inversamente, ocorre relaxamento mecânico através da detumescência: os fluidos são expelidos dos tecidos e, em razão disso, ocorre um agrupamento mútuo das partículas. A questão da natureza da carga e descarga é mais difícil. O fato de podermos medir potenciais elétricos aumenta a tentação de liquidar um problema gigantesco rotulando o processo simplesmente como uma questão de "carga elétrica" e "descarga elétrica". Afinal de contas, foram medidas as quantidades de energia elétrica produzidas, por exemplo, pela contração de músculos e por enguias elétricas. E não progredimos a ponto de medir as ondas elétricas do cérebro? Nos relatórios dos meus experimentos bioelétricos (1934-1936), registrei as mudanças de potencial que ocorrem no prazer e na ansiedade em termos de milivolts.

2. O POSTULADO DE UMA ENERGIA BIOLÓGICA ESPECÍFICA

A energia biológica específica é idêntica à eletricidade? O problema não é tão simples como pode parecer. Seria certamente cômodo se pudéssemos descrever o funcionamento do organismo em termos dos conceitos familiares de física. O organismo, então, nada seria senão uma "máquina elétrica particularmente complicada". Seria cômodo e muito fácil reduzir a reação de pessoas reumáticas a mudanças climáticas explicando que sua "eletricidade corporal" é influenciada pelas cargas "elétricas" no ar. Também se tentou aplicar as leis do magnetismo do ferro ao organismo vivo. Dizemos que uma pessoa amada tem uma atração "magnética", ou que nos sentimos "eletrizados" de excitação. Todavia, logo descobriremos que tais analogias são errôneas. Em publicações anteriores, falei de "bioeletricidade" usando a terminologia de praxe. Sem dúvida o organismo contém eletricidade na forma de partículas de colóide e íons carregados eletricamente. Toda a química do colóide depende disso e a fisiologia neuromuscular também. As contrações muscula-

res podem ser induzidas pela aplicação de uma corrente elétrica. Pentear o cabelo pode produzir faíscas "elétricas". Entretanto, há um certo número de fenômenos que não corresponde de forma alguma à teoria da energia eletromagnética.

Antes de tudo, existem os efeitos do "magnetismo" corporal. Muitos médicos e terapeutas leigos fazem uso prático dessas forças magnéticas. Ainda assim, não estamos convencidos de que essas forças, que emanam da substância orgânica, coloidal, não metálica, são magnéticas ao ferro. Adiante ofereceremos prova experimental de que a energia no organismo vivo não é idêntica ao magnetismo do ferro.

Os efeitos elétricos de uma corrente galvânica são experienciados pelo corpo como estranhos, "inorgânicos". A energia elétrica, mesmo em quantidades diminutas, sempre causa distúrbios em nosso funcionamento normal. Os músculos, por exemplo, contraem-se de uma maneira não natural, "despropositada", biologicamente inadequada. Não há evidência de que uma carga elétrica aplicada ao corpo produza um movimento orgânico que guarde a mais leve semelhança com os movimentos normais de sistemas musculares inteiros ou grupos funcionais de músculos. A energia elétrica gera um movimento ao qual falta a característica mais essencial da energia biológica, a saber, o movimento de um grupo de órgãos de forma coordenada, funcionalmente significativa. Em contrapartida, os distúrbios do funcionamento biológico por uma corrente elétrica realmente têm as características da energia elétrica. Os movimentos gerados são rápidos, espasmódicos e angulares, exatamente como as reações oscilográficas produzidas pela fricção de um eletrodo no metal (*ver A função do orgasmo*).

Em uma preparação com músculo e nervo, o impulso elétrico não se manifesta diretamente no movimento; caso contrário, o músculo liso se contrairia exatamente com a mesma rapidez que o estriado. Na realidade, a contração do músculo liso segue o ritmo lento e ondulado característico de seu funcionamento. Assim, "algo" desconhecido é simplesmente estimulado pelo impulso elétrico, algo que se insere entre o impulso elétrico e a ação do músculo e se

manifesta como um movimento acompanhado de uma corrente de ação. Mas esse "algo", em si, não é eletricidade.

As sensações de órgão nos indicam claramente que as emoções (manifestações indubitáveis de nossa energia biológica) são fundamentalmente diferentes das sensações experimentadas com choques elétricos. Nossos órgãos dos sentidos não conseguem de modo nenhum registrar o efeito das ondas eletromagnéticas que enchem a atmosfera. Nada sentimos ao nos aproximar de um transmissor de rádio. Um rádio reage quando o aproximamos de um fio de alta tensão; nós não. Se nossa energia vital, que se expressa nas nossas sensações de órgão, fosse eletricidade, seria incompreensível que só percebêssemos os comprimentos de ondas da luz visível, permanecendo totalmente insensíveis aos demais. Não percebemos os elétrons de uma máquina de raios X nem a radiação do rádio. A energia elétrica não carrega uma carga biológica. Até o momento, não foi possível determinar a potência de vitaminas com medições elétricas, embora sem dúvida contenham energia biológica. Seria possível continuar com os exemplos indefinidamente. Um outro problema é saber como nosso organismo evita sua própria destruição através do número infinito de campos eletromagnéticos que o circundam.

É verdade que voltímetros sensíveis reagem ao nosso toque, mas a magnitude dessa reação é tão diminuta, se comparada à quantidade de energia produzida pelo nosso organismo, que não parece haver nenhum vínculo.

Estas são as principais contradições impossíveis de resolver dentro do quadro de referência das formas de energia conhecidas. A biologia e a filosofia natural conheceram bem essas contradições durante um período de tempo prolongado. Buscando transpor a lacuna, algumas pessoas apresentaram conceitos com a intenção de tornar compreensível a função específica da vida. A maioria desses conceitos foi proposta por oponentes do materialismo mecanicista, os vitalistas. Driesch sugeriu uma "enteléquia", uma força de vida inerente a toda matéria viva e que a governaria. Porém, como não era mensurável nem tangível, acabou sendo uma contribuição à metafísica. O *élan vital* de Bergson tentou levar em conta a incom-

patibilidade entre as formas conhecidas de energia e o funcionamento da vida. Sua *force créatrice* representa uma função explosiva da matéria, que se manifesta com maior clareza na maneira como a vida funciona. A hipótese de Bergson confrontava tanto o materialismo mecanicista como o finalismo teleológico. Na teoria, ele captou corretamente o caráter basicamente *funcional* do processo vital, mas lhe faltava validação empírica. A força em questão não era passível de medição, tangível ou controlável.

O famoso fisiologista alemão Pflüger aventou a hipótese de um vínculo entre a energia vital e o fogo com base na função do cianeto. Sua afirmação era correta. Biólogos proeminentes, entre eles o vienense Kammerer, estavam convencidos de que existe uma *energia biológica específica* que não possui relação imediata com a eletricidade, o magnetismo, e assim por diante.

Se transgredisse as fronteiras do permissível, eu deveria finalmente afirmar o que me parece o mais provável – um credo científico que não foi demonstrado e não é passível de demonstração no momento atual –, então tenho de dizer: a existência de uma *força vital específica* me parece altamente plausível! Uma energia, que não é calor nem eletricidade, magnetismo, energia cinética (incluindo-se a oscilação e a radiação), nem energia química, e não é um amalgama de nenhuma ou todas elas, mas uma energia que pertence específica e unicamente àqueles processos naturais que chamamos “vida”. Isso não implica que sua presença se limite àqueles corpos naturais que chamamos “seres vivos”, mas que está presente também no processo formativo de cristais, pelo menos. Para evitar mal-entendidos, um melhor nome para ela poderia ser “energia formativa”, em vez de “energia vital”. Ela não possui propriedades suprafísicas, embora nada tenha em comum com as energias físicas conhecidas. Não é uma misteriosa “enteléquia” (Aristóteles, Driesch), e sim uma “energia” natural, genuína. Contudo, essa “energia formativa” está ligada aos fenômenos vivos e ao desenvolvimento e mudança de formas, exatamente como a energia elétrica está vinculada aos fenômenos elétricos. Acima de tudo, ela está sujeita à lei de conservação da energia e é plenamente capaz de conversão em outras formas de energia, exatamente do mesmo modo como o calor, p. ex., pode ser convertido em energia cinética e vice-versa. [Paul Kammerer: *Allgemeine Biologie*]

Kammerer deparou com o problema de uma "força vital" formativa no decorrer de experimentos planejados para demonstrar a hereditariedade de características adquiridas em salamandras. As "substâncias herdadas" e os "genes" postulados pelos teóricos da hereditariedade apenas obscureceram uma compreensão do processo vital e pareciam ter sido projetados para bloquear qualquer acesso a ela. Suas teorias poderiam ser mais bem descritas como uma pirâmide invertida, uma verdadeira massa de asserções hipotéticas precariamente equilibrada sobre um pequeno número de fatos duvidosos. Exemplo típico seria o das conclusões moralizadoras, não científicas e sem garantia tiradas do estudo notório da "família Kallikak". Ao ler as hipóteses sobre hereditariedade, tem-se a nítida impressão de que ele está mais preocupado em falar de ética que de ciência. O processo vital é abafado sob um amontoado de hipóteses mecanicistas. Essas teorias acabaram degenerando na perniciosa teoria das raças de Hitler.

No trabalho dos vitalistas, a força vital tornou-se um espectro evasivo, enquanto os mecanicistas a converteram em uma máquina sem vida. Os bacteriologistas postularam a existência de um germe especial "no ar" (que ainda resta ver) para cada organismo vivo. Durante a segunda metade do século XIX, Pouchet assumiu a tarefa cansativa de testar a precisão da teoria do germe aéreo. Pasteur demonstrou experimentalmente que não há germes vivos em líquidos levados a determinadas temperaturas. Quando foram encontrados organismos vivos, ele atribuiu sua presença à infecção do ar. Lange, no seu livro *Geschichte des Materialismus*, critica as conclusões de Pasteur e cita os experimentos de Pouchet, que passou centenas de metros cúbicos de ar pela água, depois a examinou. Ele inventou um aparato que coletava partículas de poeira do ar e as depositava sobre pratos de vidro. Pouchet então analisava a poeira. Ele conduziu esses experimentos em geleiras nos Pireneus, nas catacumbas de Tebas, no deserto e no mar do Egito, e no topo da catedral de Rouen. Encontrou muitas coisas, porém só encontrou raramente o esporo de um fungo, e, mais raramente ainda, um infusório morto. A refutação por Pasteur das teorias anteriores de geração

espontânea foi basicamente mal compreendida. Era tabu formular perguntas sobre as origens dos *primeiros* germes da vida e, para não haver conflito com a doutrina da "criação divina", recorria-se habitualmente à noção de uma substância plasmática proveniente do espaço exterior que baixava sobre nosso planeta.

Nenhuma dessas escolas de pensamento conseguiu abordar os problemas funcionais do processo vital, nem encontrou uma relação com a física experimental. O processo vital emergiu de suas teorias como um mistério, um território reservado à "divina providência" escondida em algum lugar em meio ao vasto reino da ciência natural.

Porém a germinação de cada planta, o desenvolvimento de cada embrião, o movimento espontâneo dos músculos e a produtividade de cada organismo biológico demonstram a existência de energias incalculáveis governando o trabalho da substância viva. *Energia é a capacidade de trabalhar.* Nenhuma energia conhecida pode competir com a capacidade de trabalho total dos organismos vivos no nosso planeta. A energia que realiza este trabalho deve ter sua origem em *matéria não viva*. Contudo, ela foi ignorada pela ciência durante milhares de anos.

O que impediu uma compreensão dessa energia? Era primeiro preciso entender as manifestações da vida sexual recalcada e inconsciente. A descoberta de Freud da função da repressão sexual produziu a primeira brecha no muro que havia bloqueado nossa compreensão do processo vital. O segundo passo foi uma correção da teoria do inconsciente de Freud: o recalque da vida instintual humana não é um resultado natural, e sim patológico, da supressão dos instintos naturais e em particular da sexualidade genital. Um organismo que utiliza a maior parte de sua energia para manter aprisionado o processo natural da vida dentro de si não pode abarcar a vida fora de si. A manifestação central da vida se expressa na função sexual genital, à qual a vida deve sua existência e continuidade. Uma sociedade de seres humanos que excluiu as manifestações mais essenciais desta função e as tornou inconscientes não é capaz de viver racionalmente; com efeito, tudo o que diz parece dis-

torcido e pornográfico. Somente os místicos, muito afastados da percepção científica, preservaram o contato com o processo vital. Depois que esse processo tornou-se território do místico, a ciência natural séria esquivou-se de qualquer preocupação com relação a ele. A literatura das ciências biológicas e fisiológicas não contém nenhuma indicação sequer de uma compreensão inicial do movimento autonômico, como o que pode ser observado no verme, por exemplo. Esse movimento traz demasiadamente à memória os atos sexuais desprezados do mundo animal. Assim, o misticismo e a biologia mecanicista continuam se opondo. Enquanto isso, a própria força do sentimento religioso trai a existência de "algo" poderoso experimentado pelo homem, que ele é incapaz de definir com palavras ou com que não consegue lidar. Também a religião mistificou o processo vital.

O problema só entra no campo da ciência natural se e quando existir ali uma função de energia controlável e passível de medição, tornando compreensível a função básica da vida e, ao mesmo tempo, não entrando em conflito com a física. Segue-se que tal energia específica, expressando-se biologicamente, teria de possuir as propriedades abaixo:

1. Ela teria que ser fundamentalmente diferente da energia eletromagnética e, contudo, estar relacionada a ela.
2. Ela teria que existir na natureza não viva, independente de organismos vivos, se for verdadeiro o princípio de que a vida se origina de matéria não viva.
3. Ela teria que elucidar de modo satisfatório a relação entre organismos vivos e natureza não viva (respiração, orgasmo, nutrição e assim por diante).
4. Contrastando com a eletricidade galvânica, ela funcionaria em *substância orgânica, que não conduz eletricidade*, e em tecido animal.
5. Ela permearia e governaria o organismo *por inteiro*, em vez de se limitar a células nervosas avulsas ou agrupamentos de células.

6. Ela teria que explicar simplesmente a função pulsatória básica (*contração e expansão*) da vida, como se manifesta na respiração e no orgasmo.
7. Ela se manifestaria na produção de calor, uma característica da maioria dos organismos vivos.
8. Ela esclareceria definitivamente a função sexual, isto é, tornaria compreensível a atração sexual.
9. Ela revelaria por que os organismos vivos não conseguiram desenvolver um órgão sensível ao eletromagnetismo.
10. Ela contribuiria para uma compreensão da diferença entre a proteína que está morta e a que está viva, e explicaria o que precisa ser acrescentado à proteína quimicamente complexa para torná-la viva. Ela seria capaz de *carregar* matéria viva; assim, teria um efeito *positivo para a vida*.
11. Além do mais, ela revelaria os processos envolvidos na simetria do desenvolvimento da forma e explicaria a função básica do desenvolvimento da forma.
12. Finalmente, tornaria compreensível a razão pela qual a matéria viva existe somente na superfície da terra.

A enumeração desses problemas tem o intuito de mostrar o contexto indispensável em que deve ocorrer qualquer discussão sobre biofísica e biogênese.

Capítulo II

As vesículas de energia orgone (bions) e a organização natural dos protozoários

FUNDAMENTO EXPERIMENTAL PARA A COMPREENSÃO DA BIOPATIA DO CÂNCER

A energia orgone foi descoberta em uma cultura de bions. Portanto, minha primeira tarefa consiste em fornecer um relato dos fenômenos orgonóticos que representam estágios de transição da evolução entre matéria viva e não viva.

Dada a relação funcional entre os bions e a energia orgone atmosférica, é essencial que uma discussão sobre as funções do orgone na matéria bionosa anteceda a apresentação da própria descoberta do orgone.

É difícil determinar uma data para a descoberta da energia orgone. As funções orgonóticas de atração, penetração, pulsação e luminância já haviam sido observadas no período entre 1936 e 1939 e foram sujeitas à investigação em diversas preparações de bions. Eu não tinha, todavia, o pressentimento de estar trabalhando com manifestações de uma energia biológica específica. Os experimentos com culturas de bions conduziram à descoberta da energia orgone em bions SAPA (*sand packet* – pacote de areia) no decorrer de janeiro de 1939, e na atmosfera durante o mês de julho de 1940. Foi somente depois de ter trabalhado sobre as funções puramente

físicas da energia orgone (1939-1942) que compreendi as observações que estivera fazendo sobre bions e culturas de bions desde 1936. A descrição contida no meu livro *Die Bione* [Os bions] (1938) está completamente de acordo com os conceitos bacteriológicos e biológicos tradicionais.

Um conhecimento posterior das funções do orgone me levou a modificar muito do que escrevi nesse livro. Por exemplo, as culturas de cocos e bacilos derivados de bions não representam, como eu pensava então, um estágio mais avançado de desenvolvimento dos bions, porém, ao contrário, uma *degeneração* de bions para uma forma biologicamente estéril, incapaz de maior desenvolvimento. Descobri que, na realidade, os bions se desenvolvem rumo a uma organização protozoária. Por outro lado, os estafilococos, os estreptococos, os bacilos T e as bactérias de putrefação se devem a uma *degeneração* do plasma orgonótico vivo.

Enganos como o que acabei de mencionar e suas necessárias modificações subseqüentes são inevitáveis quando se trabalha em território inexplorado. O relato dos experimentos com bions que se segue é comunicado no contexto do conhecimento da energia orgone atmosférica e sua perspectiva, portanto, não é mais biológica, e sim funcional, baseada em princípios energéticos.

"Bion" e "vesícula de energia" designam exatamente a mesma formação em funcionamento, visível ao microscópio. O termo "bion" refere-se às vesículas nas quais toda matéria se desintegra quando é inchada. Essas vesículas representam formas de transição entre matéria viva e não viva. O bion é a unidade elementar de funcionamento de toda matéria viva. Ao mesmo tempo, é o portador de um quantum de energia orgone e, como tal, funciona de uma maneira especificamente biológica. É uma unidade de energia, composta por uma membrana, um conteúdo fluido e uma quantidade de energia orgone, isto é, uma "vesícula de energia orgone". A seguir, eu gostaria de apresentar um relato das observações e experimentos que dão base às conclusões de grande alcance que acabam de ser resumidas.

1. A DESINTEGRAÇÃO VESICULAR DE MATÉRIA INTUMESCIDA (BÍONS PA)

O carbono é a substância fundamental que, quando combinada com oxigênio, nitrogênio, hidrogênio e água, forma a base da infinita variedade de compostos orgânicos, bem como de matéria viva. Nossa intenção é ignorar as reações químicas que já são bem conhecidas e simplesmente nos concentrar no exame de uma partícula de carbono sob um bom microscópio, equipado com lentes apocromáticas. Foram utilizados nos experimentos os microscópios Reichert (microscópio Z), que permitem um aumento de até 5.000 vezes. Os processos biofísicos mais sutis, como a expansão e a contração, a vibração e a formação de uma ponte radiante só podem ser observados com aumentos superiores a 2.000 vezes, sendo mais bem vistos com aumentos de 4.000 vezes. O que importa não é a resolução de detalhes estruturais sutis, e sim a visualização do *movimento*. Com esse propósito, podemos utilizar carbono derivado de carvão vegetal (obtido de Merck & Co.) ou de fuligem comum. Como o processo de combustão converte todos os compostos orgânicos em carbono, a origem do carbono utilizado para o experimento não tem importância.

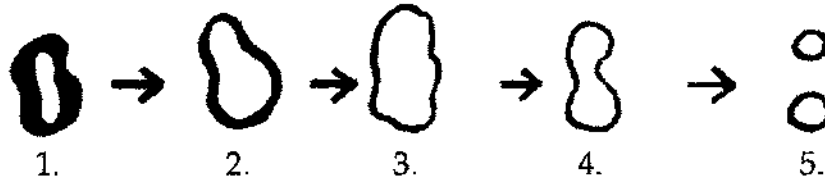
Primeiro, examinamos a partícula de carbono, seca, com um aumento de aproximadamente 300 vezes. O que vemos é uma estrutura preta, irregular, que não tem movimento. No campo escuro, observamos uma estrutura essencialmente estriada, entremeada de eventuais formações vesiculares. Acompanhando as margens, entre a estrutura estriada e as pequenas vesículas com formato oval, há uma forte refração da luz.

Ajustamos o microscópio para um aumento de cerca de 2.000 vezes (objetiva, 80 vezes, ocular 16 vezes e tubo binocular inclinado, que eleva o aumento em 50%). A estrutura vesicular estriada pode ser vista agora com maior nitidez. Não há a mais leve indicação de movimento.

Acrescentamos uma gota de água comum e observamos novamente, primeiro com um aumento de 300 vezes, depois de 2.000



Partícula seca de carbono



1. Parede espessa de carbono, não-elástica
2. Conteúdo de fluido aumentado, inchaço
3. Membrana mais fina, elástica; cor azul na parte de dentro, vibrando
4. Reentrância do bión de carbono
5. Divisão em dois bions

Figura 1. Desenvolvimento de um bión de carbono

vezes. Essencialmente, não há mudança. Não vemos movimento; apenas aqui e ali uma partícula irregular ou redonda pode estar em movimento. Seu tamanho raramente ultrapassa um micron de diâmetro. De modo global, o campo está "sem vida". Não há sinal de contração ou expansão.

Utilizando uma espátula, acrescentamos pó de carbono finamente pulverizado à água contida no tubo de ensaio. Uma parte do pó desce até o fundo, enquanto o restante bóia na superfície. A água mantém sua claridade e não há formação de solução coloidal. A preparação *não* é estéril. A cada dia, extraímos uma gota do fluido e a examinamos no microscópio. O objetivo é descobrir se estão ocorrendo mudanças no carbono e, em caso positivo, de que tipo. Porém só se pode observar alguma mudança depois de várias semanas. As pequenas partículas esféricas individuais movendo-se fracamente pelo campo estão ficando mais numerosas. No campo escuro, as partículas maiores de carbono exibem um aumento muito gradual no número de formações esféricas dentro delas. No entanto,

a cena global permanece sem vida. Meses se passam sem muita mudança. Estamos impressionados pela ausência de bactérias comuns do ar (os tubos de ensaio estão vedados com tampas de algodão). Macroscopicamente, o fluido parece inalterado. Ainda está claro. Esse é o nosso experimento-controle. O experimento para a *produção de bions de carvão* é o seguinte:

Deste ponto em diante, aplicamos procedimentos estritamente estéreis. Todos os líquidos são autoclavados a 120°C; as substâncias secas e os instrumentos são todos esterilizados a seco a 180°C. Os tubos de ensaio contendo um preparado de 50% de caldo e 50% de solução de KCl 0,1n são autoclavados. Em seguida, aquecemos uma pequena quantidade de pó de carvão na ponta de uma espátula em uma chama de gás até alcançar a incandescência branca. Enquanto o pó ainda está branco, o mergulhamos no fluido estéril. O fluido torna-se preto imediatamente e só as partículas pesadas de carvão descem até o fundo. As partículas mais leves permanecem em suspensão. Formou-se uma *solução coloidal*, em contraste com o experimento-controle. No decorrer de meia hora, o que era preto vai se tornando cinza. A solução permanece coloidal durante três a seis dias, depois fica clara. Todas as partículas desceram até o fundo do tubo.

Tendo completado a preparação, extraímos uma pequena gota utilizando procedimentos estéreis, e a examinamos sob o microscópio no campo claro e no campo escuro, começando novamente com um aumento de 300 vezes (*ver* Figura 25, no Apêndice), depois usando 2.000-3.000 vezes (para bions PA observados com esse aumento, *ver* Figura 30, no Apêndice). O que vemos é fundamentalmente diferente do que foi observado na preparação de controle.

A estrutura das partículas individuais de carvão é majoritariamente vesicular. Através de observação contínua, podemos ver pequenas vesículas de aproximadamente um micron de diâmetro desprendendo-se das margens das partículas maiores e movendo-se de um lado para outro livremente no fluido. Quando a preparação é bem-sucedida, pode-se observar movimento nas margens das partículas se expandindo, contraindo, vibrando e assim por diante. Porém, mesmo as partículas menores que se movem de um lado para o outro parecem

mudar diante de nossos olhos, se observarmos por um período de tempo suficiente. Primeiro, elas parecem "duras", a membrana preta e grossa. Gradualmente, no entanto, a membrana vai se tornando mais fina. No interior, vemos cada vez mais um reflexo azul e azul-esverdeado. As vesículas vão se tornando cada vez mais retesadas e exibem um movimento interno crescente. Vibrações semelhantes a ondas podem ser observadas em muitas vesículas. Quanto mais fina a membrana, mais intenso o azul e mais elástico o movimento. Logo no mesmo dia ou, melhor ainda, no dia seguinte, podemos ver claramente os movimentos de *expansão* e *contração*. Ninguém que tenha estudado esses preparos durante algum tempo pode duvidar do caráter vivo desses movimentos. Distinguimos movimentos das vesículas *de um lugar para outro*, e movimentos *internos* de seus conteúdos, flutuações da cor azul, variações no brilho, protusão e retração. As vesículas pulsam em ritmo irregular.

Passamos através do composto uma corrente galvânica de aproximadamente 0,2-0,5 mA. As vesículas se movem na direção do cátodo e, por conseqüência, têm uma carga elétrica positiva. Depois de vários dias, quando as partículas não estão mais em suspensão coloidal, os fenômenos cataforéticos se desvanecem ou desaparecem completamente. A carga das vesículas parece portanto ser um pré-requisito para a suspensão coloidal e a mobilidade, como Pauli presumiu. É também um pré-requisito para a capacidade de formar culturas (*ver Die Bione [Os bions]*, pp. 54 ss.).

Tentamos fazer um experimento com corantes biológicos, usando a coloração de Gram ou carbolfucsina. Como controle, usamos as mesmas tinturas em pó de carvão comum. O carvão sem preparo não aceita nenhum corante biológico. As partículas permanecem pretas. Os *bions de carvão*, por outro lado, exibem uma reação positiva à tintura (azul, quando utilizada a coloração de Gram). Também se pode observar que o corante só atinge as partículas que alcançaram um determinado grau de desenvolvimento bionoso (membrana delgada, aumento de fluido, azul por dentro), enquanto as partículas não desenvolvidas reagem de modo neutro, como aquelas da preparação de controle.

Examinamos a preparação corada com um aumento de 3.000 vezes, usando imersão em óleo, e descobrimos que a maioria das vesículas azuis, que anteriormente assumiam qualquer forma possível, tornavam-se agora esféricas. Havia um novo fenômeno especialmente surpreendente: ao lado das vesículas de tamanho grande, de aproximadamente um micrão de diâmetro, havia pequenos corpos vermelhos, que não eram visíveis com aumento de 300 vezes. Os menores desses corpos tinham cerca de 0,2 micrão de comprimento, isto é, dificilmente visíveis ao microscópio. Eles ficam agrupados em torno das vesículas maiores azuis, redondas, de cristais não tingidos. São alongados e têm pontas em uma extremidade, como lanças em miniatura. Não foram observados na preparação a fresco, úmida, mas podem ser encontrados em estado vivo em outras preparações de bión de carvão (na Figura 26 do Apêndice, ver fotografia da preparação de carvão com sangue, com aumento de 5.000 vezes).

Depois de prolongada experimentação, ficou claro que esses corpos Gram-negativos são da maior importância. São os assim chamados bacilos T, que têm um papel crucial no câncer. Essa questão será retomada posteriormente.

Nossa conclusão é que os bions são formas biologicamente ativas porque, em contraste com a substância de que se originaram, eles reagem ao corante biológico.

Há uma outra característica especificamente biológica dos bions. Substâncias não vivas, vistas ao microscópio sob luz fluorescente, sempre exibem apenas sua própria cor característica: carvão preto, cloreto de sódio amarelo, etc. Os bions de carvão observados com luz fluorescente não exibem um reflexo preto, e sim azul, como ocorre com uma cultura de estafilococos ou qualquer tecido celular orgânico. Esta é uma prova adicional do caráter biológico dos bions de carvão.

Antes de proceder a uma investigação de outras propriedades das vesículas de energia, devemos estabelecer se as vesículas azuis se desenvolvem exclusivamente a partir do carbono, ou também a partir de outras substâncias. Se fosse para serem encontradas exclu-

sivamente no carbono, a pergunta fundamental relativa à natureza da energia biológica na matéria não viva seria fácil de responder. Porém o problema é complexo, porque quanto mais substâncias examinamos e sujeitamos ao intumescimento, mais se confirma a seguinte conclusão: *toda matéria aquecida até a incandescência e levada a intumescer consiste de vesículas de reflexos azulados ou se desintegra nelas:*

1. *Alimentos cozidos:* o músculo, quando cozido, perde sua estrutura predominantemente estriada e consiste de vesículas azuis, móveis. Os mesmos resultados são obtidos com todo tipo de vegetal. O tamanho e o formato das vesículas podem variar, mas o conteúdo exhibe invariavelmente um reflexo azul.

2. *A gema de ovo* consiste de vesículas azuis individuais, às vezes na forma de uma pilha de vesículas circundada por uma membrana. O leite contém, além de glóbulos de gordura, bíons azuis. O mesmo se aplica ao *queijo*, principalmente às variedades processadas com a ajuda de fermentação bacteriana, como o Kephir, o Roquefort, o iogurte; e caseína de todo tipo. *As vitaminas*, examinadas com um aumento de 2.000 vezes, consistem de vesículas azuis de forma irregular, que refratam a luz fortemente. *A clara do ovo*, quando crua, não tem estrutura; quando cozida, se desintegra em agrupamentos de vesículas azuis. *O soro do sangue* reage de maneira similar e as plaquetas, bem como os glóbulos vermelhos e brancos, exibem um reflexo azul intenso.

A estrutura do *musgo* e da *grama* é estriada e sem vesículas, similar à do músculo do animal. Quando os dois são cozidos, desintegram-se em vesículas azuis que se parecem com algas. Isto gera a pergunta: as algas encontradas em reservatórios estagnados não serão as mesmas que são vistas em nossos bíons, a saber, matéria desintegrada em vesículas de energia? Vesículas azuis são abundantes na água estagnada, servindo de alimento aos protozoários. Os experimentos com bíons trouxeram uma resposta surpreendente a essa pergunta, que discutiremos em um contexto diferente.

Procuramos descobrir mais sobre a formação de bíons. Misturamos determinadas substâncias sem estrutura em uma certa se-

qüência. Em primeiro lugar, preparamos as seguintes soluções: (a) 100 cc. de água + 50 cc. KCl 0,1n + 2 mg de gelatina dissolvida + 50 cc. de caldo filtrado; (b) algumas gotas de clara de ovo em KCl; (c) uma pequena quantidade de lecitina fresca em KCl. Essas soluções não apresentaram estrutura. Somente a mistura da lecitina apresentou membranas com espaços fechados, sem estrutura interna. Misturamos então os três grupos de substâncias. Em minutos, as vesículas de bión azuis tornaram-se visíveis ao microscópio. Anteriormente, não havia ocorrido movimento de nenhum tipo. Mas, agora, a solução estava repleta de formas se movendo. A gelatina combina umas tantas vesículas azuis em uma pilha que se contrai e se expande. O efeito é uma das vesículas individuais dentro da pilha esforçando-se para se mover em várias direções e, desse modo, gerando mobilidade interna. Em geral, podem-se distinguir quatro tipos de movimento:

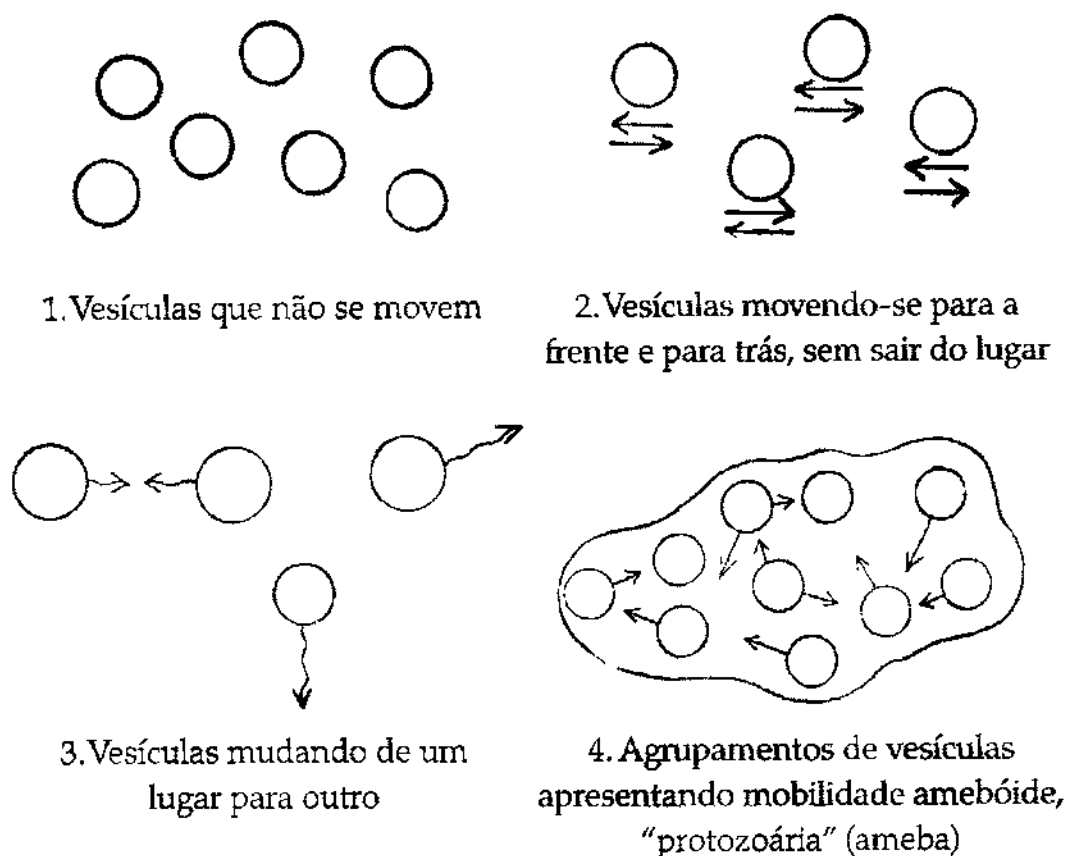


Figura 2. Formas de movimento visíveis em bions

Se acrescentarmos agora extrato de carvão vegetal finamente pulverizado, podemos acompanhar o desenvolvimento de bions de carvão altamente móveis. Testemunhamos o carvão absorvendo o fluido contendo clara de ovo. Os tubos de lecitina, anteriormente vazios, se enchem de vesículas. Toda a cena é de "vida" pululando. Nós então autoclavamos a mistura; os movimentos tornam-se até mais fortes. Agora, aparecem os bacilos T. A reação aos corantes biológicos (carbolfucsina, Giemsa ou Gram) torna-se positiva.

Em janeiro de 1937, prestei contas desse experimento (Nº 6) à Academia de Ciências em Paris. Em janeiro de 1938, recebi uma comunicação do professor Lapique de que, depois de um ano, a preparação autoclavada ainda apresentava movimento semelhante ao vivo e continha formas contráteis. A notícia foi ainda mais surpreendente, uma vez que a preparação era estéril e com vedação à entrada de ar. Eis a correspondência do professor Lapique:

Université de Paris
Faculté des Sciences
Laboratoire de Physiologie Générale
1, rue Victor-Cousin (5^e 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 filme que vous annonciez. 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 annonciez. Il y a là quelque chose de curieux, en raison du long délai depuis la préparation.

Je suis disposé a proposer a 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-chémique n'engageant que moi. Laissant de côté votre théorie électrique qui n'a rien a 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.

DR. LOUIS LAPIQUE
Professeur honoraire à la Sorbonne
Membre de l'Académie des Sciences

Tradução do texto precedente:

Universidade de Paris
Faculdade de Ciências
Laboratórios de Fisiologia Geral
1, rua Victor-Cousin (5º Arr.)

Sorbonne, 25 de janeiro de 1938

Prezado Doutor,

A Academia solicitou-me que estudasse sua comunicação de 8 de janeiro do ano passado e esperei primeiro pela chegada do filme que o senhor ficou de enviar. Então, já que não o recebi, examinei ao microscópio as amostras que o senhor incluiu na sua comunicação inicial. De fato, verifiquei os movimentos como que de vida que o senhor descreveu. O próprio fato em si é notável, considerando o período de tempo prolongado que transcorreu desde que foram feitas as preparações.

Eu gostaria de propor à Academia a publicação de seus resultados em breve, com uma nota curta de minha autoria confirmando o fato e oferecendo uma interpretação físico-química representando meu próprio ponto de vista pessoal. O senhor concordaria com a publicação de sua contribuição no formulário selecionado anexo, que é na verdade um resumo da parte importante, deixando de fora sua teoria elétrica, que nada tem a ver com o experimento? Parece-me que esse arranjo ficaria de acordo com o seu desejo de ter sua pesquisa registrada em nosso boletim.

Receba, prezado senhor, meus protestos de elevada consideração.

DR. LOUIS LAPIQUE
Professor Honorário
Universidade de Paris
Membro da Academia de Ciências

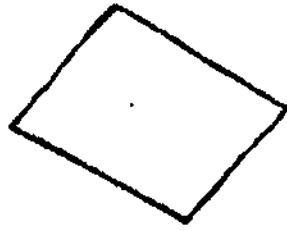
Retirei meu consentimento para a publicação no periódico da Academia Francesa de Ciências com base nas seguintes considerações:

1. A interpretação físico-química teria obscurecido o caráter *biológico* do experimento.
2. No decorrer de 1937, produzi culturas de bíons que foram confirmadas experimentalmente pelo professor DuTeil, em Nice*. Este fato decisivamente importante não seria publicado.
3. O resumo proposto para publicação não representava de modo algum o relatório detalhado que submeti à Academia. Sua publicação teria apenas conduzido a mal-entendidos e o resultado teria sido o de experimentos-controlados malogrados.

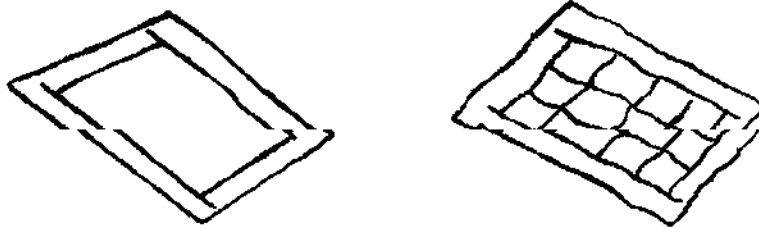
Limalhas de ferro são a substância metálica mais adequada para nosso experimento. Apenas poucos minutos depois de introduzir limalhas estérteis na nossa solução padrão caldo-KCl, desenvolvem-se delicadas vesículas provenientes das partículas de ferro. Pode-se acompanhar esse processo ao microscópio. Coloca-se uma única partícula de ferro sobre uma lâmina, acrescentando-se uma pequena quantidade de cloreto de potássio. Em pouco tempo ocorre a produção de bíons, cuja mobilidade dura apenas 10 minutos, aproximadamente. Como pequenos ímãs, eles se organizam ao longo de linhas de força magnética e se grudam uns aos outros (*ver* Figuras 27 e 28, no Apêndice).

Uma solução de bíons de ferro se transforma em colóide em poucos dias. As partículas consistem de vesículas pesadas de energia, angulares, intensamente azuis, que vão se tornando aos poucos "mais macias" e mais elásticas (*ver* Figura 3). As vesículas azuis podem formar culturas, mas esse assunto será discutido posteriormente.

* O professor Roger DuTeil conduziu experimentos-controlados sobre os bíons na universidade em Nice. [N. do Ed. Amer.]



1. Forma angular, apresentando no campo escuro uma estrutura vesicular fina com estriações



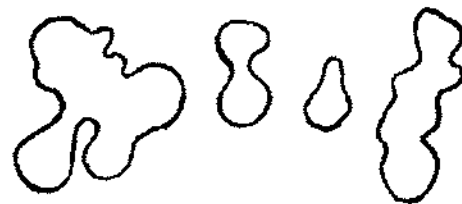
2. Aparência de estriações bem definidas, com figuras retangulares e rombóides típicas



3. Aparente amolecimento e inclinação da estrutura estriada



4. Estágio avançado de desenvolvimento em agrupamentos de bions. O conteúdo entre as estruturas exibe um reflexo azul intenso. O agrupamento já exibe mobilidade



5. Bions de limalha de ferro do tipo PA. Móveis, contráteis, com um reflexo azul. Passíveis de cultivo

Figura 3. Mudanças na estrutura de limalhas de ferro em solução de caldo e cloreto de potássio, durante o processo de intumescimento

O *húmus* se compõe principalmente de vesículas móveis, apresentando um reflexo azul intenso. A terra submetida à autoclave se desintegra completamente, transformando-se em vesículas de energia. Pode-se observar ao microscópio a desintegração progressiva a cada dia (*ver* Figura 29, no Apêndice).

Esses experimentos são difíceis e requerem uma grande paciência e persistência. Não se pode simplesmente jogar algumas substâncias no caldo e esperar pelo desenvolvimento de bions, como fez um biólogo que conheci. Esses experimentos também não podem ser realizados sem o conhecimento do processo subjacente.

2. A QUESTÃO DO "MOVIMENTO BROWNIANO"

É preciso esclarecer alguns problemas fundamentais antes que possamos tirar quaisquer conclusões de nossas observações. O conceito de "movimento browniano" tem sido invocado como objeção à alegação de que forças *bioenergéticas* específicas são responsáveis pela mobilidade dos bions. Os físicos sabem há muito tempo que as menores partículas coloidais estão em movimento, isto é, que elas se deslocam no campo em várias direções. Esses movimentos têm até sido calculados. A sua origem é atribuída a colisões entre as moléculas na solução e as partículas coloidais maiores.

Essa interpretação é *puramente física e mecanicista*. Nela nada há de consistente com as manifestações de pulsação da energia biológica. Pode-se aplicar essa interpretação aos fenômenos observados nas vesículas de energia bionosa? Uma interpretação só é válida se torna compreensíveis fenômenos novos. Ela é inválida quando conflita com as observações. E torna-se inútil quando contradiz diretamente as observações e pode ser substituída por outra interpretação, que oferece uma explicação mais satisfatória dos fenômenos.

O movimento browniano mecânico é defendido pelos físicos como um dogma. Na medida em que se dirige contra interpretações místicas de fenômenos vivos, essa defesa se justifica. No entanto, a experiência mostra exatamente com a mesma clareza que a própria

interpretação do “movimento molecular” não está destituída de motivos irracionais. Caso contrário, o físico que enxerga tudo à sua volta apenas como movimentos brownianos de natureza puramente física não se recusaria com tamanha teimosia a considerar alguns fatos que contradizem a sua interpretação no caso de determinados exemplos. Acredito que jamais conseguirei ser capaz de convencer esses físicos, mas sei que o beco sem saída a que conduz o ponto de vista puramente mecanicista forçará um dia a ciência a encarar novos fatos e argumentos.

Sem dúvida, existem movimentos de partículas extremamente finas que permitem uma interpretação mecânica. Por exemplo, eu mesmo acredito que o movimento das vesículas (*ver* Figura 2) para frente e para trás no mesmo lugar não é de natureza biológica. Se as moléculas estão se movimentando para frente e para trás, isso eu não sei, já que nunca observei moléculas, do mesmo modo que os defensores do movimento browniano puramente mecânico.

Agora, vamos esclarecer o que advoga a interpretação físico-mecânica. Como nem as partículas, nem as moléculas jamais desaparecem na solução, os impulsos moleculares deveriam, pela lógica, continuar indefinidamente, assim como o movimento das partículas. Além disso, todas as partículas aproximadamente na mesma faixa de grandeza teriam de estar em movimento. Finalmente, o único tipo de movimento possível sob estas circunstâncias seria de um lugar para o outro.

A contração e expansão do conteúdo das partículas não podem ser explicadas pela interpretação mecânica. *Como poderia um impulso de uma molécula fora da partícula causar vibração ou expansão internas?* Posteriormente nos familiarizaremos com outras propriedades dos bions que não poderiam ser explicadas em termos mecânicos de maneira concebível.

Essas observações só podem ser feitas com aumentos de pelo menos 2.000 vezes. Esse é o requisito mínimo absoluto. Na verdade, conclusões confiáveis demandam um aumento de 3.000-4.000 vezes. Igualmente indispensável é o exame microscópico de uma preparação *viva* antes de sua destruição pelo corante biológico. O

biólogo de Copenhague, A. Fisher, ficou muito contrariado e até hostil, de certo modo, quando não conseguiu um aumento maior do que 1.500 vezes, como insisti que deveria para conseguir ver o que eu alegava como fato. A tintura de Giemsa dos bions feita em seu instituto em 1936 foi positiva. Sob condições adequadas, manifestam-se os seguintes fenômenos, que não podem ser interpretados de modo mecanicista:

1. O movimento está ora presente, ora ausente. Ele ocorre, depois pára. As vesículas de bions aparecem nas margens das partículas de carvão ou musgo e exibem movimento quando há um grau suficiente de tensão e carga. Determinadas preparações bionosas não apresentam movimento algum. O que aconteceu aos impulsos moleculares em tais casos? As moléculas não se foram, nem tampouco as partículas! E a ciência mecanicista não postula um terceiro fator na origem dos movimentos. *O movimento externo das vesículas de energia deve portanto estar relacionado à sua carga interna.*
2. A mobilidade interna de muitos bions, sua expansão, contração, vibração e reflexo, é um fato que não pode ser atribuído a impulsos externos, apenas a mudanças na energia interna. Assim, *a mobilidade interna também deve estar ligada à carga interna.*
3. A pesquisa sobre bions compreende os glóbulos vermelhos vivos do sangue como vesículas orgonóticas. Examinados com um aumento acima de 2.000 vezes, eles são *azuis* e pulsam. Glóbulos vermelhos mortos não são azuis, mas pretos. Eles não se deslocam e não pulsam.

A mobilidade dos glóbulos vermelhos se origina apenas da carga interna, não dos impulsos externos. Com o desaparecimento da cor azul, orgonótica, a mobilidade também cessa.

A questão fundamental de toda a biologia diz respeito à origem dos impulsos internos no organismo vivo. Ninguém duvida que o vivo se distingue do não-vivo por intermédio da origem interna dos impulsos

dos motores. O impulso motor interno pode ser atribuído somente a uma *energia* ativa no interior do organismo. O experimento com bions responde à pergunta de onde se origina essa energia.

Dentro do organismo, a energia biologicamente efetiva, que gera os impulsos, se origina da mesma matéria que o bion.

Introduzi o termo “orgone” para designar a energia observável na matéria bionosa móvel, derivando-o das palavras “organismo” e “orgástico”. Doravante, a expressão “orgonótico” abrange todos os fenômenos e processos energéticos que pertencem especificamente à energia que governa a matéria viva. Cada organismo vivo é uma estrutura membranosa, que contém nos fluidos de seu corpo uma quantidade de energia orgone: ele constitui um “sistema orgonótico”.

Além disso, a interpretação puramente físico-mecânica não consegue esclarecer uma só reação biológica específica. Libertamos de qualquer suspeita de estar lidando com uma força vital sobrenatural que transcende a energia e a matéria. Com isso, reconhecemos uma conexão entre as vesículas de energia e a teoria *funcional* de matéria e energia de Einstein. Observamos alguns processos fundamentais que indicam a maneira como o orgone se origina a partir da matéria, especificamente, os processos de desintegração da matéria e o intumescimento das partículas em desintegração. *A solução para o enigma de como a vida funciona encontra-se nesses processos.* As funções objetivas essenciais da energia biológica correspondem às funções essenciais da matéria viva. As funções básicas dos organismos altamente desenvolvidos são as mesmas que aquelas das mais diminutas partes do plasma contrátil. Toda abordagem mecânica ou química malogra aqui por completo. Não é uma questão de substância, mas das *funções* da energia biológica. Desse ponto de vista, estamos de acordo com muitos biólogos. Üxküll, por exemplo, escreve:

A biologia animal hoje deve sua existência à introdução da experimentação fisiológica no estudo de animais inferiores. Nesses experimentos, as expectativas de novos horizontes para a pesquisa por parte dos fisiologistas não foram satisfeitas... A decomposição de fenô-

menos vivos em processos químicos e físicos não gerou progresso de modo algum... para todos os cientistas que vêem o elemento essencial da biologia no próprio processo da vida, e não na sua redução à química, física e matemática. [*Umwelt und Innenwelt der Tiere* (Mundo externo e mundo interno dos animais), Berlim: Springer, 1921, p. 2]

3. OS BACILOS T

No meu relato do experimento com os bíons de carvão, mencionei a descoberta de pequenos corpos moldados como lanças ao usar a tintura de Gram. A esses corpos foi atribuído o nome de "bacilos T", isto é, bacilos *Todes**, dada sua ligação dupla com o processo de morrer:

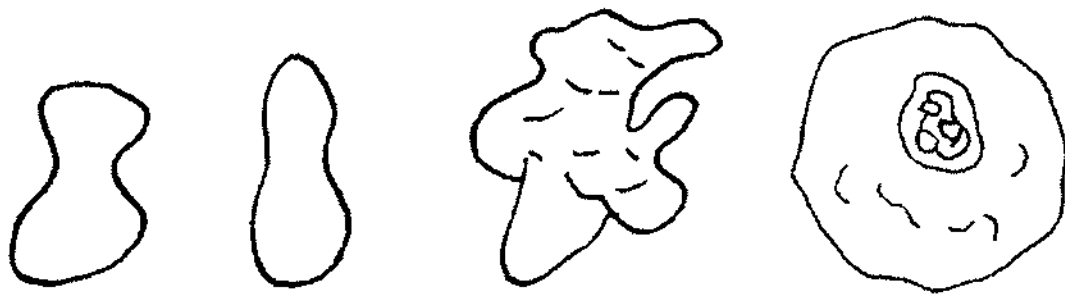
- a) *Os bacilos T se desenvolvem a partir da degeneração e desintegração pútrida da proteína viva e não viva.*
- b) *Injetados em fortes doses, os bacilos T são capazes de matar camundongos no prazo de vinte e quatro horas.*

Se deixarmos as culturas de estafilococos ou de bactérias de putrefação (*B-proteus*, etc.) se desenvolver por um período de tempo suficiente, formar-se-á uma margem esverdeada ao redor da borda da cultura. Contra a luz, observa-se que essa margem tem um reflexo azul, que tende a se espalhar. No início do experimento, estabelecemos que a cultura era pura e nada continha além de estafilococos. Depois de poucas semanas ou meses, pegamos uma amostra da margem verde-azulada e descobrimos que, embora haja agora muito poucos cocos, a cultura pulula com uma variedade de bacilos muito menores, movendo-se em vívidos padrões de ziguezague. Eles têm aproximadamente 0,2-0,5 micron de comprimento e, examinados com um aumento de 2.000 vezes pelo menos, parecem ter um formato levemente oval (*ver* Figura 4 c). Inoculados em

* Morte, em alemão. [N. do R. T.]

caldo, eles desenvolvem um fluido de cultura com um forte reflexo verde-azulado e um odor acre, de amoníaco.

Quanto mais tempo se deixa em repouso a cultura no caldo, mais denso ele se torna e mais profunda a cor azul ou azul-esverdeada. Depois de alguns dias, as culturas de bactérias de putrefação (*B-proteus*, *B-subtilis* e estafilococos) (ver Figura 4 b) se aglutinam no fundo do tubo de ensaio, ou como uma membrana na superfície. A aglutinação dos bacilos T, por outro lado, não ocorre durante meses. No caso de uma cultura mista, todos os outros bacilos se aglutinam muito rapidamente, enquanto os bacilos T permanecem vivos.



a) Bions azuis. Cerca de 2 a 10 μ



b) Estafilococos

Cerca de 1 μ de diâmetro



Estreptococos



Bacilos

Cerca de 4 a 8 μ
de comprimento



c) Bacilos T. Cerca de 0,2 a 0,5 μ

Figura 4. Formas características de bions azuis, cocos e bacilos pretos, e bacilos T

Os bacilos T podem ser obtidos a partir da degeneração de todo tipo de substância protéica. Até o presente momento, foram cultivados bacilos T idênticos na forma e nas reações a partir de quinze fontes diferentes. Os bacilos T são portanto produto de processos degenerativos pútridos nos tecidos. Abaixo, uma lista de algumas fontes de bacilos T:

Sangue de pacientes com câncer: Os bacilos T podem ser cultivados a partir do sangue de pacientes com câncer avançado através da simples inoculação em caldo de cultura. No nosso laboratório, esse processo tornou-se um dos nossos mais importantes testes para câncer.

Tecido canceroso: Todo tipo de tecido canceroso, novo ou velho, exibe bacilos T ao exame microscópico e produz culturas de bacilos T em caldo de cultura e em ágar-ágar. Quando fervido, se desintegra quase que totalmente em corpos T com a reação típica vermelha da coloração de Gram.

Células e tecidos pré-cancerosos: Esses também produzem bacilos T, isto é, se desintegram em corpos T ou já os contêm plenamente desenvolvidos. O epitélio da vagina, da língua, da pele ou do esputo normalmente não tem estrutura. No estado pré-canceroso, ele exibe corpos T extremamente finos no exame em campo escuro.

Sangue em degeneração (experimento): Espalham-se 2 a 3 cc. de sangue sobre uma placa de Petri esterilizada e posta a secar durante vinte e quatro horas em uma incubadora. Pulveriza-se então o sangue seco com extrato de carvão que foi aquecido até a incandescência. Depois de mais vinte e quatro horas, acrescentam-se cloreto de potássio e caldo de cultura o suficiente para cobrir a substância. O exame microscópico e a reação à tintura biológica confirmam imediatamente a presença de bacilos T.

Os bacilos T de qualquer origem geram tumores cancerosos, destrutivos e infiltrantes em camundongos saudáveis. No entanto, eu gostaria de lidar com esse elemento do experimento com bions em separado e me restringir aqui às reações essenciais, biologicamente significativas que têm relação com o problema da energia orgone.

As preparações de bions produzem regularmente dois tipos de bions: os bions azuis PA descritos anteriormente e os pequenos

bacilos T pretos. Esses dois tipos são antagônicos entre si no experimento biológico; os *bíons PA* têm a capacidade de matar ou imobilizar os bacilos T pretos. Esse processo ocorre na gota sob o microscópio, assim como no camundongo vivo (ver Figura 4-a).

Colocamos uma gota de solução de bíons terra e ferro ou carvão sobre uma lâmina tipo gota pendente e acrescentamos uma pequena gota de uma cultura de bacilos T. Com aumento de 400 vezes no campo escuro, ou com mais clareza em aumento de 2.000 vezes em luz comum, podemos ver que os bacilos T na vizinhança dos bíons azuis tornam-se agitados, girando sem parar, depois permanecem em um só lugar, tremendo, e finalmente ficam imóveis. Com o tempo, um número cada vez maior de bacilos T se acumula ao redor dos bíons azuis: eles se aglutinam. Os bacilos "mortos" parecem atrair e serem letais àqueles que ainda vivem. Os experimentos de energia orgone com o câncer têm sua origem nesse fato significativo.

Os bacilos subtilis ou proteus, que têm de cinco a oito vezes o tamanho dos bacilos T, são afetados da mesma maneira. Nesses organismos, pode-se observar a capacidade letal dos bíons azuis com muito mais nitidez. Ao final, todo o campo está coberto de bacilos mortos.

Entre janeiro de 1937 e janeiro de 1939, realizaram-se experimentos de injeção de bíons PA e bacilos T em 178 camundongos saudáveis. A tabela abaixo apresenta os resultados:

<i>Injeção</i>	<i>Número de camundongos</i>	<i>Mortos em 1 semana</i>	<i>Mortos em 15 meses</i>	<i>Doentes após 15 meses</i>	<i>Saudáveis após 15 meses</i>
Bacilos T	84	30	30	24	0
Bíons PA depois Bacilos T	45	0	9	—	36
Bíons PA	39	0	0	—	39
Bacilos T depois Bíons PA	10	0	8 (2 sacrificados)	—	0
	<u>178</u>				

Dos 30 camundongos T que morreram no prazo de quinze meses após a injeção de bacilos T, 25 foram cuidadosamente exami-

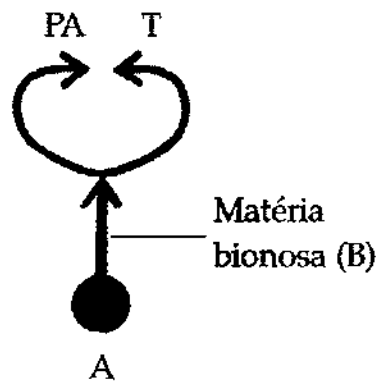
nados em busca de tumores cancerosos. Sete camundongos apresentaram células cancerosas amebóides em diversos tecidos; treze revelaram tumores celulares infiltrantes, destrutivos, de natureza cancerosa. Os cinco camundongos restantes tiveram tumores inflamatórios crônicos. Os tumores cancerosos estavam mais avançados nos camundongos que haviam sobrevivido às injeções de bacilos T por mais tempo.

A relação entre os bacilos T e o câncer é de importância crucial e será discutida posteriormente.

Para se ter uma avaliação da energia orgone, os resultados dos experimentos têm o seguinte significado:

1. *Teórico*: na base do processo vital, na fronteira entre o não-vivo e o vivo, encontramos um modo de funcionar que é completamente abrangido pelo nosso esquema de funcionamento biológico, cuja validade é geral: *todas as funções vitais obedecem à lei natural de dissociação do unitário e da antítese funcional e unidade do dissociado.*

A partir da matéria não viva A se desenvolvem bions móveis B contendo energia orgone. Esses bions se dividem em dois grupos: o grupo PA e o grupo T. Os dois grupos têm uma relação antitética, à medida que os bions PA paralisam os bions T. Há apenas uma explicação plausível desse fato no contexto do nosso conhecimento das funções físicas da energia orgone: os bions PA são unidades de orgone plenamente desenvolvidas e altamente carregadas. Por outro lado, os bions T representam produtos de degeneração, que aparecem quando os tecidos, as células ou as bactérias começam a perder sua carga de orgone. Eles contêm apenas pequenas quantidades de orgone e, portanto, são sistemas organóticos muito fracos.



Como o sistema orgonótico mais forte sempre atrai o mais fraco e drena para si sua carga¹, pode-se explicar facilmente a paralisia dos bions T pelos bions PA: a conexão funcional biofísica entre PA e T é derivada de funções puramente físicas da energia orgone.

2. *Prático*: Os T se originam quer por *processos degenerativos*, isto é, através da perda de energia orgone em formas altamente desenvolvidas, quer *por causa de uma quantidade insuficiente de orgone livre de massa dentro da vesícula de energia*.

Os bacilos T foram produzidos em meu laboratório a partir da degeneração dos seguintes tecidos e preparações de bions: sangue seco, fezes secas, tecido canceroso autoclavado, gema de ovo autoclavada que foi pulverizada com carvão incandescente e coberta com hidróxido de potássio, epitélio da língua danificado por ponte dentária, células degeneradas do epitélio da vagina, espermatozoides degenerados, bactérias de putrefação degeneradas, preparações de bions de carvão de todos os tipos e meio de cultura à base de ovo tratado com cianeto de potássio.

O conteúdo deficiente de orgone dos bacilos T se manifesta em um fenômeno estranho que eu gostaria de designar como "fome de orgone". As observações são as seguintes:

Filtramos sangue que foi diluído cerca de 10 vezes com a solução habitual de cloreto de potássio. (Um filtro Berkefeld com poros não maiores do que 0,25 micron apanha quaisquer bacilos T que possam estar presentes.) O exame microscópico com um aumento de 2.000-4.000 vezes revela apenas fluido, sem estrutura alguma. Acrescentamos ao soro uma pequena gota de cultura de bacilo T pura, sem bions PA. Em poucos minutos apresenta-se um espetáculo extremamente excitante, que com toda a probabilidade contém o segredo dos "corpos imunes" no soro.

No início, vemos apenas bacilos T se deslocando pelo campo. Porém não tardam a aparecer vesículas azuis aqui e ali, com um número cada vez maior de bacilos T ao seu redor, exatamente como

1. Esse fenômeno, conhecido como potencial orgonômico invertido, é discutido alhures de um ponto de vista puramente físico.

em uma mistura de PA e T. O T parece ter estimulado a formação dos bions PA azuis; um soro de controle sem T não exhibe nenhum PA. Os bions PA, uma vez formados, exercem um efeito paralisante nos T, que começam a se aglutinar.

Começa então um segundo processo, até mais surpreendente. O agrupamento dos T aglutinados é preto; não há evidência de azuis. Porém, em quinze a trinta minutos, *esse agrupamento preto morto começa a adquirir uma coloração azul intensa e formar vesículas membranosas*. Nada são senão bions PA. Os T mortos extraíram orgone do soro e se transformaram em bions PA.

Esses dois fenômenos ainda não foram estudados detalhadamente. Por um lado, estão relacionados com o fator de imunidade e, por outro, com a estruturação vesicular ou a desintegração vesicular de tecidos que entram em contato com os bacilos T.

Poucos dias depois de um camundongo saudável ter sido inoculado com bacilos T por injeção subcutânea, apareceu um inchaço não purulento na pele que, sob exame microscópico, provou ser tecido em estado de desintegração vesicular. Através do mesmo processo, a degeneração de células epiteliais em câncer é marcada pelo surgimento de bacilos T, em primeiro lugar; depois, por um grande número de bions PA azuis nas cercanias.

Neste ponto, eu gostaria de interromper o relato dessas observações, que produziram tanta informação sobre a *en'ergia orgone organísmica*, e esperar pelos resultados de outros experimentos antes de decidir que conclusões tirar. Entretanto, é certo que *os bacilos T estimulam a desintegração bionosa*, e que *as células cancerosas se organizam a partir de tecido desintegrado de forma bionosa*, exatamente como as amebas e outros protozoários se formam a partir de bions de musgo.

O teste de sangue T

O vigor biológico, isto é, o poder de funcionamento de uma célula, não é determinado nem pela sua estrutura, nem pela sua

composição química. A desintegração da estrutura e a composição química devem ser vistas antes como conseqüências do que causas da degeneração biológica. A estrutura, junto com o equilíbrio bioquímico da célula, é a expressão do vigor biológico da célula, porém a própria função biológica foi um mistério até aqui. A carga orgonótica da célula nos oferece agora a possibilidade de determiná-lo experimentalmente.

Os glóbulos vermelhos do sangue de duas pessoas podem ser semelhantes na estrutura e composição química, embora difiram claramente na função biológica. Sob o microscópio, os dois podem ter a mesma forma; a contagem dos glóbulos vermelhos e o conteúdo de hemoglobina podem bem ser normais e idênticos para as duas pessoas.

Exponhamos agora amostras de sangue de cada pessoa ao mesmo agente destrutivo. Autoclavamos algumas gotas de sangue de cada pessoa em caldo de cultura e cloreto de potássio durante trinta minutos a uma temperatura de 120°C, com pressão de vapor de 15 libras por polegada quadrada. O exame microscópico pode revelar agora dois resultados muito diferentes. O sangue autoclavado de uma pessoa se desintegrou em grandes vesículas azuis de bions. O sangue da outra pessoa não produz vesículas azuis, somente bacilos T. A coloração de Gram confirma essa diferença: uma amostra de sangue produz vesículas azuis, Gram-positivas (*ver* Figura 31, no Apêndice), a outra, bacilos T Gram-negativos, vermelhos (ilustração de bacilos T de um sarcoma na Figura 32 do Apêndice). Pode-se tirar a seguinte conclusão:

A primeira amostra de sangue apresenta uma forte carga orgonótica das células vermelhas. A carga se revela depois do processo de autoclave, nos bions azuis ("reação B"). A segunda amostra de sangue apresenta uma carga de orgone fraca ou mínima das células vermelhas. A falta de carga orgonótica se manifesta, depois do processo de autoclave, na ausência de bions azuis e na presença de bacilos T, que resultam da degeneração dos glóbulos vermelhos ("reação T").

A reação T é característica dos casos de câncer em estado avançado nos quais o conteúdo de orgone do sangue foi totalmente consumi-

do na luta do organismo contra a doença sistêmica (biopatia do câncer) e o tumor local. Essa reação T encontra-se habitualmente presente *antes* de quaisquer sintomas de anemia e, com frequência, revela o processo canceroso muito tempo antes que um tumor perceptível tenha se formado.

Por outro lado, os glóbulos vermelhos fracos em energia orgone a absorvem vorazmente quando fornecida ao organismo através do acumulador de orgone. Os testes subseqüentes de autoclave indicam uma mudança da reação T para a reação B; isto é, os glóbulos vermelhos de sangue se tornaram mais resistentes à autoclave; eles contêm mais orgone.

Os glóbulos vermelhos podem ser carregados pela energia orgone atmosférica. (Os efeitos da radiação solar se baseiam no mesmo princípio.) Isto pode ser confirmado experimentalmente. Em uma lâmina de microscópio, misturamos biologicamente (isto é, orgonoticamente) sangue fraco com bactérias de putrefação ou bacilos T. O sangue, por estar energeticamente fraco, não destrói nem aglutina as bactérias ou os bacilos T. No entanto, depois que o organismo foi carregado orgonoticamente (o grau de carga pode ser averiguado através do teste de autoclave), o sangue possui um efeito decididamente paralisante e aglutinador nos mesmos microorganismos patogênicos. Os protozoários menores respondem do mesmo modo; isto é, não são danificados pelo sangue orgonoticamente fraco, mas são paralisados pelo sangue orgonoticamente forte.

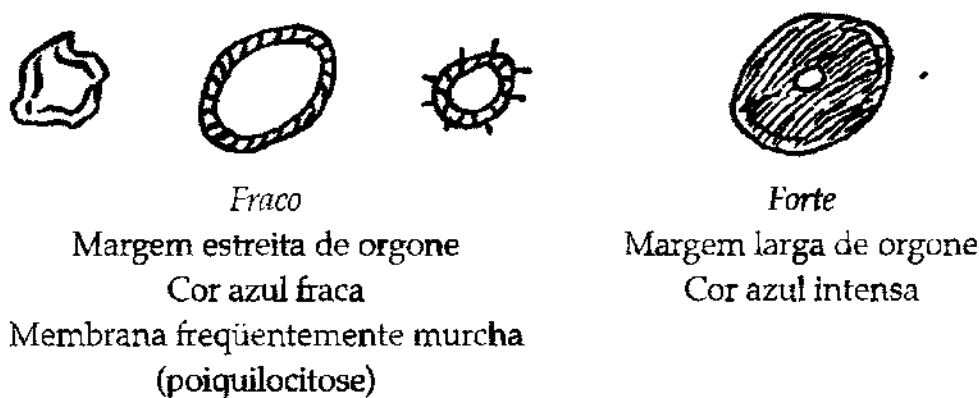


Figura 5. Corpúsculos vermelhos do sangue apresentando carga orgonótica fraca e forte (em espécime vivo a 4.500 vezes)

O glóbulo vermelho é um sistema orgonótico em miniatura, contendo uma pequena quantidade de energia orgone dentro de sua membrana. Com um aumento de 4.000 vezes, os glóbulos vermelhos do sangue exibem um reflexo azul intenso e uma vibração animada de seu conteúdo. Eles se expandem e se contraem, por conseguinte não são rígidos, como se pensa habitualmente. Eles transportam energia orgone atmosférica dos pulmões para os tecidos. Só se pode fazer conjecturas a respeito da natureza da relação entre o oxigênio atmosférico e a energia orgone neste momento. Não se sabe se o orgone é idêntico às partículas químicas do ar ou fundamentalmente diferente delas.

A carga orgonótica também se revela na forma e estrutura dos glóbulos vermelhos do sangue. As células com carga fraca são mais ou menos encolhidas e possuem uma margem azul estreita, que reflete debilmente. Depois que o organismo está carregado, as células vermelhas de sangue se incham, enquanto a margem azul se intensifica e amplia, chegando por vezes a abranger toda a célula. Nenhum microorganismo patogênico pode sobreviver na proximidade desses glóbulos vermelhos do sangue com alta carga orgonótica.

O modo como esses fatos se relacionam à imunidade contra doenças infecciosas, resfriados, e outras é algo ainda obscuro; porém descobrir essa relação não deve ser muito difícil. Provavelmente, a carga orgonótica dos tecidos e células sanguíneas determina o grau de susceptibilidade a infecções, a "disposição à doença".

O fato de os eritrócitos perderem gradualmente sua coloração azul durante o processo de destruição dos microorganismos patogênicos, tornando-se enegrecidos e, por vezes, degenerarem em corpos T, é uma demonstração de que a carga de orgone dos glóbulos vermelhos do sangue realmente mata os protozoários e as bactérias. O exame do tecido de tumores em camundongos tratados mostra que, quando os glóbulos vermelhos do sangue carregados permeiam o tecido canceroso, este se desintegra em corpos T sem mobilidade. Nesse processo, os glóbulos vermelhos do sangue desaparecem e só se podem ver os corpos T. O tumor canceroso exhibe grandes cavidades cheias de corpos T, visíveis sob exame em campo

escuro com aumento de 300-400 vezes. Macroscopicamente, o conteúdo das cavidades parece no início vermelho-sangue, mas vai se transformando gradualmente em marrom-enferrujado, devido à hemossiderose. O pigmento de ferro se separou dos glóbulos desintegrados, que perderam sua carga de energia biológica. A anemia secundária típica dos pacientes de câncer é a expressão da perda de energia biológica do sangue na luta contra os bacilos T e as células cancerosas.

Serão apresentados posteriormente mais detalhes sobre esse assunto, relacionados aos nossos experimentos com o câncer. O que importa aqui é aprender como a carga orgonótica das células sanguíneas age sob diversas condições. Para ser breve: *eritrócitos com uma carga forte de orgone agem sobre as bactérias e protozoários pequenos exatamente do mesmo modo que os bions oriundos da terra, do ferro, do carvão e outros.* Como eles têm origem na medula óssea, deve-se presumir que esta possui a capacidade de gerar bions constantemente. As vesículas de energia são fundamentais tanto no tecido animal quanto no tecido vegetal. Juntos, esses fatos formam a base dos experimentos de orgonoterapia nos pacientes de câncer. *A introdução da energia orgone proveniente do exterior alivia o organismo do fardo de consumir orgone do próprio corpo na luta contra a doença.* Essa é mais uma prova da identidade da energia orgone atmosférica e organísmica.

O experimento revela o seguinte:

1. Uma infusão de grama não desenvolve protozoários, ou só desenvolve muito poucos, quando mantida desde o início no acumulador de orgone. Claramente, a energia orgone carrega o tecido da grama e evita sua desintegração em protozoários.
2. Protozoários plenamente desenvolvidos não são destruídos no acumulador de orgone.
3. Os bacilos T não são destruídos no acumulador de orgone mas, por outro lado, o sangue de um paciente com câncer pode ser limpo de corpos T em poucos dias, se ele for exposto a irradiação intensa de orgone.

4. LUMINÂNCIA E ATRAÇÃO

É de conhecimento comum que o sangue animal irradia, um fato descoberto por Gurwitsch. Já que os eritrócitos nada são senão vesículas de energia orgone, do ponto de vista da biofísica orgone, é importante demonstrar a radiação microscopicamente. Uma das suas características mais relevantes, como descobrimos na física orgone pura, é a "atração orgonótica", que não tem relação com o magnetismo do ferro. Foi possível observar essa atração orgonótica através dos experimentos descritos abaixo; todos eles consistem em agrupar bions de diversas origens no preparo habitual de caldo e cloreto de potássio e examiná-los sob microscópio.

Vistas bioenergeticamente, a destruição e a aglutinação de bactérias por diversos tipos de bions é apenas e simplesmente a *atração e subsequente retração da energia orgone pelo sistema orgonótico mais forte, o bion PA*. Ao misturar diferentes tipos de bions, descobrimos outros efeitos importantes da energia orgone.

Façamos em primeiro lugar um experimento com uma mistura estéril de glóbulos sanguíneos vermelhos e bions de terra. Usamos uma gota de sangue diluído e outra de solução de bions de terra suficientemente diluída para permitir a fácil observação de cada bion. Não se podem esperar resultados com aumentos menores do que 2.000 vezes (uma objetiva apocromática de boa qualidade com aumento de 80 vezes, combinada com uma ocular de 16 vezes em um microscópio com binocular inclinado servirá a esse propósito). É vantajosa a utilização de lente especial de imersão na água, que possa simplesmente ser mergulhada na solução. Facilita-se e acelera-se o trabalho através de imersão direta na água, o que resolve rapidamente as interferências mecânicas. Não se deve temer um efeito do metal, uma vez que o fenômeno é o mesmo quando se usa lamínula de vidro. Porém, nesse grau de aumento e com a utilização necessária de lâminas do tipo gota suspensa, as lamínulas são incômodas, já que quebram muito facilmente. Qualquer experimento de controle provará que a imersão da objetiva na solução não afeta os resultados de modo algum.

A ponte radiante entre dois sistemas orgonóticos

No início, os bíons de terra e glóbulos sanguíneos vermelhos se deslocam separadamente. Porém aos poucos começa o agrupamento, com diversos eritrócitos se juntando em torno de um dos bíons de terra maiores, mais pesados, e se movendo cada vez mais perto, até se tocarem. Em cada ponto de contato surge uma forte irradiação. Nos pontos em que os corpos não se tocam diretamente, mas estão separados em cerca de 0,5 a 1 micron, *forma-se uma ponte poderosamente radiante com força entre o bion de terra e o eritrócito, que aparentemente os conecta*. Essa ponte vibra com intensidade, tornando-se alternadamente mais larga e mais estreita. Finalmente, as membranas entre os corpos parecem tornar-se menos distintas. Observando-se o suficiente, é possível ver claramente que os eritrócitos refratam a luz com mais força, que sua cor azul vai se tornando cada vez mais intensa, e que eles se tornam maiores e mais retesados e exibem uma vívida pulsação. Desta maneira, os eritrócitos podem ser carregados orgonoticamente, de modo tão efetivo quanto o corpo se carrega da irradiação de orgone do organismo. Quando

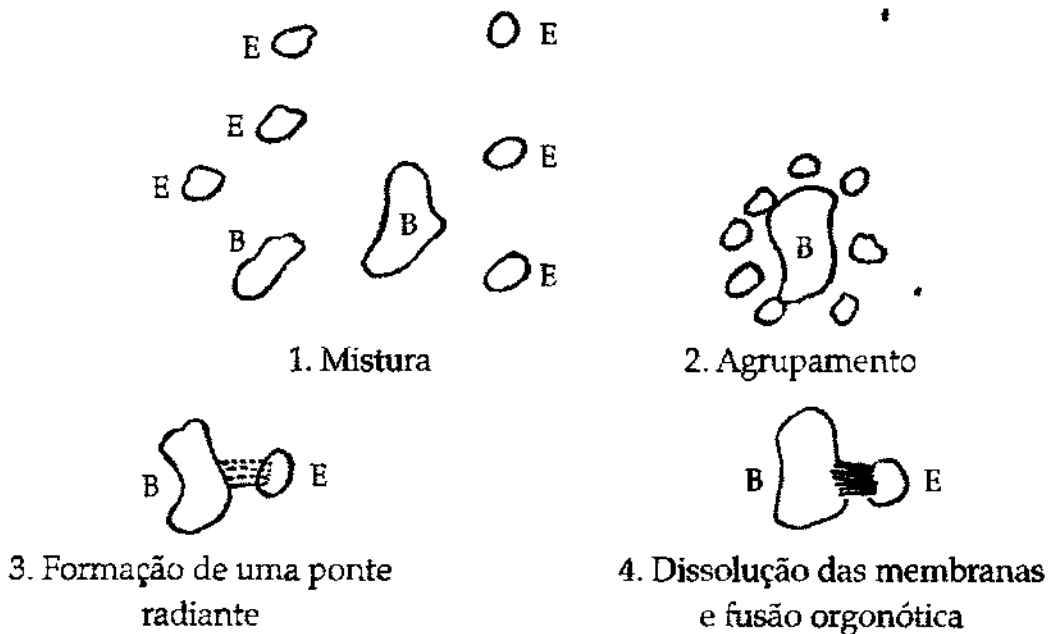


Figura 6. Fases na formação de uma ponte radiante e fusão orgonótica entre bíons de terra (B) e eritrócitos (E)

não utilizados os eritrócitos deformados e fracos do sangue de pacientes cancerosos para este experimento, sua expansão e irradiação são mais evidentes. Eritrócitos orgonoticamente fracos exercem pouca ou nenhuma influência nos bacilos e protozoários pequenos, mas se tornam eficazes quando estão carregados de orgone. Os eritrócitos "bebem até se fartar" o orgone dos bions de terra.

A injeção de bions de terra estéreis em camundongos cancerosos atingiu o mesmo efeito que a exposição à radiação de orgone no acumulador de orgone: inibição do crescimento do tumor, substituição do tecido tumoral por sangue com forte radiação e destruição dos bacilos T. O que ocorre realmente no organismo como resultado das injeções de bions pode ser visto no estudo microscópico da mistura de bions. (A injeção de bions foi o método de aplicação de orgone utilizado em meu laboratório antes da descoberta da energia orgone atmosférica, depois do que foi substituída pela irradiação no acumulador de orgone.)

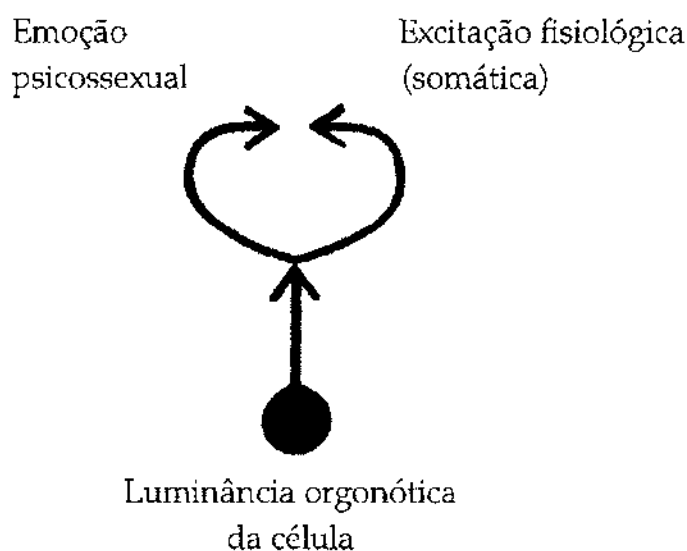
Não há fusão entre os bions de terra e eritrócitos, só a formação da ponte radiante. Isto também vale para bions de ferro, bions de carvão e assim por diante. Por outro lado, os bions de carvão e os bions produzidos a partir de sangue autoclavado ou a partir de qualquer proteína de fato se interpenetram. Essa fusão é extremamente significativa para uma compreensão da produção experimental de tumores em camundongos através de alcatrão.

5. FUSÃO E INTERPENETRAÇÃO

A sexualidade tem em comum com a procriação o fato de que *dois sistemas vivos se fundem orgonoticamente*. Em organismos unicelulares, a *penetração mútua* da substância corporal se segue à fusão que ocorre na cópula. Fusão e interpenetração não são somente processos de energia, mas processos que também envolvem substâncias. No metazoário, todavia, esses processos são muito mais completos em termos de energia do que de substância. No ato da cópula, o órgão do macho penetra a fêmea. Os dois órgãos formam

então uma unidade em funcionamento. No caso de muitos moluscos hermafroditas (caracóis, vermes), a penetração é mútua, mas se restringe aos genitais. Por outro lado, a união de dois gametas para formar um zigoto é um exemplo perfeito de total interpenetração e fusão da substância. Embora a fusão se restrinja aos órgãos genitais e às células reprodutivas nos animais multicelulares, a função orgonótica é total; isto é, na cópula, dois seres se fundem temporariamente em um só sistema de energia orgonótico. (No caso dos humanos, isto só vale se os dois parceiros forem potentes orgasticamente.)

A luminância costuma preceder a fusão orgonótica. A *luminância orgonótica da célula*, a *excitação fisiológica* e a *emoção sexual* psíquica são processos idênticos no plano funcional. A percepção psíquica de um objeto sexual pode levar à excitação fisiológica (ereção); inversamente, a excitação fisiológica (carícia, fricção) pode evocar a emoção sexual. Esse processo psicossomático conduz à luminância orgonótica do organismo todo. De outro lado, uma forte luminância orgonótica em um organismo tende a intensificar o desejo de fricção fisiológica com a emoção psicosssexual que o acompanha. Por conseguinte, nosso diagrama de funcionamento biológico tem validade, mais uma vez:



Deve ser levado a sério o conceito de que as manifestações de energia do organismo multicelular estão presentes em cada célula individual e daí se originam, estritamente falando. A luminância de

orgone da célula individual é idêntica à "excitação celular" do fisiologista e do biólogo e à "libido de órgão" ou "libido celular" do psicólogo profundo. Demos um passo importante para a compreensão desses processos, já que sabemos agora que está em atividade nas células uma energia passível de demonstração e que é especificamente biológica. As principais funções da energia são a formação de uma ponte de radiação ("contato sexual"), a luminância, a fusão e a interpenetração. Nosso objetivo aqui é simplesmente observar os processos energéticos de fusão e interpenetração do modo como se revelam nos bions. Justifica-se nossa sensação de triunfo quando testemunhamos a fusão de um bion de carvão com um bion de terra; os conceitos hipotéticos de "excitação celular" e "libido de órgão" tornaram-se realidades tangíveis.

Depois que os bions de carvão são atraídos pelos bions de terra mais pesados e, portanto, menos móveis, e que se forma a ponte de radiação, o processo energético continua correndo em paralelo com cada fase da cópula. Os bions "excitados", isto é, iluminantes, se aproximam cada vez mais uns dos outros. No ponto em que surgem as pontes de radiação, a substância de carvão (na forma de bions) começa a penetrar gradualmente os bions de terra. Tem-se a impressão de que o bion de terra absorve o bion de carvão. Com o tempo, os bions de carvão, menores, penetram completamente nos bions de terra. É possível distinguir nitidamente suas membranas pretas das membranas marrons dos bions de terra. Vista como um todo, a mistura de bions de terra e bions de carvão adquire um tom preto-amarronzado. Então o preto desaparece gradualmente; dissolvem-se as membranas do bion de carvão. Os bions de terra assumem uma coloração mais escura e suas vesículas azuis emitem uma radiação mais forte. Finalmente, desvanecem-se todos os rastros da substância de carvão.

Um outro modo de descrever esse processo seria dizer que o bion de terra "come" o bion de carvão. Mas não faria sentido subdividir a fusão em "alimentação" ou "copulação", uma vez que, nesse estágio biológico dos mais primitivos, a energia biológica funciona sem diferenciação. Seria difícil estabelecer uma diferença funcional entre copulação e a incorporação de protozoários menores pelos maiores.

Essa afirmação vale igualmente para o animal multicelular quando descrevemos os processos energéticos e evitamos a armadilha antropomórfica de atribuir um propósito. Uma criança mamando está satisfazendo um "propósito" completamente diferente de uma mulher que recebe o órgão masculino na sua vagina. O primeiro ato "serve" à "preservação do indivíduo", o segundo à "preservação da espécie". Porém essas distinções finalistas são incorretas quando se trata do problema do funcionamento biológico. Em termos de energia – e, biofísicamente, nenhum outro ponto de vista tem validade –, o processo que ocorre entre o peito da mãe e a boca do bebê é precisamente o mesmo que aquele que se dá entre o pênis ereto e a vagina. Essa identidade funcional se estende ao mais ínfimo detalhe fisiológico. Não se deveria permitir que a hipocrisia moralista obscurecesse a importância desses assuntos, representando o "sagrado" processo de sugar como "asexual", nem que o "profanasse" identificando-o com o "ato sexual sujo, diabólico". Não é uma questão de sagrado ou profano, mas de funcionamento biológico. Só agora compreendemos biofísicamente a descoberta fundamental de Freud de que a boca da criança de colo é um órgão exatamente tão *sexualmente* excitado quanto o mamilo da mãe em excitação. Essa percepção súbita ajudará mais no diagnóstico da incapacidade que têm determinadas mulheres para amamentar seus filhos do que todas as teorias médicas.

Para nós é portanto indiferente se o bión de terra "comeu" o bión de carvão para "se fortalecer", comportando-se assim de modo "moral" ou "racional", ou se ele se fundiu "sexualmente" com o bión de carvão. Estamos preocupados, isto sim, com as funções de energia, fundamentais no próprio processo e comuns a todas as funções biológicas básicas, quer consideremos a ingestão, conjugação, cópula, formação de zigotos ou o ato sexual do metazoário.

Deve-se observar que a "fome de orgone" dos bions possui um ponto de saciedade. Se for introduzido um número limitado de bions de carvão em uma solução de bions de terra, não haverá mais bions de carvão poucos dias depois. Mas se for acrescentado um grande número de bions de carvão, nem todos eles desaparecerão. Espécies diferentes de bions exibem graus variados de "fome de orgone".

O comportamento de culturas de bíons de areia com relação a bíons de carvão é "guloso", por exemplo. Os bíons de ferro também se fundem facilmente com bíons de carvão. Os bíons formados a partir de substâncias orgânicas cozidas, como o músculo, são bem menos vorazes em sua absorção de bíons de carvão. Isso indica que quanto menor a quantidade original de carbono contida por um bión, mais forte sua tendência para absorver carbono. Bíons SAPA, provenientes da areia, não contêm carbono originalmente; bíons de ferro só contêm traços de carbono. Os bíons de músculo, no entanto, se compõem de compostos de carbono. Sua fome de carbono é conseqüentemente muito menor que a dos bíons de areia. Refrear-me-ei de esboçar conclusões de longo alcance sobre a origem do plasma no nosso planeta e me aterei estritamente aos fatos.

Os bíons de carvão não são os únicos a se fundir com outros. A fusão também se dá entre os bíons de terra e os bíons de ferro, os bíons de ferro e os bíons de músculo, e assim por diante. Encontre-se aí um amplo campo de frutíferas pesquisas.

Resumindo: *as vesículas de energia orgone mostram as funções básicas de uma substância viva completamente desenvolvida: atração, luminância, uma ponte radiante, fusão e penetração.* Essas funções são propriedades específicas das vesículas de orgone; elas estão ausentes nos bíons que perderam sua carga de orgone. Essas funções são portanto determinadas não pela substância, mas pela energia. São funções específicas do orgone e nada têm a ver com magnetismo ou eletricidade.

Estamos agora mais bem preparados para abordar as observações oferecidas pela nossa investigação da organização dos protozoários e das células cancerosas.

6. A ORGANIZAÇÃO NATURAL DOS PROTOZOÁRIOS

Eu gostaria de iniciar este tópico com a excelente afirmação do biólogo Üxküll, extraída da introdução de seu livro *Umwelt und Innenwelt der Tiere* [Mundo externo e mundo interno dos animais]:

A palavra "ciência" tornou-se atualmente um ridículo fetiche. Portanto parece apropriado assinalar que a ciência nada mais é do que a opinião conjunta dos cientistas vivos... Com o tempo, todas as opiniões são esquecidas, rejeitadas ou alteradas. Por esse motivo, a pergunta "O que constitui a verdade científica?" pode ser respondida sem exageros com a afirmação "Um erro de hoje"... Alimentamos a esperança de progredir de erros crassos a erros menores; porém saber realmente se estamos pelo menos na trilha certa é algo que dá margem a dúvidas extremas quando o assunto é a *biologia*.

No verão de 1938, publiquei em *Die Bione* [Os bions] algumas fotografias tiradas com técnicas de câmera acelerada e longas exposições. Elas demonstravam inequivocamente que os organismos unicelulares não evoluem a partir das bactérias do ar, que ninguém nunca viu, e sim de musgo e grama se desintegrando de modo bioso. O mundo da biologia permaneceu calado, sustentando esse "erro de hoje" e, com poucas exceções, não teceu comentários sobre as microfotos. Hoje os fatos falam por si (*ver* Figuras 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41-a, b, c, 42, no Apêndice).

O animal não é uma soma mecânica de órgãos, assim como o órgão não é uma soma mecânica de células. O animal, em sua totalidade – cada órgão e cada célula, individual e coletivamente –, é um sistema orgonótico auto-suficiente e se caracteriza pelo padrão de quatro tempos: tensão → carga → descarga → relaxamento; por conseguinte, constitui-se em uma unidade funcional. É propriedade do sistema vivo que cada uma de suas partes possa operar de acordo com a fórmula de tensão e carga, independentemente ou em conexão com o organismo na sua totalidade.

Na literatura biológica moderna, desde aproximadamente a Primeira Guerra Mundial, a abordagem funcional foi progredindo lentamente contra o ponto de vista substantivo-mecanicista. Um dos problemas cruciais da biologia é que, enquanto as funções do protoplasma são tratadas como se fossem milagres, as funções das estruturas (musculatura, nervos, glândulas, e outros) são mecanicamente compreensíveis. O protoplasma é fundamentalmente diferente de uma máquina pelo próprio fato de que "máquinas de fluido

não inconcebíveis" (Üxküll). O protoplasma funciona com base em características que as máquinas não possuem. Ele funciona *sem estar estruturado*. Ele se preserva através de um equilíbrio entre assimilação e desassimilação, o que equivale a dizer através da *função*, e não através da estrutura material. Quando cessa a função, o estado material se esfacela. *A estrutura substantiva é ela mesma dependente da função do plasma vivo. "O animal é um evento" (Jennings).*

Esses fatos são inacessíveis para a orientação mecanicista e materialista da biologia. Então, que resposta fornece o conhecimento das funções orgone a esse mistério? Uma coisa está clara: qualquer conceito que deduza tudo a partir do "germ Anlagen", assumindo a existência eterna do plasma germinal sem investigar *sua* origem, não pode nos esclarecer sobre o funcionamento plasmático. Tal conceito, que a tudo enxerga como se já tivesse existência material no germe, é semelhante à antiga noção de "pré-formação" de todas as futuras gerações nas células germinais. Agora, se a *transformação de matéria originalmente não plasmática em plasma* puder ser observada microscopicamente e em filme, será possível chegar a conclusões sobre o próprio desenvolvimento da função plasmática. *Podemos sem hesitações considerar a função plasmática idêntica à função de tensão e carga*, pois todas as funções complexas podem ser rastreadas até a alternância entre expansão e contração na pulsação biológica. A substância não viva não pulsa. A substância viva pulsa. *A solução do enigma da biogênese deve ser buscada precisamente no ponto de transição entre a não-mobilidade e a mobilidade pulsatória.* É possível observar realmente este ponto de transição, no microscópio e nos registros em filmes.

O dano que a teoria metafísica do germe causou à pesquisa biológica pode ser avaliado pelos seguintes fatos: nem um só livro de biologia de que eu tenha conhecimento contém uma descrição do *material* das infusões de protozoários. Nada aprendemos sobre *o que realmente está acontecendo* na grama ou no musgo. Os protozoários são representados como estando simplesmente presentes, como um "produto acabado". O argumento de que não existem protozoários no musgo aquecido, que se contrapõe tantas vezes ao conceito

de organização natural dos organismos unicelulares, não pode ser levado a sério. Suas inadequações foram assinaladas pelos biólogos há muito tempo e a teimosa adesão a ele apenas trai um interesse que *não é científico, e sim religioso*. Podemos afirmar agora que se o musgo aquecido não contém protozoários, ainda assim contém bions azuis². No entanto, também se encontrarão tais bions em musgo não aquecido passando por um processo gradual de inchaço.

Todo livro de biologia reconhecido contém a afirmação – copiada cegamente de um autor para outro – de que os protozoários evoluem a partir de “germes encistados”: os protozoários podem ganhar a forma esférica, observa-se. A observação é correta, claro, mas sua interpretação é errônea. Dois processos separados estão sendo tratados como se fossem um. Um processo é a aquisição de uma forma esférica pelos protozoários quando estão danificados. O outro processo envolve a evolução de formas esféricas em infusões de grama que não têm conexão com os protozoários esféricos. Essas formas esféricas são o resultado de um desenvolvimento gradual de bions em agrupamento de vesículas bionosas. O agrupamento esférico de bions representa um estágio típico na formação natural de organismos unicelulares.

Os livros de biologia alegam que as infusões estão cheias de “algas” que, por sua vez, teriam supostamente evoluído a partir de “germes”. É verdade que os protozoários se alimentam dessas “algas”. Todavia, quem algum dia observou o germe dessas “algas”? E como acontece de essas assim chamadas algas poderem ser encontradas em grande número, móveis, nos preparos que consistem unicamente de sangue ou tecido muscular autoclavados? As “algas” nada são a não ser nossas vesículas de bions, resultado da desintegração de todo tipo de tecido orgânico quando incha.

Não há “germes” de protozoários no ar (Pouchet). As noções opostas que têm os biólogos nos parecerão menos dignas de nota do que os fenômenos que nós mesmos estamos para observar. Pois enquanto os outros estão ocupados em sustentar que “germes” de

2. Em 1944, obtiveram-se protozoários a partir de grama que foi esterilizada a 50, 60, 70 e até 80 graus centígrados.

protozoários estão para ser descobertos no ar e que eles se "assentam" para iniciar seu processo evolutivo caso "encontrem" um meio de cultura "adequado", nos daremos ao trabalho de observar uma infusão ao microscópio durante uma hora por dia desde o momento de seu preparo, com um aumento de 2.000 vezes.

Preliminarmente, conduzimos um experimento simples para ver se não é talvez possível encontrar alguns desses "esporos do cogumelo" que desceram e se assentaram sobre lâminas de grama ou musgo. Pegando algumas lâminas de grama com uma pinça, raspamos "germes" dentro de um vidro de água não esterilizada. (A grama foi examinada para verificar se já não estava em estado de desintegração vesicular, mas ainda mantendo sua estrutura celular habitual.) Não importa como conduzimos o experimento, *não se encontrou um só protozoário nem um só cisto na água não estéril em que mergulhamos as lâminas de grama.* Então, que processos estão em atividade na infusão?

Durante dois ou três dias, as lâminas de grama passam por desintegração vesicular, assim como acontece com as demais substâncias que passam pelo processo de inchaço (*ver Figuras 34 e 35, no Apêndice*). Mesmo usando um aumento de 4.000 vezes, não há traço de bactérias, cistos ou protozoários. No entanto, as lâminas de grama se desintegram cada vez mais. Depois de mais dois a três dias, mal se encontra uma lâmina que ainda retenha sua estrutura celular estriada original, intacta. Protozoários podem bem estar presentes individualmente, mas dirigimos nossa atenção para os bíons. Aqui e ali, podem-se observar as vesículas de bíons se reunindo em grupos envoltos por membranas. Pode-se seguir cada etapa desse desenvolvimento. De vez em quando, no interior de um agrupamento, vesículas individuais de bíons começam a exibir delicados movimentos de rotação ou vibração. Elas se tornam cada vez mais retesadas e começam a se assemelhar a cistos. Porém não são protozoários ressequidos, mas *formas no processo de desenvolvimento a partir de agrupamentos de bíons.* Essas massas de bíons ou agrupamentos assumem diversos tamanhos e formas. Quanto mais retesadas, mais esféricas vão se tornando. Elas se encheram de fluido

e, por isso, estão tensas mecanicamente. Completou-se o primeiro estágio da função tensão-carga. Vale a pena se dar ao trabalho de examinar uma formação avulsa durante muitas horas sob um aumento de 2.000 vezes, reabastecendo o fluido para mantê-lo em foco. Podemos filmar essa formação avulsa em câmera acelerada, o que facilita o trabalho, porém perdem-se muitos detalhes interessantes. A transformação de um agrupamento de bíons em um organismo unicelular pulsante leva de um a dois dias. A vesícula germinal protozoária (o agrupamento de bíons) permanece imóvel durante horas, mas, como mostra o filme em câmera "rápida", ela se torna mais retesada e se delinea com uma nitidez cada vez maior com relação ao que a cerca. Gradualmente, um movimento de vesículas de energia começa a se instalar dentro do agrupamento de bíons. É possível distinguir os seguintes tipos de mobilidade:

1. *Rolar*: as vesículas de energia dentro do agrupamento de bíons rolam ritmicamente, aproximando-se e afastando-se umas das outras, criando a impressão de atração mútua e repulsão. Só é possível supor as causas desse movimento de rolar. Inicialmente, as vesículas da grama em desintegração aderem com firmeza umas às outras. Sua carga de orgone é a mesma que a dos bíons de grama que não se tornam protozoários. À medida que o agrupamento esférico de vesículas incha e se torna mais retesado, mais orgone tem que se desenvolver dentro de cada vesícula, uma vez que o inchaço afina a membrana e intensifica a carga de orgone, como acontece com o bión de carvão. Quando as vesículas dentro do agrupamento de bíons perdem sua aderência mecânica umas às outras, a carga de orgone pode começar a se expressar em movimento, com o subsequente desenvolvimento da atração orgonótica entre as vesículas. O efeito de atração exercido pelas vesículas mais remotas resulta em atração e repulsão mútuas.

2. *Girar*: em muitos agrupamentos de bíons, todo o conteúdo das vesículas começa a girar em uma direção. Este movimento pode durar horas a fio. Ele aumenta de intensidade até que, no fim, toda a massa, incluindo-se a membrana, está girando. No decorrer desse processo, a membrana se separa do tecido de grama circundante.

3. *Confluência das vesículas de energia*: nem todos os agrupamentos de bions retêm a estrutura vesicular do seu plasma. Em muitos tipos de amebas, os limites entre as vesículas individuais de energia desaparecem, e o plasma então forma uma massa homogênea com um reflexo azul. Em outros, a estrutura vesicular persiste durante todo o desenvolvimento. Isto também se aplica às células cancerosas, que se organizam a partir de tecido animal em desintegração precisamente através do mesmo processo pelo qual se formam os protozoários a partir da grama ou do musgo. *As células cancerosas nada são senão protozoários que se formam no organismo animal a partir de bions de tecido.* A organização natural de protozoários em infusões de grama ou musgo é a chave para compreender a organização de células cancerosas no tecido animal.

4. *Pulsação*: sob aumento de cerca de 3.000 vezes, já se podem ver movimentos extremamente sutis de expansão e contração no agrupamento de bions. Aquelas formas em que as vesículas de energia coalescem são aparentemente muito mais capazes de pulsar do que aquelas que retêm o caráter vesicular do plasma, como, por exemplo, o "org-protozoário" (*vorticella*) (ver Figuras 39, 42, no Apêndice).

Pode-se observar uma variante da confluência de bions nas vesículas primitivas de muitos paramécios. Neste caso, os pequenos bions não convergem em uma massa, mas antes formam vesículas de tamanho médio e se agrupam no interior do corpo maior. As vesículas iniciam então movimentos de rolar e girar umas ao redor das outras e em direção umas às outras, exatamente como os bions de que se originaram. *Quanto mais bions fluem juntos, isto é, quanto mais fluido o plasma, mais móvel o organismo total.*

Além de animais "acabados", podem-se ver organismos e formas em evolução em todos os estágios de desenvolvimento – principalmente nas margens do musgo ou da grama em desintegração. Como nas amebas *limax* e *B-proteus*, os núcleos são formados através de uma concentração distinta de vesículas de energia, que se revela em uma luminância mais forte.

É difícil para o observador seguir a transição de um estágio de desenvolvimento para outro, por causa da fadiga. O dispositivo

para fazer filmes em câmara acelerada é de um auxílio inestimável neste caso. Para filmar durante vários dias, deve-se colocar uma lamínula sobre a lâmina com a gota pendente, de tal maneira que uma porção de sua cavidade permaneça descoberta. Além disso, deve-se canalizar algum fluido sobre a borda da cavidade, formando um reservatório do lado de fora, que pode ser usado continuamente para encher novamente o preparo, sem ter que perturbar o foco. É impossível filmar com a lamínula cobrindo a cavidade por inteiro, primeiro porque levaria à formação de bolhas de ar, e segundo porque sufocaria os microrganismos. A filmagem da estrutura bionosa e da mobilidade plasmática em org-protozoários foi até agora bem-sucedida sob aumento de 2.300 vezes. A técnica de câmara acelerada possibilita visualizar em questão de minutos um processo que levou de dois a três dias.

Em todos os protozoários, o desenvolvimento é idêntico, até o estágio em que se formam as vesículas bionosas primitivas. Deste ponto em diante, os protozoários se diferenciam de acordo com uma lei ainda não aparente. Depois de anos de observação, não posso presumir que as vesículas primitivas iniciais pertençam a quaisquer formas especificamente individuais. Minha própria suposição é que a diferenciação de formas se instala apenas em um determinado ponto da evolução comum (*ver* Figura 7). Aqui, uma observação mais prolongada será necessária para ampliar e corrigir muitas coisas. Um dos maiores mistérios é saber por que determinadas formas, depois de se desenvolverem, se reproduzem daí em diante na mesma forma. Nessa conexão, o ponto de vista funcional terá que entrar em muitas batalhas com a teoria metafísica da hereditariedade, que substitui a compreensão por "genes" prontos.

As células primitivas que se inclinam para um movimento giratório e possuem uma grande estrutura vesicular habitualmente tornam-se paramécios. As células primitivas em descanso, em que o conteúdo dos bíons se liquefaz, se tornam amebas fluidas (*amoeba limax*) (*ver* Figuras 36, 37, no Apêndice). O modo como os dois tipos se separam de sua matriz também é característico: os paramécios se libertam rolando, enquanto as amebas simplesmente fluem para longe da massa de bíons (*ver* Figura 38, no Apêndice).

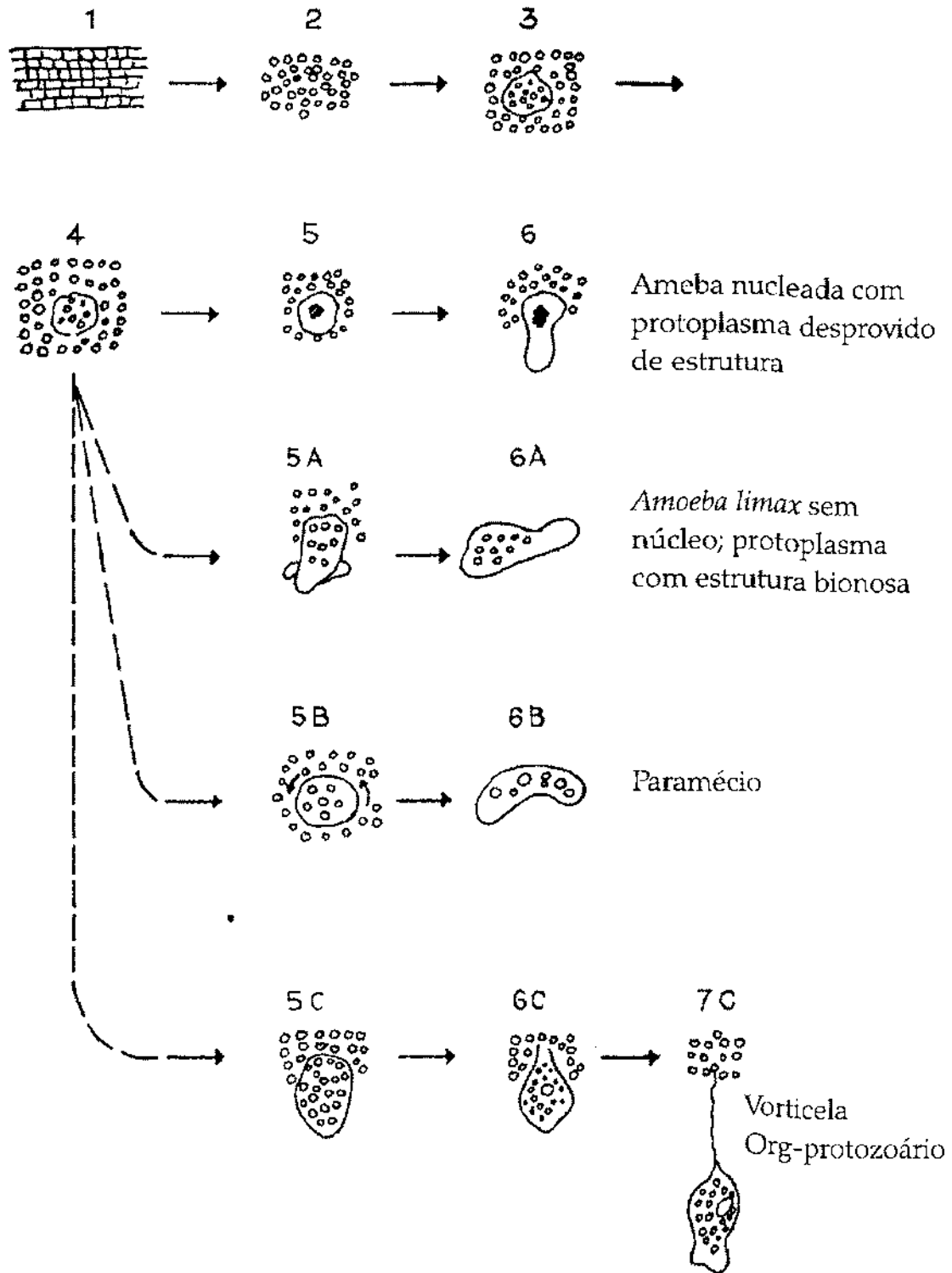


Figura 7. Desenvolvimento de diversos protozoários a partir do mesmo agrupamento membranoso (1-4 = os estágios comuns de desenvolvimento; 5-7 = a diferenciação)

As vorticelas, que denominei "org-protozoários" por causa de suas contrações e expansões iguais ao orgasmo, aderem com frequência à lâmina de grama até seu desenvolvimento completo (*ver* Figura 39, no Apêndice). Porém, em alguns casos, elas se desprendem e nadam livremente ao redor, às vezes com uma pequenina parte de grama bionosa que adere a elas.

Quando se desenvolvem por inteiro, os protozoários absorvem bíons do fluido por atração. A atração exercida pelos paramécios e colpídeos sobre as vesículas de energia é enorme, e não pode ser atribuída ao movimento mecânico dos cílios. Pois as vesículas presentes no fluido não se movem atrás do corpo com a corrente, como seria de esperar da ação dos cílios; ao contrário, quando atingem uma determinada proximidade do paramécio, elas são conduzidas a ele com uma grande força. A impressão é inconfundível. Depois de se contrair, o org-protozoário se expande e se abre amplamente na extremidade da boca; os bíons do fluido então correm para dentro dele com uma grande força. A boca se fecha, o protozoário volta a se contrair no formato esférico e as vesículas de energia no interior dão início a um movimento rítmico de trituração.

A observação com aumentos de 2.000 a 3.000 vezes revela uma informação interessante sobre a origem dos impulsos *internos* de movimento. Com absoluta regularidade, as vesículas, que têm uma coloração azul intensa, dão início a movimentos giratórios vigorosos no ponto em que um pseudópode está para se formar. Então o plasma começa a fluir para fora, em direção à periferia, isto é, começa a expansão. Muitas das vesículas azuis são levadas de roldão no decorrer deste processo, perdendo sua cor azul e se tornando pretas. Isto autoriza a seguinte explicação: *A protrusão do pseudópode é precedida por uma concentração rápida e intensa de orgone, que é a fonte do impulso de expansão.* Se o impulso se expressar no movimento, então, claramente, a energia orgone está sendo consumida; não há outra explicação para o fato de que as vesículas se tornem pretas. Eu prefiro não generalizar essa correlação, já que o fenômeno descrito não se encontra em todos os protozoários. Não pode haver dúvida, todavia, de que a energia para o movimento, na forma de impulsos

de expansão, é fornecida pela carga de orgone dos bíons no protozoário. A interpretação mecanicista baseada no movimento browniano cai aqui completamente. Igualmente inadequado é o conceito químico do plasma como sendo meramente uma substância à base de carbono altamente complexa. *O protoplasma vivo é uma proteína complexa governada pelo orgone livre de massa.*

O corpo do protozoário exibe um *campo de energia orgone* que influencia seu entorno. Ele afeta os bíons, as pequenas bactérias e outros pequenos protozoários, atraindo-os ou paralisando-os no mais das vezes. (Eritrócitos carregados parecem ser orgonoticamente mais fortes que paramécios e amebas, uma vez que são capazes de limitar a mobilidade desses organismos.) Do ponto de vista da física orgone, então, o protozoário consiste de *um núcleo, uma periferia plasmática e um campo de energia orgone, formando todos um "sistema orgonótico"*.

Deve ser observado que a origem dos protozoários a partir de tecido bionoso de planta não contradiz sua procriação através da divisão. *O desenvolvimento através da organização natural e a procriação através da divisão ocorrem simultaneamente*, como se pode constatar facilmente ao microscópio.

Não há provavelmente nada mais adequado ao estudo das funções de tensão → carga → descarga → relaxamento do que os protozoários. Seus movimentos, suas correntes plasmáticas, sua expansão e contração falam uma linguagem inteiramente inequívoca nos termos de nossa fórmula da função vital. Utilizando fracas correntes de eletricidade, é possível mudar, acelerar e até destruir essas funções. No entanto, como mostra o desenvolvimento do protozoário, a energia envolvida nessas funções emana dos bíons que compõem as vesículas primitivas do protozoário. As funções locomotoras da ameba devem ser atribuídas unicamente à energia orgone, em vista da ausência de toda composição estrutural. O aparecimento e desaparecimento dos pseudópodes constitui uma expressão das funções de expansão e contração. As amebas não formam um pseudópode "com o propósito de" atingir um objeto, isto é, visando um "alvo" (falando de maneira finalista). Elas o fazem

funcionalmente, isto é, quando um objeto conveniente, através da atração, provoca um impulso de expansão no plasma orgonótico.

Nem que seja só para proteger as pesquisas futuras, é essencial manter o princípio de que a matéria viva simplesmente *funciona*, sem "sentido" ou "propósito". Ao recorrer a "propósitos", tudo se explica facilmente. É muito mais difícil descobrir a natureza de funções desconhecidas. O "comportamento propositado" da ameba pode ser reduzido à função da energia orgone; por exemplo, ela incorpora uma vesícula de bión porque a carga de orgone mais forte do protozoário atraiu o bión livre com carga mais fraca. Pode ser correto dizer que assim é realizado o "propósito" da nutrição, mas essa realização é *um efeito, não uma causa* do ato de ingestão. O protoplasma não funciona de acordo com princípios finalistas mecânicos ou metafísicos, mas com base nas *funções da energia orgonótica*.

Em princípio, todas as funções biológicas podem ser reduzidas à pulsação, isto é, à alternância de expansão e contração. A própria pulsação é uma expressão natural das duas funções antitéticas da energia orgone, a dissociação e atração de matéria orgânica carregada de orgone. Com base nos processos que ocorrem no plasma da ameba, devemos presumir que o estado imediato da matéria possui a seguinte influência na função da energia orgone:

As vesículas individuais, com seu conteúdo de energia orgone, podem se dispor em fileiras, como no musgo, e formar uma estrutura de tecido estriado. Esse processo é um produto da função organizadora da atração. Com outros protozoários, as vesículas de energia convergem e formam uma massa homogênea. *Toda concentração de matéria carregada de orgone, como consequência da atração, dispara automaticamente o impulso de dissociação, efetuando desse modo uma separação das partículas.* Se a ameba já tiver assumido um formato esférico, então, no ponto em que as vesículas de energia estão mais densamente concentradas, surgirá um vívido movimento de rolar. Esse movimento evolui para uma expansão, isto é, uma separação das vesículas. Por outro lado, a separação das vesículas umas das outras dispara o impulso de reaproximação através da atração. É assim que ocorre a contração. Enquanto o plasma está suficiente-

mente carregado de energia orgone, cada contração induz a uma expansão, cada expansão a uma contração. Esse processo interno aparece externamente como pulsação biológica, seja qual for seu ritmo. Uma vez que a expansão se faz acompanhar de inchaço e a contração de detumescência, as funções mecânicas e orgonóticas se encontram no padrão de quatro tempos: inchaço (tensão) → expansão (carga) → contração (descarga) → detumescência (relaxamento). Mas a pulsação em si está inseparavelmente ligada à alternância da *dissociação com atração* e da *atração com dissociação* das partículas.

Este processo pode ser visto com particular clareza nas expansões e contrações das vorticelas (org-protozoários): depois de cada contração, tem início no corpo um movimento de trituração ou fricção das vesículas, culminando em uma expansão. Conectada a essa expansão está a abertura da extremidade da boca, que causa uma atração de vesículas de energia do fluido ("comer"), isto é, um carregar. A isso se segue uma contração para o formato esférico, isto é, uma reaproximação das vesículas internas. O processo é infundável.

Encontraremos esse funcionamento biológico repetidas vezes. *A pulsação biológica (isto é, contração e expansão), o fenômeno central da substância viva, se explica assim através de duas funções físicas básicas e antitéticas da energia biológica: a atração e a dissociação.*

Resumo

1. Quando a matéria é exposta a altas temperaturas e levada a inchar, ela passa por uma desintegração vesicular.

2. Embora as altas temperaturas, como o aquecimento até a incandescência (cerca de 1.500°C) ou a autoclave a 120°C, destruam a vida, elas produzem vesículas de energia que podem então se desenvolver e se tornarem organismos vivos.

3. A função da energia nos bions se origina da desintegração vesicular da matéria, não de uma fonte externa.

4. As vesículas de energia são quantidades infinitesimais de matéria que contêm um quantum de energia que se origina dessa matéria.

5. Os bions são portadores de energia biológica. Eles representam uma transição do não-vivo para o vivo.

6. A cor azul dos bions é uma manifestação dessa energia. Com o desaparecimento dessa cor, cessa o caráter biológico fundamental do bion.

7. Os experimentos com bions não "criam" vida artificial. Eles apenas revelam o processo natural através do qual os organismos unicelulares e as células cancerosas derivam espontaneamente da desintegração vesicular da matéria.

EXPERIMENTO XX³

Sobre a organização da matéria plasmática a partir de energia orgone livre de massa

Nas páginas que se seguem, eu gostaria de relatar um achado experimental que deve sua descoberta a um daqueles acidentes que ocorrem com freqüência no decorrer de investigações experimentais sistemáticas e que, quando vistos mais de perto, habitualmente demonstram ser conseqüências completamente lógicas dos processos de raciocínio e trabalho experimentais. A ocasião deste caso específico foi um simples experimento (N.º XX, 1944-1945).

Passei vários anos observando preparações de bions de terra, que eu mantinha vivos através do reabastecimento contínuo de água. Percebi depois de poucos meses – e, em outros casos, só depois de vários anos – o surgimento nessas preparações de formas pequenas, que se deslocavam rapidamente, com o formato semelhante a feijões ou cabeças de espermatozóides e parecidos com organismos vivos. Consegui seguir claramente a evolução dessas formas partindo de bions de forte radiação e que pulsavam lentamente. Como já sabemos, tais formas viventes não se originam do ar. Em primeiro lugar,

3. Protocolo iniciado em 2 de janeiro de 1945. Autenticação do protocolo em 8 de março de 1945. Conclusão do protocolo em 26 de maio de 1945.

não são encontradas na poeira de ar; em segundo, não podem ser cultivadas a partir de infecção por ar; e, terceiro, seu surgimento nas preparações de bions de terra *não estéreis* só depois de meses e anos confirma sua organização a partir das próprias preparações. Além disso, descobrimos que as preparações autoclavadas mantidas estéreis conduziram às mesmas formas vivas.

Em dezembro de 1944, adquirimos um aparato projetado para a medição quantitativa da fluorescência de líquidos e também para colorimetria. A utilização desse aparato tinha por base as seguintes considerações:

Os experimentos anteriores haviam demonstrado que a energia orgone possui a propriedade de "luminância". Era de supor que os fluidos com uma potência orgonótica mais alta, ou seja, aqueles que continham mais energia orgone, apresentassem uma luminância com mais força do que os fluidos com potência orgonótica mais fraca. De acordo com isso, a intensidade da fluorescência nos fluidos seria considerada como uma expressão da luminância. Como hipótese de trabalho, o grau de fluorescência foi tomado como medida de potência orgonótica. Essas pressuposições foram confirmadas subsequente e conduziram a resultados experimentais práticos e passíveis de controle.

A medição da intensidade fluorofotométrica, isto é, a potência orgonótica de fluidos que contiveram bions de terra durante meses, e às vezes anos, revelou imediatamente um valor fluorofotométrico muito mais alto do que o da água comum.

Queríamos agora determinar de que maneira a potência orgonótica, que havíamos mensurado fluorofotometricamente, mudaria sob diversas condições. Depois de medir seu conteúdo fluorométrico em primeiro lugar, deixamos várias ampolas seladas de água de bions de terra no próprio laboratório, e colocamos outras em um pequeno acumulador de três camadas, na sala de raios X, ao ar livre, e enterradas no chão. Nosso único propósito era o de medir os valores fluorométricos novamente ao final do tempo especificado. *Depois de três semanas, observamos que as ampolas deixadas ao ar livre e que tinham congelado continham flocos densos depois de descongela-*

*das. Estávamos para jogar fora essas ampolas específicas como "contaminadas" quando me ocorreu olhar para os flocos sob um microscópio. Essa decisão provou-se afortunada. Para minha grande surpresa, descobri que os flocos, que haviam se formado em um fluido cristalino, ou seja, em um fluido absolutamente livre de partículas, eram partículas intensamente radiantes de matéria bionosa quando examinadas microscopicamente. Sob maior aumento (3.000 vezes), era possível observar bíons se contraindo e expandindo, processo com o qual já estávamos familiarizados. Repetimos o experimento, filtrando e congelando água de bíons cristalina até eliminar qualquer dúvida: *havíamos descoberto um processo através do qual a energia orgone que existe na água livremente, isto é, que não está contida na matéria bionosa, pode se organizar em substância plasmática, viva, apresentando todos os critérios de vida.**

No relato que se segue, limitar-me-ei a reportar a técnica do Experimento XX e oferecer os fatos verificados. Por enquanto, desejo evitar a discussão dos dados experimentais em um contexto teórico mais amplo. Suas implicações são de um significado extraordinário, mas só se pode compreendê-las quando consideradas dentro do contexto total da função orgone-física. Tentar-se-á fazer isso em outro lugar. Aqui, eu gostaria simplesmente de assinalar o avanço que esse experimento representa na preparação de bíons, isto é, de vesículas de energia orgone viáveis. Para resumir:

1. De 1936 a 1945, os bíons foram preparados exclusivamente a partir de matéria completamente organizada (húmus, grama, ferro, areia, carbono, etc.). O avanço representado pelo Experimento XX consiste no fato de que agora também se podem obter vesículas de energia orgone, possuindo todas as propriedades da matéria viva, a partir de energia orgone livre de massa. Podemos, portanto, diferenciar entre a produção de bíons a partir de matéria já organizada ("formação secundária de bíons") e a organização de vesículas de energia orgone a partir de energia não organizada ("formação primária de bíons"). O significado dessa distinção para a biogênese e os problemas bioquímicos será apresentado em outro lugar.

2. O Experimento XX também representa um avanço com relação a experimentos feitos com bions no passado, na medida em que oferece uma prova nova, irrefutável da natureza da energia orgone, que é específica dos sistemas vivos.

A demonstração fluorofotométrica de energia orgone em água de bion de terra

1. O solo comum de jardim é peneirado para livrá-lo de pedras e pedaços de argila. Examinada ao microscópio depois de acrescentar água, a terra peneirada não apresenta mobilidade.

2. Água destilada e água de fonte são examinadas fluorofotometricamente. Se o valor fluorofotométrico de água destilada for fixado em 1, então a água que contém sais, isto é, a água de fonte ou de torneira, possui um valor de 3 a 4, como foi medido em Forest Hills, Nova York. Tomamos o valor fluorofotométrico de um fluido como a expressão de sua luminância orgonótica, isto é, sua "potência orgonótica". O galvanômetro conectado ao fluorofotômetro possui uma escala de graduações equidistantes de 1 a 100. *A potência orgonótica do fluido mensurado pode ser vista como um múltiplo da potência orgonótica de água destilada.* A tabela na página 66 apresenta uma lista dos valores de potência orgonótica (OP) de uma série de fluidos.

3. Em seguida, o solo de jardim peneirado é fervido em água destilada ou água comum de torneira durante uma hora, ou autoclavado durante meia hora em 120°C e 15 libras de pressão.

4. A água é filtrada a partir da terra fervida, cristalina. Chamamos esse fluido de "água de bion". Em contraste com a água original sem coloração, esse fluido é de um amarelo de intensidade variável. A medição fluorofotométrica da potência orgonótica da água de bion é feita imediatamente depois de ferver e filtrar. O valor obtido, isto é, sua PO, varia habitualmente entre 30 e 60, numa média de cerca de 45. Em outras palavras, a luminância orgonótica de água de bion é, em média, quarenta e cinco vezes mais forte do que era antes de ferver. Como o galvanômetro registra a reação da célula fotoelé-

<i>Fluido</i>	(OP)
Água destilada	1
Água de chuva	3
Água de torneira	4
Água do mar	8
Areia em H ₂ O, filtrada	1
Limulhas de ferro em H ₂ O, filtrada	5
Pó de carvão em H ₂ O, filtrada	7
Terra em H ₂ O, filtrada	8
Bíons de terra em H ₂ O, filtrada	50 (média)
Gramma em H ₂ O (depois do desenvolvimento de bíons e protozoários), filtrada	13
Urina	43
NaCl (solução fisiológica)	4
KCl (0,1 normal)	2
CaCl ₂ (0,1 normal)	2,5
HCl (0,1 normal)	1
NaOH (0,1 normal)	2
Solução de Ringer	1,5
HgCl ₂ (desinfetante)	3,5
Álcool (95%)	3
Caldo de cultura	45
50% de Caldo, 50% de KCl	60
Açúcar branco (solução saturada)	9
Açúcar mascavo (solução saturada)	13
Xarope de bordo (solução saturada)	27
Dextromaltose (solução saturada)	41
Mel	73
Suco de laranja	7
Leite (pasteurizado)	55
Leite (não pasteurizado)	100+
Clara de ovo	25
Chá	2
Uísque (blendado)	11

trica aos raios de luz fluorescente, o aumento do valor fluorofotométrico da água depois de ferver o solo indica um conteúdo maior de energia no fluido. Isto pode ser estimado em micro-ampéres. É compreensível, no entanto, que a leitura de micro-ampéres feita no galvanômetro não seja a medida real de luminância orgonótica. É simplesmente a medida da excitação da célula fotoelétrica transformada em energia elétrica. Como demonstrei em outro contexto, *as medições elétricas registram apenas uma fração extremamente pequena dos reais valores energéticos da energia orgone.*

5. Que a água de bión fervida atinja valores de energia próximos àqueles de fluidos orgânicos como caldo, leite ou vitaminas é algo que parece surpreendente e incompreensível de início. Mas uma consideração posterior mostra que esse resultado é perfeitamente lógico.

O processo de fervura transforma a substância do solo em matéria *bionosa* móvel e a energia é liberada da matéria, como foi demonstrado inequivocamente pela motilidade interna, pelas pulsações rítmicas lentas e pela contratilidade das vesículas de energia orgone (em contraste com a não-motilidade das partículas do mesmo solo *antes* do processo de fervura). Porém a transformação das partículas de terra em bions e a liberação da energia dentro das partículas não foram os únicos efeitos. Além disso, *essa energia penetrou a água (porque a água atrai orgone e vice-versa)*. A potência orgonótica da água portanto se elevou de seu próprio valor básico até o nível de fluidos bioquímicos de alta potência orgonótica.

6. A experiência mostrou que a água de bión fervida desenvolve bactérias de putrefação, mesmo quando selada hermeticamente de imediato. Por essa razão, nos experimentos de bions mais recentes a água foi autoclavada durante trinta minutos a 15 libras de pressão e 120°C. Esse procedimento no início fez com que a PO diminuísse de 5 a 8 pontos, mas ela recuperou seu nível inicial ao longo das vinte e quatro a quarenta e oito horas subseqüentes. A água de bión autoclavada foi então refrigerada em ampolas seladas ou em frascos esterilizados fechados com tampões de algodão estéril.

A organização de matéria bionosa e plasmática a partir de energia orgone em água de bión

Coloca-se água de bión estéril, completamente livre de partículas, possuindo uma alta PO, em vários frascos e tubos de ensaio dois dias depois de autoclavar ou ferver. Os frascos são selados à prova de ar e os tubos de ensaio fechados com rolhas de algodão estéril. Dividimos os tubos em três grupos: o *Grupo A* é colocado em um acumulador de orgone de três camadas, de cerca de 27 litros; o

EXPERIMENTO XX

Data	Prep. N.º	Procedimento	PO antes do trata- mento	TIPO DE ORGANIZAÇÃO		OUTRAS FORMAS PRESENTES			Repro- dução	Dege- neração I
				Bíon	Plasma	Céulias Útricas	Forma de Feijão	Proto- zoários		
Jan. 2	45 XX 1	Org Mantido no acumulador 20 dias	46	+			+	+	+	
Jan. 3	XX 1f	Congelado 21 dias	38	++	+		+	++	++	+
Jan. 6	XX 1c	Autoclavado, mantido em ambiente fechado	41	+			+	+	+	+
Jan. 8	XX 1x	Não tratado, mantido em ambiente fechado	40	+			+	+	+	
Jan. 25	XX 2f	Congelado 4 dias				+			++	++
Jan. 26	XX 3cf	Autoclavado; congelado 4 dias	52		←	+	+	+	+	++
Jan. 30	XX 1g	Seco até formar cristais, colocado em água destilada		+		+	+	+	+	+
Jan. 30	XX 4cf	Autoclavado; congelado 3 dias	60	+		(+)	+	+	++	+
Jan. 31	XX 5cf	Autoclavado; congelado 4 dias	51	+		(+)	++	+	+	+
Jan. 31	XX 5cg	Autoclavado; seco, colocado em água destilada	51			+		+	+	+
Fev. 5	XX 6cf	Autoclavado; congelado e descongelado alternadamente 6 dias	57	+	←	+		+	+	++
Fev. 6	XX 6cc	Autoclavado; seco, colocado em	57	+					+	+

Grupo B é deixado no laboratório; o *Grupo C* é colocado no congelador da geladeira. Como medida de controle, armazenamos recipientes similares de água comum estéril com cada grupo.

De dois a oito dias depois, retirou-se o Grupo C do congelador. Antes de começar o descongelamento, ficamos impressionados com o fato de que *a cor amarela da água de bión se concentrou no centro do gelo, formando um ponto marrom-amarelado, opaco. O gelo circundante está completamente claro e translúcido. Tão logo liquefeito o gelo, observaram-se flocos esbranquiçados e amarronzados no fluido, anteriormente cristalino. Macroscopicamente, os flocos têm aproximadamente de 1 a 5 mm de comprimento e cerca de 1 mm de largura. O próprio fluido possui uma cor amarela homogênea.*

Os grupos A e B desenvolvem os mesmos flocos, mas com uma lentidão bem maior, levando de três a oito semanas. Dos grupos de controle, nem o Grupo B (posto no laboratório) nem o Grupo C (congelado) desenvolveram flocos. No entanto, o Grupo de controle A (a água comum estéril guardada no acumulador de orgone) de fato desenvolveu flocos depois de um período de tempo extenso (diversos meses), mas eles eram bem menos densos e tinham uma formação mais imperfeita do que os dos Grupos experimentais A, B e C.

O exame microscópico dos flocos sempre mostra dois tipos básicos: formas suaves, plasmáticas, bem definidas, em que se espalham grânulos escuros e eventuais bions PA azuis em densidades variadas; ou agrupamentos bionosos de vesículas de energia orgone com um reflexo azul intenso e uma margem nítida (*ver* Figuras 43 a 47, no Apêndice).

As preparações, que foram mantidas estéreis, exibem depois de poucos dias – e, principalmente, depois de duas a três semanas – um aumento no número de flocos. Microscopicamente, é possível estabelecer que os flocos crescem individualmente através de um acúmulo de substância e que eles também se dividem. Os flocos brilhantes, parecidos com filamentos retorcidos, se transformam no decorrer das semanas em agrupamentos bionosos que irradiam fortemente.

Experimento de cultura: para obter uma compreensão mais clara e mais demonstrativa desse processo de crescimento e multiplica-

ção, foram colocados alguns flocos em água de bión estéril e clara, sob condições de esterilidade. Depois de uma ou duas semanas, pode-se observar claramente uma formação de cultura nas amostras. Os flocos se tornaram mais densos. De acordo com nossa experiência prévia, a PO do fluido de cultura permanece aproximadamente no mesmo nível, ou até aumenta.

Se examinarmos as preparações sob o microscópio em intervalos regulares (cerca de uma vez por semana durante vários meses), podemos ver alterações biofísicas graduais nos flocos. Em alguns deles surgem bions esféricos medindo 2-3 micra de diâmetro, com uma margem e um reflexo azul forte. Gradualmente, eles se alongam até que assumem finalmente o seguinte formato de feijão:



Sob condições favoráveis, isto é, quando não houve desintegração T prematura nas preparações, essas "formas de feijão" transformam-se em protozoários contráteis que se movem de maneira rápida, espasmódica. Em sua maior parte, o plasma desses protozoários possui uma estrutura granulada e estriada, embora em alguns casos seja lisa, sem estrutura. Também é possível obter culturas puras de protozoários inoculando o fluido sobrenadante sem perturbar os flocos que se encontram na parte inferior. Os protozoários se multiplicam na nova cultura e sem dificuldade passam de cultura para cultura.

Observações e testes para determinar a natureza biológica dos flocos de orgone

1. *A preparação XX descongelada de água de bión flocosa representa um colóide insolúvel:* se a água de bión amarela límpida, de alta potência orgonótica, se evapora, forma-se um revestimento liso, de um amarelo dourado, opaco, na parte inferior do vaso. Raspada, essa crosta produz um pó que consiste de pequenos cristais de cor amarelo-amarronzada, que nomeamos "orgontin". Esses cristais

não podem ser dissolvidos novamente, nem na água comum, nem na água com alto conteúdo de orgone. Eles simplesmente incham e reagem precisamente como flocos obtidos pelo derretimento de bíons de água congelados. Eles também apresentam os fenômenos de crescimento, multiplicação e formação de protozoários.

2. *Observação microscópica da organização*: os flocos crescem em comprimento e largura; agrupamentos de bíons acumulam mais bíons provenientes do fluido. Flocos menores brotam dos maiores e os menores tornam-se maiores. Os bíons se dispõem com frequência em grupos. À medida que os flocos crescem, tornam-se mais escuros, exibindo uma coloração entre marrom e preta.

3. *Atração orgonótica e efeito esterilizante*: Os flocos de orgone reagem como todas as outras matérias bionosas investigadas até o momento. Na proximidade das bactérias de putrefação, os flocos ou matam as bactérias ou as paralisam, no mínimo.

4. *Degeneração T e putrefação*: como toda substância orgânica ou viva, os flocos de orgone se degeneram por putrefação e se desintegram, formando os corpos T que já nos são familiares. Os protozoários se formam mais lentamente e com maior dificuldade em preparações fortemente degeneradas do que nas estéreis. As preparações degeneradas podem, no entanto, ser depuradas dos bacilos T e das bactérias de putrefação através de repetidos congelamentos. Isso parece promover a capacidade de organização de protozoários móveis.

5. Flocos secos e esmagados até formar pequenas partículas queimam em uma chama e transformam-se em uma substância preta, *semelhante ao carvão*, reagindo desse modo como o protoplasma vivo e os compostos de carbono orgânico não vivo. Mesmo que os flocos não sejam queimados, desenvolve-se a substância idêntica ao carvão preto que demonstrou ser combustível na chama, provavelmente através de oxidação.

6. *Conteúdo de açúcar*: A água de bion com uma alta potência orgonótica tem um sabor doce. Os flocos queimando exalam um odor parecido com o de caramelo. (Ainda não foi possível realizar uma análise bioquímica exata, mas está planejada.)

7. Todos os recipientes que tiveram contato durante um período de tempo considerável com água de bión ou terra de bión dão a sensação de gordurosos quando tocados.

8. A água de bión reage a influências enfraquecedoras, como a autoclavagem, do mesmo modo que um organismo vivo reagiria, a saber, com *uma queda de PO*, que se recupera apenas gradualmente.

9. *A capacidade contrátil do orgone livre de massa na água de bión: só pode haver uma única explicação plausível para o surgimento de um ponto concentrado marrom-amarelado no centro do gelo cristalino. A energia orgone livre de massa reage na água que está congelando exatamente como a energia orgone em um organismo vivo a congelar: ela se contrai e se retira do ponto em que ocorre o congelamento. A energia orgone livre de massa é portanto capaz de se contrair. No processo de contração cria-se a matéria, evidentemente através da condensação. Esse processo precisa de estudos intensivos.*

10. Os flocos de orgone se transformam em protozoários mais rapidamente quando se acrescentam bacilos T à preparação. Pode-se observar então o surgimento de tipos plasmáticos fusiformes de estrutura grosseira, semelhantes às formações de Ca III (*ver Capítulo VI*).

Estágios no desenvolvimento de protozoários em água de bión estéril, sem partículas

1. Depois que a solução de água de bión descongela, surgem flocos plasmáticos granulados de formato caracteristicamente orgânico.

2. Muitos dos grânulos individuais se expandem e se transformam em vesículas esféricas de energia orgone com um reflexo azul intenso. A maioria desses grupos de bions se funde em formações maiores através de associação ou confluência.

3. Em questão de semanas, os bions esféricos adquirem a forma de feijões, mas ainda não têm motilidade.

4. Essas formações com forma de feijões adquirem então motilidade de duas formas diferentes: Com um aumento de 3.000 a 5.000 vezes, o conteúdo das vesículas de energia revela movimen-

tos delicados de expansão e contração; as formações se alongam cada vez mais, suas membranas se suavizam e elas começam a se mover de um lado para outro. As formas, que se tornaram marcadamente alongadas, desenvolvem movimentos sinuosos, como um saca-rolhas. Os esboços abaixo foram desenhados ao vivo, tal como vistos com um aumento de 240 vezes, aproximadamente.



5. Quando se inocula fluido de água de bión contendo protozoários em água de bión estéril, os protozoários se multiplicam e podem ser reinoculados *ad infinitum*. Nomeei esses protozoários *orgonomia*.

Experimentos-controle

1. O congelamento de água de fonte ou água destilada comum *não estéril* não produz flocos, nem protozoários. A organização da matéria plasmática deve portanto ser atribuída exclusivamente ao alto conteúdo de orgone, de acordo com a mensuração do fluorofotômetro.

2. Quando se destila água de bión com aproximadamente 40 a 50 de PO, pode-se observar um pequeno número de flocos *imediatamente após o esfriamento* e um grande número depois do congelamento. Isso é uma confirmação adicional da afirmação precedente.

3. Como a água do mar é extraordinariamente rica de orgone, não surpreende que ela também produza flocos e crescimento de protozoários depois de filtragem e autoclavagem. Entretanto, há um pequeno mistério aqui. A água do mar extraída em Jones Beach, na costa atlântica de Long Island, Nova York, medida uma hora depois da extração, só tinha aproximadamente de 8 a 10 de PO. A água de bión de terra com um conteúdo de PO tão baixo não produz crescimento bionoso ou, no melhor dos casos, produz um cres-

cimento bionoso deficiente e, portanto, é difícil explicar por que o **baixo PO da água do mar não faz diferença**. O fenômeno é sem dúvida importante; infelizmente, não é possível **compreender tudo** de uma vez.

4. A água da grama autoclavada também **produz flocos** depois do congelamento, que se **multiplicam e crescem**.

Conclusões gerais

1. O húmus contém energia orgone. A **transformação do húmus na água em bions de terra leva a um aumento na potência orgonótica da água de 4 para algo entre 30 e 70** (com a PO da água destilada fixada como 1).

2. A **energia orgone em alta concentração colore os líquidos de amarelo**.

3. A **energia orgone distribuída de forma homogênea em um fluido à temperatura ambiente se contrai quando resfriada ou congelada, formando um centro amarelo-amarronzado no gelo**.

4. **Flocos protoplasmáticos, isto é, matéria, se desenvolvem a partir de orgone livre de massa concentrado**.

5. Um **fluido com uma alta potência orgonótica dá origem a protozoários por intermédio da formação de vesículas de energia orgone**.

6. A **formação de matéria plasmática a partir de energia orgone concentrada indica um processo geral através do qual se origina a matéria**. Assim, **devemos considerar que a energia orgone é a energia cósmica primordial**.

7. **Com base nas nossas descobertas no Experimento XX, o desenvolvimento do plasma vivo no nosso planeta precede a organização da substância do carvão e carboidratos**. O **carvão é produto da desintegração da matéria viva**. **As moléculas bioquímicas não existiam antes do desenvolvimento da substância plasmática, mas apareceram como um dos constituintes mecânicos no processo de organização plasmática**.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Capítulo III

A descoberta real da energia orgone

1. ABSURDOS DA TEORIA DO GERME AÉREO

Até agora, tivemos que nos defender contra uma objeção, ou, mais precisamente, um slogan que diz que os bions são uma “infecção bastante comum proveniente do ar”. Tenho usado três argumentos contra essa alegação:

1. *As estruturas de bion podem ser vistas se formando imediatamente depois de feita a preparação, enquanto no incubador são necessárias várias horas para que a infecção proveniente do ar se desenvolva.*
2. *Os experimentos de cultura de bions são bem-sucedidos sob condições seladas, hermeticamente fechadas.*
3. *Nas culturas de bions, encontram-se determinadas formas que não foram identificadas previamente, como por exemplo os bions SAPA.*

Para discutir as múltiplas perguntas levantadas pelo cultivo de bions, devemos em primeiro lugar refutar a objeção de infecção vinda do ar e demonstrar o absurdo de tentar aplicar esse argumento hoje, quer experimental, quer teoricamente. Na luta pelo pro-

gresso científico, os novos fatos se constituem em obstáculo menor do que os conceitos obsoletos.

As formações a que me refiro como bíons (PA e T) e culturas de bíons não estão presentes nas culturas de germes aéreo. Essa alegação pode ser consubstanciada facilmente através das seguintes séries de experimentos:

a) Raspamos sujeira da palma da mão com uma espátula estéril e a colocamos em caldo de cultura. Depois de vinte e quatro horas na incubadora, surge uma *nebulosidade floculosa* que, no entanto, desaparece no decorrer de poucos dias ou semanas. Ela é substituída por uma fina membrana sobre a superfície e um precipitado grosso na parte inferior. Sob o microscópio, vemos diminutos cocos, de formato redondo ou oval, com um reflexo preto, e alguns bacilos com um movimento sinuoso, mas não há amebóides contráteis do tipo PA, não há formas de célula nucleada, e não há bacilos T (na preparação recente).

b) Colocamos algumas poucas gotas de água de torneira comum em caldo. Com freqüência, levam-se vários dias para que a nebulosidade se desenvolva (às vezes, não ocorre crescimento de cultura de modo algum). Microscopicamente, podem-se observar os mesmos tipos de pequenos cocos redondos e bacilos.

c) Deixamos uma pequena vasilha de água ficar por meia hora ao ar livre ao lado de uma via empoeirada e, depois, inoculamos uma amostra dela em caldo de cultura. Pode não aparecer crescimento de cultura. Se aparecer, a turvação dá lugar a uma membrana na superfície e um sedimento floculoso denso na parte inferior, poucos dias ou semanas depois. Esse crescimento de cultura que ocorrer poderá levar dois a três dias para se desenvolver, surgindo como pequenos cocos e bactérias com formato de salsicha com um movimento sinuoso e lento. *Não há formações do tipo das nossas culturas (amebas amontoadas e bacilos T).*

d) Deixamos um tubo de ensaio aberto contendo caldo parado verticalmente em nosso laboratório durante meia hora, e depois o incubamos durante vinte e quatro horas. No final desse período desenvolveu-se uma nebulosidade, só para se dissipar e ser substi-

tuída, finalmente, por uma membrana sobre a superfície e um sedimento floculoso na parte inferior. Novamente, encontramos os diminutos cocos que já nos são familiares, além de fileiras de formas de estreptococos e eventuais estruturas em forma de clava. Também foram vistos os bacilos com formato de salsicha previamente mencionados com um movimento sinuoso. *Não há sinal dos nossos tipos de bions.*

e) Deixamos uma cultura estéril de ágar-ágar aberta no nosso laboratório durante meia hora. Depois de vinte e quatro horas no incubador, desenvolve-se um crescimento que consiste de pequenos agrupamentos de vesículas característicos, não contráteis. Também há bacilos, ocasionalmente. Mas não há nossos tipos de bions. Se a travessa de ágar-ágar for deixada aberta não mais que o necessário para a inoculação, devemos ficar convencidos de que é extraordinariamente difícil provocar uma infecção que se origine do ar.

f) Conduzimos uma variação do experimento-controle coletando poeira da superfície de um armário de cozinha ou de um fogão aberto com uma espátula e a colocamos na nossa solução padrão de caldo de cultura e KCl 0,1n, expondo-a desse modo às mesmas condições daquelas da cultura de bion. As descobertas são familiares, mais uma vez. Surge habitualmente um crescimento depois de vinte e quatro horas; às vezes, no entanto, só depois de quarenta e oito ou setenta e duas horas. Não encontramos bions, só bactérias alongadas, filiformes, espirilos e formas semelhantes a espiroquetas, bem como pequenos cocos não contráteis, movendo-se rapidamente. Inoculada no ágar-ágar, a cultura produz, em geral, apenas formas bacilares com um movimento sinuoso. Como todas as outras culturas não estéreis, essa cultura forma uma membrana e, depois de determinado tempo, produz flocos. Quando se utiliza ovo como meio, ocorre uma infecção maciça a partir da poeira, habitualmente mofada.

Esses experimentos-controle sobre o problema da infecção vinda do ar podem ser realizados repetidamente, de várias maneiras. Eles conduzem inevitavelmente a dois fatos:

1. O ar contém apenas determinadas formas de bacilos maiores e cocos simples.
2. Os bions não podem ser cultivados diretamente a partir do ar, seja qual for o meio de cultura – caldo, ágar-ágar ou à base de ovo.

Os experimentos de controle reforçam um terceiro fato: o caso do perigo de infecção pelo ar foi intensamente exagerado por aqueles que o utilizam como argumento contra a idéia da organização bionosa da matéria não viva.

Estando duplamente seguros de que nossas culturas de bions nada têm a ver com “germes aéreos”, gostaríamos agora de empreender uma investigação crítica do próprio conceito de “germes aéreos”. Vamos resumir as conclusões que decorrem da alegação de que os organismos protozoários não podem originar-se de nenhuma outra fonte que não os germes presentes no ar:

1. Para cada e todo tipo de organismo protozoário e bacteriano, há um germe correspondente específico. Em outras palavras, há tantos tipos de germes quantos de microrganismos, o que significa que há milhões de tipos. Essa afirmação é negada pelo fato de que o cultivo de bactérias do ar só produz uma fração mínima das formas realmente conhecidas pela patologia. Só essa discrepância suscita inúmeras perguntas que precisariam de respostas diretas dos proponentes da teoria do germe aéreo. Por exemplo, os vibriões do cólera, os bacilos da peste ou os espiroquetas da sífilis já foram cultivados diretamente a partir do ar? A verdade é que até agora essas formas foram cultivadas apenas a partir de tecido animal e simplesmente alinhavou-se uma teoria de suas origens. Enquanto existirem formas de micróbios – e agora também de bions – que não possam ser cultivados diretamente a partir do ar, a hipótese de infecção pelo ar não será válida.

2. Refutação da teoria metafísica do germe aéreo: o experimento de bions, que foi filmado, estabeleceu o fato de que organismos unicelulares, tais como os protozoários, desenvolvem-se por meio da organização natural a partir da desintegração vesicular do musgo. A teoria metafísica da esporogênese, por outro lado, afirma que

os protozoários se originam de germes onipresentes no ar, que se desenvolvem em lugares favoráveis ao seu crescimento. Por enquanto, nenhum de seus proponentes foi capaz de conferir credibilidade à teoria desse germe e pode se demonstrar sua inexatidão fundamental pelo seguinte experimento:

Se os protozoários se originam de germes fixados ao musgo e ao feno e podem ser levados a se formar em infusões depois de poucos dias, o procedimento que se segue deveria demonstrar esse fato. Lava-se feno seco não estéril em água comum, passando-se a água por um filtro contendo o feno ou mergulhando um pouco de feno na água algumas vezes com pinças, evitando dessa forma que a menor partícula fique na água. Assim "contaminada", a água não apresenta crescimento de protozoários nem indícios disso. Por outro lado, uma infusão de feno ou musgo apresenta o inchaço progressivo do tecido e todos os outros estágios da evolução de protozoários, desde a desintegração vesicular inicial, ocorrendo ao longo das margens, até as formações que crescem a partir do tecido e se desprendem como protozoários completamente formados.

Se os partidários da teoria do germe aéreo insistem sobre sua veracidade, devem dar-se ao trabalho de demonstrar experimentalmente, em primeiro lugar, que os esporos a partir dos quais os protozoários supostamente evoluem podem ser isolados, sendo retirados da matéria à qual estariam supostamente ligados e, em segundo lugar, que são capazes de se transformar em protozoários.

Mas, mesmo que suponhamos por um momento que todas as formas conhecidas de micróbios, e as novas formas de bions, pudessem de fato ser encontradas no ar, a expressão "germes aéreos" representaria uma explicação científica da origem dessas formas? Poderíamos muito bem replicar: é verdade, essas formas estão presentes no ar, mas de onde provêm?

Se essa pergunta for analisada cuidadosamente, a falta de validade científica da teoria do germe aéreo terá de ser admitida. Se estiver correta nossa alegação de que os microorganismos se formam a partir de material inorgânico e substâncias orgânicas em desintegração, teremos uma explicação válida da *origem dos germes aéreos*. Não

pode haver mais nada no ar a não ser substâncias inorgânicas e orgânicas mortas. Além disso, só foram encontrados no máximo esporos de alguns poucos organismos primitivos; ninguém jamais viu o germe ou esporo de uma ameba ou de um paramécio. Os lemas que substituem a experiência real de ver e são propostos como teses teológicas absolutas, como por exemplo *omne vivum ex vivo* e *omnis cellula ex cellula*, não podem ser vistos, no contexto dessas considerações, como afirmações científicas sérias; são simplesmente proteções emocionais contra fatos muito duros.

Agora que demonstramos o absurdo da teoria do germe aéreo, na medida em que ela domina o pensamento médico atual, gostaríamos de mostrar quanto ela é prejudicial à compreensão de um grande número de fenômenos amplamente importantes na medicina, isto é, como a medicina, por sua rejeição do conceito de organização natural, furta-se de toda possibilidade de observar fatos simples e óbvios, de investigá-los em detalhe e usá-los de maneira prática.

1. É de conhecimento médico comum que organismos vivos se formam constantemente no organismo animal, por exemplo, os glóbulos vermelhos e brancos na medula óssea e no sistema linfático, e as células do óvulo e do esperma no epitélio das gônadas. A discrepância entre esse fato reconhecido e a teoria do germe, estranhamente, até hoje não perturbou nem um pouco o mundo científico. Formam-se eritroblastos e, a partir deles, desenvolvem-se eritrócitos; os óvulos da fêmea se formam nos folículos do ovário, as células de esperma provêm da espermatogonia. As formas transitórias evoluem a partir do epitélio dos órgãos em questão. *Uma forma celular se transforma em outra forma fundamentalmente diferente.* Esse processo ocorre no câncer e é um dos fatores centrais de todo o problema do câncer. A formação de entidades biologicamente independentes a partir de organismos biológicos de tipo diferente ocorre continuamente dentro do corpo. Mas precisamente este processo permanecerá necessariamente incompreensível sem que se aceite a transformação de tecido orgânico em formações independentes de protozoários.

2. Há diversos tipos de microrganismos nas membranas mucosas e orifícios do corpo humano. As bactérias intestinais, por exemplo, atingem presumivelmente o canal alimentar a partir de uma infecção exterior ao corpo. Mas o motivo pelo qual as bactérias do cólon se encontram somente no cólon e não, digamos, igualmente na membrana mucosa da garganta, é algo que permanece um mistério. O motivo pelo qual os pneumococos encontram seu caminho a partir do ar até os pulmões, mas não no trato alimentar, também é misterioso. Além disso, *se, na realidade, milhares de variedades de bactérias mortíferas encontram-se presentes no ar e, conseqüentemente, nas membranas mucosas, é completamente ininteligível que a espécie humana não se tenha extinguido há muito tempo.* A fórmula mágica usada para responder esse mistério particular é a "disposição" notória. Porém o conceito de "disposição" revela precisamente o que a teoria do germe oculta. Por exemplo, é incompreensível que centenas de milhares de microrganismos passíveis de cultura fatais aos camundongos sejam encontrados no tecido canceroso extraído recentemente da parte interna do osso. Como entraram no osso? A informação de que eles "entraram por via aérea e se aninharam nas membranas mucosas" e, depois, "viajaram na corrente sanguínea e de lá para os ossos" dificilmente pode ser levada a sério, porque a pergunta a que não se consegue responder é por que as bactérias do ar, nas suas complexas migrações, escolhem se assentar precisamente no osso canceroso, e por que todos os tipos de doenças infecciosas não foram postos em movimento no decorrer dos trajetos do corpo humano. O fato de que haja organismos patogênicos na garganta que só são prejudiciais certas vezes e no caso de determinadas pessoas é um prodígio que não pode ser explicado adequadamente pela "disposição" ou "virulência latente", porque essas explicações não passam de palavras. A questão importante é estabelecer exatamente o que está acontecendo *dentro do organismo* que possibilita aos microrganismos exercer seu efeito certas vezes, e não outras.

3. Na literatura sobre microrganismos, a repetição freqüente da afirmação de que determinados organismos florescem apenas em

certos meios de cultura é chocante. O fato é que é místico, no mínimo, supor que os germes das amebas – que, de acordo com a teoria, estão por toda parte no ar – buscam, entre todos os lugares, as poças enlameadas de água estagnada e o lado inferior das folhas das plantas, ou, em outros casos, não conseguem se desenvolver durante a primavera no musgo fresco, enquanto aparecem em grandes números no musgo outonal. É difícil compreender como é possível não perceber a falta de lógica, a inconsistência e a imprecisão factual de um pensamento como esse.

4. No contexto destas considerações, podemos nos aventurar em um problema que provavelmente levantará todo tipo de paixão. De acordo com a teoria do germe aéreo, o bacilo que causa o cólera ou a peste bubônica está zunindo pelo ar o tempo todo, mas não aparece sob condições normais em que se toma cuidado com a higiene. Ele entra, proveniente do ar, para causar epidemias – em que centenas de milhares de vidas humanas podem se perder – em tempo de guerra, ou naquelas áreas densamente habitadas em que há precariedade de cuidados e hábitos de higiene. Mas será que acreditamos realmente que, nessas epidemias, a *condição biológica* das pessoas expostas ao ambiente cronicamente precário do ponto de vista higiênico, ou aos horrores das prolongadas condições de guerra, não tem papel algum? Será realmente possível que toda a responsabilidade seja atribuída ao bacilo e nenhuma ao organismo vivo, no qual dá livre curso às suas devastações? Que razão há para atribuir tanta importância à bactéria e tão pouca ao organismo humano? Temo que o “germe aéreo” seja bem mais fácil de combater que as biopatias! Não desejo oferecer aqui uma resposta para todas as perguntas levantadas, entretanto gostaria de ressaltar que a *condição biopática* das vítimas de cólera e peste bubônica merece muito mais atenção do que a respectiva bactéria, de cujas origens não se tem clareza até hoje.

Em suma: *Não só a teoria de germe aéreo é falsa e incapaz de oferecer um esclarecimento sobre os fenômenos centrais da biologia e da patologia; ela, na verdade, dificulta uma compreensão factual dos mecanismos da doença. Tornou-se um dogma que, como todos os dogmas, esquiva-se*

de pensar e inquirir. Podemos ver agora o quanto a teoria do bión e os fatos em que se apóia contribuem para o esclarecimento daqueles problemas não explicados pela teoria do germe aéreo.

Voltemos agora a nossa atenção para uma cultura de bions específica, em que ocorreu a descoberta real da energia orgone.

2. AS CULTURAS DE BÍONS DE "PACOTES DE AREIA" (SAPA) RADIANTES

Com o propósito de refutar minuciosamente a teoria da infecção pelo ar, comecei, já em 1936, a autoclavar preparações de bions durante meia hora a uma temperatura de 120°C. Com esse procedimento, a desintegração em vesículas revelou ser mais completa do que nas ocasiões em que eu simplesmente usava o processo de inchaço. Os bions azuis apareciam mais rapidamente e a reação biológica à coloração (Gram, carbolfucsina) era mais intensa. Em maio de 1937, comecei a aquecer carvão e cristais de terra até a incandescência no bico de Bunsen antes de introduzi-los no meio de cultura que induz ao inchaço. Esse processo de aquecimento acelerou a formação de bions ainda mais. Agora, a desintegração bionosa da matéria poderia ser levada adiante em apenas poucos minutos, com a certeza de esterilidade completa. Eu não precisava mais esperar durante dias e semanas pelo processo de inchaço em temperatura ambiente para produzir bions. Para produzir o inchaço das substâncias, eu usava soda cáustica e solução de cloreto de potássio. Ao longo de dois anos (1937-1939), um experimento após o outro confirmou a desintegração vesicular da matéria inchada e a organização de bactérias e células a partir dos bions¹.

Em janeiro de 1939, uma de minhas assistentes estava demonstrando o experimento de incandescência a um visitante no laboratório, em Oslo. Por engano, ela pegou o recipiente errado do esterilizador e, em vez de terra, ela aqueceu areia do oceano até a

1. Ver *Die Bione* [Os bions] (1938).

incandescência. Depois de dois dias, uma cultura começou a se formar na solução de caldo de cultura e cloreto de potássio que, inoculada num meio de cultura contendo ovo e ágar-ágar, produziu um crescimento amarelo. Sob o microscópio, esse novo tipo de cultura apareceu como grandes pacotes de vesículas de energia pouco móveis, refletindo um azul intenso. A cultura era "pura"; isto é, consistia de apenas *um* tipo de formação. Sob um aumento de 400 vezes, suas formações se pareciam com os *sarcinae* que se encontram na água vez ou outra. O exame com aumentos de 2.000 e 4.000 vezes mostrou formações com forte refração, consistindo de pacotes de seis a dez vesículas com um tamanho entre 10 e 15 micra. Repetimos o experimento oito vezes no decorrer de alguns meses, e obtivemos cinco vezes as mesmas formações (ver Figuras 48a e b, no Apêndice).

Esses bions receberam a designação SAPA (*sand packet* – pacote de areia). Eles possuíam propriedades de extremo interesse.

O efeito dos bions SAPA em bactérias de putrefação, protozoários e bacilos T foi muito mais poderoso do que o de outros bions. Agrupados com células cancerosas, eles mataram ou paralisaram as células, mesmo a uma distância de cerca de 10 micra. A essa curta distância dos bions SAPA, as células cancerosas amebóides permaneceram enraizadas em um ponto, como que paralisadas; então elas giraram freneticamente e, finalmente, perderam o movimento. Esse processo foi registrado em filme.

Durante quatro semanas, examinei os bions SAPA a cada dia durante várias horas. Depois de alguns dias, meus olhos começaram a arder sempre que eu olhava no microscópio, pelo tempo que fosse. Para isolar a causa desse problema, comecei a usar uma lente monocular. Agora, era só o olho que eu usava para olhar no microscópio que doía. Todavia, depois de um tempo, desenvolveu-se uma violenta conjuntivite nos dois olhos; eles ficaram muito sensíveis à luz e fui obrigado a consultar um oftalmologista. Para ele, meu relato parecia "fantástico". Ele me tratou, prescreveu óculos escuros e proibiu o trabalho ao microscópio por algumas semanas. Meus olhos melhoraram, mas a essa altura eu sabia que estava lidando

com um fenômeno de radiação. Vários meses antes desse evento, o físico holandês Bon escrevera perguntando-me se eu havia em algum momento percebido qualquer radiação nos bions. Respondi negativamente. Durante muitos anos, Bon estivera brigando com seus colegas por causa de sua insistência em afirmar que a vida é uma manifestação da radiação. Fui diretamente confrontado com esse fato e não sabia como deveria abordá-lo. É claro, eu havia sido formado nos problemas teóricos básicos da física, mas nunca tivera nenhuma experiência prática com radiação. Isso criou uma grande dificuldade mas, ao mesmo tempo, apresentava suas vantagens. A radiação que eu havia descoberto revelou-se nova; ela possuía propriedades altamente singulares. Os métodos tradicionais de pesquisa sobre a radiação não produziram nenhum resultado. A radiação orgone requereu o desenvolvimento de métodos de pesquisa e procedimentos especiais, até então desconhecidos, que puderam ser elaborados apenas gradualmente, passo a passo, com observações durante um longo período de tempo. Os métodos rotineiros e esquemáticos falharam.

Em primeiro lugar, tentei um método muito primitivo para testar a radiação nas culturas, colocando os tubos de ensaio contra a palma de minha mão esquerda. A cada vez, pensei ter sentido uma leve alfinetada, mas não estava seguro da sensação.

Então coloquei sobre a pele uma lâmina de quartzo, sobre a qual dispusera uma pequena quantidade de cultura SAPA em solução de cloreto de potássio, e deixei-a ali durante cerca de dez minutos. No lugar em que estava a cultura (separada da pele pela lâmina de quartzo), desenvolveu-se um ponto anêmico com uma margem hiperêmica. Repeti esse experimento com todos os meus estudantes, cujas reações vegetativas eram bem conhecidas por mim. Os que eram vegetativamente muito vivos sempre davam um resultado positivo. Aqueles mais fracos emocionalmente mostraram pouca ou nenhuma reação. Esses resultados indicavam algo, mas ainda estavam longe de ser claramente compreensíveis.

Busquei a ajuda do físico de rádio do Hospital do Câncer em Oslo, dr. Moxnes. Ele testou um dos tubos de cultura com o eletros-

cópio de rádio. *Não houve reação.* O físico declarou que “não havia radiação”. Como seu eletroscópio era equipado só para rádio, objetei que a única conclusão que se podia tirar honestamente a partir do teste era que não havia *atividade de rádio*, não que não havia radiação de nenhum tipo. Não poderia haver dúvida sobre a reação da pele, e eu estava intrigado quanto ao tipo de radiação com a qual estava lidando. A velocidade da reação da pele sugeria energias enormes. O raio X e a radiação do rádio levam vários dias depois da exposição para produzir rubor da pele, mas as culturas SAPA avermelharam a pele em poucos minutos. Como se tornará evidente mais tarde, havia na verdade uma razão completamente lógica para a reação negativa do eletroscópio.

Os eventos que se seguem resolveram o mistério pouco a pouco:

Depois de mais duas semanas, a palma da minha mão esquerda estava bastante inflamada e muito dolorida. Não poderia haver mais dúvidas de que as culturas estavam exercendo um efeito biológico.

Com o passar do tempo, me surpreendeu que o ar no aposento em que eram mantidas as culturas estivesse ficando “pesado” e causando dores de cabeça sempre que fechávamos as janelas, nem que fosse por uma hora.

Um dia, no decorrer de um procedimento experimental, percebi que todos os objetos de metal, tais como tesouras, pinças, agulhas e assim por diante, haviam se tornado altamente magnéticos. Esse fenômeno, tão óbvio hoje em dia, era incompreensível para mim. Eu nunca o havia observado e não estava preparado para ele. Mas, como o eletroscópio do físico de Oslo não apresentara reação, eu estava preparado para surpresas.

Fiz experiências com chapas fotográficas de diversas maneiras: em um quarto escuro, coloquei as preparações de culturas sobre chapas descobertas, sobre chapas em seus suportes, sobre chapas cobertas total ou parcialmente de chumbo e, além disso, para controle, coloquei algumas chapas sem cultura no mesmo aposento. Para meu assombro, *todas* as chapas ficaram veladas. Em algumas, havia um escurecimento correspondente às ranhuras coladas nos prendedores de madeira; em outras, um escurecimento marcado nos lugares em

que a chapa não havia sido afetada diretamente pela cultura, mas em que a cobertura de chumbo era permeável. Para minha surpresa, *as chapas de controle no mesmo aposento também estavam veladas*. Eu não podia compreender isso. Era como se a energia estivesse ativa não só em volta das bordas do prendedor de chapa e por entre seus encaixes; *a radiação parecia ser onipresente*. No entanto, também era possível que tivesse ocorrido algum equívoco experimental.

No decorrer de duas décadas de trabalho clínico e experimental, eu aprendera a não ignorar tais idéias aparentemente incidentais, como "a energia presente em todo lugar". Valorizo esses lampejos de *insight* que, se acoplados com controles rigorosos e objetivos, conduzem ao objetivo final. Minha suposição revelou-se correta: *a radiação de orgone está realmente presente em todo lugar*. Porém, na época, essa idéia não tinha significado concreto.

Os experimentos com as chapas fotográficas pareciam ter chegado a um beco sem saída. Se o efeito era onipresente, os fenômenos não podiam ser isolados e controlados. Já que todos os objetos eram expostos à radiação, não poderia haver possibilidade de comparação com algum objeto não influenciado por ela².

Transferi as culturas para aposentos escuros no porão e prossegui com minhas observações ali. Para intensificar o efeito, preparei dezenas de culturas. As observações feitas no escuro tinham algo estranho. Depois que meus olhos se acostumavam com o escuro, o aposento parecia não preto, mas *azul acinzentado*. Vi vapores como se fossem uma névoa, faixas de luz azul e pontos lampejando. Uma luz de um violeta profundo parecia vir das paredes e dos objetos que estavam no aposento. Observadas através de uma lente de aumento, essas impressões de luz se intensificavam e as faixas isoladas e os pontos ficavam maiores. Óculos escuros enfraqueciam as impressões. Mas quando fechei os olhos, as impressões de luz azul continuaram. Isso era desconcertante. Eu não sabia naquele momento que a radiação de energia orgone irrita os nervos ópticos de maneira específica e gera pós-imagens.

2. Posteriormente, no outono de 1940, finalmente consegui demonstrar a radiação SAPA em filme.

Meus olhos doíam e ficavam inflamados depois de uma ou duas horas no porão. Uma noite, no entanto, passei cinco horas consecutivas no aposento do porão. Depois de duas horas, comecei a ver bem nitidamente uma radiação que saía da palma da minha mão, da manga da minha camisa e (olhando ao espelho) dos cabelos da minha cabeça. Gradualmente, o reflexo azul circundou meu corpo e os objetos no aposento como um vapor luminoso nebuloso, azul-acinzentado, movendo-se lentamente. Admito que fiquei assustado. Telefonei para o dr. Bon na Holanda aquela noite e lhe relatei a experiência. Ele me advertiu que tomasse precauções. Mas como a radiação parecia estar presente "em todo lugar" e penetrar todas as coisas, eu não sabia como poderia me proteger.

Fiz com que nosso amigo dr. Havrevold participasse das observações no aposento escuro. Embora estivesse *completamente desinformado*, ele confirmou a maioria de minhas observações. No decorrer dos meses que se seguiram, submeti pessoas, uma após a outra, ao teste cutâneo e à observação no escuro. As descrições fornecidas pelos sujeitos eram tão completamente concordes que nenhuma possível dúvida poderia restar quanto à existência da radiação. A tarefa mais difícil era a de *isolar os fenômenos objetivos no aposento das sensações subjetivas no olho*. À medida que se procedia às investigações, no entanto, evoluíram variadas técnicas para fazer essa distinção. Por exemplo, fiz com que os sujeitos buscassem pelos objetos luminosos no escuro ou determinassem onde estava meu braço em um determinado tempo. Fiz com que desviassem os olhos da impressão luminosa até que sua pós-imagem tivesse desaparecido, e então tentassem encontrar a impressão luminosa novamente. A radiação irritava muito o nervo óptico. Um homem de negócios que providenciou para mim uma peça do equipamento e que serviu certa vez como sujeito comentou: "Sinto como se tivesse olhado para o sol durante um longo tempo."

Esse comentário de um leigo deu muito o que pensar. Parecia especialmente relevante para a conjuntivite que muitos dos sujeitos desenvolveram. Um dia, a idéia "energia solar" me ocorreu de

repente, oferecendo uma solução simples que soou absurda somente no início: os *bíons SAPA* originaram-se da areia do oceano. *Muito a areia do oceano nada mais é do que energia solar solidificada. A inchação e o inchaço da areia haviam liberado essa energia mais uma vez a partir do seu estado material.*

Superei a relutância emocional que senti em aceitar essa conclusão. Se a radiação em questão estava diretamente ligada à energia solar, então poder-se-ia explicar muitos fenômenos facilmente; por exemplo, a irritação dos olhos, a conjuntivite, o avermelhamento rápido da pele e seu bronzeado subsequente. (Conduzi os experimentos durante o inverno e início da primavera de 1939, não fiquei exposto ao sol, e todavia tinha um bronzeado profundo por todo meu corpo.) Sentia-me extremamente vigoroso, "forte como um urso" e vivo do ponto de vista vegetativo em todos os aspectos. Gradualmente, o medo dos efeitos perigosos da radiação desapareceu e comecei a trabalhar com ela sem nenhuma preocupação suplementar quanto a medidas de proteção.

Não havia dúvidas quanto à existência de uma energia que possuía uma atividade biológica extraordinariamente alta. Só restava descobrir qual era sua natureza e como poderia ser mensurada. Um de meus colegas falou dos *bíons SAPA* a um assistente do Instituto Bohr em Copenhague. Essa pessoa considerou a noção da produção de *bíons* a partir da areia tão "fantástica" que decidi não expor minha nova descoberta da radiação ao perigo de uma investigação tendenciosa, preconceituosa desde o início por uma descrença fundamental.

Além disso, nada havia que eu pudesse realmente oferecer como pontos de partida para a determinação qualitativa e quantitativa da radiação, além dos efeitos biológicos e das sensações subjetivas. A reação negativa das culturas com o eletroscópio do físico de Oslo era outra advertência para mim de que era recomendável ter cuidado. Mais ainda, a recente campanha na imprensa dos patologistas de Oslo e dos psiquiatras contra minha pesquisa do organismo e dos *bíons* destruíra qualquer possibilidade de cooperação

amistosa. Portanto, a princípio, parecia não haver possibilidade de uma investigação quantitativa. Era preciso deixar tudo para o desenvolvimento espontâneo dos fatos e para o acaso. Esse “acaso” logo apareceu.

Eu havia começado a reproduzir fenômenos eletroscópicos bem conhecidos, obtidos a partir da fricção entre diversos materiais. Um dia, comecei a ajustar um experimento com eletroscópio envolvendo alta voltagem. Para me isolar, calcei um par de luvas de borracha mantidas em um gabinete de vidro no meu laboratório. Quando aproximei as mãos do eletroscópio, houve uma forte deflexão da lâmina. *Ela ondulou para cima, mudou de direção lateralmente em direção à parede de vidro do eletroscópio e prendeu-se a ele.* Eu sabia que os isolantes podem ser “carregados”, é claro. Realmente assombrosa era a deflexão lateral da lâmina e sua adesão tenaz à parede de vidro, isto é, o fato de que alumínio não magnético estivesse se prendendo ao vidro, que era um isolante e não havia sido submetido à fricção. Eu não havia esfregado as luvas isolantes. Então de onde provinha o efeito? Depois me dei conta de que as luvas haviam ficado perto de algumas culturas SAPA. Para confirmar essa possibilidade, coloquei uma luva de borrada em lugar sombreado ao ar livre e outra na caixa de metal que continha as culturas de bíons. Alternadamente as testei a intervalos variados. As luvas de borracha que haviam sido expostas ao ar livre durante cerca de quinze minutos não influenciaram o eletroscópio; por outro lado, as luvas anteriormente neutras, colocadas durante meia hora com as culturas, de fato apresentaram uma reação eletroscópica forte. Obteve-se o mesmo resultado em diversas noites consecutivas.

Extensões de borracha dura, luvas de borracha, papel, algodão em rama, celulose e outros materiais absorviam energia das culturas e levavam a lâmina do eletroscópio a se curvar sem que se aplicasse nenhuma fricção. A umidade, a sombra combinada com uma brisa forte ou o toque das substâncias com as mãos durante vários minutos faziam com que o efeito desaparecesse.

Assim, deu-se um passo inicial em direção à compreensão qualitativa da radiação. Era um fato incontestável que as culturas

estavam carregando a borracha e outras substâncias orgânicas; eu era capaz de carregá-las fazendo com que entrassem em contato com as culturas e descarregá-las expondo-as ao ar fresco ou colocando-as na água.

A situação tornou-se mais complexa quando adquiri um novo par de luvas de borracha e descobri que também elas causavam uma reação do eletroscópio, sem terem sido expostas às culturas, nem esfregadas anteriormente. Daí se concluía claramente que a energia não estava somente nas culturas, mas encontrava-se presente também "em outro lugar"! Essa descoberta manchava a natureza inequívoca da reação da cultura, mas parecia importante. Novamente, tive o sentimento que tivera durante os experimentos sobre as chapas fotográficas: *a radiação está presente em todo lugar.*

Foi então que me lembrei da afirmação do meu sujeito experimental: "Sinto como se tivesse olhado para o sol durante um longo tempo." *A radiação deve estar relacionada com a energia solar. Se a radiação está presente em todo lugar, só pode vir do sol.* Coloquei um par de luvas sem carga sob a luz brilhante do sol. Depois de uma exposição de cinco a quinze minutos ao sol, sem fricção prévia, as luvas de borracha produziram uma forte reação da lâmina de alumínio do eletroscópio. Eu agora tinha uma dupla prova da origem solar da energia – primeiro, porque o experimento de aquecimento havia liberado energia solar da areia; segundo, porque a radiação solar havia carregado os isolantes. A irradiação prolongada de isolantes com uma lâmpada ultravioleta produzia o mesmo efeito.

Mas se os bions e o sol emitem a energia em questão, então ela também deve estar presente no organismo vivo. Coloquei luvas de borrachas não carregadas diretamente no abdômen de um paciente com vivacidade vegetativa, evitando cuidadosamente a fricção. O resultado foi positivo. De cinco a quinze minutos depois do contato com a pele abdominal, o eletroscópio registrou uma forte reação às luvas. Repliquei esse experimento com vários estudantes e pacientes. O resultado sempre foi positivo. Com pessoas preguiçosas do

ponto de vista vegetativo ou de exalação superficial, a reação era mais fraca. Os resultados melhoravam se houvesse aprofundamento da respiração³.

Agora eu podia compreender diversos fenômenos anteriormente incompreensíveis. Obviamente, eu estava lidando com uma energia desconhecida, que possuía uma atividade biológica específica. Ela se originava de matéria aquecida até a incandescência e posta para inchar. É presumivelmente liberada por meio da decomposição e desintegração da matéria (como com os bions radiantes). Além disso, é irradiada na atmosfera pelo sol e está, portanto, presente em todo lugar. Isto esclarecia a contradição aparente do eletroscópio reagindo não só à borracha carregada pelos bions SAPA, mas também às luvas de borracha que não haviam ficado perto da cultura.

A energia descoberta recentemente se encontra também no organismo vivo, *que absorve a energia da atmosfera e do sol, diretamente.*

Era a mesma energia com a qual meus bions azuis, provenientes de qualquer fonte, matavam os bacilos e as células cancerosas. A única diferença era que, nos bions, a energia estava contida no interior das pequenas vesículas azuis.

A energia foi denominada "orgone" em alusão à história de sua descoberta através do estudo do orgasmo e ao seu efeito biológico de carregar substâncias de origem orgânica.

Agora consigo compreender os vapores azul-acinzentados que havia visto no escuro à volta da minha cabeça, mãos e avental branco: *a matéria orgânica absorve energia orgone e a retém.*

O eletroscópio do físico de Oslo não reagiu às culturas porque a energia orgone pode influenciar um eletroscópio *apenas indiretamente, por meio de materiais isolantes carregados.*

3. Ver "Drei Versuche am statischen Elektroskop" [Três ensaios no eletroscópio estático] em *Experimenteller und klinischer Bericht* [Relato Clínico e Experimental], nº. 7, 1939.

3. VISUALIZAÇÃO DA ENERGIA ORGONE ATMOSFÉRICA

Era necessário estudar a radiação de bions SAPA por meios menos complicados. Com esse objetivo, fazia-se necessário construir um espaço fechado que *conteria e isolaria* a radiação que emanava dos bions e impedir sua rápida difusão nas cercanias. A matéria orgânica não podia ser usada, pois ela absorve a radiação. No entanto, com base nas minhas observações, eu estava certo de que o metal refletiria a radiação e a manteria dentro do espaço fechado. Mas a radiação também poderia penetrar o metal e se dispersar para fora. Para impedir isso, o aparato tinha que ser *emparedado com metal por dentro e com matéria orgânica do lado de fora*. A radiação gerada pelas culturas no interior seria refletida pelas paredes internas de metal, enquanto a superfície externa de matéria orgânica (algodão e madeira) impediria – ou, pelo menos, reduziria – a transmissão da radiação pelo metal para fora. A parede frontal do aparato tinha que ter uma abertura provida de uma ocular para possibilitar a observação da radiação vista de fora.

Construiu-se o aparato e colocou-se cerca de uma dúzia de preparos de culturas dentro dele. Para obter aumento, adaptei um dispositivo usado para visualizar filmes, supondo que os raios atingiriam o disco de celulose do visor e, assim, tornar-se-iam visíveis. O experimento foi bem-sucedido. Consegui observar distintamente vapores azuis se movendo, faixas brilhantes de um amarelo-esbranquiçado e pontos de luz. Os fenômenos foram confirmados por diversas pessoas que serviam como sujeitos em repetições do experimento. Os resultados pareciam agora suficientemente conclusivos para publicação. Mas exatamente nesse ponto, houve a intrusão de uma descoberta completamente incompreensível. Minha expectativa era de que, depois de ter sido esvaziado e ventilado por inteiro, o aparato semelhante a uma caixa não exibiria nenhum fenômeno luminoso. Caso contrário, minha argumentação de que raios visíveis emanavam das culturas ficaria invalidada. Eu não duvidava nem por um momento sequer de que um experimento-controle confirmaria a minha suposição.

Fiquei assombrado quando vi os mesmos raios, os vapores azuis e faixas brilhantes de luz na caixa vazia. Desmontei-a completamente, mergulhei as chapas de metal na água, substituí o algodão, ventilei durante vários dias e, depois, repeti o experimento. Eu estava supondo que o material da cobertura tinha absorvido radiação das culturas e estava agora produzindo efeitos tardios durante o experimento-controle. Porém, eu estava errado. *Eu simplesmente não conseguia remover os fenômenos de radiação da caixa vazia*, e era incapaz de explicar por quê. Qual era a origem da radiação na caixa, se ela não continha culturas? Na verdade, os fenômenos luminosos não eram tão intensos como quando as culturas estavam presentes, mas entretanto estavam presentes.

Mandei construir outra caixa, com uma parede frontal de vidro e sem cobertura orgânica. Tive o cuidado de afastá-la de aposentos em que havia culturas SAPA. Como essa caixa não tinha cobertura de matéria orgânica, não haveria mais nenhum questionamento quanto a um resíduo de energia absorvida.

Foi tudo em vão. A radiação ainda estava lá. Depois de vários dias de completo desconcerto, lembrei-me de que um fenômeno similar havia acontecido com minhas luvas de borracha e o eletroscópio. A borracha, exposta às culturas, carregara o eletroscópio, depois a água e a ventilação à sombra eliminaram o fenômeno. A reexposição da borracha às culturas a havia prontamente restaurado, e de modo consistente. Porém mesmo as luvas de borracha que nunca estiveram perto das culturas produziram os fenômenos *sem fricção prévia*. Naquela época, tive que concluir que a energia que as culturas emitiam era a que estava presente em todo lugar. Eu agora chegava à mesma conclusão a partir do fato de que a caixa, mesmo sem culturas, emitia claramente radiação. *De onde provinha?*

Hoje, com a energia orgone mensurável e com utilização prática no tratamento de pacientes cancerosos, minha perplexidade parece sem inteligência. Desde o princípio, eu havia tido o sentimento de que a radiação estava presente em todo lugar, e certamente o incidente com as luvas de borracha carregadas que nunca haviam sido expostas a culturas deveriam ter me feito antecipar a presença de radiação na

caixa vazia. É muito fácil ser esperto depois do fato, mas durante os dois primeiros anos, duvidei de cada uma das minhas observações. A idéia de que “a radiação está presente em todo lugar” e a impressão de “luvas carregadas espontaneamente” não eram muito convincentes e, de fato, afastaram a minha atenção da radiação em si. Além disso, as dúvidas, objeções e descobertas negativas constantes dos físicos e bacteriologistas me inibiram fortemente de levar minhas observações tão a sério quanto mereciam. Por causa da campanha de difamação contra mim na imprensa norueguesa, que estava apenas esmaecendo na época em que descobri a radiação, minha autoconfiança não era muito grande. Certamente não era forte o suficiente para suportar a inundação de percepções que jorravam dentro de mim. Minhas observações estavam pondo em questão convicções aparentemente inabaláveis em biologia e bacteriologia: a teoria do germe aéreo, a “eletricidade do corpo”, a idéia de que o protoplasma é meramente uma proteína altamente complexa, tanto a visão de vida do mecanicista como a do vitalista, e assim por diante. Só o desenvolvimento espontâneo e lógico dos meus experimentos me deu suporte.

É interessante e útil rever esses tempos de incerteza, quando aquilo que depois se transformou em fatos do trabalho diário parecia ser o fenômeno mais estranho. Isso nos dá a coragem necessária para prosseguir, a despeito das descobertas perturbadoras e aparentemente negativas nos experimentos-controle; não invalidar fatos novos com controles superficiais; *verificar sempre as descobertas negativas de controle pessoalmente*; e, finalmente, não ceder à tentação de dizer: “era só uma ilusão”. A existência da radiação foi indubitavelmente comprovada. Eu não poderia esperar que tivesse a capacidade de explicar cada fenômeno individual de uma só vez. Por conseguinte, não podia me permitir dar vazão às dúvidas e convulsões emocionais levantadas por tal confusão de descobertas.

Naturalmente, era insatisfatório dizer que a radiação na ausência de culturas correspondia à reação do eletroscópio à borracha que nunca havia ficado perto das culturas. Essa explicação era simplesmente uma ponte temporária por cima de uma lacuna que eu ainda não era capaz de preencher.

Durante várias semanas, observei a radiação na caixa vazia. Ela permanecia inalterada; não era afetada pelo sol ou pela chuva, pela névoa ou por um tempo limpo, alta ou baixa umidade, noite ou dia. Portanto, não podia ser o resultado da radiação direta do sol, como era a carga da borracha exposta ao sol. Provinha de "todo lugar", mas não havia como determinar o que era "todo lugar".

Durante o verão de 1940, tirei férias e viajei para o Maine. Uma noite, enquanto eu ainda lutava com esse mistério, observei o céu acima de um lago próximo. A lua estava baixa no horizonte do lado oeste. Do lado oposto, no céu que estava ao leste, havia estrelas tremeluzindo com força. Reparei que as estrelas no zênite tremeluziam menos intensamente que aquelas perto do horizonte que estava ao leste. Se, como afirma a teoria, o tremeluzir das estrelas é resultado da difusão da luz, então o tremeluzir teria de ser uniforme por todo o céu; se houvesse alguma diferença, seria a de ser mais forte perto da luz da lua. Mas o que acontecia era exatamente o contrário.

Comecei a olhar para as estrelas individualmente através de um tubo de madeira, a um certo momento, sem maiores intenções, orientando o tubo na direção de um ponto azul profundo no céu entre as estrelas. Fiquei assombrado de ver um vivo tremeluzir seguido de lampejos de finos raios de luz no campo circular do tubo. O fenômeno se desvaneceu gradualmente à medida que eu desloquei o tubo na direção da lua, sendo mais intenso nas porções mais escuras do céu *entre* as estrelas. Era o mesmo suave tremeluzir e lampear, com pontos e faixas de luz que eu observara tantas vezes na minha caixa. Inseri uma lente de aumento no tubo para aumentar os raios. De repente, minha caixa perdeu seu mistério. O fenômeno tornou-se bastante compreensível: *a radiação na minha caixa sem culturas se originava na atmosfera. A atmosfera contém uma energia da qual eu não tinha conhecimento anterior.*

O que vi naquela noite não podia ter sido "raios cósmicos". Ninguém jamais viu raios cósmicos a olho nu. Além do mais, os físicos alegam que os "raios cósmicos" chegam à terra vindo do espaço exterior; isto é, eles não se originam em nosso planeta. É verdade que, recentemente, houve objeções e desafios a essa hipó-

tese. Mas mesmo que os raios cósmicos dos físicos tivessem origem planetária, eles seriam simplesmente idênticos aos raios de orgone. O assim-chamado grande poder de penetração dos “raios cósmicos” seria então simplesmente explicado pelo fato de que a energia orgone está presente em todo lugar⁴.

Olhando para terra e pedra através do tubo, observei o mesmo fenômeno, às vezes mais forte e outras mais fraco. Ele também estava presente nas nuvens, apenas neste caso era mais intenso. Agora eu compreendia: *Durante meus experimentos-controle sobre a radiação SAPA, havia descoberto a energia orgone atmosférica.*

Tentarei agora descrever sistematicamente a energia orgone, de modo que qualquer um possa descobri-la por si mesmo, sem ter que percorrer a trajetória sinuosa pela qual meus experimentos de bions me conduziram. Esta descrição, que revelará muitas propriedades desconhecidas para nós em qualquer outra forma de energia, deve tornar clara a lógica que conecta o “bion azul” e sua função de energia à energia atmosférica. A energia orgone atmosférica poderia sem dúvida ter sido descoberta sem os bions SAPA. Todavia, por causa desse desvio complexo, por meio da radiação dos bions, tivemos uma revelação de profundo significado: *A energia que governa tudo que está vivo é necessariamente idêntica à energia atmosférica; caso contrário, não haveria conduzido à descoberta da energia orgone atmosférica.*

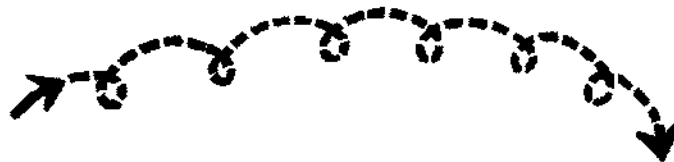
4. Afirma Rudolf W. Ladenburg, em “The Nature of Cosmic Rays and the Constitution of Matter” [A natureza dos raios cósmicos e a constituição da matéria] (*Scientific Monthly*, maio de 1942): “... a origem primária dos raios cósmicos ainda é um grande enigma. Não sabemos quais são os processos responsáveis pela produção de tais partículas imensamente energéticas. Algumas delas carregam um milhão de vezes mais energia que as partículas mais energéticas que podemos produzir artificialmente. E quanto à questão da constituição da matéria, nossa resposta ainda é bastante incompleta. Sabemos que toda matéria consiste de átomos, que os átomos consistem de diminutos núcleos circundados de elétrons e que os núcleos consistem de prótons e nêutrons. Deve haver grandes forças atuando entre os prótons e os nêutrons, conservando os núcleos agrupados. Porém não sabemos quais são. Elas não são de natureza elétrica, como vimos, e tentou-se elaborar muitas teorias para compreender essas forças. A descoberta do méson nos raios cósmicos criou alguma esperança de atingir a meta, mas esse problema fundamental ainda está longe de ser resolvido”. [Os itálicos são de minha autoria – W.R.]

Capítulo IV

A demonstração objetiva da radiação de orgone

1. EXISTEM IMPRESSÕES SUBJETIVAS DE LUZ?

Quando éramos crianças, os fenômenos luminosos que víamos com os olhos fechados eram uma constante fonte de fascínio. Pequenos pontos de coloração azul-violeta apareciam do nada, fluando lentamente para trás e para a frente, mudando suas trajetórias a cada movimento dos olhos. Eles fluuavam bem devagar em curvas suaves, dando volteios de tempos em tempos, que se transformavam em espirais com um trajeto algo semelhante a este:



Mudar o formato e a trajetória dos pontos de luz esfregando os olhos com as pálpebras fechadas era um jogo delicioso; podíamos influenciar até a cor dos pontos, tornando o azul vermelho, verde ou amarelo. Parte da graça estava em abrir os olhos de repente, olhar para a luz brilhante de uma lâmpada e depois fechar os olhos de novo e ver as imagens consecutivas. Com um pouco de imaginação, transformávamos aquelas formas em todo tipo de coisas: arco-íris, balões, cabeças de animal, figuras humanas.

Porém tais prazeres *infantis* perderam seu interesse à medida que crescemos e estudamos física, matemática e biologia. Tínhamos que aprender que tais fenômenos ópticos subjetivos eram “irreais”, algo que devia ser discriminado das manifestações físicas objetivamente mensuráveis da luz e suas sete cores. Com o passar do tempo, nossa preocupação pelo que podia ser medido e pesado realmente obliterou as fortes impressões de nossos órgãos dos sentidos. Não os levávamos mais a sério. O mundo prático cotidiano exigia concentração exclusiva nos detalhes concretos; a fantasia só interferia. Porém as impressões subjetivas de luz permanecem e devem incomodar muitas pessoas, que se perguntam se tais fenômenos, claros como as impressões luminosas observadas com os olhos fechados, não representam a realidade, afinal. A natureza ilusória destas sensações ópticas não é tão óbvia como parece.

Fomos educados a considerar coisas como essas impressões luminosas algo “puramente subjetivo” e, portanto, “não real”. Elas não podiam ser objeto de pesquisa científica e eram relegadas à dimensão da “fantasia humana”. A vida de fantasia do homem está muito longe da realidade, claro, sendo inspirada pelos desejos subjetivos e, além do mais, é instável – motivo pelo qual a pesquisa científica teve que desenvolver uma fundamentação objetiva e realista por meio da experimentação. O experimento ideal exerce um julgamento independentemente das fantasias, ilusões e desejos subjetivos. Para ser sucinto, o homem não tem confiança nas suas faculdades perceptivas. Ele prefere, com boas razões, se apoiar na chapa fotográfica, no microscópio ou no eletroscópio quando examina os fenômenos.

Ainda assim, a despeito do progresso realizado ao mudar da experiência subjetiva para a observação objetiva, perdeu-se uma importante qualidade da pesquisa. O que observamos objetivamente pode bem existir na realidade, mas está morto. No interesse da objetividade científica, matamos o que está vivo antes de fazer quaisquer afirmações a respeito. O resultado é necessariamente uma imagem mecanicista da vida, como uma máquina em que falta a qualidade mais essencial da vida, sua vivacidade específica – uma

vivacidade que traz o desconforto de lembrar as intensas sensações de órgão experimentadas na infância. Todo misticismo – a ioga, o “chamado do sangue” fascista, a receptividade do médium espiritualista ou a divina epifania extática do dervixe – se enraíza nessas sensações subjetivas de órgão. O misticismo alega a existência de forças e processos que a ciência natural renega ou desdenha. Um momento de deliberação incisiva nos diz que *o homem nada pode sentir ou imaginar que não tenha existência real, objetiva, de uma forma ou outra, pois as percepções humanas dos sentidos são apenas funções dos processos objetivos naturais dentro do organismo*. Não poderia ser que, por trás das impressões luminosas “subjetivas” de nossos olhos fechados, existisse uma realidade, afinal? Não seria possível que, através de nossas sensações oculares subjetivas, percebêssemos a energia biológica do nosso próprio organismo? Esse pensamento parece estranho, provocativo. Então vejamos!

É incorreto desacreditar essas impressões luminosas subjetivas afirmando que são simples “fantasias”. A fantasia é uma propriedade ativa de um organismo governado por determinadas leis naturais e deve, portanto, ser “real”. Não faz muito tempo, a medicina rejeitou todas as enfermidades funcionais e nervosas por serem irrealis e imaginadas, dado que não as compreendia. Mas dor de cabeça é dor de cabeça e impressão luminosa é impressão luminosa, quer as compreendamos ou não.

Naturalmente, rejeitamos as alegações místicas baseadas na interpretação errônea das sensações de órgão. Porém isto não é negar a existência dessas sensações. Também devemos rejeitar uma ciência natural fragmentada de maneira mecanicista, porque ela separa as sensações de órgão dos processos vitais dos órgãos. *A autopercepção é uma parte essencial do processo vital*. Não é um caso de os nervos estarem aqui, os músculos ali e as sensações de órgão em outro lugar. Os processos no interior dos tecidos e nossa percepção deles formam uma *unidade funcional* indivisível. Esta deve ser uma das diretrizes teóricas essenciais, experimentalmente documentadas, de nosso trabalho terapêutico. Prazer e angústia expressam um estado específico de funcionamento do organismo total. Por conseguinte, é

importante fazer uma distinção clara entre o pensamento funcional e o pensamento fragmentado de modo mecanicista, que nunca pode penetrar até a essência do processo vital. Estejamos atentos a quatro princípios importantes de uma visão *funcional* da natureza:

1. Todo organismo vivo é uma unidade funcional autocontida – e não simplesmente uma soma mecânica de órgãos. A função biológica fundamental controla o organismo total, exatamente como governa cada órgão.
2. Todo organismo vivo é uma parte da natureza circundante e é funcionalmente idêntico a ela.
3. Toda percepção está baseada na correspondência entre uma função dentro do organismo e uma função no mundo externo, isto é, na harmonia orgonótica.
4. Toda autopercepção é a expressão imediata de processos objetivos dentro do organismo (identidade psicofísica).

Pouco se pode esperar de especulações filosóficas sobre a realidade de nossas sensações se elas excluam o princípio de que o ego observador, perceptivo (sujeito) e o objeto observado, percebido, formam, juntos, uma unidade funcional. A pesquisa mecanicista divide essa unidade em dualidade. Na sua rejeição total da sensação, o empiricismo mecanicista contemporâneo está além da redenção. *Toda descoberta importante se origina da sensação subjetiva ou da experiência de um fato objetivo, isto é, em harmonia orgonótica.* O que se pede é tornar objetiva a sensação subjetiva, separando-a de seu estímulo e abarcando a origem do estímulo. Como orgonoterapeutas, fazemos isso a toda hora, todos os dias, quando procuramos compreender as expressões corporais do paciente nos identificando com ele e com suas funções. Depois de acolhermos essas expressões emocionalmente, deixamos nosso intelecto trabalhar e tornar objetivo o fenômeno.

Agora, com essa compreensão da harmonia orgonótica, voltemos às nossas fantasias e impressões luminosas da infância. Como podemos estabelecer *objetivamente* se essas impressões “vistas” com os olhos fechados correspondem a processos reais?

2. O TREMELUZIR NO CÉU TORNA-SE ALGO OBJETIVO (O ORGONOSCÓPIO)

Antes de tudo, tentamos determinar se fenômenos similares podem ser percebidos com os olhos *abertos* em plena luz do dia. Se *observarmos cuidadosamente* durante um período de tempo suficiente, descobriremos que é possível. Olhamos fixamente para uma tela, uma parede ou uma porta branca. *Observamos um tremeluzir*. A impressão é a de sombras ou vapores nebulosos movendo-se com maior ou menor rapidez e ritmicamente sobre a superfície das coisas. Em vez de *desconsiderar* essa observação, classificando-a de mera "impressão ocular subjetiva", resolvemos estabelecer *objetivamente* se esse tremeluzir está ocorrendo apenas em nossos olhos ou em tudo à nossa volta.

Todavia não é fácil delinear um método de diferenciação. Começamos fechando os olhos. Em um instante, o tremeluzir parece se transformar em movimento de pequenos pontos, formas e cores. Abrimos e fechamos os olhos repetidamente, até ficarmos convencidos de que os fenômenos que percebemos com os olhos fechados são *diferentes* dos que observamos enquanto olhamos para a parede à nossa frente.

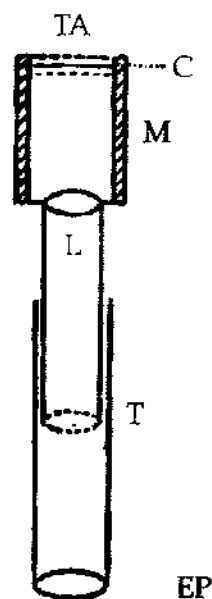
Olhamos para o céu azul, como que fixando o olhar a uma grande distância. No início, nada vemos. Porém, se continuarmos observando, descobriremos para nossa surpresa um tremeluzir rítmico, semelhante a uma onda, claramente perceptível, por todo o céu azul. *Esse tremeluzir só existe nos nossos olhos ou está no céu?* Continuamos observando os fenômenos durante vários dias, sob diversas condições climáticas e em diferentes horas do dia. É surpreendente que o tremeluzir no céu varie muito de tipo e intensidade. Depois, experimentamos à noite. Como nossas observações não são agora prejudicadas pela luz difusa do dia, o tremeluzir ondulante está até *mais nítido*. Aqui e ali, acreditamos captar o lampejo de um raio de luz na forma de uma listra ou de pontos. Observam-se também o tremeluzir e os lampejos delicados em nuvens escuras, onde são mais intensos. À medida que observamos o céu no decorrer de semanas, notamos que

o tremeluzir das estrelas varia de intensidade. Certas noites, as estrelas brilham clara e calmamente; outras, seu tremeluzir é abrandado; outras noites, ainda, ele é extraordinariamente vívido. Os astrônomos atribuem o tremeluzir das estrelas à luz difusa. Houve um tempo em que aceitávamos essa explicação sem questioná-la. Agora, no entanto, que a existência real de um tremeluzir no céu tornou-se uma questão crucial para nós, devemos nos perguntar se o tremeluzir das estrelas pode estar relacionado ao tremeluzir no céu *entre* as estrelas. Se for assim, demos o primeiro passo para demonstrar a existência objetiva de algo desconhecido na atmosfera. O tremeluzir das estrelas não é, com certeza, um fenômeno ocular subjetivo: os observatórios são construídos em altas montanhas para eliminá-lo. Este algo desconhecido que faz as estrelas tremeluzir deve conseqüentemente estar se movendo perto da superfície da terra. Mas não é certamente a luz difusa; caso contrário, o tremeluzir não variaria em intensidade como o faz. Tais "explicações" apenas obscurecem os fatos. Vamos adiar a resposta.

Quanto mais e com maior precisão observa-se o tremeluzir no céu e sobre a superfície dos objetos, mais imperativo se torna delimitar um campo limitado. Construímos um tubo de metal com 30 a 60 cm de comprimento e 2,5 a 5 cm de diâmetro, com o interior preto fosco. Usamos esse tubo para olhar para as paredes durante o dia e para o céu à noite. O tubo isola um círculo que parece *mais luminoso* que a área ao seu redor. Mantendo os dois olhos abertos e olhando pelo tubo com um olho, vemos um céu noturno azul-escuro dentro do qual há um disco de um azul mais claro. No próprio disco, percebemos antes de tudo um movimento trêmulo e, depois, inequivocamente, delicados pontos e listras de luz aparecendo e desaparecendo. O fenômeno torna-se menos nítido na proximidade imediata da lua; quanto mais escura a atmosfera ao fundo, mais claro o fenômeno.

Estaremos sendo vítimas de uma ilusão, desta vez? Para descobrir, inserimos uma ocular plana-convexa com aumento de aproximadamente 5 vezes na extremidade em que se observa e olhamos através dela. O campo circular luminoso está agora mais amplo; os

pontos e listras de luz parecem maiores e mais nítidos. *É impossível aumentar impressões subjetivas de luz; portanto, o fenômeno deve ser objetivo.* Além do mais, o tremeluzir não é perceptível ao longo das paredes escuras internas do tubo; ele está confinado estritamente à seção luminosa do disco e, portanto, não pode ser uma sensação "subjetiva". Isolamos uma área limitada e estamos agora em posição de examinar o fenômeno cuidadosamente, sob condições que eliminem a luz difusa da atmosfera como fator. Porém, em primeiro lugar, faremos algumas melhorias no orgonoscópio primitivo que improvisamos:



TA: tela de arame, dos dois lados do disco

C: disco de celulose, superfície externa fosca

M: cilindro de metal, com cerca de 10 cm de comprimento e 5 cm de largura

L: lente biconvexa, aumento de cerca de 10 vezes, focalizada no disco

T: tubo telescópico, de 30 a 60 cm de comprimento, cerca de 5 cm de largura

EP: ocular, 5 vezes, para aumento adicional

Figura 8. O orgonoscópio

Apontamos o nosso tubo em direção ao céu escuro da noite em frente ao espelho de um bom microscópio, equipado com lentes

apocromáticas. Usamos uma lente objetiva de 10 vezes e uma ocular de 5 vezes de aumento. Nossos olhos precisam se acostumar com o escuro durante vinte e cinco minutos, aproximadamente. O microscópio reflete os fenômenos luminosos no céu com total clareza. Cada lampejo de luz é claramente discernível. Removemos a ocular do tubo. Agora, o tremeluzir é visto em escala menor, mas é mais intenso; não podemos mais distinguir lampejos isolados de luz.

Os fenômenos podem ser atribuídos à névoa na atmosfera? Tentemos observar o fenômeno em noites nebulosas ou enevoadas. Não demora muito para ver que os fenômenos ou são muito fracos, ou desapareceram completamente. *A neblina ou a névoa não provoca o tremeluzir no campo circular. O movimento de partículas luminosas no campo do microscópio nada tem a ver com o movimento do nevoeiro.*

Por meio de observação cuidadosa, conseguimos estabelecer que os fenômenos luminosos e ondulatórios se estendem por todo o céu e se tornam mais fracos somente quando estão próximos das estrelas ou da lua, por causa da luz mais forte. Eles são mais intensos nas noites claras e quando a umidade está relativamente baixa. Quando a umidade se eleva acima de 50 por cento, os fenômenos de radiação diminuem em intensidade. Em outras palavras, *a umidade absorve a radiação na atmosfera, exatamente como ela absorve a radiação SAPA.*

À noite, orientamos o nosso tubo para diversos lugares – para o solo, o pavimento, terra solta, um gramado, paredes e assim por diante. Vemos os mesmos movimentos de partículas luminosas. Eles são mais pronunciados na terra do que no asfalto. Apontamos o tubo para grossos arbustos a uma distância de cerca de 10 cm, afastando o tubo lentamente da folhagem e, depois, voltamos para ela. Sem dúvida, os fenômenos são mais intensos nas folhas do que nas cercanias. Eles parecem provir das próprias folhas. Olhamos para uma variedade de inflorescências. Os fenômenos de radiação são mais intensos perto da flor do que na haste.

Terra, paredes, arbustos, grama, animais, a atmosfera, todos exibem os mesmos fenômenos. A conclusão de todas essas descobertas é inescapável: *os fenômenos de radiação estão presentes em todo*

lugar, apenas com variações de densidade e intensidade da energia. Talvez tivéssemos desejado descobri-los em alguns lugares e não em outros. Daí a descoberta não teria sido tão esmagadora. Porém precisamos nos ater aos fatos, por mais estranhos que comecem a parecer agora.

3. CRIANDO UM ESPAÇO CIRCUNSCRITO PARA A RADIAÇÃO E TORNANDO-A VISÍVEL OBJETIVAMENTE

A radiação orgone está em todo lugar. Este fato torna difícil planejar experimentos com ela. Para descrever o fenômeno com precisão, é necessário isolá-lo e determinar seu significado, comparando-o com um fenômeno diferente. Devemos criar um espaço circunscrito no qual a energia possa ser isolada.

*Desejamos averiguar se é possível aprender algo novo em um aposento completamente escuro. Deixamos passar cerca de meia hora para que nossos olhos fiquem plenamente acostumados com a escuridão. Durante esse tempo, todas as impressões luminosas substituídas por novas que desaparecem, e a natureza vem nos sentar *preto, quer dizer, naaa.**

Olhamos pelo nosso tubo na escuridão. Nada vemos! Este experimento apenas confirma o fato de que, na escuridão absoluta, o negro prevalece. A radiação desapareceu e estamos prestes a abrir mão de toda preocupação com esse "problema estúpido". Muitos não iriam mais adiante a partir deste ponto, mas isso não é pesquisa. Não podemos simplesmente ignorar o fato de que estabelecemos, para além de qualquer dúvida, a existência de um fenômeno estranho ao ar livre. Ele não pode ter parado de existir. Entretanto, convicção e prova são duas coisas diferentes.

Como as propriedades de nossa radiação atmosférica nos são desconhecidas, somos obrigados a trabalhar com aparatos usados em territórios já conhecidos quanto às energias. Podemos usar uma gaiola de Faraday, um cercado que tem paredes feitas de tela de arame, de ferro ou cobre, cuja função é oferecer um espaço fechado que não pode ser penetrado por ondas eletromagnéticas provenien-

tes do exterior. A própria gaiola está livre de campos eletromagnéticos, porque todas as ondas eletromagnéticas que convergem sobre ela do exterior são pegas pela malha de cobre e aterradas. (Se você dirigir sobre uma ponte com uma superestrutura de metal, o rádio do seu carro irá parar de funcionar. O princípio é o mesmo que o da gaiola de Faraday.) Experimentos delicados com o oscilógrafo podem ser realizados na gaiola sem risco de interferência.

Agora construímos uma gaiola como essa em um canto do porão. Revestimos as paredes de fio de cobre com placas de ferro no interior, para reduzir ao mínimo o contato entre o ar interno e o ar externo. Deixamos somente poucas fendas ou orifícios para que entre ar suficiente para respirar. Então nos sentamos em uma gaiola que está em completa escuridão e deixamos nossos olhos se acostumarem à escuridão.

Em aproximadamente meia hora, o negrume dá lugar a um reflexo indefinível. Estranhos fenômenos de luz irritam nossos olhos. A impressão é de vapores semelhantes a uma névoa, de cor cinza-azulada, flutuando lentamente pelo interior da gaiola. Quando fixamos os olhos em um só ponto na parede, vemos fenômenos luminosos em movimento. Quanto mais ficamos na gaiola, mais nítidos os fenômenos luminosos. Dentro dos vapores cinza-azulados, observamos pontos de luz de um azul-violeta profundo. São reminiscências dos fenômenos visuais subjetivos familiares que acontecem imediatamente antes de se adormecer. Novamente surge o problema: os fenômenos se dão dentro ou fora de nossos olhos? Quando os fechamos, os pontos de cor violeta profunda não desaparecem. Os nervos ópticos estarão irritados ou os fenômenos de luz não são reais? Teoricamente, os fenômenos deveriam desaparecer quando fechamos os olhos e reaparecer novamente quando os reabrimos. Certamente existem imagens consecutivas de natureza subjetiva, claro, mas a questão não é tão simples assim. Como acontece de os nervos ópticos ficarem irritados na escuridão completa e por que não somos capazes de "livrar os olhos" dos fenômenos?

Quanto mais prolongada a observação, mais pronunciados os fenômenos. Por exemplo, em dias secos, ensolarados, lampejos como

raios podem ser vistos no cercado de metal. Para eliminar qualquer dúvida sobre a existência da energia orgone atmosférica, insto meus alunos a se inteirar minuciosamente desses fenômenos.

Muitos sujeitos experimentais desenvolveram uma leve conjuntivite quando ficaram na gaiola de Faraday durante uma hora ou mais. Como os olhos descansam na escuridão completa sob condições normais, deve haver algo na gaiola que irrite os olhos, excite os nervos ópticos e faça com que as conjuntivas oculares se tornem hiperêmicas. Repetimos as observações na gaiola escura até que encontramos algum meio de resolver estes problemas importantes. Por exemplo, *podem os fenômenos de luz cinza-azulada e violeta profundo ser ampliados com uma lente de aumento?* Descobrimos que uma boa lente de aumento de fato amplia os pontos e os torna mais nítidos. Eles se manifestam de duas formas: *flutuam quer diretamente em nossa direção, quer passando por nós.* No primeiro caso, observamos a seguinte seqüência de impressões luminosas:



Cada ponto luminoso parece se expandir e contrair alternadamente, como que pulsando. Os pontos luminosos que passam por nós seguem uma trajetória algo assim:



Por causa do formato que seu trajeto assume, nós o chamamos de onda giratória (*Kreiselwelle*). Sua importância se tornará clara com o passar do tempo. Os pontos violeta-azulados parecem provir das paredes de metal, em intervalos rítmicos.

Depois de duas ou três horas na gaiola, notamos uma luminosidade azul-acinzentada ao redor de nossa jaqueta branca. Os contornos de outra pessoa podem ser vistos com dificuldade, borrados,

mas são claramente visíveis. Não nos desconcertemos com o caráter místico e fantasmagórico desse fenômeno. Nada há de místico nele. A radiação parece aderir ao pano e aos cabelos. Colocamos um bom material fluorescente, como o sulfeto de zinco, em uma mecha de lã de algodão, e a prendemos à parede oposta a nós. Não estávamos enganados. A área da mecha de algodão parece mais luminosa que a área que a cerca. Através da lente de aumento, vemos a radiação nitidamente aumentada; pode-se observar o tremeluzir e os finos raios de luz que já nos são familiares.

Um disco de papel de sulfeto de zinco foi deixado na gaiola durante vários dias. Agora, nós o curvamos lentamente. Ele emite uma forte radiação. Para propósitos de controle, expomos um disco de sulfeto de zinco similar ao ar fresco ou o curvamos durante um período de tempo prolongado. Em ambos os casos, os fenômenos luminosos desaparecem. Agora, deixamos o disco de sulfeto de zinco de controle na sala de orgone durante alguns dias. Quando o curvamos, novamente descobrimos que os fenômenos luminosos estavam presentes. *O disco de papel embebido em sulfeto de zinco absorveu a energia orgone.*

O objetivo de nosso próximo experimento é tornar a energia orgone dentro da gaiola visível para quem observa *do lado de fora*. Cortamos uma janela quadrada com cerca de 13 cm de lado, na parede frontal do aparato. Na parede de metal interna, sobre a abertura, colocamos uma placa de vidro fluorescente do tipo usado para tornar visíveis os raios X¹. Na parede externa de madeira, fixamos um tubo de metal equipado com uma ocular contendo uma lente biconvexa com capacidade de aumento de 5 a 10 vezes. O tubo e a lente são, ambos, removíveis, de modo que se possa observar o disco fluorescente com ou sem aumento.

1. A fluorescência, diferente da luminescência, designa a propriedade de uma substância de produzir luz enquanto está sendo afetada por partículas invisíveis de energia. No caso da luminescência, o efeito luminoso persiste durante períodos mais curtos ou mais prolongados de tempo, mesmo depois que a substância não está mais exposta ao efeito dos raios. O sulfeto de zinco é uma substância fluorescente, o sulfeto de cálcio uma substância luminescente.

Dentro da gaiola, montamos um bulbo de luz verde do tipo usado para revelar chapas fotográficas altamente sensíveis. O bulbo, controlado por um reostato, oferece uma constante luz baça como pano de fundo para a radiação. Nesse arranjo experimental, estamos seguindo o padrão oferecido pela natureza: a radiação orgone é claramente visível em contraste com a luz baça do céu noturno. Para reproduzir o tremeluzir das estrelas, furamos alguns orifícios de cerca de 3 mm de diâmetro na parede. Então observamos o aparato do lado de fora em total escuridão.

Através dos orifícios podemos perceber uma *luz tremeluzindo fortemente*. Sua cor é azul.

Há bastante movimento observável no disco fluorescente: é possível distinguir claramente listras e simples lampejos de luz movendo-se rapidamente na forma de pontos e linhas. Pouco depois, vemos vapores de um violeta profundo que parecem fluir das aberturas. A área de radiação visível é um quadrado nitidamente definido contra o preto da gaiola. O tremeluzir e os diversos fenômenos luminosos só são visíveis dentro do espaço delimitado por esse quadrado. Com a lente de aumento os fenômenos de luz são muito mais distinguíveis. Na verdade, é possível distinguir os raios um a um. Em tempo seco, claro, os fenômenos são mais nítidos e intensos que nos dias úmidos, chuvosos. A observação da radiação na gaiola de Faraday melhora bastante com a utilização do orgonoscópio.

Como a energia entra na gaiola? A tela de arame deveria aterrar qualquer energia eletromagnética. O interior da gaiola deveria estar livre de quaisquer cargas elétricas; caso contrário, seria impossível usá-la para realizar delicados experimentos elétricos sem interferência. Outro problema além desse nos confronta:

Pode a energia na gaiola ser eletricidade? Temos agora duas tarefas centrais à nossa frente:

1. Compreender as propriedades da energia radiante, "orgone", que se tornou visível agora.
2. Investigar a relação entre energia orgone e eletricidade.

4. O ACUMULADOR DE ORGONE

Aqui devo interromper o relato do rumo que tomaram os experimentos de organoterapia para responder a uma pergunta que deve ter estado presente todo o tempo na cabeça do leitor atento. Ela diz respeito ao "acumulador de orgone", discutido sem ter sido mencionado pelo seu nome e sem nenhuma explicação de como é causado o acúmulo de energia orgone atmosférica e como ela é medida.

Esta pergunta não pode ser respondida tão exaustivamente neste texto como realmente mereceria. A energia orgone é uma forma completamente nova de energia, fundamentalmente diferente da eletricidade e do magnetismo. A investigação e a definição de suas propriedades é a tarefa da física orgone no terreno da natureza não viva. Esta pesquisa ainda está apenas nos seus primeiríssimos estágios. O leitor formado conhecerá os conceitos aplicáveis à eletricidade, mas eles não podem ser aplicados à energia orgone. Os novos conceitos físicos desenvolvidos no decorrer de nossos experimentos de orgone precisam de uma apresentação detalhada, acompanhada de uma série de experimentos definidos, puramente físicos. No entanto, um relato desse porte excederia o escopo de um relatório sobre organoterapia experimental, e deve portanto ser deixado para mais tarde. No atual contexto, a informação de interesse mais imediato para o leitor é a que concerne ao mecanismo de acumular e medir a energia orgone. Mesmo correndo o risco de ser mal compreendido e interpretado pelos eletrofísicos, eu gostaria de discutir as três descobertas básicas que demonstram o acúmulo de energia orgone no acumulador de orgone e tornam possível sua mensuração.

O mecanismo de concentração da energia orgone atmosférica

O acumulador de orgone consiste de um invólucro de material orgânico: madeira ou, de preferência, Celotex, etc. A parede interna

está revestida por uma fina camada de chapa de ferro². Esse arranjo possibilita uma concentração da energia orgone atmosférica muito maior que a concentração atmosférica. O mecanismo dessa concentração depende de dois fatos:

1. *Material orgânico de qualquer tipo atrai energia orgone e a absorve. Inversamente, material contendo orgone atrai pequenas partículas orgânicas e as retém.*
2. *Material metálico, especialmente o ferro, atrai energia orgone, mas depois a repele de novo rapidamente. Inversamente, o metal carregado de orgone repele partículas metálicas.*

Esses dois fatos, fundamentais para a física orgone, podem ser demonstrados experimentalmente e repetidos a bel-prazer da seguinte maneira. Sob uma coifa de vidro, usada para proteger o arranjo das correntes de ar, coloca-se uma esfera de metal sobre uma placa de cortiça ou borracha. Suspendemos um pedaço pequeno de cortiça de um lado do equador da esfera, a uma distância de 2 a 3 mm, e um pedaço pequeno de folha de estanho do outro lado, à mesma distância. Nem a cortiça nem a folha de estanho devem estar tocando a esfera de ferro; as duas devem pender livremente. A esfera está ligada a um eletroscópio através de um fio.

Então carregamos uma vareta de poliestireno (uma vareta de borracha produz uma carga excessivamente fraca) passando-a pelo nosso cabelo uma ou duas vezes *sem esfregar*. Depois de carregá-la de energia orgone dessa maneira, aproxima-se a vareta da coifa de vidro da aparelhagem experimental ou, melhor ainda, do ponto de metal do eletroscópio conectado à esfera. Se a carga de orgone for suficientemente forte e a umidade relativa não exceder 50%, a cortiça se moverá na direção da esfera de metal e irá aderir a ela durante um certo tempo. Essa reação significa que *a energia transferida do*

2. Pode-se aumentar o número de camadas, cada qual consistindo de material orgânico do lado de fora e de metal do lado de dentro. Assim, pode haver qualquer número de camadas. Utilizaram-se até vinte camadas. [N. do E. Amer.]

cabelo para a vareta possibilitou que a esfera de metal formasse um campo de energia em volta dela, em que há atração e retenção de matéria orgânica. Outros experimentos mostram que o inverso dessa afirmação é igualmente verdadeiro: a matéria orgânica atrai a energia orgone e a absorve.

Uma vareta de poliestireno não carregada não influenciará um pedaço pequeno de folha de estanho. *Por outro lado, uma vareta carregada de orgone atrairá a folha de estanho e a reterá rapidamente.*

A partir daí, tiramos a conclusão de que *a energia orgone e as substâncias orgânicas se atraem mutuamente; igualmente se atraem as substâncias orgânicas carregadas de orgone e as substâncias metálicas.*

Do outro lado da esfera, em que a folha de estanho foi suspensa, o efeito é diferente. *Num primeiro momento, a folha de estanho é atraída pela esfera de metal, mas depois é imediatamente repelida e mantida à distância. O efeito de uma substância metálica sobre outra, no campo de energia orgone, é o de repulsão. Outra conclusão é que o metal, principalmente o ferro, atrai energia orgone. No entanto, ele não a absorve, mas a repele. (Os experimentos que descrevi só podem ser realizados com baixo nível de umidade.)*

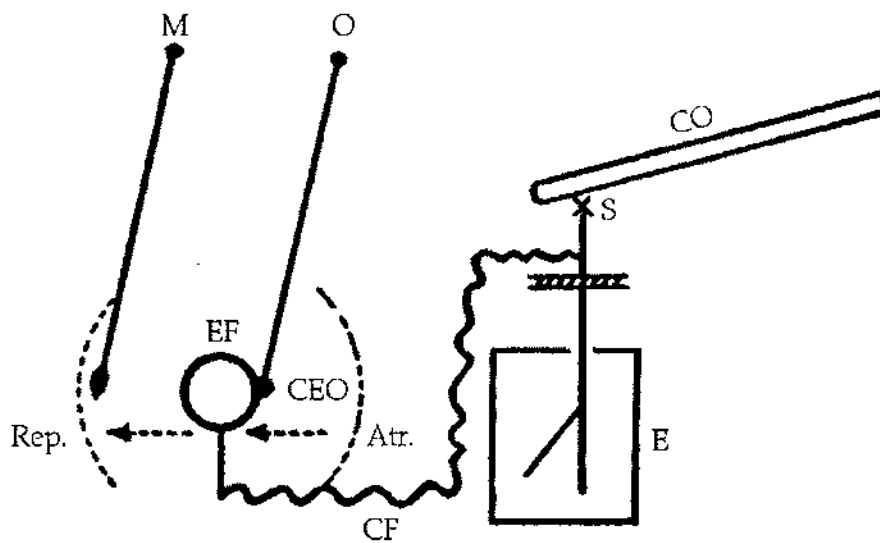
Estas descobertas são fundamentalmente novas. Elas têm, realmente, uma relação com o conceito confuso de “eletricidade de fricção” e com a teoria igualmente confusa de “eletricidade estática”. Tudo isso foi explicado detalhadamente em outro lugar. O simples experimento que descrevi demonstra duas funções básicas da energia orgone: a *atração* de substâncias orgânicas e a *repulsão* de substâncias metálicas no campo de energia orgone. A aplicação e o significado dessas descobertas para o acumulador de orgone se evidenciarão nos estudos experimentais que se seguem.

Mensuração térmica da energia orgone atmosférica (orgonometria térmica)

As paredes de metal do nosso acumulador de orgone são “frias”. Se mantivermos a palma de uma mão ou a língua a uma

distância de cerca de 10 cm da parede de metal por um tempo suficiente, experimentaremos uma sensação de *calor* e um *formigamento* suave. Além disso, detectamos um sabor salgado na língua. Se colocarmos um termômetro no mesmo lugar ou, melhor ainda, na parte mais alta do acumulador, e um segundo termômetro fora do acumulador, notaremos, para nossa surpresa, uma diferença de 0,2° a 0,5°C, se comparados com a temperatura do aposento.

Nem a sensação subjetiva de calor nem a diferença de temperatura medida objetivamente podem ser atribuídas ao “calor” irra-



- O: material orgânico
- M: material metálico
- CEO: campo de energia orgone
- EF: esfera de ferro
- Atr.: atração
- S: faísca para a extremidade do eletroscópio
- Rep.: repulsão
- E: eletroscópio (orgonômetro) aterrado ou não aterrado
- CF: conexão de fio
- CO: carregador de orgone (vareta de poliestireno)
- ←---: direção da deflexão

Figura 9. Demonstração da atração orgonótica de material orgânico e repulsão de material metálico no campo de energia orgone de uma esfera de metal

diado da parede, uma vez que a temperatura na parede de metal é mais baixa que a temperatura a uma distância de até 10 cm. E não há fontes de calor na parede ou atrás dela, debaixo do acumulador ou dentro dele. Somos portanto obrigados a arriscar uma hipótese e ver aonde ela conduz.

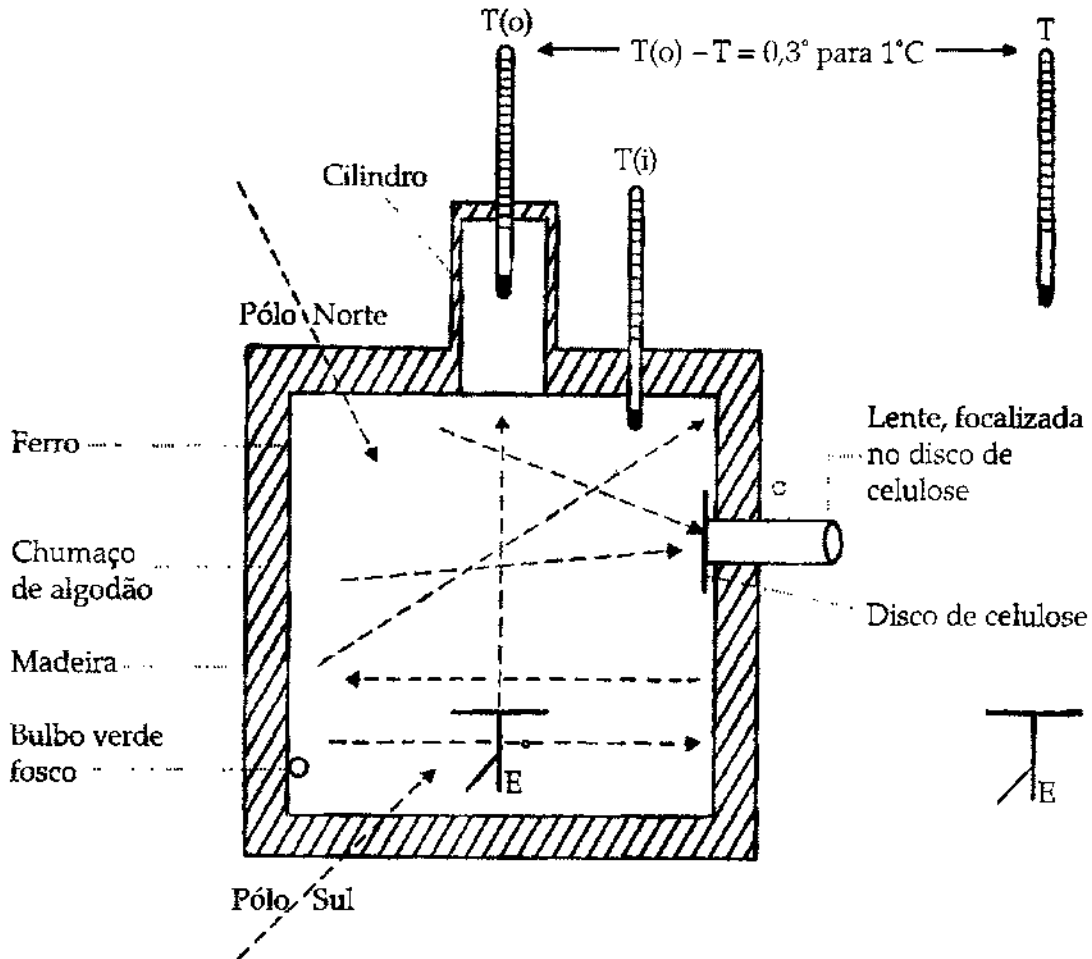
Sabemos que a radiação consiste, em geral, de *partículas de energia em movimento*. Portanto, suponhamos por um momento que as paredes metálicas frias do acumulador irradiam ou refletem energia. Devemos supor o seguinte: se mantivermos a palma da

mão ou um termômetro a uma distância de até 10 cm da parede, bloquearemos o movimento das partículas de energia. *Quando a energia cinética das partículas está bloqueada, ela se manifesta como uma sensação de calor ou como um aumento objetivo de temperatura, registrado pelo termômetro.* Esta hipótese está completamente de acordo com a física de toda radiação. O bloqueio de elétrons saindo do cátodo de um tubo de raios X para o anticátodo gera calor e fenômenos luminosos.

Construímos um pequeno acumulador de orgone. Seis chapas de ferro, de 900 cm² cada uma, são usadas para montar um cubo. Na parte externa da chapa de metal superior, montamos um recipiente cilíndrico, medindo cerca de 15 cm de comprimento, em que podemos inserir um termômetro. A temperatura *dentro* do acumulador pode ser lida através de um orifício no recipiente. Para isolar a parte interna do cilindro em relação à temperatura ambiente, nós envolvemos com algodão, madeira ou alguma outra substância que seja má condutora de calor. Além disso, protegemos o recipiente do termômetro do exterior com um abajur de vidro. Nenhuma substância orgânica deve ser colocada entre o termômetro e a chapa de metal superior.

A consideração básica que guia nossa construção é a seguinte: as partículas de radiação *dentro* da caixa estão sendo ricocheteadas de um lado para outro entre as paredes de metal. Estão bloqueadas de todos os lados. Como o calor aumenta, o lugar mais favorável para o registro da mudança de temperatura é acima da placa de metal superior. Deve existir uma *diferença de temperatura* entre o ar

contido no cilindro sobre o acumulador e o ar no recinto. Chamemos a temperatura do ar no recinto de T e a do ar dentro do cilindro de $T(o)$. Se nossa hipótese estiver correta, a diferença de temperatura, expressa como $T(o) - T$, deve ser *positiva* e estar presente constante-



$T(o)$: Temperatura no cilindro; $T(i)$: Temperatura dentro do acumulador;
 T : Controle (temperatura do ar no aposento)
 E : Eletroscópio $-->$: direção da radiação Tamanho: 28,4 litros

Figura 10. Projeto básico de acumulador de orgone (parcial)*

* Nos acumuladores projetados para fins terapêuticos, a madeira costuma ser substituída por Celotex, o algodão por lã de vidro e a placa de metal por palha de aço, com exceção da folha de metal rígida usada para a camada mais interna.

mente. Não sabemos ainda qual a sua magnitude. Medições realizadas durante diversos dias indicam uma diferença constante de temperatura, variando entre 0,2° e 1,8°C. A média aritmética das diferenças de temperatura, obtida a partir de medições realizadas várias vezes por dia durante um certo número de dias ou semanas, chega a 0,5°C, aproximadamente. Como não introduzimos nenhuma fonte constante de calor dentro da caixa, a diferença de temperatura deve ter origem no bloqueio das partículas de radiação. Vamos agora resumir o que pudemos aprender até agora sobre a energia orgone:

1. *Substâncias orgânicas absorvem energia.*
2. *Substâncias metálicas a refletem.*
3. *O bloqueio de energia cinética por qualquer obstáculo de metal.. leva a um aumento da temperatura local.*

Neste ponto notamos uma deficiência em nossa construção. As paredes de metal descoberto, expostas tanto ao exterior quanto ao interior, irradiam a energia e o calor produzidos para *fora* e para *dentro* simultaneamente. Para melhor separar o ar dentro do acumulador do ar atmosférico ao seu redor, envolvemos a caixa de metal com um material orgânico, como chumaço de algodão. Para tornar a construção mais sólida e melhorar a sua aparência, construímos uma segunda caixa ao redor dela com madeira compensada ou celotex. Tornamos acessível a parte de dentro através de uma porta na parede frontal.

Assim, a *parte externa do aparato consiste de material orgânico, a parte interna de material metálico.* Como o primeiro absorve a energia e o último a reflete, daí resulta um *acúmulo de energia.* O envoltório orgânico absorve a energia da atmosfera e a transmite para o metal no interior. O metal irradia a energia para fora, dentro do algodão, e para dentro, dentro do espaço aberto interno do acumulador. O movimento da energia para dentro é desimpedido, enquanto aquele para fora é bloqueado. Por esse motivo, a energia pode oscilar livremente dentro, mas não fora. Além disso, uma parte da energia emitida pelo metal para fora é absorvida pelo chumaço de algodão e

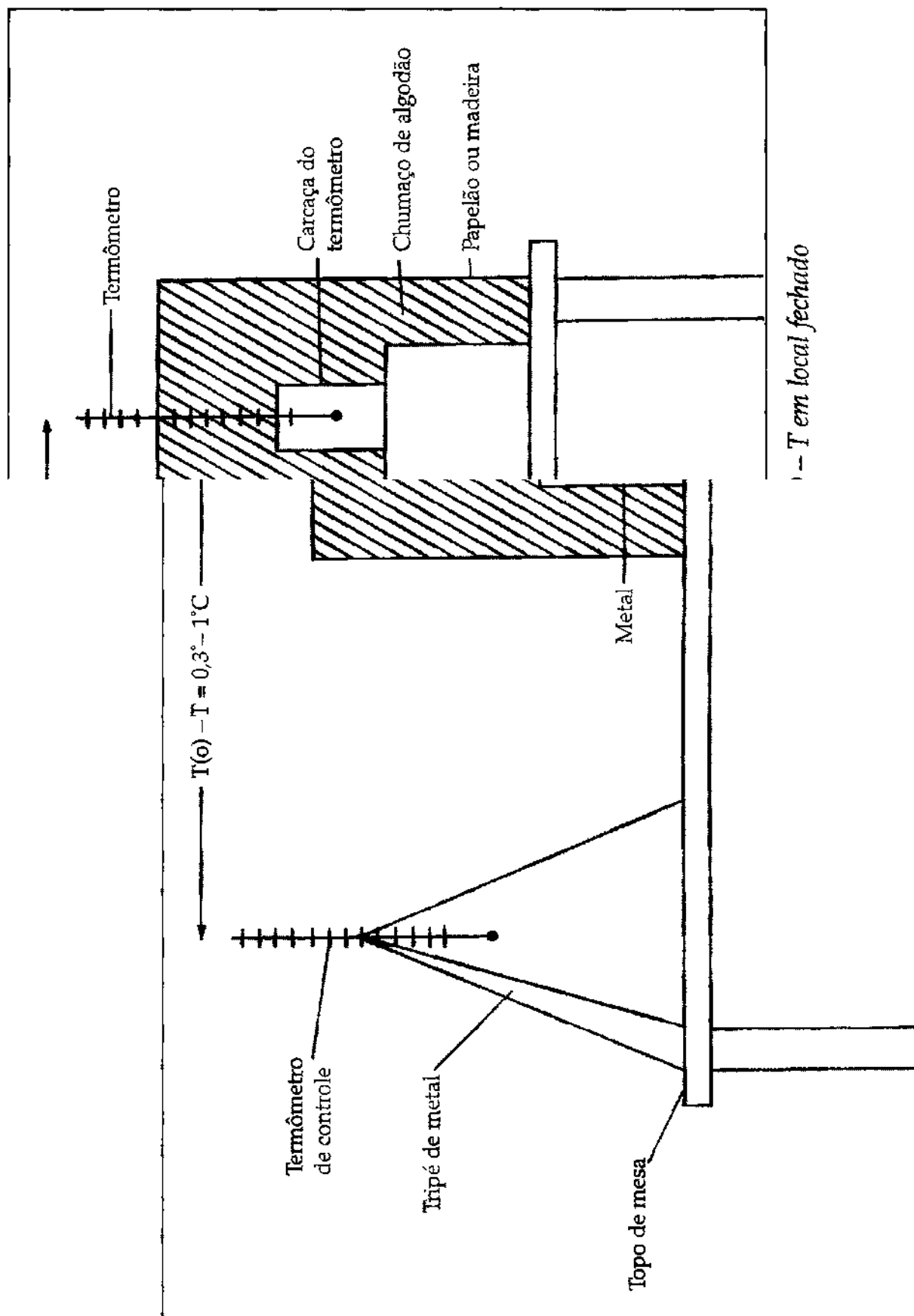


Figura 11. Medição de diferenças de temperaturas $T(o)$

retroalimentada ao metal. Como a energia penetra o metal é algo que não sabemos. Só sabemos que o faz, uma vez que os fenômenos subjetivos e objetivos são significativamente mais intensos dentro do acumulador do que o são fora dele.

Depois que o metal foi coberto, descobriu-se que a diferença de temperatura $T(o) - T$ é *mais constante*, e que, em média, ela é *maior*. *Projetamos um acumulador que confina e concentra o orgone.*

Como controle desses resultados, realizamos medições dentro, fora e acima de uma caixa do mesmo tamanho, porém construída unicamente de madeira ou papel. Estabelecemos, para nossa completa satisfação, que em uma caixa dessas as temperaturas são completamente igualadas: todas as temperaturas são as mesmas. *As diferenças de temperatura* ocorrem apenas quando recobrimos a parte interna da caixa com metal.

Medição do orgone ao ar livre

Durante o verão de 1940, enterrei uma pequena caixa de orgone na terra, no meu jardim, e observei subseqüentemente uma diferença de temperatura constante. Porém foi só depois de fevereiro de 1941 que descobri o quanto essa diferença era maior do que aquela registrada em aposentos fechados.

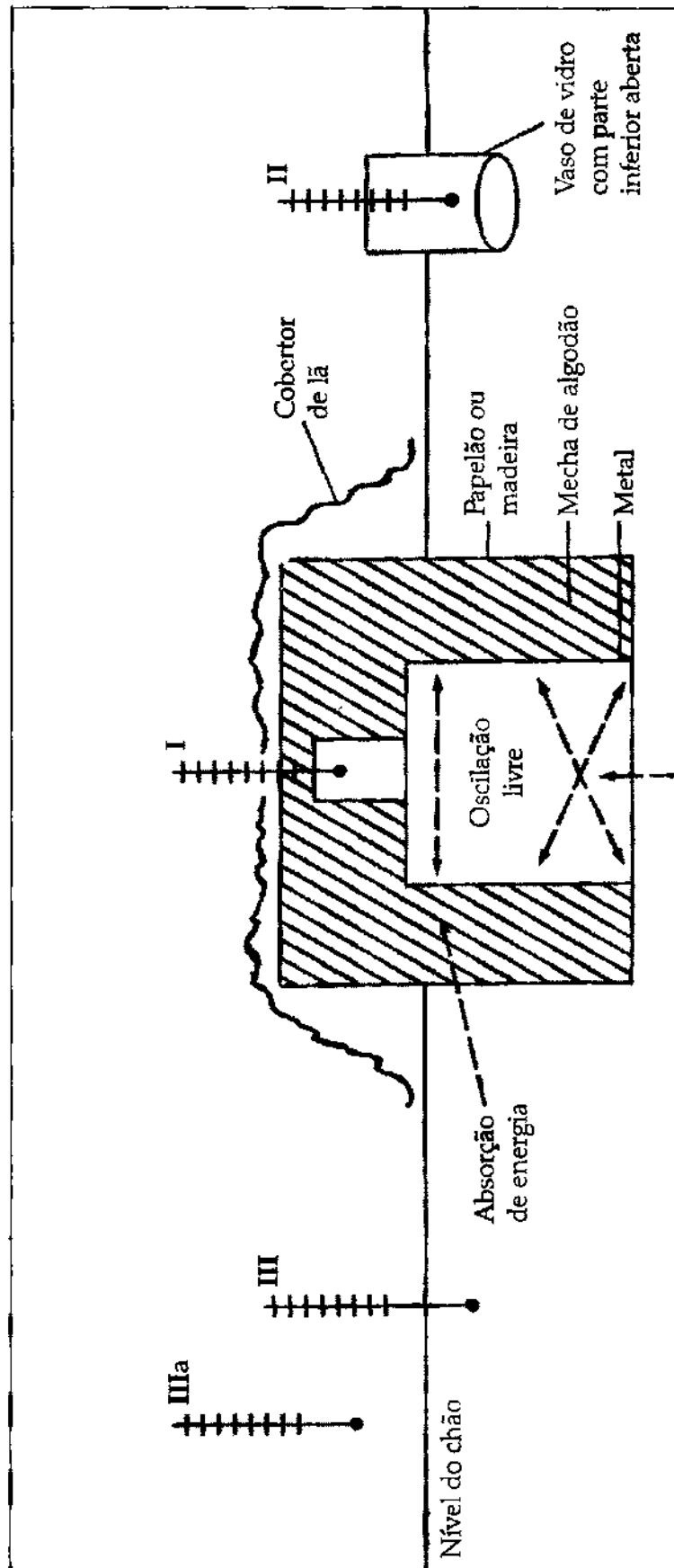
Em um dia ensolarado mas frio, com vento, 15 de fevereiro de 1941, enterrei um acumulador no chão a uma profundidade de dois terços de sua altura, e de tal maneira que o termômetro da caixa (I) ainda estava *acima* do nível do chão. A caixa, junto com o recipiente do termômetro no topo, foi colocada em uma segunda caixa de papelão. Preenchi o espaço entre as caixas com algodão e raspas de madeira, depois cobri toda a aparelhagem com um cobertor de lã. (O espaço em que se mede a temperatura deve ser bem protegido contra a baixa temperatura exterior para reter o calor produzido, é claro.) Coloquei um termômetro de controle (II) por um orifício em um vaso de vidro e enterrei o vaso a uma profundidade de cerca de 10 cm no chão, de modo que o bulbo do termômetro estivesse *abaixo* do nível do chão. Coloquei um segundo termômetro de controle descoberto (III) dentro da terra, a uma profundidade de 2,5 cm. Também utilizei

um segundo termômetro de controle (IIIa) para medir a temperatura do ar acima do chão, a uma altura semelhante à altura da caixa do termômetro, às vezes com e às vezes sem cobertura protetora contra o vento. Os três termômetros foram constantemente intercambiados. (A Figura 12 e a tabela que a acompanha nas páginas 124-5 ilustram o arranjo e os resultados desse experimento.)

Neste arranjo, $T(o) - T$ é muito maior do que num ambiente fechado, provavelmente por causa da eliminação dos efeitos da radiação orgonótica secundária das paredes e da superfície da mesa, que reduziriam a diferença. *Ao ar livre e sem sol, $T(o) - T$ varia em torno de $+ 2^{\circ}\text{C}$.*

Para ter certeza desses resultados, continuei o experimento no decorrer da noite e no dia seguinte, 16 de fevereiro, até 17 de fevereiro de 1941. Deixei a aparelhagem exatamente como estava ao ar livre, mas tirei o cobertor de lã; isto é, deixei a aparelhagem esfriar tanto quanto fosse possível nas temperaturas congelantes da noite. Às 9h30 da manhã de 17 de fevereiro, a temperatura do ar era de -1°C , a temperatura do solo era de 0°C . Embrulhei novamente a aparelhagem no cobertor de lã e inseri o termômetro, que havia registrado anteriormente a temperatura do ar em -1°C , dentro do cilindro, no topo. O mercúrio começou a subir e, depois de algum tempo, atingiu $+2,3^{\circ}\text{C}$. A temperatura do ar ainda permaneceu constante em -1°C , e a temperatura do solo em 0°C . O registro do ar dentro do vidro enterrado foi de $+0,9^{\circ}\text{C}$.

Esse experimento foi conduzido com o propósito de refutar uma objeção específica de um renomado físico. Em janeiro de 1941, poucos meses depois da descoberta da notável diferença de temperatura, Albert Einstein colocou um pequeno acumulador de orgone na sua casa, em Princeton, Nova Jérsei. Em uma carta subsequente, ele me confirmou a existência de uma diferença de temperatura no acumulador, porém descobriu, além disso, uma diferença de temperatura entre a parte de baixo e a parte de cima da mesa em que o acumulador foi colocado. Essa descoberta naturalmente abalou a validade da leitura no acumulador. Um dos assistentes de Einstein, Leopold Infeld, concluiu que a diferença de temperatura no acu-



Número da Leitura	Clima	Horário	Av Livre	Av Protegido	Solo	Av no vaso de vidro no solo	T - org Acima do solo	T(0) - T Comparado com o ar	Observações
1	Sol, vento frio, claro	16 Fev. 1941 12h30	3,6°	5,0°	0,5°	1,5°	11,6°	+8,0°	Aparato com termômetro envolvido em papelão, parte frontal esquerda exposta, dois terços sob o solo, começou ao meio-dia.
2	Sol, vento frio, claro	13h00	3,4°	4,6°	0,3°	1,5°	11,4°	+8,0°	
3	Sol, vento frio, claro	13h45	2,1°	3,5°	0,4°	1,3°	9,5°	+7,4°	
4	Aparato na sombra	14h30	0,3°	0,6°	0,4°	1,3°	6,5°	+6,2°	Cobertor de lã sobre a aparelhagem ^{m.}
5	Aparato na sombra	15h30	0,2°	0,3°	0,3°	1,3°	2,9°	+2,7°	Cobertor de lã sobre a aparelhagem ^{m.} ; eliminação da radiação solar.
6	Aparato na sombra; Temperatura de congelamento	16h00	-0,6°	0,6°	0,2°	0,4°	+0,6°	+1,2°	Cobertor de lã sobre a aparelhagem ^{m.} . Efeitos de temperaturas de congelamento.
7	Aparato na sombra; Temperatura de congelamento	17h00	-0,9°			0,2°	0°	+0,9°	Cobertor de lã sobre a aparelhagem ^{m.} . Efeitos de temperaturas de congelamento.
8	Horário noturno; Temperatura de congelamento	meia-noite	-2,1°			-0,4°	+1,7°	+3,8°	Medições interrompidas; cobertor de lã removido.
9	Início da manhã; nebuloso	17 Fev. 1941 9h30	-1°	-1°	0°	+0,7°	+1,8°	+2,8°	Aparato permanece ao ar livre durante a noite. Cobertor de lã colocado novamente da manhã.
10	Neve pesada	11h30	-1°	-1°	0°	0,9°	+2,3°	+3,3°	Termômetro intercambiado em cada leitura seguinte.
11	Neve pesada	12h15	-0,9°	-0,9°	0°	0,7°	+1,3°	+2,2°	
12	Neve pesada	13h00	-0,7°	-0,7°	0°	0,7°	+1,3°	+2,0°	
13	Neve pesada	14h00	-1,0°		0,3°	0,7°	+1,2°	+2,2°	
14	Neve pesada	15h00	-1,1°		0,3°	0,7°	+1,2°	2,3°	
15	Neve pesada	16h00	-1,2°		0,2°	0,6°	+1,0°	+2,2°	
16	Neve pesada	17h30	-2,0°		0,1°	0,2°	+0,5°	+2,5°	

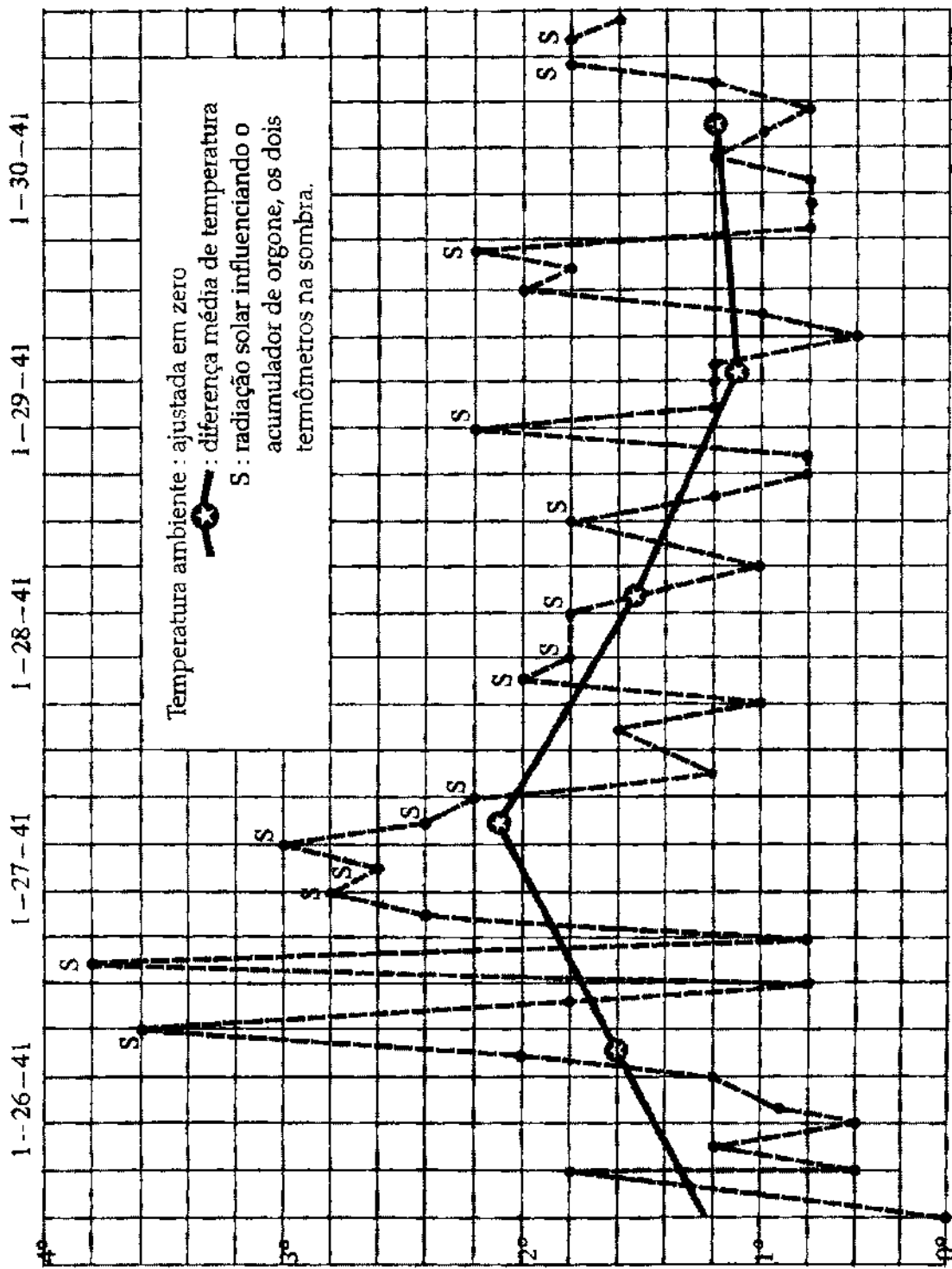


Figura 13. Diferença de temperatura a partir de medições realizadas dentro de um apartamento com janela aberta

mulador devia ser atribuída ao fato de que no porão, em que foram feitas as observações, haveria um aumento de temperatura “devido à convecção do calor proveniente do teto para o topo da mesa”. No entanto, esse assistente deixou de verificar sua interpretação da diferença de temperatura anteriormente confirmada *simplesmente realizando medições ao ar livre e dentro do solo*, onde não pode haver uma questão de “convecção do calor proveniente do teto para o topo da mesa”.

Acredito que estas descobertas são inequívocas:

1. *O chão e a atmosfera contêm uma energia mensurável como calor na nossa aparelhagem.*
2. *Essa fonte constante de energia-calor pode atingir valores térmicos altos somente com um determinado arranjo de materiais. Para efetuar uma elevação na diferença de temperatura, deve haver material orgânico do lado de fora e material metálico do lado de dentro.*

O experimento também demonstra a importância do arranjo de material em relação à radiação do solo e do sol. Na sombra, em que a influência da radiação solar sumiu, $T(o) - T$ cai, em relação a todas as medições de controle, de cerca de $+5^{\circ}\text{C}$ para cerca de $+2^{\circ}\text{C}$. O termômetro de controle inserido em um vaso de vidro e, portanto, exposto apenas de maneira mínima à radiação da energia orgone no solo registra uma diferença de apenas 1°C , aproximadamente. O acumulador, por outro lado, o aparato mais eficiente que já foi construído para absorver e acumular a energia orgone, registra valores bem mais altos – *maiores do que $+2^{\circ}\text{C}$* .

A queda de temperatura ao ar livre sob condições climáticas de congelamento afeta o termômetro da caixa, a despeito do isolamento. Entretanto, a diferença de temperatura permanece constante dentro de determinados limites inferiores e superiores, dado o fato de que as temperaturas $T(o)$ e T caem de forma paralela. Os resultados de leituras experimentais por um período de aproximadamente três horas foram os seguintes:

$$\left. \begin{array}{l} T(o) = 11,4^\circ \\ T(\text{ar}) = 4,6^\circ \end{array} \right\} T(o) - T = 6,8^\circ$$

$$\left. \begin{array}{l} T(o) = 9,5^\circ \\ T(\text{ar}) = 3,5^\circ \end{array} \right\} T(o) - T = 6,0^\circ$$

$$\left. \begin{array}{l} T(o) = 6,5^\circ \\ T(\text{ar}) = 0,6^\circ \end{array} \right\} T(o) - T = 5,9^\circ$$

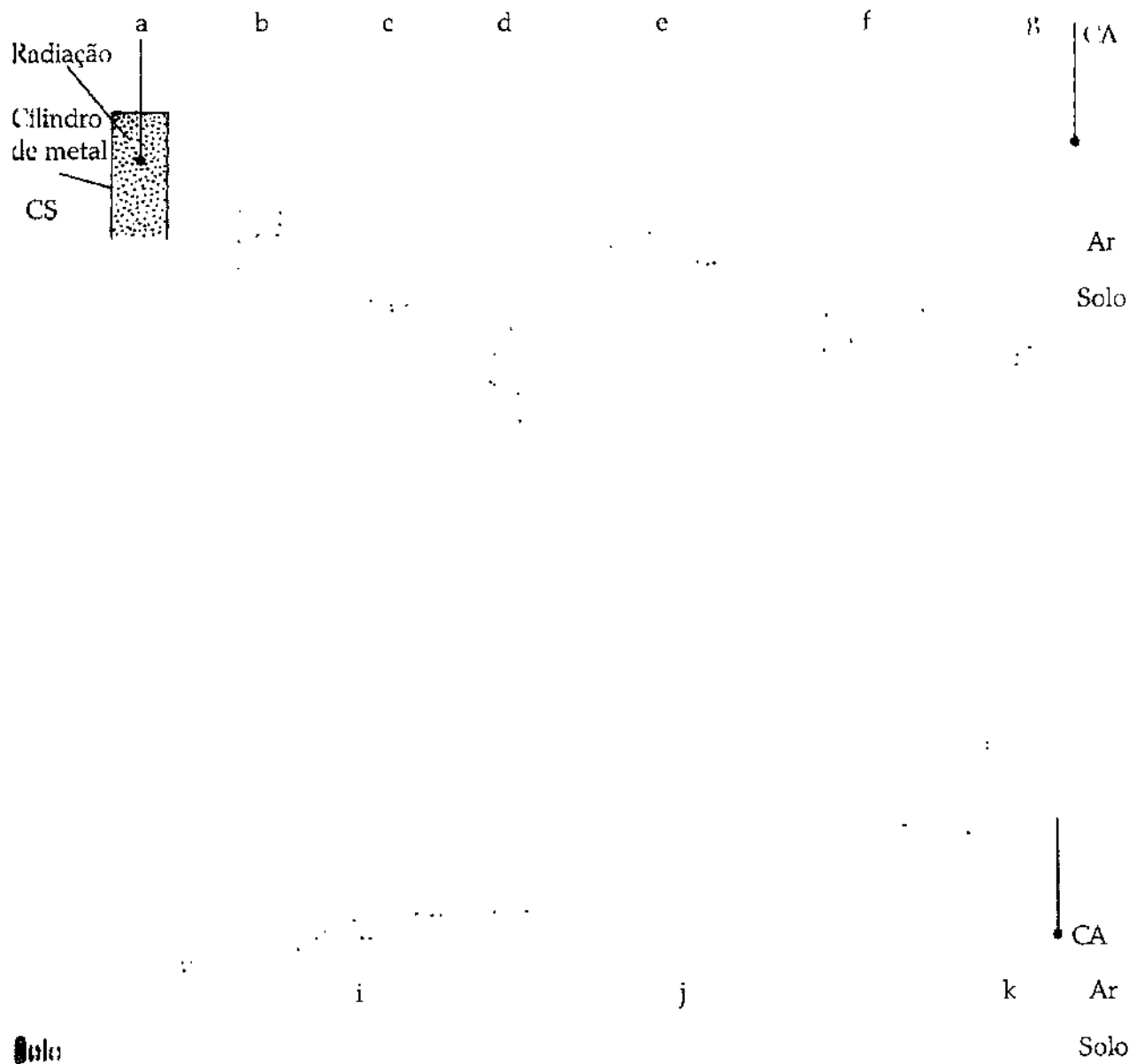
Conclusões experimentais

1. Quando a aparelhagem é construída e montada de acordo com a descrição, sem uma fonte constante de calor de qualquer tipo conhecido, existe, sob todas as circunstâncias, uma diferença de temperatura entre o termômetro da aparelhagem e o termômetro de controle.

2. A medição ao ar livre demonstra uma radiação do solo que se manifesta nas diferenças de temperatura, cujo grau varia de acordo com o arranjo dos materiais componentes.

A diferença de temperatura ao ar livre varia com acréscimos e decréscimos na intensidade da radiação solar, e também com o horário do dia. Nos dias de verão, sob sol forte, diferenças de até 20°C não são incomuns. É claro que o termômetro org nunca é exposto diretamente aos raios do sol.

A medição termométrica da radiação orgone proveniente do sol também pode ser realizada utilizando outros arranjos. O único ingrediente essencial de tais experimentos é uma definição rigorosa e clara da base comparativa das medições. $T(o)$ pode ser mensurado em contraposição ao T do ar ou do solo. O $T(o)$ do ar deve ser diferenciado do $T(o)$ do solo. Do mesmo modo, deve-se fazer uma distinção entre medições realizadas dentro de um cilindro de metal colocado verticalmente sobre uma chapa de metal e as realizadas dentro de um cilindro de metal sem chapa de metal. Os diagramas que se seguem ilustrarão alguns métodos principais de medição das temperaturas da energia orgone:



- CS: termômetro de controle no solo
- CA: termômetro de controle no ar
- a-g: tubos de metal em diversas posições, com e sem bloqueio de radiação
- h-k: tubo colocado em uma inclinação; bloqueio de radiação em h e k

Figura 14. Diferentes métodos para medir $T(o) - T$ no solo e na atmosfera

Os resultados podem ser resumidos como se segue: o aumento de temperatura em um tubo de metal é maior acima de uma chapa transversal de metal do que na ausência desta.

Em tempo chuvoso, as diferenças de temperatura ou são mínimas, ou desaparecem completamente.

Com forte radiação solar, as diferenças de temperatura reaparecem e atingem altos valores.

Para obter o efeito de radiação orgone, deixamos os tubos abertos. Para produzir a *diferença de temperatura*, fechamos os tubos com chapas de metal e fazemos as medições *acima* das chapas.

O físico teórico experiente verá prontamente a diferença constante de temperatura orgonótica como uma descoberta que invalidaria a *segunda lei da termodinâmica*. É verdade que há um processo na natureza na direção de uma entropia crescente, o que equivale dizer que "o universo está parando por falta de corda". No entanto, há outro processo de energia, um processo *orgonótico*, que funciona na direção oposta, em direção a uma restauração da energia que foi perdida no processo que se direciona para a entropia crescente. Este problema terá de ser elaborado em um outro contexto.

Demonstração da atração orgonótica no campo de energia do acumulador de orgone

Preparativos: Aproximamos uma boa agulha magnética de um acumulador de energia orgone com 28,4 litros de espaço interior, da seguinte maneira: 1) em direção ao centro das quatro bordas superiores; 2) em direção ao centro das quatro bordas inferiores.

Resultado: O pólo norte magnético se fixa consistentemente em direção ao meio das bordas superiores, enquanto o pólo sul magnético se fixa em direção ao meio das bordas inferiores.

Conclusão: A reação do campo de energia do acumulador de orgone é de natureza orgonótica e não magnética.

Prova: 1) a atração magnética emana somente de determinadas partes do ferro, a saber, das extremidades em vez do meio; o

meio não é magnético. 2) Os pólos de atração magnética (sul ou norte) não são intercambiáveis, a não ser que se magnetize novamente um ímã fraco através de um ímã mais forte. Se o efeito de atração do acumulador de orgone tivesse uma natureza similar ao magnetismo do ferro, a agulha magnética se moveria sempre na direção do centro das bordas, independentemente do modo como deslocamos ou viramos o acumulador. Porém a verdadeira reação da agulha magnética é diferente. *Não importam quais as bordas colocadas no plano inferior, lateral ou superior, a agulha magnética sempre reage da maneira descrita*, isto é, seu pólo norte se fixa consistentemente em direção ao centro das quatro bordas superiores, seu pólo sul em direção ao centro das quatro bordas inferiores. A atração que emana do acumulador de orgone, portanto, não se limita a partes específicas do material e, conseqüentemente, não pode ser de natureza magnética. A reação depende claramente da posição do acumulador de orgone no campo da atmosfera orgonótica da terra. A conclusão que deve ser tirada da avaliação cuidadosa de todos os fatos experimentais e teóricos é que o campo de energia da terra não é de natureza magnética e sim orgonótica, mantendo uma relação bem definida com os pólos magnéticos sul e norte da terra.

É provável que o próprio magnetismo venha a ser comprovado como uma função particular da energia orgone cósmica. Muitos cientistas já duvidam da natureza magnética do assim chamado magnetismo terrestre.

Utilização do eletroscópio estático para a demonstração e mensuração de energia orgone: organometria eletroscópica

As medições de diferença de temperatura $T(o) - T$ mostram que existe uma energia irradiando dentro do acumulador. Mas elas nada dizem sobre a *natureza* dessa energia. Além do mais, os fenômenos luminosos subjetivos produzem pouco conhecimento sobre a qualidade da radiação, embora sejam extremamente impressionantes e convincentes.

No decorrer de meses, várias vezes por dia, medimos sistematicamente a descarga do eletroscópio, dentro do acumulador, em um aposento e ao ar livre. A seguinte premissa fundamenta o nosso experimento com medições eletroscópicas: eletroscópios de lâmina, carregados, descarregam *mais rapidamente* em ar fortemente ionizado do que em ar que é pouco ou nada ionizado. (O termo “ar ionizado” significa ar contendo unidades eletronegativas, isto é, “elétrons”.) O ar de um aposento pode ser “ionizado” por raios X ou raios ultravioletas de uma lâmpada solar. O ar em grandes altitudes tem uma ionização muito mais forte do que o ar nas planícies. O ar fortemente ionizado causa essa descarga rápida porque atua como um condutor entre todas as partes do eletroscópio, de modo que a carga das paredes de metal e a da lâmina são igualadas mais facilmente do que em ar não ionizado, que é um mau condutor. As medições eletroscópicas no estudo dos raios cósmicos se baseiam nesse princípio.

Pode-se esperar o seguinte resultado possível da medição de descargas eletroscópicas *fora e dentro* do acumulador de orgone:

1. *O eletroscópio descarrega com igual velocidade dentro e fora* do acumulador de orgone. Isto significaria que *não há diferença* entre a carga do ar dentro da aparelhagem e a carga fora dele. Assim, não há uma maior concentração de energia orgone atmosférica dentro; nesse caso, o fenômeno da diferença de temperatura permaneceria incompreensível.

2. *O eletroscópio descarrega com maior rapidez dentro do que fora* do acumulador de orgone. Isto significaria que o ar dentro do aparato é *ionizado* mais fortemente do que o ar fora; isto é, ele contém mais cargas elétricas negativas (elétrons). *Nossa energia orgone seria então idêntica à eletricidade negativa*. Isto também tornaria incompreensível o fenômeno de absorção de energia orgone pelos materiais orgânicos.

3. *O eletroscópio descarrega mais lentamente dentro do acumulador de orgone do que fora dele*. Isto implicaria que a *energia orgone é algo diferente da eletricidade negativa*. Seria portanto necessário explicar a descarga mais lenta do eletroscópio dentro do acumulador, de modo que se concluísse que o eletroscópio está registrando uma *concen-*

tração de energia orgone. Apenas nesse terceiro caso, os fenômenos subjetivos, a diferença de temperatura e a velocidade de descarga do eletroscópio teriam consistência uns com relação aos outros e se tornariam compreensíveis. Nossa teoria de orgone teria então um avanço considerável, já que diversas manifestações da energia derivariam agora de *um único princípio.*

As medições registradas sistematicamente dentro e fora do acumulador demonstram, de fato, que o eletroscópio descarrega *mais lentamente dentro do que fora.* Postergando por ora qualquer discussão do porquê e do como de nossa observação, simplesmente o registramos como um fato, do qual concluímos:

1. *A tensão de energia dentro do acumulador é diferente da que há fora dele. Isto implica uma diferença de potencial entre o interior e o exterior. O que não sabemos é se o potencial é mais alto dentro ou fora, ou se é o inverso.*
2. *A energia dentro do aparato não pode se originar de uma ionização mais forte do ar interno; caso contrário, o eletroscópio descarregaria dentro dele mais rapidamente, não mais lentamente. Portanto, se a presença de energia dentro do acumulador é inquestionável, mas não se deve a elétrons, o que é? Poderia ser outra forma de energia. Seja qual for o caso, não é eletricidade negativa.*

Embora uma descarga igual ou mais rápida dentro do acumulador pudesse ser facilmente justificada dentro do quadro de referência das teorias conhecidas, é difícil explicar a descarga lenta que não previmos.

Neste ponto, somos auxiliados pelo fato de que carregamos o eletroscópio extraindo energia de mechas de algodão ou celulose. Também podemos carregá-lo com nosso cabelo (que deve estar *seco*) através da utilização de uma vareta de poliestireno ou de um disco de celulose, dado que ambos absorvem esta energia do cabelo. A energia está presente no ar tanto dentro como fora do aparato, mas em *concentrações diferentes*, como demonstra a diferença na velo-

cidade de descarga. O eletroscópio tem acesso ao ar através do disco no topo e de outros orifícios, e seu invólucro é aterrado. A energia transmitida para ele através da radiação solar ou do nosso corpo é liberada novamente para a atmosfera circundante no processo de descarga. Sentimo-nos agora justificados para considerar a seguinte hipótese:

Quanto mais baixa a tensão da energia do ar, em comparação com a carga do eletroscópio, mais rapidamente ele liberará a energia com a qual foi carregado. Quanto mais alta a tensão de energia do ar circundante (isto é, quanto menor a diferença entre a tensão de energia do eletroscópio e a do ar circundante), mais lentamente o eletroscópio descarregará.

Essa hipótese está de acordo com as leis da energia em geral. A água flui tanto mais rapidamente entre dois recipientes posicionados um sobre o outro quanto maior for a altura entre os dois. A velocidade do fluxo depende do grau de inclinação da queda ou, em outras palavras, da extensão da diferença de energia posicional (potencial). *A chapa metálica do eletroscópio pode descarregar mais rapidamente no ar de baixa tensão de energia do que no ar de alta tensão.* Aqui, estou deliberadamente tentando tornar compreensível a diferença de velocidade de descarga em termos da teoria tradicional da diferença de potencial. Demonstrou-se em texto anterior que outra interpretação, puramente biofísica, faz melhor justiça aos fatos³.

Essa característica da nossa energia é nova. Ela não se explica por ionização: o eletroscópio descarregaria mais rapidamente no ar com uma alta carga elétrica. O fato de essa energia *não poder, portanto, ser eletricidade*, é inescapável, porém perturbador, porque uma energia que influencia um eletroscópio e não é energia eletromagnética soa implausível.

Devemos considerar outra possível objeção, a de que a descarga espontânea do eletroscópio é mais lenta dentro do que fora do acumulador porque a circulação de ar dentro do aparato é mais lenta do que fora. Por conseguinte, a troca de íons de ar acontece mais

3. Ver "Pulsção Orgonótica", *International Journal of Sex-economy and Orgone Research*, outubro de 1944.

lentamente dentro do acumulador do que fora dele, causando assim a descarga mais lenta. De acordo com esse ponto de vista, o fenômeno poderia portanto ser explicado no contexto da teoria de íons, isto é, da eletricidade.

Testa-se essa objeção facilmente. Medimos exatamente a velocidade de descarga de nosso eletroscópio fora do acumulador. Depois o carregamos mais uma vez até precisamente o mesmo nível e aceleramos a circulação de ar em volta dele com o auxílio de um ventilador elétrico. Resultado: *o ventilador não afeta a velocidade de descarga. A diferença de velocidade de descarga não pode ser atribuída à circulação de ar. Nossa energia se comporta diferentemente da eletricidade. A velocidade de descarga eletroscópica depende unicamente da tensão de energia atmosférica que, por sua vez, é determinada pela densidade ou concentração de partículas de orgone por unidade cúbica de ar.*

Como nossas observações mostraram, a energia no aparato está mais concentrada do que ao ar livre. A designação "acumulador de energia atmosférica" é, portanto, exata.

Teoricamente, eletroscópios fechados não deveriam perder sua carga. O fato é, no entanto, que eles na realidade se descarregam espontaneamente. Esse fenômeno é chamado por físicos de "vazamento natural" e é atribuído à umidade do ar. Assim, estamos medindo na realidade o fenômeno designado como "vazamento natural" do eletroscópio. Não selamos hermeticamente o ar dentro do eletroscópio, mas permitimos *intencionalmente* o acesso ao ar externo. Assim, determinamos com precisão o mesmo fenômeno que o físico, ao medir o efeito de uma fonte de radiação elétrica, procura excluir. Na medida em que não tem sucesso ao fazer isso, ele subtrai o efeito dos íons dos resultados, porque até agora o "vazamento natural" ainda não foi compreendido. *A descarga espontânea do eletroscópio "sem motivo aparente" nada é senão o efeito normal da energia orgone atmosférica.*

Há ainda outra objeção possível: o eletroscópio descarrega mais lentamente dentro do acumulador do que fora dele apenas porque as paredes internas de metal isolam o interior do acumulador contra o efeito de substâncias radioativas. Refuta-se essa objeção do seguinte modo:

1. Não importa onde se posicione o acumulador, o fenômeno da descarga mais lenta no interior da aparelhagem sempre está presente, como o é a diferença de temperatura. É improvável que "substâncias radioativas" estejam presentes por toda parte.
2. Se o efeito devesse ser atribuído a substâncias radioativas fora do aparato, então a descarga teria de ser mais rápida dentro de uma simples caixa de madeira do que em uma caixa de madeira protegida contra a radioatividade pelas chapas de metal no exterior. Na realidade, a descarga do eletroscópio é mais rápida *quando a caixa de madeira é coberta por fora com chapas de metal*. Esse fato refuta a objeção e é outra confirmação da exatidão de nossa descoberta.

Determinação quantitativa do orgone

A energia orgone se manifesta em diferenças de temperatura e em variações da velocidade de descarga eletroscópica no acumulador de orgone. Esses fatos podem ser utilizados como a base de medições *quantitativas* de orgone. Em primeiro lugar, determinamos que uma unidade de energia orgone será conhecida como 1 org. *Um org pode ser definido como a quantidade de energia orgone num espaço de 28,4 litros, que corresponde à manutenção de uma diferença de temperatura $T(o) - T$ de 1°C por uma hora, de acordo com a fórmula:*

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

$T(o) - T$ sendo a diferença de temperatura em graus centígrados, t o tempo em horas e f^3 o volume em pés cúbicos*.

A *quantidade* de energia orgone, isto é, o número de partículas de energia orgone por unidade de espaço (org), deve ser discriminada da *tensão de orgone* (op). Definimos como 1 op aquela carga de orgone atmosférico que, no período de tempo de uma hora ($T, 60t$,

* Um pé cúbico equivale a aproximadamente 28,4 litros. [N. do R. T.]

e $3600t'$), diminui a carga de um eletroscópio estático em uma unidade ($E_o - E_r = 1$).

Se 1 op (atm) designa a unidade de tensão orgone atmosférica, E_o a carga do eletroscópio, E_r a carga do eletroscópio restante depois da leitura, $(E_o - E_r)$ a quantidade de descarga e t o tempo em horas, então a seguinte fórmula representa a tensão de orgone atmosférico ao ar livre

$$\text{op} = \frac{t}{E_o - E_r}$$

O op dentro do acumulador de orgone pode ser discriminado do op da atmosfera acrescentando a designação "accu". Op também pode ser expresso diretamente em hora-org, minuto-org ou segundo-org, conforme uma unidade de carga do eletroscópio descarregue em uma hora, um minuto, um segundo ou em frações ou múltiplos dessas unidades de tempo, como nesta tabela:

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

Suponha, por exemplo, que uma unidade de carga do eletroscópio descarregue em trinta minutos. Portanto, o op será

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

ou

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

Se, por exemplo, a carga total do eletroscópio $E_o = 5 \text{ org}$ (equivalente a 630 volts) é descarregada em vinte minutos, então

$$op = \frac{0,33 (t)}{5 - 0,5 E_o - E_r} = 0,066$$

ou

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

A escolha de um método de cálculo ou do outro é totalmente uma questão de conveniência.

A carga de orgone do eletroscópio de lâmina estático também pode ser expressa em unidades eletrostáticas. Uma "unidade eletrostática" está fixada internacionalmente em um valor de aproximadamente 300 volts. Carregamos um eletroscópio com energia do cabelo até que a lâmina do eletroscópio fique defletida a 45° ou 90°. Pode-se obter o mesmo efeito aplicando uma alta voltagem ao eletroscópio. *Uma unidade de carga-org corresponde, então, à voltagem necessária para produzir a mesma deflexão de uma lâmina de eletroscópio.* Através deste método, descobrimos que *um só* deslizamento suave no cabelo pode drenar quantidades de energia equivalentes a centenas de volts.

O instrumento usado para fazer essas medições é um eletroscópio estático com uma lâmina de alumínio. A calibragem da voltagem desse eletroscópio no laboratório da *Radio Corporation of America* apresentou os seguintes valores:

<i>Divisões de escala</i>		<i>Volts</i>	
	1	135	} Aproximadamente 45 volts por divisão
	2	180	
	3	225	
	4	270	
	5	330	} Aproximadamente 60 volts por divisão
	6	390	
	7	450	
Padrão: 1 org. {	8	120 volts {	} Aproximadamente 100 volts por divisão
	9		
	10		
	11		
	11 1/2		

Utilizando o método de deslizar um disco de celulose sobre o cabelo, nós sempre carregamos o eletroscópio até a *décima* divisão de escala, isto é, até uma carga de energia equivalente a aproximadamente 630 volts, depois deixamos que descarregasse duas divisões da escala, isto é, o orgone equivalente a 120 volts, no ar circundante. *As divisões da escala (8-10) correspondem, portanto, a uma unidade de carga de 1 org, isto é, 120 volts. Se um eletroscópio que foi carregado até a décima divisão da escala com energia orgone equivalente a 630 volts descarrega em uma hora (sessenta minutos) 1 org (= 120 volts), então a tensão de orgone (op) do ar circundante é 1 hora-op ou 60 minutos-op. Em outras palavras, o eletroscópio descarregou no ar à taxa de 2 volts por minuto.*

A unidade 1 org foi determinada pela diferença constante de temperatura $T(o) - T$ em uma hora em um acumulador de 28,4 litros. Eletroscopicamente, 1 org se define como o equivalente a 120 volts. Se essas duas determinações da unidade 1 org são equivalentes, isto é algo que ainda não se sabe.

O fato de que as curvas que representam $T(o) - T$ e a tensão de orgone atmosférico (op atm) são paralelas pareceria indicar isso. No entanto, será necessária uma investigação posterior para chegar a uma resposta definida.

Eu gostaria de relatar agora os resultados de algumas poucas medições que revelam alguns fatos extremamente interessantes sobre a tensão de orgone na atmosfera e a relação dessa tensão com a tensão no acumulador. Certamente, o que estou apresentando aqui são apenas esboços; é preciso um trabalho mais intensivo por um período de tempo extenso para preencher todos os detalhes. Mas os pontos essenciais estão claros. A Figura 15 apresenta os gráficos de três curvas de tensão orgone superpostas: *op (atm)* representa a curva de variações diárias na tensão orgone atmosférica, medida regularmente ao meio-dia; *op (r)* representa as variações diárias da tensão orgone no aposento em que ficou o acumulador de orgone na época das mensurações; *op (accu)*, a terceira e mais elevada curva exibe as variações de tensão orgone dentro do acumulador, medidas entre meio-dia e 13 horas. A curva $T(o) - T$, dese-

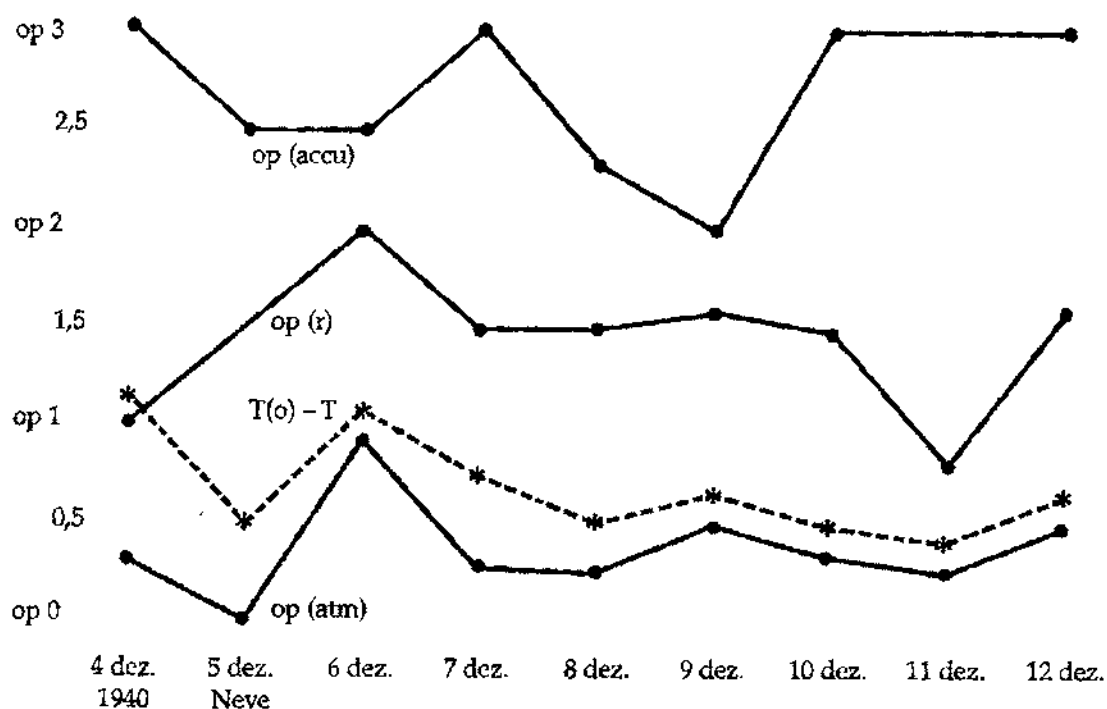


Figura 15. Medições de orgone atmosférico ao ar livre, no acumulador de orgone e no aposento de orgone. A linha pontilhada representa $T(o) - T$. Op 1 corresponde a $T(o) - T = 1^{\circ}\text{C}$

nhada como uma linha pontilhada, apresenta as variações na diferença de temperatura no acumulador, medida diariamente entre meio-dia e 13 horas de 29 de novembro a 22 de dezembro de 1940, em um acumulador de orgone de 28,4 litros, e, começando em 24 de dezembro de 1940, em um acumulador de orgone de 710 litros (25 pés cúbicos) (61 cm \times 76 cm \times 152,5 cm), construído para seres humanos. (Ver também a Figura 16.)

O padrão global das curvas permite as seguintes observações:

1. A curva de tensão do recinto *op (r)* é mais alta do que a da atmosfera em termos de minuto-org; a curva de tensão do acumulador *op (accu)* é mais alta do que a do recinto e do que a da atmosfera *op (atm)*; isto é, a concentração de energia está no seu ponto maior no acumulador.
2. A curva de diferença de temperatura $T(o) - T$ corre com seus altos e baixos mais ou menos paralela à curva de tensão *op (atm)*.

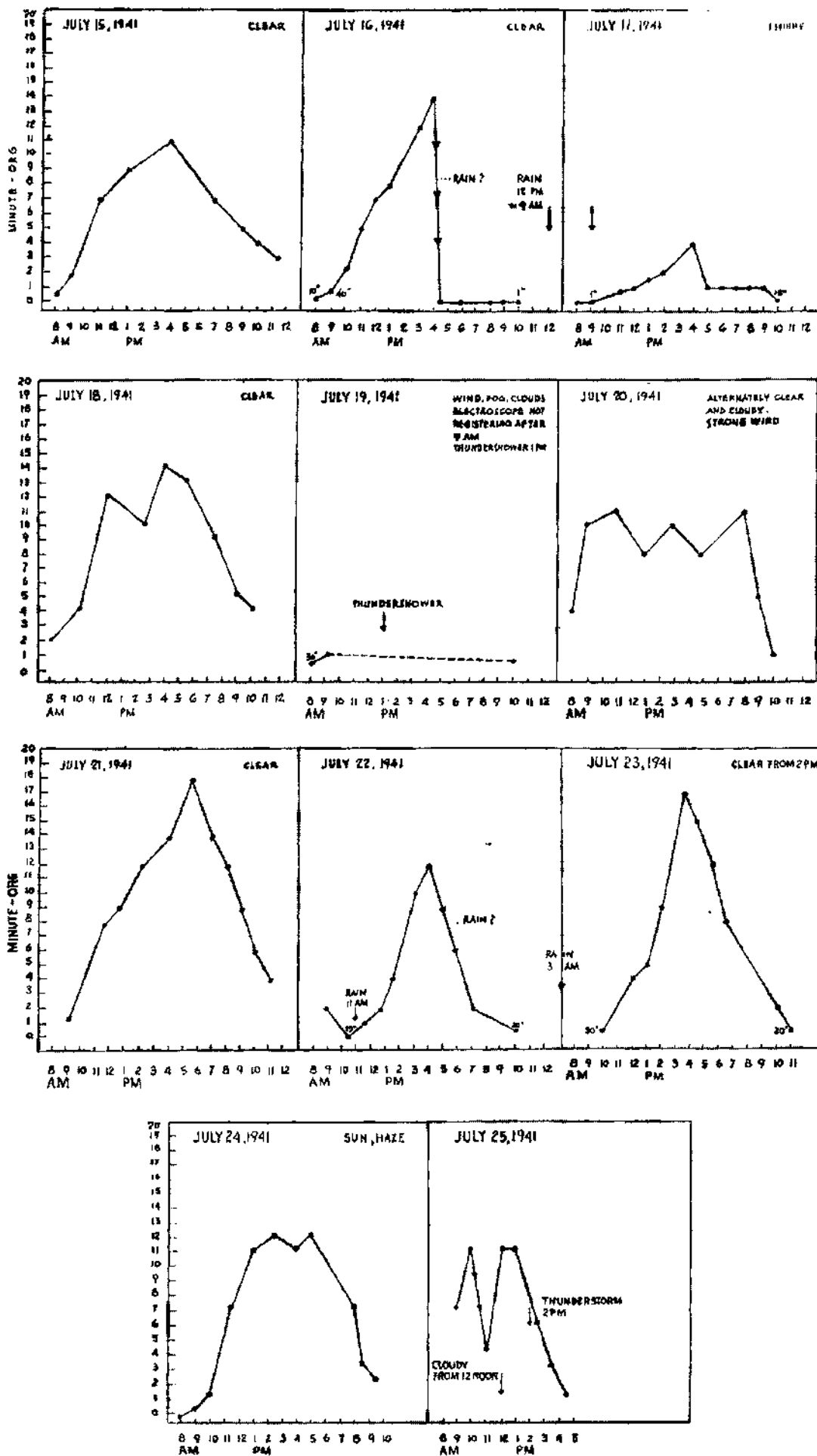


Figura 16. Variações diárias da tensão de orgone atmosférico entre 15 e 25 de julho de 1941

3. *A elevação de tensão no recinto e no acumulador habitualmente ocorre cerca de um dia depois da elevação da tensão atmosférica.*
4. *A curva de tensão atmosférica é baixa em dias chuvosos e com neve, alta nos dias ensolarados. A tensão atmosférica varia entre próximo de 0 e aproximadamente 1. A tensão atmosférica cai mais ou menos abruptamente um ou dois dias antes de neve ou chuva. A curva da diferença de temperatura também cai antes de ou durante um período de precipitação.*

Portanto, há uma relação entre o grau de concentração do orgone atmosférico e a formação do clima. Naturalmente, é de grande importância o domínio minucioso dessa relação para nós no trabalho com o acumulador na orgonoterapia.

Resolvamos agora uma provável objeção às curvas na Figura 15: a suposição de uma energia orgone especial não é necessária para explicar a queda na curva *op (atm)*, isto é, a descarga mais rápida do eletroscópio antes do início da precipitação. Esse fenômeno pode ser facilmente explicado dentro do contexto da teoria de "eletricidade no ar"; de modo bastante simples, a descarga acelerada do eletroscópio se deve ao fato de que o ar é ionizado com mais força antes de uma chuva ou tempestade. De fato, eu também estava apreensivo, mas não consegui contornar o fato da descarga *mais lenta* do eletroscópio dentro do acumulador.

Uma refutação total dessa objeção específica surgiu durante as medições experimentais conduzidas nos meses de julho e agosto de 1941 no meu laboratório em Oquossoc, no Maine. Durante algumas semanas, medi não somente as variações diárias ao meio-dia, mas também as variações na tensão da energia atmosférica durante o dia, das 8h00 a aproximadamente meia-noite, a cada hora, em todos os tipos de clima. *Essas medições mostram inequivocamente que a descarga do eletroscópio depende, não de variações na "eletricidade no ar", mas de variações da tensão orgone atmosférica.*

A Figura 16 apresenta os gráficos das variações diárias de tensões atmosféricas a partir de medições realizadas entre 15 e 25 de julho de 1941. Durante as primeiras horas da manhã, a descarga do eletroscópio é, de longe, mais rápida do que no período entre meio-

dia e 16h00; ela é *mais lenta* ao meio-dia. Isso se deve à intensa radiação solar ao meio-dia. Assim, completamente de acordo com as nossas observações, ela se deve à *mais alta concentração de energia orgone* nessa hora do dia. Não seria sensato supor que o ar atmosférico das primeiras horas da manhã e tarde da noite tem uma "ionização" mais forte do que ao sol do meio-dia. O eletroscópio descarrega *mais rapidamente* no começo da manhã e tarde da noite do que ao meio-dia. Esperar-se-ia exatamente o oposto se as leis da "electricidade do ar" estivessem sendo seguidas. A concentração mais alta ocorre por volta das 16h00. Nos dias em que não há nuvens desde o início da manhã até tarde da noite, a curva se eleva e cai em um padrão mais ou menos regular. Mudanças do clima, por outro lado, causam flutuações consideráveis nas curvas, como ocorreu, por exemplo, no dia 20 de julho, quando, entre 9h00 e 20h00, houve elevações e quedas repetidas na intensidade de concentração, não encontradas em dias de sol constante. Observamos também que *ocorre uma mudança rápida de alta para baixa concentração de energia atmosférica, regularmente, cerca de três a dez horas antes de uma chuva ou tempestade*. O eletroscópio descarrega com muita rapidez ao ar livre e no acumulador de orgone (um pouco menos prontamente no acumulador do que no exterior), e a diferença de temperatura $T(o) - T$ torna-se muito pequena, ou desaparece por completo. Medições realizadas a intervalos regulares durante um período de tempo extenso indicam que a curva dos padrões de descarga eletroscópica equipara-se, quanto às ondulações, àquelas da curva de diferença de temperatura.

Às 14h00 de 25 de julho, houve trovoadas com chuva. Durante a manhã, a tensão caiu entre 10h00 e 11h00, de 12' org para 5' org. Uma queda similar foi registrada em 16 de julho, quando a tensão caiu de 14 minutos-org para 10" org *entre* 16h00 e 16h30 – no espaço de *trinta minutos*. À meia-noite, houve um pesado aguaceiro.

Registrou-se a mesma ocorrência em 22 de julho, quando a tensão caiu de 12' org para 2' org entre 16h00 e 19h00, e por volta de 22h00 estava em apenas 30" org. Às 3h00 de 23 de julho, começou uma chuva forte e uniforme.

Em 19 de julho, havia vento e muitas nuvens, e a tensão não se elevou acima de 1 minuto-org. Às 10h00, o eletroscópio não podia ser carregado e às 13h00 iniciou-se uma tempestade violenta, que durou até 15h00. Em contraste, pode-se contar que um dia ensolarado se siga a dias que exibem uma curva de tensão regular e níveis relativamente altos de concentração de orgone durante as horas noturnas (1 a 3 minutos-org). As variações diárias são muito importantes para a orgonoterapia. Se expusermos pacientes à energia orgone em doses calculadas de acordo com a hora-op ou o minuto-org, então a duração da exposição terá de ser diferente nas horas iniciais da manhã do que ao meio-dia ou durante a noite avançada. Isso será preciso enquanto formos incapazes de regular a tensão do orgone independente do clima.

Medições de controle realizadas a intervalos regulares desde o verão de 1941 confirmaram as descobertas mais importantes: a tensão de energia orgone varia com o horário do dia; ela cai ou desaparece completamente antes ou durante uma chuva ou neve; as reações eletroscópicas ocorrem em contradição direta à teoria de ionização do ar.

O leitor formado em física terá feito a indagação: *que relação tem a energia orgone com a assim-chamada eletricidade estática?* Essa questão foi discutida em outro texto⁴.

5. DEMONSTRAÇÃO DA PULSAÇÃO ORGONÓTICA NO CAMPO DA MATÉRIA NÃO VIVA

As observações e os experimentos que se seguem foram realizados com o propósito de demonstrar a presença da energia orgone especificamente biológica no plano *puramente físico*. Esse empreendimento foi bem-sucedido, removendo desse modo qualquer possibilidade de um conceito místico, extraterreno, filosófico da energia biológica específica. As observações e os experimentos em questão são muito simples e fáceis de realizar.

4. Ver "Pulsção orgonótica", *op. cit.*

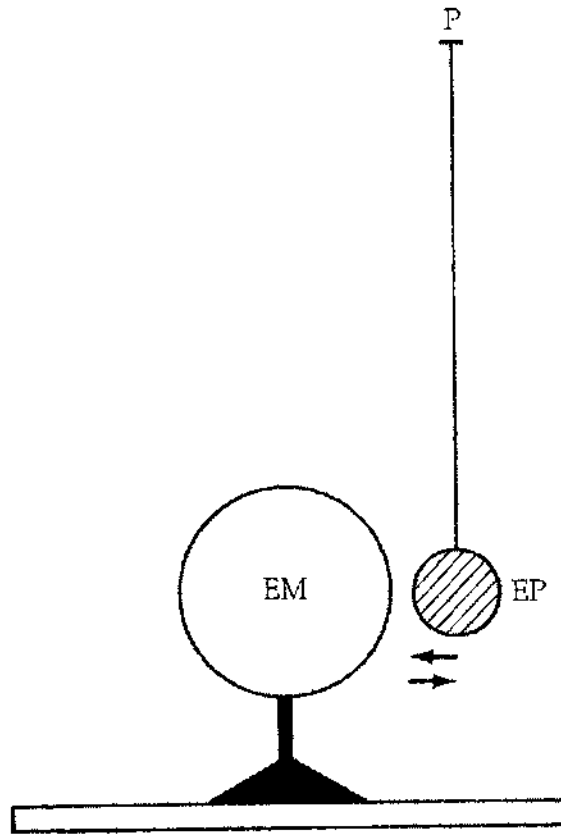
A oscilação de um pêndulo no campo de energia orgone pulsante de uma esfera de metal

Experimento: coloca-se uma esfera metálica de ferro ou aço, de cerca de 4 a 6 cm de diâmetro sobre uma superfície estável⁵, como uma mesa sólida, por exemplo. Suspende-se uma esfera bem menor, de cerca de 1 cm de diâmetro, na posição de pêndulo, a cerca de 0,5 cm do equador da esfera maior. Por razões definidas, o comprimento da linha do pêndulo deve ser de 16 cm, exatamente. Minha experiência é que se obtêm os melhores resultados fazendo a esfera do pêndulo a partir de uma mistura de terra e limalha de ferro (isto é, uma combinação de material orgânico e metálico) moldados juntos na água, que é depois colocada dentro de uma esfera oca feita com um vidro extremamente fino. A esfera maior e a esfera-pêndulo são então cobertas com uma tampa de celulose para protegê-las contra correntes de ar.

Observação: em tempo seco, ensolarado, a esfera-pêndulo oscila em direção ao centro da esfera de metal maior, espontaneamente. Quando a umidade relativa excede cerca de 70%, ou quando chove, os balanços do pêndulo vão se tornando menores, até pararem de vez. Eles retomam seu movimento espontâneo com a volta do tempo bom. Os balanços do pêndulo se tornarão maiores se o próprio organismo do observador tiver um campo de energia orgone forte e de longo alcance. As oscilações continuam sem parar, não importa onde se coloca o aparato. Elas são determinadas apenas pelas leis que governam qualquer pêndulo, o número de oscilações variando por unidade de tempo, dependendo do comprimento do pêndulo e sua altura acima do nível do mar.

Conclusão: este experimento demonstra a existência de um campo de energia orgone pulsando ao redor de uma esfera de ferro comum, capaz de levar à oscilação de um pêndulo livremente suspenso. O campo de energia orgone natural pulsa no plano da matéria não viva.

5. Essa disposição é vantajosa, porém não indispensável. Os movimentos de um pêndulo causados pela instabilidade da base em que se encontra são facilmente distinguíveis dos movimentos pendulares orgonóticos.



EM: esfera de metal
 P: pêndulo
 EP: esfera-pêndulo (metal e matéria orgânica)
 ⇔ : direção da oscilação

Figura 17. Demonstração de pulsação orgonótica na atmosfera

A pulsação da energia orgone atmosférica

Observação e experimento: meu experimento foi montado do seguinte modo: um telescópio com abertura de cerca de 9 cm e comprimento de 122 cm, capaz de um aumento de 185 vezes (fornecido por E. Vion, Paris, França) foi posicionado de tal maneira na margem de um lago que a margem oposta, a cerca de 6,5 a 13 km, pudesse ser observada claramente. Foram feitas observações na direção de todos os quatro pontos cardeais. Elas foram realizadas durante dois meses, no decorrer do verão de 1944, e quatro semanas no verão de 1945,

na minha cabana no lago Mooselookmeguntic, perto de Oquosoc, no Maine. Durante esses dois períodos, conduzi observações com intervalos de aproximadamente meia hora, todos os dias, do início da manhã até tarde da noite. Por razões que serão avaliadas, foram realmente registradas somente a média diária e as mudanças. A observação é a seguinte: quando o telescópio é apontado para o sul, é possível observar contra o fundo da margem oposta do lago, com um aumento de apenas 60 vezes, um movimento ondulante, pulsando, deslocando-se sempre *do oeste para o leste*, com poucas exceções. O movimento oeste-leste é constante, quer o lago esteja crespo ou liso, quer haja vento ou não e quer o vento seja do oeste para o leste ou do sul para o norte, forte ou fraco. Quanto mais se orienta o telescópio em direção ao oeste ou ao leste, mais difícil torna-se ver o movimento. Não se pode mais vê-lo quando o telescópio está dirigido completamente para oeste ou leste. A velocidade do movimento ondulante varia muito em horários diferentes. É independente da temperatura do ar. O "algo" na atmosfera se move mais rápido do que a terra; caso contrário, seu movimento não seria visto. Toda vez que se formou uma tempestade a oeste, a direção do movimento ondulante se inverteu ou parou de vez. Nunca o vi mover-se do sul para o norte ou do norte para o sul.

Essa observação telescópica é apoiada por uma observação que pode ser feita a olho nu, quando não há absolutamente nenhum vento ou brisa e a superfície do lago está completamente lisa: percebe-se uma pulsação de um número infinito de seções separadas sobre a água, enquanto o "todo" se move em pulsações mais ou menos rápidas do oeste para o leste.

Essas observações simples de fazer com um pouco de prática e paciência estão de acordo com a confirmação do campo de energia orgone pulsante ao redor da esfera de metal, e com o conceito básico da biofísica orgone da *função pulsatória fundamental da energia orgone*. Além disso, a rotação e a pulsação da energia orgone atmosférica do oeste para o leste estão em clara e inequívoca conformidade com determinadas observações astronômicas conhecidas há muito tempo. Tenho a intenção de discutir em outro texto, em detalhes, as

implicações para a astronomia do fenômeno descrito acima. No entanto, a conclusão preliminar é de que *a terra é cercada não somente por uma atmosfera de ar de composição química definida, mas também por um invólucro de energia orgone*. Esse "invólucro de orgone" gira do oeste para o leste, mais rápido do que a Terra. Ainda é preciso realizar uma pesquisa mais precisa sobre a relação entre a inversão dessa rotação e a formação do clima local. O invólucro de orgone girando não tem nenhuma relação com ondas de névoa ou movimento do ar, sendo independente desses processos.

Este relato deve ser considerado como uma descoberta preliminar que será confirmada e refinada quando as circunstâncias financeiras e sociais o permitirem. No entanto, pode ser relevante relatar aqui que a pulsação na atmosfera foi registrada com sucesso pelo oscilógrafo. Eu gostaria de reservar a apresentação deste fenômeno e de outras pesquisas sobre esse assunto para um outro momento.

6. DEMONSTRAÇÃO DA LUMINAÇÃO ORGONÓTICA NO MEDIDOR DO CAMPO DE ENERGIA ORGONE

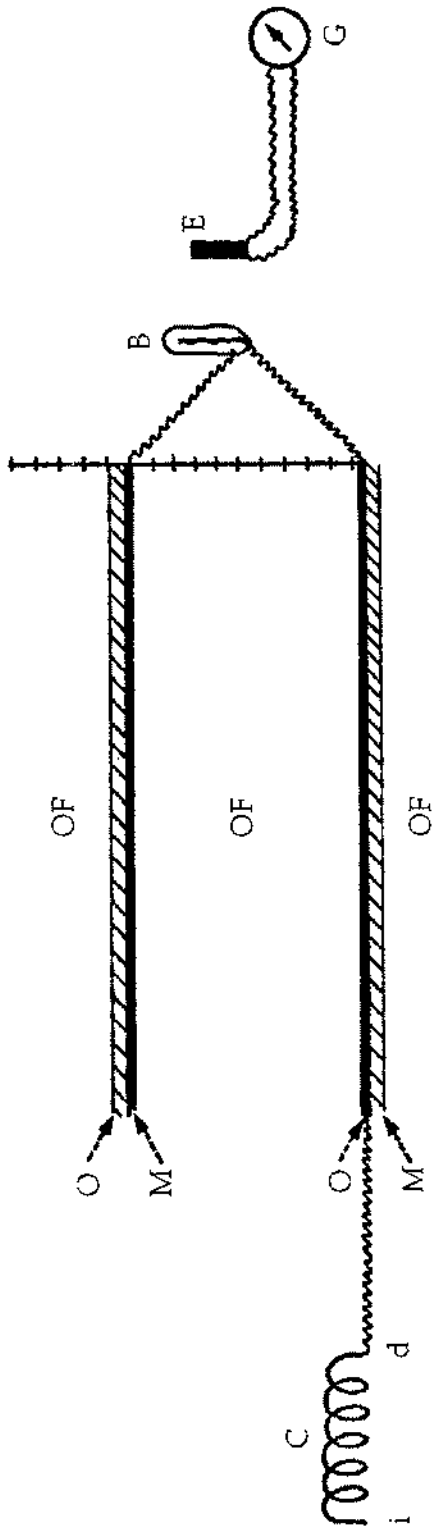
Experimento: conecta-se o outro pólo da bobina secundária de uma aparelhagem de indução (uma velha aparelhagem de diatermia, por exemplo) com um fio elétrico comum a uma chapa de ferro de 60 cm de comprimento e 30 cm de largura. A chapa de ferro está isolada com madeira no seu lado inferior. Monta-se então uma chapa de metal similar sobre a primeira e paralela a ela, a uma distância de 15 a 30 cm e de tal maneira que ela possa deslizar para cima e para baixo. O lado superior da chapa de metal de cima é isolado com um pedaço de plástico celotex ou material assemelhado, do mesmo tamanho que a chapa e com espessura de 1,3 cm. O fio elétrico conecta as duas chapas de ferro a uma lâmpada cilíndrica simples de cerca de 40 watts colocada entre eles. A corrente primária da aparelhagem de indução é mantida no nível mínimo necessário para fazer a lâmpada acender. O modo como se obtém essa luz dependerá da natureza da aparelhagem de indução utilizada, é claro.

Observação: 1. Um tubo de gás argônio (tubo fluorescente) mantido na mão e movido na direção da chapa de metal superior lumina. A distância da chapa em que ele começa a reluzir depende da força da corrente primária. A luz se apaga quando colocamos o tubo de gás na chapa superior e tiramos a mão. A luminância retorna tão logo aproximamos a mão novamente, e se torna particularmente forte se tocarmos o vidro do tubo. A luminância tem maior intensidade entre as duas chapas de metal, e diminui progressivamente à medida que aumenta a distância da aparelhagem. A luminância é intermitente. Através desse método, podemos determinar exatamente o campo de energia do medidor do campo de energia orgone.

2. A lâmpada cilíndrica entre as duas chapas de metal começa a luminar com mais intensidade quando abaixamos gradualmente as mãos na direção da chapa superior. A luminância torna-se especialmente intensa se realmente colocarmos as mãos na chapa superior. (Para evitar a possibilidade de choques elétricos, não deve haver metal na superfície da chapa.) Quanto mais superfície corporal aproximamos da chapa superior, mais forte a luminância. Ajustando cuidadosamente a força da corrente primária, podemos até perceber pulsações cardíacas, na forma de leves flutuações na intensidade da luminância.

3. Uma lâmina estática de eletroscópio não exhibe deflexão quando nos aproximamos de sua chapa com a palma da mão. Porém se colocarmos o eletroscópio no campo de energia da aparelhagem, na sua chapa superior, e então movermos a palma da mão na direção da chapa do eletroscópio – sem tocá-lo, é claro –, a lâmina do eletroscópio será influenciada.

4. Um ramo com muitas folhas, cortado há pouco tempo, faz com que a lâmpada se lumine, embora a luminância seja mais fraca do que aquela eliciada pela mão. Um peixe vivo ou morto recentemente colocado sobre a chapa de metal superior produz o mesmo efeito. Observe que quanto maior o tempo decorrido desde a morte do peixe, mais fraca a luminância. Ela acaba desvanecendo-se completamente. O mesmo decréscimo gradual em intensidade também vale para o ramo.



5. Não há luminância quando aproximamos um velho pedaço de madeira da chapa superior. (Certificamo-nos de que a madeira seja suficientemente comprida para que nosso próprio campo de energia orgone não entre em contato com o campo de energia orgone da aparelhagem, claro.) No entanto, uma chapa de ferro mantida acima e paralela à chapa superior faz com que a lâmpada cilíndrica lumine.

6. O gás argônio não pode ser levado a luminar no campo de energia de uma máquina de raios X de 60-80 kilovolts.

Conclusões

1. Contrastando com a voltagem elétrica simples de alta tensão, a bobina secundária de uma aparelhagem de indução desenvolve um campo de energia orgone que pode ser demonstrado pela luminância de um gás inerte, tal como hélio, argônio ou néon, sem que seja necessário nenhum fio de contato direto.

2. *A luminância orgonótica é resultado do contato entre dois campos de energia orgone.*

3. O efeito de luminância pode ser obtido apenas pelo contato entre um campo de energia orgone e o campo de um organismo vivo, não pelo contato com matéria orgânica não viva. Isso significa que o organismo vivo se distingue do organismo não vivo na medida em que ele possui um campo de energia orgone.

4. Ao instalar um olho elétrico sensível oposto à lâmpada cilíndrica, a energia iluminadora pode ser transformada em energia elétrica e medida em unidades elétricas por meio de um galvanômetro. O medidor de campo orgone pode, assim, ser utilizado para a determinação da intensidade e extensão do campo de energia orgone de um organismo vivo.

7. UMA FORÇA MOTORA NA ENERGIA ORGONE

No verão de 1947, determinadas observações foram realizadas e delas se tirou uma conclusão das mais significativas:

1. Ao utilizar diversos acumuladores ou um recinto de orgone construído especialmente, pôde-se obter uma alta concentração de energia orgone atmosférica. Isso é demonstrado pelos contadores Geiger-Müller registrando 40-80 impulsos por minuto, a um limiar de voltagem de 700-800 volts.

2. Os tubos do contador Geiger que absorveram energia orgone por serem mantidos em uma atmosfera de orgone de alta concentração durante várias semanas podem produzir 25 a 100 impulsos por segundo no contador de impulso, a um "limiar de rotação" de 900-1000 volts. Essa taxa de impulsos equivale a uma rotação uniforme do indicador no contador de impulso. Em outras palavras:

3. *A energia orgone é capaz de desenvolver uma força motora.* Após o término dos experimentos-controle, os detalhes relevantes serão publicados. Mas é evidente, neste ponto, que há uma força motora na energia orgone que oferece uma explicação para a locomoção de organismos vivos.

Capítulo V

A biopatia carcinomatosa de encolhimento

1. DEFINIÇÃO DAS BIOPATIAS

O tumor canceroso é somente um sintoma visível da doença que chamamos "câncer". O tratamento localizado do tumor canceroso através de cirurgia ou radiação com rádio ou raios X se constitui, portanto, apenas no tratamento de um sintoma, não da doença em si. Sob esse aspecto, a morte por câncer não é o resultado da presença de um ou mais tumores. É na verdade o resultado final da doença biológica sistêmica "câncer", que é causada por um processo de desintegração no organismo total. A literatura médica não fornece informação sobre a *natureza* dessa doença sistêmica. A assim-chamada *predisposição para o câncer* indica apenas que processos mortíferos, não investigados até agora, estão trabalhando por trás do tumor canceroso. A típica caquexia do câncer, o último estágio da doença, deve ser considerada somente como a fase extrema, visível do processo sistêmico desconhecido "câncer".

O termo "predisposição para o câncer" não tem significado. Gostaríamos portanto de substituí-lo pelo termo *biopatia carcinomatosa*, ou *biopatia do câncer*. O propósito do capítulo que se segue é demonstrar o processo que está na base da biopatia do câncer.

O termo *biopatias* se refere a todos os processos de doenças causadas por uma disfunção básica no aparelho vital autonômico. Depois de iniciada, essa disfunção pode se manifestar em uma diversidade de padrões sintomáticos de doença. A biopatia pode resultar em um carcinoma (biopatia carcinomatosa), mas pode, com a mesma facilidade, conduzir a uma angina do peito, asma, hipertensão cardiovascular, epilepsia, catatonia ou esquizofrenia paranoica, neurose de angústia, esclerose múltipla, coréia, alcoolismo crônico e assim por diante. Ainda ignoramos os fatores que determinam a direção em que uma biopatia se desenvolverá. De primeira importância para nós, no entanto, é o *denominador comum* de todas essas doenças: *um distúrbio na função natural de pulsação no organismo como um todo*. Fraturas, abscessos localizados, pneumonia, febre amarela, pericardite reumática, envenenamento alcoólico agudo, peritonite infecciosa, sífilis, etc. *não* são, conseqüentemente, biopatias. Eles não se desenvolvem a partir de distúrbios na pulsação autonômica do aparato vital total; eles estão circunscritos e podem de modo apenas secundário causar um distúrbio da pulsação biológica. Os resultados recentes da pesquisa biofísica orgone, no entanto, levantaram questionamentos quanto à exclusão da pneumonia e de algumas doenças cardíacas do campo das biopatias. Uma investigação posterior provará ou invalidará minha hipótese de que a *predisposição* para a pneumonia ou para doenças das válvulas cardíacas causadas pela "febre reumática" pode ser atribuída a uma extensão crônica da estrutura óssea do peito, resultante da fixação inspiratória característica do peito. Por enquanto, no entanto, usaremos o termo "biopatia" somente onde for incontestável que o processo da doença começa com um distúrbio da pulsação, não importa que padrão secundário de doença daí resulte. Por conseguinte, podemos distinguir uma biopatia esquizofrênica de uma biopatia cardiovascular, e estas de uma biopatia epilética ou carcinomatosa, e assim por diante.

Esse acréscimo à terminologia médica se justifica pelo fato de que não podemos compreender nenhuma das muitas doenças específicas do aparelho autonômico vital, a menos que:

1. as discriminemos das doenças cirúrgicas traumáticas e das infecciosas típicas;
2. procuremos e descubramos seu mecanismo comum, o distúrbio da pulsação biológica;
3. aprendamos a compreender suas diferenciações nos diversos padrões de doença.

O câncer é particularmente adequado a um estudo dos mecanismos fundamentais das biopatias, porque ele manifesta muitos dos distúrbios tratados na prática médica geral do dia-a-dia. Ele revela um crescimento patológico de células; ele possui como uma de suas características essenciais a intoxicação e putrefação bacteriana; ele se desenvolve a partir dos distúrbios químicos, assim como bioelétricos do organismo; ele está relacionado aos distúrbios emocionais e sexuais; ele gera um certo número de processos secundários, como a anemia, os quais se desenvolvem, sob outras condições, como doenças independentes; é uma doença decisivamente influenciada pelo nosso modo de vida "civilizado"; é alvo de muita preocupação tanto para o nutricionista, como para o endocrinologista ou o pesquisador de vírus.

As muitas manifestações do câncer, tal como a multiplicidade de neuroses e psicoses, encobrem um único denominador comum: *a estase sexual*. Isto nos conduz diretamente à nossa tese: *a estase sexual representa um distúrbio fundamental da pulsação biológica*. A excitação sexual é uma função básica do sistema plasmático vivo. *A função sexual é, de maneira demonstrável, a função produtiva vital em si*¹. Um distúrbio crônico desta função deve necessariamente coincidir com uma biopatia.

A estase da excitação biossexual se manifesta principalmente de duas maneiras: *indiretamente*, como distúrbio emocional do aparelho psíquico, isto é, como uma neurose ou psicose; ou *diretamente*, como um distúrbio funcional dos órgãos, caso em que aparece como uma doença orgânica. De acordo com nosso conhecimento atual, ela não pode realmente gerar doenças infecciosas.

1. Ver Wilhelm Reich, *A função do orgasmo*.

O mecanismo central de uma biopatia é um distúrbio na descarga da excitação biossexual. Esta afirmação requer uma comprovação o mais detalhada possível. Mas não seria surpresa que processos físicos e químicos bem como fatores emocionais atuassem nas biopatias. A harmonia psicossomática do sistema biológico total é ainda mais clara e evidente na emoção biossexual. É apenas lógico, portanto, que distúrbios da descarga de energia biossexual, onde quer que apareçam, formem a base para distúrbios do funcionamento biológico, isto é, uma biopatia.

2. ENCOLHIMENTO BIOPÁTICO

O processo vital no homem é fundamentalmente o mesmo que o da ameba². Sua principal característica é a pulsação *biológica*, a alternância entre *contração* e *expansão*. Esse processo pode ser observado nas contrações rítmicas dos vacúolos ou nas contrações e movimentos sinuosos do plasma nos organismos unicelulares. Nos metazoários, sua manifestação mais óbvia encontra-se no sistema cardiovascular, em que a batida do pulso é uma clara evidência de pulsação. Sua manifestação no organismo como um todo varia de acordo com a estrutura dos órgãos individuais. Nos intestinos, por exemplo, a pulsação aparece como “peristalse” – ondas de expansão e contração alternadas. Na bexiga, a pulsação biológica funciona em resposta ao estímulo de expansão mecânica causada pela reenchimento da bexiga com urina. O processo também se manifesta nas funções musculares, como contração dos músculos estriados e peristalse ondulante dos músculos lisos. Ele permeia todo o organismo na convulsão orgástica (reflexo de orgasmo).

Nem os movimentos pulsatórios dos órgãos do corpo nem seus distúrbios, como bloqueios, encolhimentos e assim por diante, são compatíveis com a noção predominante de que os nervos agem

2. Ver Wilhelm Reich, “*Der Urgegensatz des vegetativen Lebens*” [A oposição primária da vida vegetativa] (1934).

meramente como condutores de impulsos, enquanto eles próprios permanecem rígidos e imóveis. *Os movimentos autonômicos só podem ser compreendidos se o próprio sistema nervoso autônomo tiver mobilidade.* Prova disso são as observações diretas. Colocamos, por exemplo, um verme da farinha, suficientemente transparente, sob um bom microscópio, posicionado de tal modo que focalize o gânglio e suas *fibras*. Como o verme se movimenta o tempo todo e reage claramente ao estímulo de luz, a focalização exige repetida movimentação dos controles de ajuste fino. Esse experimento oferecerá evidência convincente de que *o sistema nervoso autônomo não é rígido, mas que na verdade se contrai e expande.* Os movimentos dos nervos são sinuosos, lentamente ondulantes e, de vez em quando, espasmódicos. Eles antecedem de modo consistente os movimentos do organismo total que a eles correspondem em uma fração de segundo: primeiro o nervo e suas ramificações se contraem, depois se contrai a musculatura. A expansão ocorre da mesma maneira. À medida que o verme morre, o sistema nervoso encolhe gradualmente e ali ocorre um encurvamento do organismo. Esse processo gradual de encolhimento é interrompido por contrações ocasionais. Depois de um período de completa imobilidade, a contração rígida (*rigor mortis*) diminui, o organismo vai afrouxando, assim como os nervos, e o movimento não pode mais voltar.

O encolhimento biopático começa com uma preponderância crônica da contração e uma inibição da expansão no sistema plasmático. Isto se manifesta de maneira mais nítida nos distúrbios respiratórios de pacientes neuróticos e psicóticos, em que há uma restrição da pulsação pulmonar e torácica (alternância de expansão e contração) e predomina a atitude inspiratória. A contração geral (simpaticotonia) não se limita aos órgãos individuais. Ela abrange todos os sistemas de órgãos, seus tecidos, o sistema sanguíneo, o endócrino, bem como a estrutura de caráter. Ela se manifesta de diversas formas segundo sua localização, como, por exemplo, pressão sanguínea alta e taquicardia no sistema cardiovascular, encolhimento dos glóbulos vermelhos de sangue (formação de bacilos T, poiquilocitose, anemia) no sistema sanguíneo, bloqueio afetivo e encorajamento

de caráter na esfera das emoções, constipação espasmódica no canal alimentar, palidez da pele, impotência orgástica na função sexual e assim por diante.

Aqui, o leitor atento levantará uma objeção: pode-se falar de “encolhimento”, perguntará, quando o aparato autonômico vital está simplesmente num estado de contração crônica? Não será possível que a contração venha a ceder e a função de pulsação completa se restabeleça? Não se deveria fazer uma distinção entre “contração crônica” e “encolhimento” do sistema nervoso autonômico? O encolhimento não poderia muito bem ser *resultado* da contração crônica dos nervos autonômicos, isto é, um definhamento gradual do aparato vital, uma morte gradual, prematura?

A objeção está correta. *Na verdade, o encolhimento biopático no câncer é consequência de uma contração crônica e gradual do aparato autonômico vital.*

3. PREMISSAS ECONÔMICO-SEXUAIS

Os seguintes fatos, familiares em função de nossa prática clínica econômico-sexual, relacionam a função sexual ao câncer:

1. Respiração externa empobrecida, o que resulta em um distúrbio na respiração interna nos tecidos.
2. Distúrbios nas funções orgonóticas de carga e descarga dos órgãos autonômicos, principalmente os sexuais.
3. Espasmos crônicos da musculatura.
4. Impotência orgástica crônica.

A relação entre distúrbios na descarga de energia sexual e câncer não foi examinada cuidadosamente, todavia ginecologistas experientes têm consciência dessa conexão. Os distúrbios respiratórios e espasmos musculares são consequências diretas de um medo adquirido da excitação sexual (impotência orgástica). Órgãos espásticos pouco carregados ou com respiração insuficiente desenvolvem

uma fraqueza biológica que os torna altamente vulneráveis a todo tipo de estímulos geradores de câncer. Os órgãos que funcionam de uma maneira biologicamente natural resistem aos mesmos estímulos. Essa é uma afirmação óbvia e necessária.

As descobertas clinicamente estabelecidas sobre carga biológica deficiente, espasmo muscular e respiração externa e interna reduzida dão ao conceito de "predisposição para o câncer" um conteúdo tangível. Quero agora mostrar como as descobertas na prática clínica econômico-sexual preparam a via para a pesquisa de câncer.

O exame econômico-sexual das neuroses de caráter revelou um sem-número de vezes o papel crucial dos *espasmos musculares e seu efeito desvitalizador sobre o organismo*. O espasmo muscular e a deficiência de carga orgonótica são sentidos subjetivamente como "amortecimento". A hipertensão muscular, que resulta da estase sexual crônica, causa regularmente uma diminuição das sensações de órgão, a ponto de o indivíduo se sentir morto. Esse processo corresponde a um bloqueio da atividade bioenergética no órgão afetado. O bloqueio da excitação biossexual nos genitais, por exemplo, se faz acompanhar por um espasmo da musculatura pélvica, como os espasmos uterinos de mulheres frígidas e neuróticas, que levam freqüentemente a dores e distúrbios menstruais, pólipos e miomas. O espasmo uterino não tem outra função senão impedir que a energia biossexual seja sentida na vagina. Os espasmos que inibem o fluxo livre das correntes plasmáticas afetam particularmente a musculatura *anular*, como por exemplo na garganta, na entrada e saída do estômago, no ânus e assim por diante. Essas são áreas do organismo em que o câncer acontece com freqüência significativa. O distúrbio na carga biológica em uma glândula, uma membrana mucosa ou uma área específica da pele é causado por um bloqueio muscular próximo do ponto afetado que interrompe a corrente plasmática. Uma mulher que tratei com orgonoterapia tinha uma lesão carcinomatosa incipiente na quarta cartilagem costal do lado direito, confirmada por raios X. Essa condição resultava da contração espástica do músculo peitoral direito ao longo de várias décadas devido a uma forte contenção nos ombros, gerada por impulsos

reprimidos de bater. Ela nunca experimentou orgasmo e sofria de flerte compulsivo.

Na prática da orgonoterapia, deparamos não só com distúrbios de caráter neuróticos, mas também, o que é bastante comum, com esquizofrenia, epilepsia, doença de Parkinson, manifestações reumáticas e cancerosas. Uma doença orgânica pode vir à tona durante o tratamento ou se desenvolver posteriormente, lembrando evidências anteriores que a prenunciaram, como, por exemplo, os espasmos na musculatura pélvica, que ocorrem com tanta freqüência nas mulheres e resultam habitualmente no desenvolvimento de tumores benignos nos órgãos genitais.

Na nossa prática clínica, defrontamo-nos com a pergunta importante sobre o que acontece à excitação sexual *somática* quando ela não é regularmente descarregada. Sabemos apenas que a excitação biossexual pode ser restringida e confinada na tensão muscular crônica. Nas pacientes do sexo feminino, essa tensão se manifesta como espessamentos com a forma de nódulos no útero e pode ser sentida como grumos acima do púbis. O espasmo muscular do útero costuma se ampliar até o esfíncter anal e a vagina, indo até os adutores da coxa. A pelve está em geral retraída e a porção sacral da coluna vertebral fica muitas vezes rígida e ancilosada. A lombalgia e a lordose são características dessa condição. Não há sensações de órgão na pelve. Durante a expiração, a onda de excitação vegetativa é bloqueada pelo peito duro e levantado ou pelo abdômen tenso. A excitação dos grandes gânglios abdominais não penetra os órgãos genitais. Há, por conseguinte, um distúrbio do funcionamento biológico: os genitais não são mais suscetíveis à excitação biológica.

Muitas mulheres que sofrem de tensão genital e anestesia vaginal se queixam de que "algo não está certo aí embaixo". Elas contam que experimentaram durante a puberdade os conhecidos sinais de excitação biossexual, coçar e formigar, e que aprenderam a lutar contra essas excitações prendendo a respiração; a conseqüência é que não sentiam mais nada. É comum relatarem que, depois, começaram a ter uma sensação de "amortecimento" ou "dormência" nos

genitais que as preocupava. Como o estado biológico dos órgãos se espelha nas sensações de órgão, devemos imputar a essas descrições um sério significado para a avaliação de processos somáticos³.

A inibição sexual encontrada comumente em mulheres é responsável pela prevalência de câncer mamário e genital. Essa inibição pode estar presente em um número infindável de casos durante décadas antes de tomar a forma de um câncer.

O seguinte caso ilustra de modo particularmente simples a relação direta entre couraça de caráter, espasmo muscular e surgimento de um tumor canceroso.

Um homem de quarenta e cinco anos de idade chegou ao meu laboratório para tratamento de uma obstrução total do esôfago causada por um crescimento carcinomatoso. A absorção de alimentos sólidos havia se tornado impossível e, além disso, ele vomitava líquidos imediatamente. Os raios X mostraram uma área opaca do tamanho de um pequeno punho e uma obstrução completa no meio do esôfago. O definhamento e a fraqueza já se faziam notar, assim como uma anemia grave e uma intoxicação por bacilos T. A história do paciente revelou os seguintes fatos: vários meses antes da primeira ocorrência dos sintomas de câncer, seu filho, por quem nutria um amor especial, havia sido convocado para o serviço militar. Isso o preocupou e o deprimiu profundamente. (Do ponto de vista do caráter, ele tendia à depressão.) Em poucos dias desenvolveu um espasmo no esôfago. Teve dificuldades para engolir que, no entanto, desapareciam quando bebia água. Essas queixas, acompanhadas de um sentimento de pressão no peito, se apresentaram e desapareceram durante um certo tempo, até que, um dia, tornaram-se irreversíveis. A dificuldade para engolir aumentou rapidamente. Ele visitou um médico, o qual verificou a existência de um estreitamento e um pequeno tumor. O tratamento com raios X se mostrou ineficaz. Meses depois, o homem estava a ponto de morrer de fome. Deve-se observar que ele sofria de uma forte rigidez na

3. As mulheres são habitualmente incapazes de compreender suas próprias sensações de órgão. É preciso realizar uma exploração carátero-analítica para capacitá-las a tanto.

musculatura do maxilar desde a infância; sua face carregava uma expressão dura, implacável. O movimento passivo dos maxilares estava marcadamente truncado. Em coerência com o quadro, havia restrição da fala; ele falava entre dentes.

Ainda não é possível avaliar a extensão total da devastação somática resultante da inibição do ritmo biológico natural que se manifesta na respiração, na tensão sexual e na gratificação. Uma respiração prejudicada deve causar sérios danos à respiração interna dos órgãos, quer dizer, ao suprimento de oxigênio e eliminação de dióxido de carbono. Vários anos atrás, quando reconheci o papel relevante das deficiências respiratórias nos distúrbios emocionais, lembrei que *no tecido canceroso há uma deficiência marcante de oxigênio.*

O cientista vienense Warburg descobriu que os diversos estímulos de câncer têm uma característica comum, qual seja, a produção de uma deficiência local de oxigênio que, por sua vez, causa um *distúrbio respiratório* nas células afetadas⁴. De acordo com sua hipótese, a célula cancerosa é uma célula que respira mal, deficiente em oxidação tissular. Warburg vê essa deficiência de oxigênio, que conduz ao distúrbio respiratório das células, como uma causa do câncer. Ele raciocinou que, em áreas afetadas circunscritas, as únicas células capazes de sobreviver e se desenvolver posteriormente serão as que superaram o distúrbio respiratório causado pela deficiência de oxigênio, assumindo desse modo o metabolismo das células cancerosas. O processo é basicamente um distúrbio no metabolismo da energia. O distúrbio respiratório é uma propriedade de todos os tumores malignos conhecidos, incluindo-se o sarcoma de Rous. *O metabolismo do câncer deve, portanto, ser visto como o metabolismo de células crescendo normalmente em uma condição de anoxia.*

Todavia não podemos concluir, a partir das corretas descobertas de Warburg, que a célula cancerosa é só uma célula normal que assume um diferente tipo de crescimento por causa de deficiência de oxigênio. Biologicamente, a célula cancerosa é basicamente diferente da célula normal; ela nada é senão uma formação protozoária.

4. Ver Otto Warburg em *Biochemische Zeitschrift* [Revista Bioquímica], vol. 317, entre outros.

Essas descobertas oferecem o elo factual entre as funções autonômicas vitais e o câncer.

4. DA ANAMNESE DE UM PACIENTE DE CÂNCER: UM EXPERIMENTO EM ORGONOTERAPIA

Eu gostaria de apresentar agora a anamnese de uma paciente de câncer que é especialmente reveladora da natureza da biopatia de encolhimento.

O irmão da paciente relatou que a doença se instalara três anos atrás, na forma de uma dor cruciante no osso direito do quadril. A dor era incessante e “puxava”. Naquela época, a paciente pesava cerca de 56,6 kg. Ela não conseguia se levantar sozinha quando estava deitada de costas. Seu médico diagnosticou um espasmo sacroilíaco e lhe receitou injeções de morfina e atropina, porém sem sucesso. A dor continuou aguda e a paciente não podia sair da cama. De acordo com os relatos de seus familiares, ela ficava deitada de costas, imóvel. Três meses depois, a paciente começou a apresentar episódios de vômito. Nessa época, a dor se espalhou da região sacroilíaca até a quinta vértebra cervical. Os raios X mostraram uma vértebra colapsada. Um ortopedista fez com que a paciente fosse engessada. Esse médico foi o primeiro a descobrir uma atrofia da décima vértebra dorsal, atribuível a um tumor canceroso na mama esquerda. O diagnóstico de câncer foi então confirmado através de biopsia. Submeteram a paciente a um tratamento de raios X na pelve e na coluna vertebral. Ela permaneceu no leito. Outro médico então a esterilizou usando raios X. Quando deixou a clínica, seu peso estava abaixo de 40 kg.

O prontuário hospitalar da paciente continha as seguintes informações: quatro meses antes de sua admissão, começara a sentir dores no quadril direito, principalmente quando caminhava. Era muito difícil conseguir se sentar. Ficamos impressionados pelo fato de que as dores que mantiveram a paciente na cama por mais de dois anos não eram sentidas originalmente na área do tumor canceroso. As

dores estavam no quadril direito, enquanto o tumor original se localizava na mama esquerda, com metástase na coluna vertebral.

A paciente também sofria de vômitos. O registro do hospital informou que ela ficava de cama e só podia se deslocar com muita dor. Não havia aumento dos gânglios linfáticos. O tumor de mama media cerca de $3 \times 2 \times 6$ cm. Mesmo nessa época, os movimentos das pernas eram restritos. O sacro estava rígido e a coluna vertebral dolorosamente sensível em quase todo o seu comprimento. O diagnóstico do hospital era *carcinoma da mama esquerda com metástase óssea*, e seu médico do hospital concluiu que o caso não tinha esperança.

Vinte e seis meses depois da descoberta do tumor de mama, a paciente foi trazida ao meu laboratório experimental de câncer. Ela mal conseguia ficar de pé sozinha e precisava ser ajudada por dois familiares. Sua pele, principalmente na face, era cinzenta e retraída em volta do nariz. As dores nas costas, nitidamente localizadas na décima segunda vértebra dorsal, eram extraordinariamente fortes. A mama esquerda exibia um tumor do tamanho de uma maçã pequena, com pouca mobilidade. Um teste de sangue realizado no mesmo dia produziu os seguintes resultados: conteúdo de hemoglobina, 35%; presença de bacilos T em caldo de cultura fortemente positiva depois de vinte e quatro horas. Observou-se a existência de bactérias de putrefação alongadas, sinuosas, e os glóbulos vermelhos do sangue em sua maior parte estavam em um estado de desintegração bionosa, com grande quantidade de espículas T. Pôdem-se observar também pequenas células redondas nucleadas e agrupamentos de bacilos T. O teste de autoclave produziu predominantemente bions azuis, mas as vesículas eram pequenas e tinham uma radiação fraca. A inoculação do caldo de cultura em ágar-ágar produziu uma borda distinta de bacilos T⁵. Esses resultados indicavam uma fraqueza biológica extrema do sistema sanguíneo. O exame radiográfico revelou o seguinte:

5. Ver Wilhelm Reich, *Bion Experiments on the Cancer Problem* [Experimentos com bions para o problema do câncer]. (Sexpolverlag, 1939.)

EXAME DE RAIOS X DE TODA A COLUNA VERTEBRAL

A quinta vértebra cervical está colapsada. Nada de significativo foi encontrado nas outras vértebras cervicais. A porção dorsal exibe colapso da décima e décima segunda vértebras e um estreitamento do espaço da articulação entre a terceira e quarta vértebras. Há também uma forte sugestão de lesão metastática no terço médio da nona costela direita.

Não há lesões presentes na porção lombar, porém existem três áreas redondas de menor densidade no flio direito, perto da articulação sacroilíaca, sugerindo fortemente lesões metastáticas, embora possam ser sombras de gás do ceco.

Conclusão: *múltiplas lesões metastáticas ósseas.*

O médico a quem enviei a paciente para exame geral afirmou que não havia mais esperança para o caso, com base no exame de raios X. No entanto, foi a fraqueza biológica do sangue, e não as radiografias, o que mais me impressionou.

Dois médicos amigos da família da paciente declararam que ela não sobreviveria mais do que duas semanas. Outro médico sentiu que a paciente poderia viver dois meses, no máximo, com base nas informações recebidas dos médicos do hospital.

A couraça muscular

A postura biofísica da paciente quando a vi pela primeira vez era a seguinte: sua mandíbula estava tensa e apertada; ela falava entre dentes, como que sibilando; os masseteres reagiam com um grande espasmo a qualquer tentativa de abaixar a mandíbula. A musculatura superficial e profunda do pescoço era extraordinariamente rígida, principalmente na região supraclavicular. A paciente mantinha a cabeça de algum modo puxada para dentro e inclinada para a frente, como se estivesse com medo de que algo terrível pudesse acontecer ao seu pescoço se ela mexesse a cabeça. A princípio, essa posição da cabeça e do pescoço parecia decorrer de sua quinta vértebra cervical colapsada. A paciente estivera usando colarinho de gesso durante algum tempo e existia a possibilidade de

uma fratura da coluna cervical em conseqüência de um movimento excessivamente rápido ou extenso demais. Como ficou claro mais tarde, a paciente se aproveitou desse fato como defesa neurótica. *O medo de mover o pescoço existia muito tempo antes do colapso da vértebra. Com efeito, sua postura na região da cabeça e pescoço era apenas parte de uma atitude biofísica geral que precisávamos entender não como resultado, mas como a causa biopática de seu câncer.*

Todos os reflexos da cabeça, tronco e pernas eram normais. A respiração estava gravemente perturbada. Os lábios eram retraídos e as narinas algo distendidas, pois ela se esforçava para inalar pelo nariz. O tórax era imóvel, não podia se contrair e expandir seguindo o ritmo da respiração e permanecia cronicamente parado na posição inspiratória. Quando solicitada a expirar por inteiro, a paciente não conseguia; na verdade, ela não parecia compreender o que lhe era solicitado. A tentativa de forçar o tórax manualmente na posição expiratória, isto é, empurrá-lo para baixo, era frustrada por uma marcada resistência muscular. A cabeça, o pescoço e os ombros formavam uma só massa sólida, como se fosse impossível o movimento independente das articulações individuais. A paciente só conseguia levantar os braços muito lentamente e com grande dificuldade. O aperto das duas mãos era excepcionalmente fraco. Os músculos escapulares eram extremamente tensos e cheios de nós. Os músculos entre as escápulas eram dolorosamente sensíveis ao toque em ambos os lados da coluna cervical.

A parede abdominal também era tensa e reagia com forte resistência à mais leve pressão. A musculatura das pernas parecia delgada se comparada com o resto do corpo, estava como que atrofiada. A peixe apresentava uma retração e imobilidade nítidas.

O exame psiquiátrico superficial revelou as seguintes informações: a paciente havia sofrido de insônia durante muitos anos antes da descoberta do tumor canceroso. Fora viúva por doze anos. O casamento durou dois anos; era aparentemente estável, mas na realidade havia sido infeliz. Diferente de tantos casos de infelicidade marital em que não há consciência de sofrimento, a paciente sempre estivera totalmente consciente de que seu casamento era

ruim. O marido era impotente. Quando o coito finalmente acontecia, o marido tinha ejaculação precoce e a paciente continuava insatisfeita. Nos primeiros meses de casamento, sua insatisfação sexual lhe causou muito sofrimento. Mais tarde, ela "se acostumou". Sempre teve consciência da necessidade de gratificação sexual, mas não conseguiu encontrar os meios para obtê-la. Quando o marido morreu, ela se dedicou à educação do filho, rejeitando quaisquer aproximações de homens e evitando o contato social. Com o tempo, sua excitação sexual amainou. Foi substituída por estados de angústia, que ela combateu com diversas fobias. Quando chegou a mim, não apresentava angústia; parecia emocionalmente bem equilibrada e reconciliada com seu destino. Para o analista de caráter, isto configurava a imagem familiar de resignação neurótica; ela já não apresentava mais impulso para mudar sua vida. Evitei uma sondagem mais profunda do conflito latente da paciente e me ative a pôr o foco nas mudanças orgânicas, que logo surgiram.

Os resultados do experimento de orgonoterapia

Será apresentado posteriormente um relato preciso da técnica da orgonoterapia⁶. Aqui transmitirei apenas o essencial.

Nossos experimentos de orgonoterapia com pacientes de câncer consistem em fazer com que se sentem no acumulador de orgone. A energia orgone "acumulada" no interior desse recinto penetra o corpo despido e é, além disso, aspirada. O tempo de exposição dos pacientes à radiação no acumulador é determinado pela tensão da energia atmosférica, medida em minutos-org, através da comparação entre a velocidade da descarga eletroscópica dentro do acumulador com a velocidade de descarga no ar fora do acumulador⁷.

6. Ver Capítulo VII.

7. A concentração de energia orgone dentro do acumulador é de cerca de três a cinco vezes maior do que ao ar livre. Uma unidade de carga eletroscópica descarrega dentro do acumulador duas, três ou cinco vezes mais lentamente do que na atmosfera. Quanto mais minutos leva para que uma só unidade descarregue, mais alta a tensão de energia orgone.

Durante as sessões iniciais do experimento, expus a paciente a 30 minutos-org de radiação, quer dizer, ela permaneceu dentro do acumulador durante trinta minutos, exposta à radiação durante a qual ocorre descarga eletroscópica a uma taxa de sessenta minutos por unidade.

Neste relato, desejo mencionar apenas aquelas reações características de todos os pacientes de câncer submetidos à orgonoterapia. As reações individuais serão assinaladas como tais.

Durante a primeira exposição da paciente à radiação orgone, a pele entre as escápulas avermelhou-se em um determinado local que, dois meses depois, teria um papel significativo em sua doença funcional. Da segunda exposição em diante, as reações tornaram-se mais intensas e distintas. A dor na região da décima vértebra dorsal decresceu regularmente durante a irradiação. A redução da dor geralmente se mantinha até a próxima sessão. As dores se intensificavam de modo agudo no mau tempo, especialmente quando havia umidade ou chuva. Durante a segunda exposição da paciente, a vermelhidão da pele espalhou-se até a parte superior das costas e peito. Quando a radiação foi interrompida por cinco minutos, a vermelhidão desapareceu, voltando quando ela entrou novamente no acumulador. Da terceira irradiação em diante, a paciente sentiu o ar no acumulador "mais fechado e pesado". "Me sinto como se estivesse enchendo"; "Ouço um zumbido ao redor dos ouvidos que vem de dentro"; "algo me deixa forte"; "algo está se limpando no meu corpo". Durante a terceira exposição, a paciente também começou a transpirar, principalmente debaixo dos braços. Quando perguntada a respeito, informou que nunca havia transpirado nos últimos anos.

Essas reações do organismo aos efeitos da radiação orgone são características de todos os pacientes com câncer. Alguns podem apresentar uma reação particular mais proeminente, em outros, há predomínio de outra característica. O avermelhamento da pele, a diminuição da pulsação cardíaca, o surgimento de transpiração quente e as sensações subjetivas de algo no corpo "afrouxando", "preenchendo" ou "inchando" etc. representam um padrão de reações para

as quais só pode haver uma interpretação: a postura cancerosa é determinada por uma simpaticotonia, isto é, pela contração vegetativa. É por este motivo que os sintomas da maioria dos pacientes de câncer incluem pulso acelerado, palidez, pele seca, manchada e cianótica, faces cavadas, funcionamento preguiçoso dos órgãos, constipação e a incapacidade para transpirar. *O efeito da radiação de energia orgone é vagotônico.* Em outras palavras, ele age como uma contraforça que resiste ao encolhimento simpaticotônico geral do organismo. O pulso de um paciente exposto à radiação orgone no acumulador pode cair em vinte minutos de 120 para 90 ou de 150 para 110. Nenhuma medicação acompanha esse fenômeno. A vermelhidão da pele e o surgimento de transpiração são fenômenos correspondentes; os vasos sanguíneos periféricos se dilatam e a pressão sanguínea decresce. Em termos de pulsação biológica, *a contração crônica do sistema plasmático cede e dá lugar à expansão vagotônica.* Esta "expansão plasmática" se faz acompanhar da redução da dor característica do câncer.

Atribui-se habitualmente a dor sofrida pelos pacientes de câncer aos danos mecânicos locais causados pelo tumor ao tecido. Em alguns casos, a causa da dor é indubitavelmente essa, como nos casos em que há pressão sobre um nervo ou dano em um órgão sensível, por exemplo. No entanto, a dor de câncer característica a que estou me referindo deve ser claramente diferenciada das dores locais, produzidas mecanicamente. Irei me referir a ela especificamente como "dor de encolhimento". Para compreendê-la, precisamos revisar alguns fatos negligenciados até o presente momento.

A economia sexual deve renunciar à visão que domina a medicina contemporânea de que os nervos autonômicos dos organismos multicelulares simplesmente transmitem impulsos e são rígidos eles mesmos. Não se pode compreender as dores que "rasgam" e "puxam" sem perceber que o próprio sistema nervoso autônomo se expande e contrai, ou seja, é móvel. Como demonstrei anteriormente, esse fato pode ser confirmado através do exame microscópico do sistema nervoso autônomo em vermes da farinha, por exemplo. Observamos que as fibras dos nervos do gânglio autonômico se

expandiam e contraíam e, com efeito, se moviam independentemente dos movimentos do organismo total. Esses movimentos na verdade precediam os da totalidade do corpo. Os impulsos se manifestavam primeiro nos movimentos do sistema nervoso autônomo e eram transmitidos secundariamente para os órgãos mecânicos locomotores do organismo. Essa descoberta soa revolucionária e estranha, mas factualmente representa uma conclusão banal, posteriormente confirmada por observação direta, a qual tive de extrair das funções pulsatórias do organismo. *A contração e a expansão da ameba continuam existindo no organismo multicelular na forma de sistema nervoso autônomo contrátil e expansível. Esse sistema nervoso autônomo nada mais é do que plasma contrátil organizado. O movimento emocional, vegetativo, autonômico é portanto uma expressão direta da corrente plasmática.* A noção prevaiente da rigidez dos nervos autonômicos não explica nenhum dos fenômenos observados no funcionamento biofísico, como o prazer, o medo, a tensão, o relaxamento, as sensações de pressão, de empuxo, de dor e assim por diante. Por outro lado, a capacidade de contração do sistema nervoso autônomo, que forma uma unidade (sincício) funcional e histológica, explica de maneira simples nossas sensações plasmáticas subjetivas. O que sentimos como prazer é uma expansão do nosso organismo. No prazer, que corresponde à expansão vagotônica, os nervos autonômicos na verdade se estendem para o mundo. Na angústia, por outro lado, sentimos um arrastar-se de volta para si mesmo: um encolher-se, um esconder-se, um estreitamento (*angustiae, Angst*). Nestas sensações estamos experimentando o processo real de contração do sistema nervoso autônomo.

Sentimos o orgasmo como uma convulsão involuntária; isto reflete, novamente, o processo objetivo de expansão e contração de todo o sistema plasmático. A dor dos pacientes de câncer espelha a retração dos nervos autonômicos da área adoentada e o "puxão" nos tecidos. A expressão "dor que puxa" ou "dor que dilacera" está completamente de acordo com o processo objetivo. O fato simples e inequívoco da identidade entre nossas sensações de órgão e os processos reais no sistema nervoso autônomo só pode ser negado se for

assumida uma atitude mecanicista inflexível, destituída de vida e de consideração pela biologia e pela psicologia. Uma perspectiva como essa exila nossas sensações de órgão ao campo da metafísica e, portanto, não se aplica a fato algum da síndrome do câncer.

Compreendemos agora o fenômeno aparentemente extraordinário da diminuição ou desaparecimento da dor do câncer que costuma acontecer no acumulador de orgone. Se a dor do câncer não for expressão de uma lesão mecânica local e sim de uma contração geral dos nervos autonômicos, um "puxão nos tecidos", então será possível compreender que a expansão vagotônica dos nervos reduza o "puxão" e, portanto, a dor.

Esta descoberta revela um efeito essencial da energia orgone: *ela carrega os tecidos vivos e desencadeia uma expansão do sistema plasmático (vagotonia).*

A revitalização geral das funções do organismo pela radiação orgone se manifesta também no quadro sanguíneo dos pacientes cancerosos.

Quando a paciente chegou a nós, o nível de hemoglobina estava em 35%. Dois dias depois, era de 40%; quatro dias depois, 51%; sete dias depois, 55%; nove dias depois, 63%; catorze dias depois, 75%; passadas três semanas, a hemoglobina atingiu o nível normal, 85%. A paciente pôde deixar o leito, assumir novamente os cuidados maternos e, depois de anos de inatividade e confinamento em uma cama, começou a trabalhar de novo. Porém ela exagrou; foi às compras, gastando horas em diferentes lojas de departamentos. Suas dores haviam desaparecido; ela dormiu bem e se sentiu completamente saudável. Fez o serviço doméstico sem nenhum auxílio. Tive que adverti-la de que ela tinha uma doença extremamente séria para superar e não deveria se esgotar. Minha advertência provou estar correta. Passadas seis semanas aproximadamente, a paciente se sentiu cansada e a hemoglobina caiu para 63%. A dor nas costas não voltou mas, pela primeira vez, ela se queixou de dificuldade para respirar e de uma dor "migratória" na região do diafragma. Prescrevi repouso ao leito e o quadro sanguíneo melhorou novamente. A hemoglobina logo se elevou a 70% e, oito dias de-

pois, voltou ao normal com 85%. Seu peso permaneceu constante, por volta de 56 kg. Depois de outras quatro semanas, sua taxa de hemoglobina ainda era de 85%.

A paciente não precisava mais ser trazida a mim de automóvel. Ela vinha sozinha diariamente de metrô para seguir o seu tratamento. Os familiares e médicos que a trataram estavam atônitos, entretanto a reação dos médicos foi incompreensível de qualquer ponto de vista racional. Ali estava uma aparente *reversão* de um carcinoma. Mesmo assim, eles jamais perguntaram uma só vez como havia sido alcançada a melhora. No início, enviei a paciente a um médico que predisse que ela não viveria mais do que alguns dias. Agora ela estava circulando e os raios X exibiam uma ossificação completa da coluna, anteriormente cancerosa; as sombras nos ossos pélvicos também haviam desaparecido, apenas duas semanas depois do início do tratamento. No entanto nada vi nem ouvi de um só desses médicos.

O exame de raios X mostrava claramente o processo de cura. Eles confirmavam o que observei freqüentemente nos experimentos de câncer com camundongos, a saber, que a energia orgone detém o crescimento do tumor e o substituí por um hematoma que, sob condições favoráveis, é reabsorvido e eliminado pelo tecido conjuntivo ou, se o tumor estiver nos ossos, pela calcificação.

Testes sanguíneos de biofísica orgone

Eu gostaria de resumir o que haverá de ser apresentado de maneira mais completa em outro texto.

A energia orgone carrega os eritrócitos biologicamente. Cada eritrócito isolado é uma vesícula de energia orgonótica autocontida, independente. Ele está sujeito à mesma função biológica de tensão e carga e pulsação, à semelhança do organismo como um todo e de cada um de seus órgãos autônomos. A expansão e a contração dos eritrócitos podem ser facilmente observadas em microscópio com aumento de cerca de 3.000 vezes. Os eritrócitos se encolhem com a

adição de adrenalina, enquanto o cloreto de potássio os faz inchar. Eles estão portanto sujeitos à antítese da função de prazer-angústia.

Nossos testes sanguíneos com pacientes cancerosos são realizados do seguinte modo:

1. *Teste de cultura.* Uma amostra de sangue é testada para ver se há crescimento bacteriano em caldo de cultura ou em uma mistura de 50% de caldo de cultura mais 50% de KCl (0,1n). *No caso de câncer avançado, o sangue exhibe sistematicamente um forte crescimento de bacilos T⁸.*

2. *Teste de resistência biológica.* Colocam-se na autoclave algumas gotas de sangue durante meia hora em caldo e KCl a uma pressão de vapor de 15 libras por polegada quadrada. O sangue saudável suporta o processo de autoclave melhor que o sangue biologicamente enfraquecido de pacientes cancerosos. Os glóbulos sanguíneos biologicamente saudáveis se desintegram em grandes vesículas de bíons azuis. O sangue desvitalizado pelo câncer se desintegra em corpos T. O teor de corpos T aumenta e a quantidade dos bíons azuis diminui proporcionalmente ao grau de desvitalização.

O tratamento de orgone carrega os eritrócitos. Seu efeito é demonstrado pela transformação da reação T em reação B; isto é, o sangue se torna mais resistente a temperaturas altas.

3. *Desintegração em solução fisiológica salina.* Coloca-se uma pequena gota de sangue sobre uma lâmina com uma gota pendente em 0,9% de solução de cloreto de sódio. Os glóbulos sanguíneos se desintegram lenta ou rapidamente, de acordo com sua resistência biológica. Quanto mais rápida a desintegração, o encolhimento de suas membranas e a formação de vesículas de bíons dentro das células, menor a resistência biológica. Os eritrócitos biologicamente vigorosos retêm sua forma durante vinte minutos ou mais. A desintegração no prazo de um a três minutos indica fraqueza biológica extrema. Nos casos de anemia severa, os eritrócitos exibem as características espículas T, isto é, membranas encolhidas.

8. Ver Experimentos com bíons para o problema do câncer.

4. *Margem azul de orgone*. Os eritrócitos biologicamente vigorosos revelam uma margem ampla, intensamente azul ou azul-esverdeada, quando vistos sob um aumento de 300 a 600 vezes, usando lentes apocromáticas. Os eritrócitos desvitalizados, que tendem a uma desintegração rápida, possuem uma margem muito estreita, com coloração de um azul desbotado.

Os testes sanguíneos conduzidos na nossa paciente apresentaram um fortalecimento biológico geral do sangue. Inicialmente, as culturas do sangue da paciente eram fortemente positivas; ou seja, elas apresentavam um amplo crescimento de bacilos T. Três semanas depois, as culturas do sangue produziram resultados negativos e continuaram assim. Os eritrócitos não estavam mais encolhidos, e sim túrgidos e rígidos, com margens amplas, de um azul-escuro. O teste da autoclave apresentou desintegração bionosa de 100% e não mais reação T. A desintegração bionosa na solução de cloreto de sódio aconteceu muito lentamente, sem a formação de espículas T.

A paciente não sofria mais de nenhuma dor e estava animada, mas sentia mal-estar em tempo chuvoso. Ela compareceu diariamente para se submeter à irradiação orgone. Sua pressão sanguínea permaneceu constante em 130/80. O pulso nunca excedeu a norma, por volta de 80. Havia apenas um sintoma que não cedeu e até piorou. Ela apresentava uma dificuldade inexplicável para respirar.

A emergência da biopatia carcinomatosa

Procederei agora à descrição da biopatia carcinomatosa, que surgiu somente depois da eliminação dos tumores e da restauração do quadro sanguíneo normal. Eu não tinha o mais leve pressentimento disto que vou descrever agora e, no começo, experimentei o fato com assombro e incompreensão. Era difícil compreender as relações entre os fenômenos. Depois que os tumores cancerosos locais desapareceram, desenvolveu-se ali um quadro geral de doença biopática que formou essencialmente o pano de fundo do câncer: o encolhimento biopático.

A paciente parecia ter recuperado sua saúde física completamente. Isto durou cerca de seis semanas e foi objetivamente confirmado pelos resultados dos testes sanguíneos e raios X. Os tumores haviam desaparecido. Seu sangue continuava forte; a anemia não reapareceu. O tumor na mama direita não era mais palpável depois da oitava exposição à radiação orgone. Quem tem uma visão mecanicista da patologia teria considerado este fato um triunfo e proclamado a "cura" do caso. No entanto, o surgimento simultâneo de sintomas emocionais cada vez mais salientes me impediu de tirar conclusões prematuras.

Quando a paciente se apresentou a mim pela primeira vez, estava totalmente destituída de sensações sexuais. Cerca de quatro semanas depois de começar a orgonoterapia, observei nela sinais de grave estase sexual. Ela estivera animada, alegre, cheia de esperanças no futuro. Agora se instalava gradualmente uma depressão e ela desenvolvia sintomas de angústia de estase. Mais uma vez evitava as pessoas e me contou que as tentativas para corrigir sua situação sexual haviam fracassado.

Consegui vencer o acanhamento da paciente e soube que estivera sofrendo recentemente de excitações sexuais intensas que, segundo contou, eram incomparavelmente mais fortes do que as que havia experimentado e combatido catorze anos antes, no começo do casamento. A julgar por suas descrições, as sensações que sentia eram excitações vaginais bem normais. Durante as duas primeiras semanas depois de sua recuperação, a paciente tentou abordar homens sexualmente várias vezes, mas não teve sucesso e

que duraram semanas, eram saudáveis e indicavam uma

parecia revestida de pavor, contradizendo

efeitos dos movimentos violentos na excitação sexual. Deve-se observar que essa idéia apareceu de repente, depois do fracasso nas suas tentativas para encontrar um parceiro sexual. Ela havia conhecido um homem que se mostrara impotente. Estava com raiva, mas sufocou seu ódio e desapontamento. Sempre que sentia raiva, ela a "engolia". Agora, apresentava o quadro de uma neurose de estase completa: a depressão aumentara, ela sofria de crises de choro incontrolláveis e se queixava de uma opressão na região do coração. "Sinto uma pressão terrível no peito", queixava-se ela. "Atravessa o corpo todo."

Pareceria possível atribuir essa "pressão no peito" à décima segunda vértebra dorsal colapsada, porém havia uma consideração que conflitava claramente com essa possibilidade. A paciente estivera livre de dor durante seis semanas, não havia sentido opressão no peito e trabalhara duro. Era inconcebível que a pressão mecânica da vértebra colapsada sobre um nervo fosse agora atuar de repente, depois de ausentar-se durante semanas. Os eventos que se seguiram confirmaram a idéia de que a paciente havia desenvolvido uma histeria de angústia, para a qual a lesão vertebral lhe servia de racionalização. Qualquer idéia não formada em psiquiatria não é entendido a atribuir todas as manifestações da doença à vértebra colapsada, sem considerar o fato de que essa mesma vértebra não havia estado menos colapsada durante as semanas em que a paciente se deslocava sem dor.

Depois de cerca de dez irradiações de orgone, a paciente sentiu excitação sexual. Ela estava biofísicamente carregada de energia orgone, porém era incapaz de lidar com a excitação sexual que daí resultou. A neurose de angústia que surgiu nesse momento era apenas uma reativação dos conflitos que sofrera na puberdade. Agora, a paciente estava na situação trágica de despertar para uma nova vida, só para se descobrir frente a frente com um vácuo. Enquanto estivera doente, o tumor canceroso e o sofrimento que este causava absorveu todos os seus interesses. Na luta contra o crescimento do câncer, seu organismo utilizou, com efeito, grandes quantidades de energia biológica. Mas agora essas fontes de energia estavam livres

e intensificadas pela carga orgonótica. Durante um período de depressão extremamente grave, a paciente admitiu que se sentia feia, arruinada como mulher, e não sabia como poderia continuar vivendo. Perguntou-me se a energia orgone poderia curar sua neurose de angústia também. Tive que lhe dar uma resposta negativa e ela entendeu os motivos.

Vamos resumir agora a seqüência dos eventos.

1. No começo de seu casamento ocorreu uma grave neurose de estase em consequência da impotência de seu marido.
2. A isto se seguiram: repressão da excitação sexual, resignação, depressão e uma década de abstinência.
3. Então, à medida que o câncer se desenvolveu, as excitações sexuais desapareceram. Como será demonstrado posteriormente, a localização das metástases do câncer ocorreu precisamente naqueles órgãos afetados pela couraça muscular que bloqueou as excitações sexuais.
4. Com a destruição dos tumores pela energia orgone, veio a recuperação física da paciente e reapareceu a excitabilidade sexual.
5. A excitação sexual intensa resultou em desapontamento e a velha neurose de estase voltou.

Esse padrão global de doença acabou resultando em um encolhimento geral do organismo.

Então, um dia, aconteceu um acidente infeliz. A paciente saiu do acumulador de orgone e começou a se vestir. Ela se inclinou para pegar uma meia, que havia caído no chão. Ouvimos um grito e corremos até ela. Estava pálida como um cadáver, com um pulso filiforme, fino e quase imperceptível, parecia prestes a desmaiar. Ficamos assustados porque não sabíamos o que havia acontecido, e também porque considerávamos a vértebra colapsada como a espada de Dâmocles. Ninguém podia ter certeza sobre quando a paciente poderia sofrer uma fratura na coluna. Era exatamente porque essa possibilidade era tão forte que ela se tornou tão facilmente

uma racionalização da neurose da paciente. Depois que ela se acalmou, ficou evidente que ela havia apenas experimentado um pavor grave. Durante um momento, acreditara que, ao se inclinar rápido demais, havia realmente fraturado a coluna. Na verdade ocorreu meramente um mau jeito muscular no ombro, tendo movido um músculo hipertônico rápido demais. O mau jeito logo cedeu. Durante os primeiros dias após o ocorrido, a paciente sentiu-se bem. No quarto dia, no entanto, ela se queixou de uma grave "pressão no peito" e uma "fraqueza nas pernas". O exame dos reflexos não revelou danos ao sistema nervoso. Nos dias que se seguiram sentiu as pernas mais fortes, mas a pressão no peito persistia. Então, um dia, durante uma conversa na sala de exame, a paciente de repente soltou um grito e dobrou-se, dando a impressão a todos os presentes de que havia quebrado a coluna. Um exame imediato mostrou que todos os reflexos funcionavam perfeitamente. Por outro lado, havia agora um sintoma novo, que manteve a paciente acamada durante muitos meses e desconcertou um bom número de médicos: começou a ter problemas para respirar e arfava. A impressão que eu tinha era de uma contração espástica do diafragma – um bloqueio diafragmático.

A dor nas costelas inferiores de que se queixava agora poderia igualmente ser atribuída a esse espasmo, como uma pressão mecânica da vértebra colapsada em um nervo sensorial: *a décima segunda vértebra torácica colapsada correspondia à inserção costal do diafragma*. Os eventos dos meses subsequentes representaram essencialmente um conflito de opiniões sobre a validade destas duas explicações. Recomendei aos familiares da paciente que a levassem ao ortopedista que prescrevera a atreintomnetne e o clárinho e o gesso. Ele afirmou que a coluna e a pelve estavam livres de sombras e metástases e diagnosticou que a condição da paciente se devia a uma lesão mecânica na décima segunda vértebra torácica. Ele não perguntou como as metástases haviam desaparecido, mas prescreveu repouso no leito com aparelho de gesso. O irmão da paciente no entanto rejeitou este encaminhamento, já que seguira o andamento da doença, compreendia-o e se convencera de que eu estava correto.

Durante esse período, percebi pela primeira vez a relação entre a lesão na décima segunda vértebra e a contração biopática do diafragma. Tinha que haver uma razão para que o espasmo diafragmático, tão familiar ao orgonomista, tivesse acontecido na ocasião em que aconteceu. Também tinha que haver uma razão para que uma das metástases mais significativas do câncer se localizasse exatamente na inserção costal do diafragma. O diagnóstico clínico da condição da paciente havia se tornado extraordinariamente difícil por conta da concorrência do espasmo diafragmático e da lesão da vértebra; ainda assim, abria uma via para a compreensão da *relação crucial entre o espasmo muscular induzido emocionalmente e a localização das metástases*. Uma das tarefas deste capítulo será a de estabelecer que *a localização do tumor canceroso é determinada pela inatividade biológica dos tecidos em sua proximidade imediata*.

O tratamento orgone da paciente precisou ser interrompido, dado que ela estava novamente confinada a uma cama. O reexame em um hospital de câncer e por médicos particulares revelou uma total ausência de tumores cancerosos e a calcificação dos defeitos na coluna vertebral. O tumor original na mama não reapareceu. Ainda assim, ninguém poderia prever se apareceriam novos tumores cancerígenos ou não. Visitei a paciente diversas vezes em sua casa. Ela se queixou de uma dor violenta nas costelas inferiores. A dor não era nem constante nem confinada a nenhuma área específica; apareceu aqui e ali ao longo da borda inferior do tórax e poderia ser eliminada regularmente pela correção da respiração. O quadro geral era de uma neuralgia com tinturas fortemente histéricas. A paciente ficava deitada na cama, dando a impressão de que a dor impossibilitava qualquer movimento de sua parte. Minhas tentativas para mover seus braços ou pernas fizeram com que gritasse, empalidcesse e começasse a suar frio. Consegui tirá-la algumas vezes da cama para se sentar em uma poltrona, fazendo com que respirasse profundamente durante dez minutos. Seus familiares estavam atônitos por eu conseguir aliviar sua dor com tanta facilidade. Eles haviam testemunhado o desaparecimento dos tumores e obtido a confirmação com médicos de fora. Como eu trabalhava sem produ-

tos químicos e injeções, minha orgonoterapia parecia misteriosa. Para tirar essa impressão, tentei explicar a eles o mecanismo da doença. Eles compreenderam muito rápido que a dor não poderia decorrer da lesão na vértebra, já que ela então teria uma localização precisa, não suscetível de correção através da melhora da respiração. Até então eu não desenvolvera a suspeita de que a paciente na verdade não sentia dor nenhuma, só um medo agravado pelo pânico de que a dor pudesse começar.

Tentou-se aplicar uma injeção intercostal de anestésico no ponto preciso em que a dor era mais violenta. O anestésico não fez efeito e, pouco depois da injeção, a dor apareceu em outra costela. O médico que a atendeu e que estava convencido, a princípio, de que a dor tinha origem na lesão vertebral, finalmente teve que admitir que o problema era essencialmente "funcional". Porém nenhum de nós tinha a menor idéia do "significado" do sintoma "funcional". Além do mais, para muitos médicos a palavra "funcional" significa "não orgânico", vale dizer, "não real e sim imaginário".

Um dia, encontrei a paciente sofrendo de novo de "dor" violenta. Ela arfava buscando ar e emitia sons peculiares de lamento. Sua condição parecia grave, mas melhorou consideravelmente tão logo foi corrigida a respiração e o espasmo nos músculos da mandíbula foi dissolvido. Eu então deleguei o trabalho com a respiração a um colega, já que estaria fora durante dois meses. Os relatos que ele me fez posteriormente confirmaram que o estabelecimento de uma respiração plena sempre aliviava a dor.

A paciente foi hospitalizada mais uma vez. O médico que a atendeu confirmou a ausência de metástases nos ossos e afirmou acreditar que o tratamento com os raios X não eliminaria a dor. Ele duvidava também de que a neurocirurgia no décimo segundo segmento espinhal tivesse qualquer utilidade. Já tinham se passado agora cinco meses desde o começo da orgonoterapia e três meses e meio de sua interrupção. Quando informado pelo irmão da paciente sobre os resultados bem-sucedidos obtidos através da orgonoterapia, o médico ficou muito reservado. Nada tinha a dizer sobre esse assunto, declarou, até que isso houvesse sido "aceito pelo mundo

médico". Convincentemente se esqueceu de que ele mesmo fazia parte desse "mundo médico" para o qual estava empurrando a responsabilidade de reconhecer os resultados significativos alcançados no tratamento de um caso de câncer pela orgonoterapia.

A paciente logo retornou para casa, onde ficou acamada, deitada de costas, sem movimento, como antes. Sua musculatura continuou se atrofiando em função da falta de uso e havia um grande perigo de recorrência dos tumores. Eu a vi novamente um mês depois. Mais uma vez, consegui eliminar a dor corrigindo sua respiração. Ela conseguiu sair da cama, mas se sentiu extremamente fraca. Durante uma das tentativas de estender sua permanência fora da cama, a paciente desenvolveu uma angústia severa. Ela suplicou pela permissão de voltar para a cama. Nesse momento específico, não estava sentindo dor. Convenci-a a ficar de pé um pouco mais. De repente, começou a tremer violentamente, ficou assustada, pálida e suando frio. O que ela estava experimentando era na verdade uma reação forte, como um choque do sistema nervoso autônomo diante do fato de ficar de pé. Não deixei a paciente voltar para a cama porque me dei conta de que havia um medo que a levava a fazer isso. Momentos depois, surgiram convulsões visíveis na parte superior do abdômen. Ela arfava em busca de ar e eu podia ver o espasmo diafragmático se dissolvendo em convulsões clônicas da musculatura abdominal. Ela então se sentiu aliviada e pôde se mover livremente.

Agora eu compreendia pela primeira vez um elemento essencial da biopatia. A paciente reagira à carga biológica de seu organismo pelo orgone e às excitações sexuais que se seguiram com uma contração do diafragma⁹. Essa contração diafragmática evidentemente causou a "pressão no peito" e a sensação de dor que a paciente atribuía à lesão da vértebra. A pressão "dolorosa" no peito desaparecia toda vez que eu conseguia superar o espasmo inspiratório ampliando sua expiração, restaurando desse modo o movi-

9. A repressão da excitação sexual por meio de uma atitude crônica de inspiração é um fenômeno familiar para o orgonoterapeuta.

mento pulsatório do diafragma. Mas eram precisamente essas contrações e expansões do diafragma que suscitavam uma forte angústia na paciente, à qual ela se contrapunha retornando ao espasmo inspiratório. Agora, estava claro que o "perigo" de uma dissolução clônica da contração era demais para a paciente quando ela ficava de pé ou andava. O perigo residia nas convulsões violentas que ameaçavam dissolver o espasmo diafragmático. Ela não ousava sair da cama por causa de seu medo profundamente enraizado das convulsões. Foi principalmente esse medo que a manteve confinada ao leito, embora não fosse a razão exclusiva.

Não pode haver dúvida de que os espasmos diafragmáticos de fato geraram dor nevrálgica nas costelas e na inserção do diafragma. Porém esses espasmos constituíam apenas uma parte de seu medo enorme de se mover. Mais importante era o medo de que o movimento a levasse a "desabar" ou "quebrar a coluna". As convulsões involuntárias do diafragma que ameaçavam inundá-la sempre que ficava de pé pareciam confirmar este perigo. Assim, ela não estava realmente sofrendo de dor aguda, mas antes de um medo pavoroso de que começasse uma dor dessas. Sua experiência de alguns meses antes, de que "algo estalou por dentro quando ela se mexeu rápido demais", intensificou seu medo. Ela portanto estava sofrendo de uma interpretação errônea das sensações orgonóticas normais que acompanham os movimentos do diafragma. Confinar-se ao leito era um tremendo mecanismo de defesa projetado para protegê-la contra esse medo de "despedaçar-se". O perigo de "se despedaçar" ficou presente quando o espasmo diafragmático estava a ponto de se dissolver em contrações clônicas. Ela se contrapôs a esse perigo com a intensificação da contração diafragmática espástica. É compreensível que este estado emocional tenha efeitos físicos danosos, produzindo uma rigidez muscular generalizada que dificultava qualquer movimento. Com o tempo, essa ausência de movimento resultou em atrofia da musculatura tensa. Por exemplo, ela mal era capaz de levantar os braços; só podia levantar o braço esquerdo com a ajuda do direito. Não podia levantar as pernas de modo algum e mal conseguia dobrar os joelhos. A cabeça se manti-

nha rígida, como que travada pela tensão da musculatura profunda do pescoço. O movimento passivo da cabeça encontrou resistência automática. A paciente estava claramente com medo de que seu pescoço “pudesse quebrar”. Todos os médicos que ela havia consultado enfatizaram a necessidade de se proteger de movimentos rápidos, uma vez que a quinta vértebra cervical estava colapsada.

Em um dos dias seguintes, encontrei a paciente em condição muito precária. Embora tivesse uma grande urgência de defecar, não tinha ido ao banheiro durante vários dias, para evitar ter de sair da cama. Como sempre, no entanto, quando foi levada a respirar profundamente, sua “dor” desapareceu e ela pôde levantar. A evacuação intestinal subsequente foi copiosa e sem dificuldade.

Eu disse ao irmão dela que queria tentar tratá-la durante duas semanas com orgonoterapia psiquiátrica, porém eu teria de parar se não houvesse resultados. Ela se mudou para um lugar vizinho e nas semanas subsequentes trabalhei com ela todos os dias durante cerca de duas horas (sem honorários). Durante o tratamento revelou-se o pano de fundo fóbico de sua condição biopática.

A expressão caracterológica da biopatia de encolhimento

Seis meses depois de cair no meu laboratório, apareceu uma paralisia flácida do reto e da bexiga. Agora, a questão mais importante a ser determinada era se as manifestações de paralisia poderiam ser atribuídas a uma lesão mecânica localizada ou, como eu supunha, a um *encolhimento funcional do sistema autonômico*. No primeiro caso, haveria ausência de uma base emocional; o distúrbio estaria nitidamente localizado e apontaria para uma lesão focal específica. No segundo caso, no entanto, esperar-se-ia que os distúrbios emocionais e caracterológicos seriam predominantes e as manifestações de paralisia, inconstantes.

Como eu assinalasse vezes sem fim seu medo de dor iminente, a paciente foi capaz de se deslocar em volta da cama independente-

mente e totalmente livre de dor. No entanto, antes que ela pudesse realizar o movimento, sempre tinha que melhorar a respiração e relaxar os espasmos nos músculos da mandíbula. Como ela mesma expressou, sempre tinha que se livrar de seu "medo de se mexer". Isto teria sido impossível no caso de uma lesão mecânica do décimo segundo segmento dorsal.

O esforço para se deitar de lado ou de bruços a deixava em um estado de aparente exaustão. Juntos tentamos rastrear a causa dessa exaustão, encontrando-a finalmente em uma tensão extraordinariamente forte da musculatura profunda e superficial do pescoço. A cabeça da paciente parecia ser puxada para baixo, para dentro do tórax. Era a mesma posição assumida involuntariamente por uma pessoa que está se defendendo contra uma pancada na cabeça. Essa atitude era totalmente automática. A paciente não conseguia relaxá-la conscientemente. Quando a musculatura do pescoço se contraía, cessava a respiração e ela emitia sons secos, como se tivessem que passar por uma garganta estreitada, semelhante ao estertor que ocorre na morte ou em choque grave. Para aliviar o espasmo, fiz com que colocasse dois dedos no fundo da garganta. Ela reagiu engasgando imediatamente e com reflexo de náusea. A reação foi tão violenta que seu rosto ficou azul. Depois de um tempo, ela se sentia "muito mais livre na garganta".

Em relação a esses reflexos de garganta, ela me contou espontaneamente sobre seus sonhos de angústia. Toda noite ela sonhava, com extrema angústia, que caía em um abismo, afundava no chão, sufocava ou era aniquilada por algo que caía sobre ela. Sonhos de queda deste tipo são familiares para o orgonoterapeuta. Eles aparecem de forma característica nas fases conclusivas do tratamento carátero-analítico, no período em que as sensações pré-orgásticas começam a emergir no abdômen e nos genitais e são reprimidas antes de se tornarem conscientes. Essas sensações, quando carregadas de angústia, são experimentadas como queda. Eis o mecanismo em ação:

A excitação pré-orgástica é o início de uma convulsão involuntária do sistema plasmático. Se essa convulsão for temida, então no meio da

expansão, que deveria se encerrar na convulsão, o organismo desenvolve uma contração como contraposição, isto é, uma inibição da expansão. A sensação resultante é similar ao sentimento experimentado em um elevador que desce rapidamente ou em um avião que cai subitamente. A sensação de cair é, assim, a percepção de uma contração do sistema nervoso autônomo bem no momento em que ele está para se expandir. Os sonhos típicos de queda são muitas vezes acompanhados por uma súbita contração de todo o corpo.

O significado dessas considerações para o caso de nossa paciente é o seguinte: suas reações habituais às excitações vagas (expansão) do organismo consistiam de contrações espásticas; seu organismo prendia a si próprio nos espasmos musculares da garganta e do diafragma, como se tentasse de algum modo “segurar a onda”. O medo das convulsões diminuiu consideravelmente quando consegui eliminar os espasmos provocando o reflexo de vômito. Os movimentos que ela então realizou na cama não terminaram mais em espasmos, mas em um sentimento de bem-estar; ela começou a gostar de se mover.

Toda corrente plasmática se origina em uma contração central de tensão, que se dissolve na expansão vagal¹⁰; essa expansão vagal está relacionada à sensação de prazer. No caso da angústia de prazer orgástico, ela resulta em espasmos musculares. Fica claro agora que a paciente sofria de uma reação espástica à expansão vagal, em consequência de uma angústia de orgasmo. *O encolhimento biopático começou assim com uma restrição espástica da pulsação plasmática.* Ela se diferencia da simples neurose de estase simpaticotônica, à medida que os impulsos para se alongar, isto é, se expandir, cessam gradualmente, enquanto na neurose de estase eles retêm sua intensidade. Todavia, não é possível estabelecer uma distinção nítida.

Este mecanismo de reação espástica da musculatura a impulsos de expansão vagotônicos funcionava de modo diferente em cada sistema muscular. Por exemplo, sempre que eu tentava mover os braços da paciente, ela reagia com uma contração dos músculos dos ombros

10. Esse fenômeno na ameba *limax* pode ser observado diretamente ao microscópio, com um aumento de 2.000 vezes.

e dos flexores dos braços. A reação se parecia com o negativismo muscular e a rigidez dos catatônicos. A paciente deu a impressão de que tinha uma paralisia flácida nos braços. Quando lhe pedi para bater no meu braço, ela inicialmente não foi capaz de fazer isso; porém quando sugeri que ela imaginasse que estava manifestando sua raiva, ela conseguiu, apenas cinco minutos depois, superar a paralisia e golpear livremente. Depois de algum tempo, ela sentia como prazerosos o movimento e a ação. Houve aparentemente uma redução considerável da paralisia. A partir daí, ela pôde superar temporariamente o seu medo da expansão e da pulsação plasmática. Isto melhorou regularmente sua condição geral.

Pôde-se observar o mesmo processo quando eu fiz com que ela se sentasse na cama. Sua primeira reação sempre era de medo: ela arfou, tentando respirar, empalideceu e repetiu várias vezes, com grande angústia: "Você não deveria ter feito isso." No entanto, depois que eu realizei esse procedimento diversas vezes, até que a paciente se convencesse de que nada lhe aconteceria, ela conseguiu se sentar sozinha. Estava atônita e disse: "É um milagre que eu tenha conseguido fazer isto."

Daí em diante, fiz com que a paciente provocasse repetidamente o reflexo de vômito, mordesse o travesseiro, golpeasse o meu braço, para liberar as contrações clônicas na musculatura do ombro e da garganta. A experiência me ensinou que a energia biológica pode ser liberada dos músculos contraídos tonicamente apenas na forma de clonismos. Esta descoberta foi novamente confirmada pela paciente. Depois de cerca de meia hora de movimentos voluntários, as contrações involuntárias começaram nos músculos do braço e ombro. As pernas da paciente também começaram a tremer involuntariamente. A flexão suave e o alongamento das pernas normalmente intensificavam esse tremor.

Na primeira vez que as contrações clônicas ocorreram, a paciente estava muito assustada. Ela não sabia o que estava acontecendo com ela. Era o mesmo medo dos clonismos involuntários de sua musculatura que ela havia evitado através de suas contrações tônicas. Porém depois de alguns minutos, sentiu que os movimen-

tos clônicos lhe eram prazerosos. Gradualmente, a musculatura profunda da garganta foi levada a manifestar clonismos e a paciente ficou com medo de ter de vomitar. Em determinado momento, pareceu a ponto de desmaiar. Eu a instei a não resistir às contrações involuntárias, a ceder a elas. Depois de um certo tempo, elas se tornaram menos violentas; a energia biológica represada havia sido descarregada. Ela caiu para trás exausta, seu rosto avermelhou-se, a respiração calma, profunda e cheia. Não era mais possível provocar o reflexo de vômito e ela me disse: "Minha garganta está estranhamente livre, como se tivesse sido tirada uma pressão." A pressão no seu peito também havia ido embora.

No dia seguinte, sua respiração estava normal e eu tentei aliviar a paralisia nas pernas induzindo um clonismo na musculatura das pernas. Consegui até certo ponto movendo suas pernas, que estavam com os joelhos flexionados, lentamente afastando-as uma da outra e depois juntando-as novamente. Eu não havia prevenido a paciente sobre as sensações pré-orgásticas nos genitais que costumam aparecer quando as contrações na musculatura das pernas são relaxadas. De repente, a paciente inibiu sua respiração, travou o maxilar, empalideceu e assumiu uma expressão facial que eu só poderia descrever com uma palavra: "morte". A reação foi tão violenta que me assustou. Porém como eu havia movimentado as pernas bem lentamente, não estava em questão a ocorrência de um dano mecânico. A paciente emitiu sons semelhantes aos das dores graves no peito; era um misto de gemido e estertor. De minhas experiências clínicas, eu sabia que tudo aquilo era a reação da paciente às correntes plasmáticas nos genitais. A vegetoterapia nos ensinou que, sob a pressão da angústia de orgasmo, *as sensações orgásticas se manifestam como um medo de morrer – "morrer" no sentido de desintegração total, dissolução, perda da consciência, "não ser"*.

A paciente gemeu alto, ficou pálida e azul, enrolou os olhos e parecia em estado de extrema exaustão. Nunca testemunhei a atitude neurótica de morrer expressa com tanto realismo. A despeito de ter trabalhado durante vinte anos com disfunções orgásticas, eu ainda havia subestimado o profundo significado dos distúrbios da

pulsção biológica. Claro, eu havia sempre sustentado que o orgasmo é *uma função básica de toda atividade vital* e que "a fórmula do orgasmo é idêntica à fórmula da vida em si". Porém eu nunca havia visto um organismo "morrer" de maneira tão realista como consequência da angústia de orgasmo. Eu disse aos seus familiares que a paciente bem poderia não viver mais que alguns dias. Estava claro para mim que o encolhimento de seu aparato vital poderia conduzir à morte real. Se a paciente não estivesse morrendo quando veio até a mim sete meses antes, eu teria interrompido o tratamento em uma situação como essa. Neste caso, no entanto, nada havia a perder em continuar e havia muita compreensão a ganhar sobre a natureza da biopatia de encolhimento.

No dia seguinte, recebi uma chamada telefônica dos familiares: a paciente estava morrendo de fato; sua respiração era precária, havia um estertor grave na garganta e ela não conseguia defecar. Fui imediatamente ao seu encontro. À primeira vista, ela parecia realmente a ponto de morrer. Seu rosto tinha uma cor azul e estava encovado; os sons de estertores provinham da garganta e havia um olhar desamparado quando me disse, sussurrando: "É o começo do fim." Seu pulso estava rápido, porém forte.

Em quinze minutos consegui estabelecer um bom contato com a paciente. Perguntei se alguma vez, antes de ficar doente e desenvolver tumores, ela havia sentido que estava prestes a morrer. Ela me disse, sem hesitações, que quando criança ela muitas vezes rolava os olhos e brincava de "morrer". Os sons de gemidos e estertores também lhe eram familiares da infância. Ela havia adquirido o hábito de emití-los sempre que sentia uma constrição na garganta ou, como dizia, quando sentia "algo apertando na garganta". Eu sabia agora que o aparecimento de uma das metástases do câncer na quinta vértebra cervical era atribuível a um espasmo de décadas na musculatura profunda da garganta. A paciente continuou relatando que a sensação de constrição na garganta se fazia acompanhar de um encolhimento dos ombros e um aperto "entre as espáduas", precisamente no mesmo ponto em que começara a dor, posteriormente.

Agora que a paciente falava comigo de uma maneira completamente acordada e vivaz, fiz com que "brincasse de morrer". Só precisou de alguns segundos para reproduzir conscientemente a própria "condição" que a havia dominado involuntariamente pouco antes. Ela rolou os olhos para cima, fechando as pálpebras e deixando uma pequena fresta que só permitia ver uma faixa de branco dos olhos, prendeu o peito em uma posição inspiratória e começou a emitir sons de gemido e estertor. Não foi nada fácil tirá-la dessa postura de morte; porém quanto mais ela a adotava conscientemente, mais fácil se tornava sair dela. Isto estava completamente de acordo com minhas experiências em orgonoterapia: *uma função autonômica pode ser objetivada pela prática e, ao final, ser submetida ao controle consciente.*

Perguntei à paciente se acreditava estar tentando cometer suicídio inconscientemente. Ela caiu em prantos e declarou que não tinha mais motivo para viver. Sua doença havia destruído seus encantos sexuais; ela nunca mais seria feliz e não podia imaginar viver sem felicidade.

Fiz com que a paciente provocasse o reflexo de vômito. O tremor clônico nas extremidades superiores e na musculatura da garganta instalou-se imediatamente, embora não com tanta força quanto no dia anterior. Ela até conseguiu sentar na cama sem ajuda, mas, enquanto o fazia, suas pernas cederam. Minha impressão era que a parte superior de seu corpo estava funcionando, enquanto a parte inferior, dos quadris para baixo, não estava.

Durante alguns dias, a paciente teve um apetite robusto, se sentiu bem e estava animada. Então, de repente, ela reincidiu na atitude de morrer. Estava claro para mim que ela não estava atuando, mas havia sido completamente sobrepujada pela sua própria reação biopática. Sua respiração era trabalhosa e superficial, ela ficou fraca e pálida, as narinas pinçadas, faces encovadas, e a garganta estertorava gravemente. Não compreendi por que sua recaída havia ocorrido precisamente naquele momento. Ela se queixou de dores extremamente violentas, era incapaz de qualquer movimento. Novamente consegui restaurar a respiração normal e ela lutou

bravamente. Clonismos violentos surgiram no seu pescoço e no tronco, mas as extremidades inferiores permaneceram "mortas". Fiz com que a paciente enfiasse os dedos na garganta mais uma vez; a reação foi uma intensificação dos espasmos.

Observei que a pele começou a participar dos espasmos, mas a paciente claramente a continha. Os espasmos duraram aproximadamente dez minutos, depois cederam. Anteriormente, ela havia dado a impressão de que estava sufocando; desta vez, diversas reações vagotônicas eram observáveis. O rosto da paciente corou, a palidez de sua pele desapareceu. As dores causadas pelo espasmo diafragmático também cederam. Depois de algum tempo, a paciente começou a falar. Ela estava com medo de que algo pudesse "acontecer" com ela "embaixo". Ela me contou que até a época em que começou o tratamento comigo tinha se masturbado uma vez ou outra. Essa afirmação era uma modificação bastante tardia de sua alegação original de que ela havia vivido a década passada em total abstinência. Durante a primeira semana de tratamento orgone, ela havia reprimido impulsos de se masturbar em resposta a fantasias de ter relação sexual comigo. Desde aquele tempo, ela não havia ousado tocar seus genitais. A inibição da masturbação, junto com a fantasia, havia resultado em estase da excitação, a qual era intensificada pela carga biológica recebida no acumulador de orgone. O aumento de suas necessidades sexuais intensificou os seus medos. Desta maneira, desenvolveu-se a fobia de que sua coluna pudesse se quebrar. O tensionamento dos músculos dos ombros pela súbita inclinação destes para a frente parecia apenas confirmar seu medo, como se estivesse dizendo para si mesma, "Veja, eu disse que ia acontecer."

Um dia depois de ter me falado de suas fantasias de masturbação, encontrei-a de bom humor, livre de queixas e cheia de esperanças. Suas confissões do dia anterior fizeram com que conseguisse se masturbar novamente pela primeira vez em vários meses. Ela contou ter experimentado uma grande satisfação. Nesse dia em particular, ela foi capaz de controlar o espasmo diafragmático com muita facilidade. Ela estava constipada, mas tinha vontade de defecar. No

entanto, seu medo de movimento a impediu de caminhar até o banheiro. Virar-se na cama tinha se tornado muito mais fácil para ela. Ela até conseguia sentar verticalmente na cama sem ajuda, uma conquista que a surpreendeu e agradou. E, pela primeira vez, ela estava consciente de uma cadeia de causas: medo de fratura na coluna → medo excessivo de dor → inibição da respiração por bloqueio diafragmático → dor real no peito → medo de fratura na coluna. Porém desta vez a inibição do movimento pelo medo de dor não ocorreu tão rapidamente. O medo só apareceu quando o movimento requeria um grande esforço. A relação entre seu medo de fratura na coluna e seu medo de se mover agora se tornava compreensível.

No dia seguinte, a paciente estava respirando precariamente de novo, queixando-se, gemendo e apresentando a atitude de morrer. Ela era incapaz de dizer o que havia acontecido. Seus familiares me disseram que ela se sentira bem até tarde da noite, quando sua condição se deteriorou rapidamente depois do seguinte episódio: seu filho estava no banheiro próximo ao quarto dela. Ela ouviu um barulho e ficou muito assustada. De repente, teve a idéia de que seu filho estava fechado em um espaço muito pequeno, não podia respirar e ia sufocar. Durante a noite, ela dormiu muito pouco e sofreu com sonhos de angústia muito forte, alguns deles ligados ao cair. Nada houve que eu pudesse fazer por ela nesse dia específico, exceto corrigir sua respiração mais uma vez, o que teve o efeito de reduzir suas queixas sobre as "dores".

A paciente melhorou consideravelmente depois. Ela pôde se deslocar em volta da cama sem dor e levantar as pernas. A fraqueza nos braços desapareceu, o apetite era bom e ela estava otimista. Então, durante uma de minhas visitas, um movimento que ela fez aconteceu de levá-la perto da borda da cama. Ela empalideceu, arfou e então gritou. Estava com medo de cair da cama. Sua reação foi inquestionavelmente excessiva e não correspondia à realidade da situação. Ela então me disse espontaneamente que, enquanto estivera no hospital durante o verão, pedira para que colocassem camas dos dois lados do leito dela por causa do seu medo de cair fora dele. Eu a levantei em direção à borda da cama. Mesmo segu-

rando-a com firmeza, ela ainda gritou de medo. Seu medo de cair, que estava na raiz do seu medo de se mover, era agora óbvio.

No dia que se seguiu, eu a sentei na cama. Ela não sentiu dores, mas tinha um medo mortal e suou aos borbotões, com uma crise histérica de choro. Ela tinha que morrer agora, proclamou. Ela havia sustentado a luta contra a morte por um longo tempo, mas agora ela certamente morreria. Ela gritou por seu filho. Pediu-me para lhe dar uma injeção fatal para pôr fim aos seus sofrimentos. "Eu não quero deixar esta cama, eu quero ficar deitada aqui." Depois de algum tempo, ela se acalmou e percebeu, para sua surpresa, que era capaz de se sentar sem fazer nenhum esforço. Gradualmente, no entanto, violentos espasmos clônicos surgiram atravessando seu corpo todo; eles eram especialmente fortes nos ombros. Ela estava mortalmente amedrontada com esses espasmos e, portanto, não saiu da cama. A cada vez que era forçada a se sentar, sentia os clonismos surgindo. Seu medo de cair cedera, mas a conexão era clara. As intensas convulsões clônicas de sua musculatura formavam a base fisiológica de seu medo neurótico de cair. Como mencionei, a paciente sofria regularmente de pesadelos: ela caía em profundidades cavernosas, objetos pesados rolavam sobre ela e homens a atacavam e queriam sufocá-la. Ela agora se lembrava de ter sofrido exatamente do mesmo tipo de angústia durante um período prolongado da adolescência. Ela também lembrava uma fobia: sempre que estava andando por uma rua e ouvia passos atrás dela, costumava correr de medo que "alguém a perseguisse". Habitualmente, o seu medo era tão forte que "suas pernas bambeavam" e ela tinha o sentimento constante de que estava para sofrer um colapso. Ela agora reconhecia nisto a sensação física idêntica que a tomava sempre que tinha que se sentar na cama. Suas pernas bambeariam e ela se sentiria à beira do colapso. Com isso, ela experimentava um espasmo do diafragma e ficava assustada com a possibilidade de estar para morrer.

Fica claro, assim, que a fraqueza motora das pernas era causada pela fobia que a havia dominado desde a adolescência, muito antes de o câncer aparecer. A paresia que desenvolvia agora nada

era senão a intensificação da velha fraqueza nas pernas, que estava associada com sua fobia de cair. Por esta época, ela conseguia associar este medo de cair com a idéia de fraturar a coluna.

No dia anterior, ela precisara ir ao banheiro repetidamente. Os movimentos de seus intestinos e bexiga eram "extraordinariamente vigorosos". Aquela noite, ela não teve repouso. Então, no final da manhã, não conseguia urinar. Não tinha sensações nas pernas. Examinei-a e descobri uma redução da sensibilidade a agulhadas mais ou menos na altura do décimo segmento dorsal. Os reflexos patelar, de Aquiles e abdominal estavam normais. Pelo telefone, me disseram que ela não conseguia mover as pernas. Constatou-se, no entanto, que ela na verdade podia mexer as pernas, embora os movimentos estivessem restritos. A sensibilidade profunda nas juntas dos dedos dos pés estava reduzida. O quadro era de uma paresia funcional. Não era possível diagnosticar a partir dos sintomas uma paralisia espástica, nem tampouco flácida. Havia apenas uma base para conjectura de que a lesão na décima segunda vértebra estivesse tendo algum papel: o distúrbio sensorio no abdômen superior tinha uma linha superior relativamente nítida de demarcação.

No dia seguinte, a paciente conseguiu urinar, porém três dias depois, o esfíncter anal enfraqueceu-se e ela não podia mais controlar os intestinos. Seus reflexos estavam todos normais, mas ela novamente ficou com muito medo de sentar na cama.

Mais uma vez, ela foi admitida em um hospital para um exame geral. Os exames de raios X mostraram que a coluna, a pelve e a parte superior das coxas estavam livres de metástases, porém novas metástases haviam aparecido no crânio e no úmero direito. Os novos tumores tinham portanto aparecido a uma distância considerável das regiões do corpo que exibiam evidência de paresia. A biopatia funcional e o tumor canceroso estavam separados um do outro; eles nada tinham a ver entre si.

A paciente permaneceu no hospital durante catorze dias. Não foi feito exame neurológico. A paresia nas pernas era presumivelmente entendida como uma conseqüência lógica das lesões mecânicas nas vértebras. O caráter funcional da paralisia fugiu à atenção

dos médicos, que informaram aos familiares que a paciente tinha no máximo duas semanas de vida.

Eles a levaram para casa novamente, já que nada lhe estava sendo ministrado no hospital, exceto injeções de morfina. Vi a paciente no dia em que voltou. De modo decididamente apreensivo, ela enfatizou que teria de ser especialmente cuidadosa em seus movimentos, uma vez que os médicos no hospital a haviam convencido de que "sua coluna vertebral estava pressionando um nervo e poderia quebrar". Esta advertência dos médicos do hospital confirmou e fortaleceu a fobia da paciente, é claro. Seus familiares queriam que eu levasse a cabo um novo experimento com radiação orgone para eliminar os tumores no crânio. Porém, naquele dia em especial, eu não consegui sentir nenhum inchaço no crânio.

Continuei vendo a paciente na sua casa durante mais quatro semanas. *Os reflexos de suas pernas estavam inteiramente normais e as funções dos intestinos e bexiga estavam em ordem novamente.*

No entanto, a atrofia da musculatura e dos ossos progredia rapidamente. Além disso, ela desenvolveu uma escara pútrida nas nádegas. As pernas se moviam em resposta a estímulos dolorosos, mas raramente havia movimentação espontânea nelas. Seus pesadelos continuavam: homens se jogavam em ravinas profundas e quebravam os pescoços; um elefante corria na sua direção, enquanto ela permanecia "como que paralisada", incapaz de se mexer. Durante o dia, havia terror em seus olhos e ela sentia uma constrição no peito. A dor havia desaparecido completamente, mas o medo de se mexer e de fraturar a coluna estava mais forte do que nunca.

Tínhamos construído um acumulador especial para a sua cama. O efeito do orgone se manifestava pelo rubor da pele e pela redução do pulso de 130 para uma frequência entre 90 e 84. Dentro do acumulador de orgone, ela tinha um sentimento de bem-estar, muitas vezes ficava com as faces rosadas, sem angústia.

Seu quadro sanguíneo, que havia deteriorado ao longo dos últimos meses (50% T na autoclave), melhorou a olhos vistos e os impulsos para mover as pernas aumentaram em frequência e intensidade. Então ocorreu uma catástrofe imprevista, que selou o destino

da paciente. Uma noite, virando na cama, ela fraturou o fêmur esquerdo. Precisou ser levada imediatamente ao hospital, onde os médicos se surpreenderam com a finura do fêmur. A ausência de um tumor na região da fratura e o desaparecimento do tumor no peito eram incompreensíveis para eles. A paciente recebeu morfina, seu estado deteriorou durante as quatro semanas seguintes e ela finalmente morreu.

A orgonoterapia prolongou a sua vida durante aproximadamente dez meses, manteve-a livre de tumores e dores durante meses e restaurou sua função sanguínea, normalizando-a. A interrupção do tratamento de aplicação de orgone devido à paralisia biopática eliminou a possibilidade de um final favorável no caso. No entanto, é certo que a causa da morte foi o encolhimento biopático, e não os tumores locais.

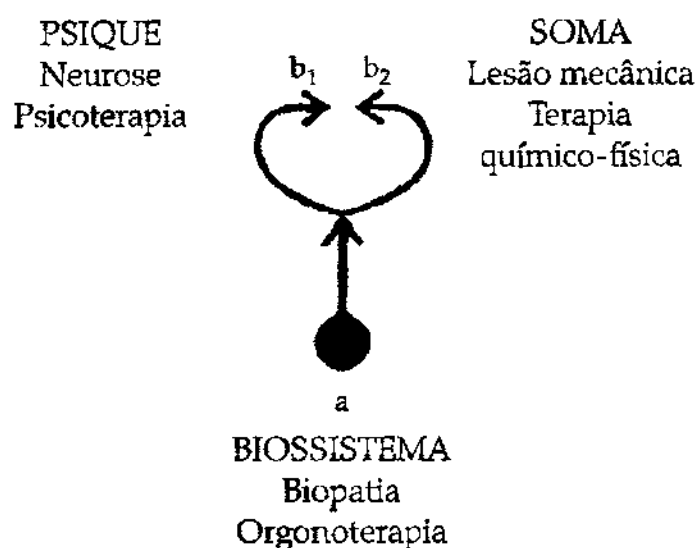
Este caso nos trouxe revelações importantes sobre a configuração vegetativa e emocional do câncer. A pergunta importante que nos confronta agora é: *o que acontece nos tecidos e no sangue como consequência do encolhimento biopático?* Em outras palavras, *de que forma o encolhimento geral do sistema autonômico produz o tumor local?* Eu me aventuro a antecipar a resposta: *a consequência geral do encolhimento biopático é a putrefação dos tecidos e do sangue. O crescimento de tumores cancerosos é somente um de seus sintomas.* Esta descoberta precisa de documentação clínica e experimental detalhada, que será fornecida em outro texto.

5. A NATUREZA DA DOENÇA FUNCIONAL: RESUMO

Agora, vamos revisar as nossas descobertas. O “transe de morte” da paciente no ataque biopático não passou a mais leve impressão de histeria ou simulação. O sistema autonômico reagiu de tal forma que a morte poderia facilmente ter se seguido, de fato: as faces cavadas, as narinas pinçadas, os sons de estertores, a coloração cianótica da pele, o pulso fraco e acelerado, o espasmo da musculatura da garganta, a limitação marcada no movimento e a fraqueza física geral eram realidades perigosas.

Eu arriscaria a opinião de que cada um desses ataques representava o início de uma parada real das funções vitais. O ato de morrer, desencadeado pela intensificação extrema do encolhimento do aparato vital, poderia ser interrompido vezes sem fim pela dissolução dos espasmos e correção do bloqueio respiratório e diafragmático. A expansão vagotônica se antepôs vezes sem fim ao processo de morte. Essa contraposição não poderia ter sido uma questão de sugestão. A sugestão, no seu sentido habitual, não poderia afetar o aparato biológico em um nível tão profundo como esse. Todavia, a liberação dos impulsos de expansão biológica em diversos sistemas corporais de fato interrompeu o processo de encolhimento repetidamente, durante meses. O bom contato emocional com a paciente também foi uma parte indispensável do processo orgonoterapêutico, é claro; somente quanto a isso se pode dizer que a sugestão tenha tido um papel.

Vamos agora utilizar o nosso esquema familiar do funcionamento psicossomático para esclarecer que parte do aparelho vital é afetada pela biopatia – contrastando com a neurose de angústia ou uma lesão mecânica – e pelo experimento orgonoterapêutico.



Toda estase energética prolongada no sistema biológico plasmático (sistema autonômico, *a*) se manifesta inevitavelmente através de sintomas somáticos, bem como psíquicos (b_1 e b_2). A psicote-

rapia se volta para os sintomas psíquicos, a terapia químico-física para os sintomas somáticos. A orgonoterapia atua a partir do fato de que soma e psique estão, ambos, enraizados bioenergeticamente no sistema plasmático pulsante (sangue e sistema nervoso autônomo). Assim, a orgonoterapia influencia não a função psicofísica em si, mas sim a raiz comum das funções psíquicas e somáticas. Ela realiza isto liberando o bloqueio respiratório, a inibição do reflexo orgástico e outras inibições do funcionamento biológico. *A orgonoterapia, portanto, não é psíquica nem fisiológica ou química, mas antes uma terapia biológica que lida com distúrbios de pulsação no sistema nervoso autônomo.* Como essas perturbações se revelam na camada superficial do aparato psicossomático, como hipertensão e neurose cardíaca, por exemplo, na dimensão somática e como fobia na dimensão psíquica, a orgonoterapia afeta necessariamente os sintomas que surgem das camadas biológicas superficiais. Portanto, podemos sustentar que a orgonoterapia é o método mais avançado de influência sobre os distúrbios biopáticos. No presente, ela permanece limitada às biopatias. Na biopatia carcinomatosa, o tratamento de distúrbios respiratórios e orgásticos é combinado com a orgonoterapia física, que é dirigida contra anemias, bacilos T no sangue e tumores locais. Como ficará evidente mais tarde, no laboratório de nosso instituto estamos plenamente conscientes da complexidade e da natureza ainda predominantemente experimental desta nova terapia do câncer.

A visão prevalecente conhece apenas a antítese das lesões mecânico-químicas do sistema somático e dos distúrbios funcionais do sistema psíquico. *A investigação da biofísica orgone sobre a biopatia de encolhimento carcinomatosa revela um terceiro fator, mais profundo: o distúrbio da pulsação plasmática que opera na base biológica comum de soma e psique.* O que é basicamente novo aqui é o fato, estabelecido experimentalmente, de que uma inibição da função sexual autônoma pode induzir um encolhimento biopático do sistema nervoso autônomo. O que permanece problemático é a questão de se esta etiologia é válida para todas as formas de câncer.

Há uma tendência em aceitar a concepção errônea de que o organismo está dividido em duas partes independentes: o sistema somático, físico-químico, que é destruído por tumores cancerosos e

caquexia; e a psique, que produz fenômenos histéricos (os assim chamados sintomas de conversão) e "quer" ou "teme" isto ou aquilo, mas nada tem a ver com o câncer. Esta divagem artificial do organismo é enganosa. A noção de que o aparelho psíquico "faz uso de fenômenos somáticos" é incorreta, e é igualmente incorreto pensar que o aparelho somático só responde a reações químicas e físicas, mas não "quer" nem tampouco "teme". *Na realidade, as funções de expansão e contração do sistema plasmático autonômico representam o aparelho unitário responsável por "desejos" e "medos" na psique e "vida" e "morte" no soma.* Nossa paciente mostrou claramente *a unidade funcional de resignação psíquica e encolhimento biopático.* O processo vital na paciente declinou gradualmente; a função de expansão fracassou. Expressos em termos psicológicos, movimento, ação, resolução e luta foram destituídos de impulso. O aparelho vital ficou encarcerado numa reação de angústia que manifestava psiquicamente a idéia fixa da paciente de que o movimento poderia quebrar algo em seu corpo. Movimento, ação, prazer e expansão pareciam então perigosos à vida. A resignação caracterológica precedeu o encolhimento do aparelho vital.

A motilidade do sistema biológico plasmático é danificada em si pelo encolhimento biopático. A base real do medo de movimento deve ser encontrada precisamente no encolhimento vegetativo. O sistema plasmático se contrai e o organismo perde sua estabilidade autonômica e a auto-regulação de sua função locomotora. O estágio final do processo é uma deterioração gradual da substância corporal.

A inibição da motilidade plasmática através do processo de encolhimento explica satisfatoriamente todos os aspectos do quadro da doença. Ela explica a angústia neurótica, assim como a paralisia funcional, a angústia de cair, bem como a atrofia dos músculos, os espasmos, o distúrbio biológico que vem à tona como "câncer" e termina em caquexia geral. Fui muitas vezes capaz de ajudar a paciente a desenvolver novos impulsos vitais corrigindo o espasmo diafragmático, que é central no distúrbio biopático de motilidade, na defesa contra a sexualidade e, de fato, na defesa contra a função de expansão da vida. A respiração da paciente era realmente precária-

ria; a ventilação dos tecidos era, de fato, **insuficiente**; os impulsos locomotores plasmáticos nos membros eram, de fato, **insuficientes** para gerar um movimento coordenado; seu medo de cair e do ferimento que se seguiria tinha uma base real e não era uma simples fantasia neurótica; com efeito, *sua "fantasia" de um desastre causado pela queda tinha uma base muito real na restrição da motilidade biológica*. O caráter histérico, funcional, da paralisia adquiriu uma base real, biopatológica. Só diferenças de grau separam a paralisia da motilidade e a paralisia causada por encolhimento biopático.

Nos círculos médicos, as paralisias funcionais tendem a ser vistas com um certo ceticismo. A visão predominante, mesmo nos dias de hoje, é que uma paralisia funcional deve ser mais ou menos "simulada". Minha tese é que os distúrbios funcionais da mobilidade atribuíveis a distúrbios biopáticos da **pulsção plasmática** são muito mais sérios e podem afetar áreas mais amplas do que uma paralisia que resulta de uma lesão mecânica segmentar. O funcionamento biológico do organismo total não é prejudicado por uma lesão mecânica local. Porém *uma paralisia funcional é uma manifestação de um distúrbio biológico total*. A função da formação do impulso plasmático no cerne biológico do organismo é, ela mesma, **perturbada** e pode causar uma perda extensa de substância nos tecidos (atrofia muscular, caquexia geral, anemia, etc.). Não é relevante argumentar que um distúrbio mecânico não pode ser influenciado por sugestão, enquanto o distúrbio funcional pode. A "sugestão" capaz de desencadear uma melhora da paralisia funcional é, na realidade, um estímulo de prazer para o sistema biológico plasmático, impelindo-o para novas possibilidades de vida e funcionamento biológico renovado.

O distúrbio fundamental no funcionamento do corpo plasmático, representado e causado por estase sexual crônica, rigidez de caráter, e resignação e simpaticotonia crônica deveria ser levado muito mais a sério do que lesões mecânicas locais. O ponto de vista funcional deve em parte complementar e em parte superar os pontos de vista mecanicista e puramente materialista da medicina hoje. Foi esta perspectiva funcional que abriu uma brecha no muro que manteve o problema do câncer inacessível. Na discussão que se

segue, será mostrado até onde isto, na realidade, já pode ser colocado em prática. Voltamos agora nossa atenção para as mudanças no sangue e nos tecidos desencadeadas pelo encolhimento biopático.

6. *PRIVAÇÃO SEXUAL DO ORGANISMO NA ABSTINÊNCIA CRÔNICA, ILUSTRADA POR UM CASO DE ENCOLHIMENTO CARCINOMATOSO SEM TUMORES*

Tentei mostrar previamente que o tumor local não é o câncer em si. Por trás do tumor ocorre na realidade um encolhimento do sistema nervoso autônomo. Na paciente de câncer cuja doença descrevi, os tumores cancerosos foram eliminados através da orgonoterapia, porém ela pereceu então por causa de um distúrbio sexual profundamente assentado, que levou ao encolhimento contínuo do aparelho vital. Por sorte, encontrei um segundo caso que confirmou e ampliou as conclusões que tirei a partir do primeiro caso. A exemplo do primeiro, este caso revela claramente os fundamentos sociais e sexuais da biopatia de encolhimento. Ao mesmo tempo, demonstra o potencial da orgonoterapia para o tratamento da biopatia do câncer. A responsabilidade que o economista sexual e o psiquiatra devem encarar na luta contra as biopatias sexuais é imensurável. Não há modo de acumular percepções da natureza das biopatias, a não ser aos poucos, através do estudo de muitos casos. Um caso levantará perguntas que o caso seguinte responderá, embora não sem introduzir novas perguntas. Essas perguntas só são evidentes para o psiquiatra cuja orientação for econômico-sexual. Para o patologista mecanicista, as perguntas continuam não sendo formuladas.

Um economista sexual que era um colega ilustre no Instituto conseguiu, em poucos meses, efetuar uma mudança notável na condição de uma mulher que sofria de uma neurose de caráter grave. Uma das conhecidas dessa mulher percebeu a mudança. Por sua vez, ela conhecia uma outra mulher de trinta anos que, durante dois anos, parecia ter sucumbido a uma doença que médico algum fora capaz de explicar. Foi assim que a paciente acabou vindo ao meu laboratório.

Minha impressão imediata, superficial da paciente foi que seu rosto lembrava uma máscara mortuária. A pele da face era pálida e como que azulada. O rosto era encovado, de modo que os ossos do maxilar ficavam nitidamente protuberantes. Seus olhos pareciam cansados, velados, desesperançados. Sua boca era caída nos cantos, expressando resignação e depressão profunda. O corpo era delgado; costelas e vértebras ressaltavam de modo incomum. A musculatura de todo o corpo era tão fina que dificilmente se podia duvidar da existência de um processo de atrofia. Os movimentos eram letárgicos, como que arrastados. A paciente falava lentamente, como que com grande esforço, sem mudanças na expressão facial. Parecia que qualquer atividade era impedida e que havia uma energia insuficiente por trás dos impulsos. Os ossos pélvicos eram extremamente saltados. Pés e mãos eram pegajosos, frios e pálidos. Sua voz era fraca e monótona. A paciente parecia querer fazer contato comigo, mas não conseguia.

Ela pesava cerca de 41 kg, tendo perdido 4,5 kg nas últimas quatro semanas. Dois anos antes, pesava 54 kg. A partir dos cinco anos, crescera rapidamente e tornara-se magra; desde então, havia estado sempre abaixo do peso para sua idade. Quando criança, tivera sarampo e coqueluche. Sofria de resfriados freqüentemente e havia extraído as amígdalas. A menstruação começou na idade de catorze anos e ocorria regularmente a cada quatro semanas. No entanto, sempre durava uma semana ou mais e era extremamente dolorosa.

Cinco anos antes, ela havia consultado um psiquiatra, num esforço para lidar com suas dificuldades sexuais. Desde a puberdade, havia sido convencida de que não estava em ordem sexualmente. Muitas vezes precisava afastar-se da escola para "firmar sua saúde", como dizia. Quando investigada mais de perto, ela admitiu que se sentira muitas vezes cansada e fraca e não conseguira dar conta dos deveres escolares. Mesmo as mais simples tarefas representavam esforços excessivos para ela. A paciente sofria de depressões graves e se sentia totalmente incapaz de enfrentar a vida. Sua resignação transformou-se gradualmente em completa inatividade.

Sua mãe havia passado por uma histerectomia total em função de um câncer, mas morreu posteriormente de metástase nos ossos. A paciente descreveu sua mãe como uma pessoa muito silenciosa, devotada aos filhos. Morreu como viveu, sem se queixar.

A educação da paciente em assuntos sexuais havia sido muito severa e ascética. Ela nunca havia experimentado uma relação sexual. Raramente lhe permitiram aceitar convites para dançar. Durante certo tempo, na puberdade, o desejo da companhia dos homens agitou-se dentro dela, mas suas tentativas falharam. Sua família, rigorosamente religiosa, não tolerava situações que poderiam ter se tornado "perigosas". Ela falhou miseravelmente nas suas tentativas de superar essas inibições externas e percebeu que havia se tornado *interiormente incapaz de uma amizade íntima com um homem*. Essa situação havia se instalado nela durante o final da puberdade e persistira até aquele momento. Era um elemento central, que contribuía para suas depressões e seu modo de vida recluso. Era bonita, não obstante os homens pareciam se afastar dela assustados. Diversas vezes começara a desenvolver uma amizade. Mas esta nunca dava certo porque, diante do mero pensamento de intimidade física, surgia inevitavelmente um *espasmo nos genitais*. Com o passar do tempo, desenvolveu-se o medo desses espasmos dolorosos e ela passou a evitar qualquer ocasião que pudesse conduzir a um envolvimento sexual. Embora percebesse que seu comportamento era patológico, ela não sabia o que fazer a respeito. Tinha medo de pedir conselho aos médicos ou pedir a opinião das amigas sobre o seu problema. Em suma, ela desistiu. Nunca havia se masturbado, a despeito do sofrimento que a excitação sexual lhe causava, mas tendia a segurar as mãos sobre os genitais à noite. Em contraste com outros pacientes que sofriam igualmente de abstinência sexual, ela tinha uma percepção clara da natureza de seu distúrbio. Não fazia tentativas de disfarçá-lo com ideais ascéticos; conseqüentemente, seu sofrimento era ainda mais intenso. Durante nossas primeiras conversas, ela falou a respeito de seus problemas quase que sem inibição. Aqui, no entanto, eu gostaria de interromper a descrição de sua abstinência e voltar a isto posteriormente.

A gravidade da condição da paciente requeria um exame físico completo. O resultado foi surpreendente. O médico que a examinou prescreveu uma dieta, mas não descobriu distúrbios físicos. Seu relato foi redigido da seguinte forma: "Tem este o propósito de certificar que realizei na Srta. _____ um exame físico completo, incluindo testes de sangue e urina, e encontrei-a em bom estado de saúde." Esta descoberta contradizia de forma tão nítida a impressão que eu havia tido da paciente que, no começo, não a compreendi. Como foi observado, ela havia perdido 4,5 kg recentemente. Durante dois anos, havia sido incapaz de trabalhar e ficara recolhida à sua casa, se sentindo fraca e incapaz de fazer qualquer contato social. Não surpreende que o médico não tenha conseguido reconhecer uma biopatia causada por abstinência, mas a perda de peso deveria ter causado uma forte impressão. A aparência geral da paciente também não poderia ser facilmente desconsiderada. Pensei que o profissional médico seria treinado apenas para exames mecânicos e químicos. Portanto, acontece com freqüência de uma postura biopática grave ser desconsiderada simplesmente porque o médico não aprendeu a levar em consideração a expressão corporal do paciente e o *caráter de sua vida sexual*.

A paciente tinha um pequeno tumor, aproximadamente do tamanho de um feijão, na borda externa do seio direito. Perguntei se o médico que a examinou havia visto o tumor. Ela respondeu que sim. Porém como esse pequeno tumor ficava alternadamente maior e menor, o médico havia diagnosticado um inchaço glandular inofensivo, aparentemente acreditando que um tumor maligno não poderia ficar espontaneamente menor e cresceria cada vez mais. O pequeno tumor havia existido durante cerca de um ano sem crescer. Por não querer alarmar a paciente desnecessariamente, não providenciei uma biópsia. Como a paciente queria se submeter ao experimento com orgonoterapia, eu podia esperar para verificar se o tumor desapareceria depois de algumas irradiações. O desaparecimento rápido seria uma indicação de que o tumor havia sido maligno; entretanto, caso ele levasse muitas semanas ou meses para desaparecer, ou não sumisse de modo algum, ou não exibisse sinais

de crescimento, então o diagnóstico de inchaço glandular inofensivo poderia ser correto. Além disso, fizemos nossos testes de câncer para confirmar nossas descobertas.

Os testes foram todos positivos; o diagnóstico era seguramente o de câncer. O exame da taxa de desintegração dos eritrócitos na solução fisiológica salina apresentou desintegração bionosa e formação de espículas T em cerca de um minuto. As margens de orgone dos eritrócitos eram estreitas, apresentando uma coloração de um azul não mais que desbotado. O conteúdo de hemoglobina era normal em 80%. No teste de cultura, o caldo tornou-se nebuloso depois de vinte e quatro horas. A inoculação no ágar-ágar exibiu o crescimento típico de bacilos T, o que foi confirmado pela coloração de Gram. A autoclave do sangue em caldo de cultura e KCl levou a uma reação T forte dos glóbulos vermelhos de sangue (cerca de 60%).

Esses resultados, somados à condição biofísica da paciente, tornaram o diagnóstico de biopatia de encolhimento carcinomatosa *avançada* quase inevitável. Não era mais relevante se o pequeno tumor no seio direito era, ele mesmo, um carcinoma. Tive a impressão de que a paciente não tinha mais do que um ano de vida.

Informei um parente próximo da paciente e fiz com que confirmasse por escrito que eu havia diagnosticado câncer, mas não havia oferecido promessa de cura. Adverti-o que se deveria esperar a morte da paciente em um período de tempo muito curto se o experimento com a radiação orgone não tivesse sucesso. Eu sabia que médico algum poderia chegar a um diagnóstico de câncer com base no presente quadro da doença. Além do mais, mesmo que outro médico tivesse suspeitado de câncer por causa da condição geral da paciente, ainda não haveria outro tratamento alternativo disponível que não a orgonoterapia, uma vez que não havia tumores locais considerados cancerosos.

A paciente começou a fazer irradiações de orgone diárias em meu laboratório. Posteriormente, ela adquiriu um acumulador de orgone e tomou duas irradiações diárias na sua própria casa, uma de manhã após o banho e outra à noite, antes de ir para a cama,

durante meia hora cada vez. Nas primeiras doze semanas, este tratamento produziu os seguintes resultados:

Peso: Depois de uma semana, ainda com cerca de 44 kg, não se registrou aumento, mas também não houve mais perdas de peso; depois de duas semanas, 41,4 kg; depois de três semanas, 41,7 kg; depois de quatro semanas, 41,9 kg; depois de seis semanas, 43,5 kg; depois de doze semanas, 45,5 kg. Portanto o processo de encolhimento não só foi interrompido, como a paciente estava ganhando peso de modo acelerado.

Crescimento de bacilos T em cultura de sangue: Depois de cinco semanas, o caldo de cultura, bem como a cultura de ágar-ágar, eram *negativos*, e assim permaneceram durante as semanas que se seguiram.

Teste de autoclave: Depois de três semanas, não se registrou melhora; a reação T era ainda de 60%, aproximadamente. A solução de bíons sanguíneos não tinha o caráter de um colóide puro, mas apresentava uma descoloração azul-esverdeada própria do câncer avançado.

Tumor no seio: Depois de dez dias de tratamento de orgone, o pequeno tumor no seio direito não era mais palpável. Duas ou três semanas são o tempo habitual necessário para a eliminação de tumores no seio de tamanho médio através da orgonoterapia.

Esses resultados foram da maior importância para o experimento de orgonoterapia. Elas demonstraram que sintomas de um estado canceroso avançado podem existir no organismo sem manifestação local observável. Isto confirmou minha visão anterior, de que o câncer consiste essencialmente em um encolhimento geral do aparelho vital; o tumor local, portanto, é somente um dos sintomas da doença, e não a doença em si. Essas descobertas também provaram que uma formação médica padrão não capacita o médico clínico a diagnosticar o câncer antes do aparecimento do fenômeno local observável. Finalmente, provaram a utilidade dos testes bioló-

gicos de bíons sanguíneos de nosso laboratório nos casos em que métodos tradicionais não podem verificar o diagnóstico de câncer. Mesmo que um cirurgião tivesse suspeitado de que o pequeno tumor no seio era canceroso e o houvesse removido através de cirurgia, a biopatia geral de encolhimento teria permanecido intacta e a paciente teria morrido. É absolutamente inconcebível que esse pequeno tumor, sem metástases nos gânglios axilares, fosse a causa das condições de saúde precárias da paciente. O tumor era um desdobramento muito posterior à condição geral de encolhimento. Assim, há uma ampla justificativa para falar de uma "biopatia de encolhimento carcinomatosa, sem tumores". É importante estabelecer com que freqüência tais casos ocorrem. De qualquer modo, a disponibilidade da orgonoterapia reduz em grande parte o medo da doença, mesmo que muitas perguntas permaneçam sem resposta. Neste caso específico, o experimento de orgonoterapia foi bem-sucedido, e este sucesso valida sua reivindicação: a de ser testado e desenvolvido em escala mais ampla. Abordarei este problema em um capítulo posterior¹¹.

Antes de avançar para o principal tema desta discussão – a saber, os princípios do experimento de orgonoterapia, o problema do desenvolvimento de células cancerosas e os processos nos tecidos –, devem ser considerados alguns pontos mais sobre este caso. Quando da primeira publicação do *International Journal of Sex Economy and Orgone Research*, um médico que simpatizava claramente com o nosso ponto de vista comentou que a economia sexual era seguramente importante e correta, porém, insistia: "O que tem ela a ver com o câncer?" Ele sentia que a discussão do câncer e da pesquisa sobre o orgone teria como efeito dificultar a aceitação da economia sexual. Assombro e incredulidade foram as reações que obtive de muitos outros círculos, sempre que me referi ao câncer como uma biopatia sexual ou um flagelo de privação sexual. Essas reações eram um sinal claro de que o ponto central de nosso trabalho não havia sido compreendido, qual seja, que *as doenças*

11. Ver Capítulo X.

geradas pela estase sexual eram graves doenças biopáticas do organismo. A biopatia do câncer é uma das doenças em que os distúrbios crônicos da economia sexual humana se manifestam. O câncer é uma biopatia sexual (doença de privação sexual). A economia sexual e a pesquisa do câncer são, portanto, inseparáveis. A análise do caráter, a vegetoterapia e a orgonoterapia podem parecer métodos diferentes de tratamento, mas basicamente elas são uma só e a mesma bioterapia em funcionamento em um organismo unitário. Uma complementa a outra e todas têm uma raiz comum no biosistema. Sua diferenciação superficial corresponde à diferenciação artificial do organismo total em funções biofísicas, caracterológicas e fisiológicas.

A paciente foi examinada ginecologicamente. O exame confirmou plenamente meu diagnóstico de encolhimento plasmático. O corpo do útero era muito pequeno com relação ao colo e os ovários não podiam ser palpados pelo reto – uma indicação de que eram extraordinariamente subdesenvolvidos, na opinião do ginecologista. O tecido dos seios parecia totalmente subdesenvolvido. Era difícil chegar a qualquer conclusão sobre se o caso era de atrofia ou *inibição primária* do desenvolvimento dos órgãos sexuais, obviamente. O ginecologista era de opinião de que havia um subdesenvolvimento primário dos ovários. No entanto, presumir a existência de tal distúrbio ovariano primário isolado não estaria de acordo com nossa posição teórica. Os ovários não são órgãos que funcionam independentemente, mas são partes integrais do aparelho vital autonômico total, do qual dependem. Com base na história sexual da paciente, estou inclinado a ver o subdesenvolvimento de seus seios e órgãos genitais como uma *atrofia de ausência de uso do aparelho sexual*. A pergunta: em que extensão as glândulas endócrinas têm um papel principal e em que medida elas devem ser vistas como os órgãos executivos da função geral plasmática não pode ser respondida de modo conclusivo neste momento.

Decidi tratar a paciente sem remuneração, utilizando simultaneamente a orgonoterapia física e a técnica da orgonoterapia psiquiátrica. Não tardou muito para que a paciente começasse a fazer perguntas: "A relação sexual dói?" "Quando você vai me violen-

tar?" (Essa paciente, como muitas outras que sofrem de privação sexual crônica, era perseguida por graves fantasias de violentação. Ela realmente acreditava que uma mulher não podia ficar sozinha em um aposento com um homem sem ser violentada.) "O homem precisa enfiar seu pênis na vagina? Isso realmente deve machucar!" "O que fazer se tiver crianças demais?" (Ela nada sabia sobre contracepção.) "A mulher precisa ceder ao homem se ele quiser se satisfazer? Isso me assusta." A paciente tinha uma ignorância total mesmo acerca das questões mais elementares da vida sexual. Quando criança, ela havia pressionado a mãe com perguntas a respeito disso, mas havia sido repelida e parara de fazer aquelas perguntas às pessoas. Ela agora acreditava que não era para se saber "aquelas coisas". Havia desenvolvido um forte apego ao seu pai, um educador autoritário e moralista rigoroso que havia reprimido desde o início os primeiros impulsos púberes da menina. Logo depois, ela começara a sofrer de fantasias perversas, cujo conteúdo principal era a violentação brutal. Isso levou ao desenvolvimento de um sentimento de pânico sempre que um menino se aproximava dela. Mesmo na puberdade, esse medo se fazia acompanhar de espasmos no aparelho genital. Esses espasmos persistiram como queixa crônica. Ela se esquivava cada vez mais do contato com homens e tornou-se cada vez mais sozinha.

Aos poucos, ela absorveu e se aferrou caracterologicamente às distorções tradicionais da sexualidade: sexo é maligno, demoníaco, um pecado monstruoso contra os mandamentos de Deus. A relação sexual é uma atividade reservada ao casamento e, neste caso, só para gerar filhos. (Tudo que ela observava ao seu redor contradizia completamente essas idéias.) O homem é um animal sexual maligno, que viola meninas "para acalmar sua lascívia". As mulheres não têm sexualidade e somente geram as crianças. Elas só têm relações sexuais com um homem porque ele "precisa". A masturbação transforma você em aleijado ou idiota e "faz com que perca o sumo da vida que vem da medula". (Como resultado dessas crenças, ela nunca tinha se masturbado de verdade, mas desde a infância mantinha as mãos nos genitais à noite, apertadas e imóveis.) A diferença

entre o homem e o animal é que o homem não é sexual. O que é animal é desprezível e deve ser combatido. Tudo que é sexual é animal. O que se deve cultivar são “valores ideais”, deve-se afastar da mente os “maus pensamentos”. Ela tinha “maus pensamentos”, é claro. Por conseguinte se sentia culpada, tornou-se ainda mais tensa e mesmo assim surgiam os “maus pensamentos”. Mesmo durante sua infância, tinha fantasias brutais e sádicas que ela, com medo, reprimia. Sentia o impulso de morder ou arrancar o pênis dos homens ao seu redor. Durante a puberdade, sempre que estava para dançar com um rapaz, surgia um impulso de sufocá-lo, acompanhado de intensa excitação sexual. Esse sentimento fez com que se retraísse ainda mais. Seu pai a advertiu sobre doenças venéreas, dando-lhe a impressão de que a relação sexual levava a elas inevitavelmente. Mas ele não contou a ela como se proteger contra tais infecções. E então ela permaneceu desamparada, dilacerada entre o anseio pelo amor e o medo dele. Isso a impeliu a entrar em situações que realmente *eram* perigosas. A curiosidade a levou a abordar homens completamente estranhos e entregar-se a diversas práticas sexuais só para fugir assustada, e então se isolar completamente durante meses. Compreensivelmente, era aquele mesmo medo que a expunha a situações perigosas. Ela queria descobrir se o que lhe havia sido dito era realmente verdade. O medo era uma expressão de seu ímpeto vital em busca de gratificação sexual. Isto confirmava o que a economia sexual sempre defendeu: *a moralidade compulsiva e o ascetismo geram criminalidade e perversão sexuais, o exato oposto do que pretende.*

A paciente era totalmente ignorante da anatomia de sua genitália. Todavia, como seus genitais lhe causavam tanto sofrimento, ela era obcecada pelo pensamento de que tinha realmente que ter conhecimento sobre eles. A curiosidade sexual se apoderava dela subitamente durante conversas inofensivas com conhecidos tanto do sexo masculino como feminino; sua reação instintiva era fugir e esquivar-se imediatamente. Só uma vez, quando tinha vinte anos, sentiu que estava realmente apaixonada por um rapaz e tentou superar suas dificuldades. Em vez disso, ela recuou desamparada e

"ficou em pedaços". A excitação sexual tornou-se tão intensa e o espasmo genital tão violento momentaneamente que ela queria cometer o suicídio. Era impossível para ela conceber o ato sexual como outra coisa senão uma violação brutal.

Mesmo durante a puberdade, sua capacidade de trabalho era dificultada devido à tremenda estase sexual. Pensamentos sexuais compulsivos se intrometiam sempre que surgia o interesse pelo trabalho. Claramente, o estímulo emocional oferecido pelo seu trabalho disparava simultaneamente a excitação sexual que ela temia tanto. *A estase sexual é a causa mais importante de perturbação no trabalho durante a puberdade.* Com o passar dos anos, a capacidade de trabalho da paciente declinou cada vez mais; ela se tornou obtusa, até finalmente atingir um estado de vazio emocional completo, assim permanecendo durante os últimos dois anos. Durante estes dois anos, o vazio emocional e caracterológico caminhou para o encolhimento somático.

Nestas primeiras tentativas de tratar uma biopatia de encolhimento, principiei pelas seguintes suposições: a estase sexual, que produz "a neurose de estase", está na base tanto da biopatia carcinomatosa como da cardiovascular. Porém deve haver uma diferença essencial entre o câncer e as biopatias cardiovasculares. As vítimas de câncer apresentam predominantemente uma mansidão emocional e uma resignação caracterológica. As pessoas que sofrem de hipertensão cardiovascular, isto é, de uma contração vascular crônica, são, contrastando com as que sofrem de câncer, em sua maior parte facilmente excitáveis, com "labilidade emocional", personalidades explosivas. Isto se expressa claramente nos ataques agudos de angústia. Por outro lado, nunca vi pacientes de câncer com emoções violentas, explosões de raiva e assim por diante. Portanto é justo que concluamos pela existência de diferenças específicas entre as duas formas de biopatia, a despeito de sua etiologia comum na estase sexual. O fator essencial é *como o organismo reage à excitação sexual represada depois que ela aconteceu.*

Ao investigar novas conexões, somos compelidos um sem-número de vezes a fazer pressuposições sugeridas pelas configura-

ções da doença, sem sermos capazes de afirmar com segurança se essas pressuposições estão corretas. Não temos outra alternativa senão deixar a confirmação ou refutação de nossas hipóteses à experiência futura. Em tais assuntos, nunca se pode ser flexível, cuidadoso ou autocrítico o suficiente. Em suma, a comparação clínica da biopatia do câncer com a hipertensão cardiovascular nos forçou a assumir uma visão basicamente diferente da excitação sexual represada no biosistema. *Na biopatia cardiovascular (neurose de angústia como conseqüência da abstinência), a excitação sexual permanece viva biologicamente, isto é, fisiológica e emocionalmente.* Em outras palavras, o cerne biológico do organismo, o aparelho vital autonômico continua gerando energia em sua mais plena extensão. Quando se contrai, no entanto, o organismo reage com explosões de angústia ou raiva e com sintomas somáticos, como o hipertiroidismo, a diarréia e outros. *Por outro lado, no câncer o cerne biológico reduz sua produção de energia.* Com a diminuição da produção de energia, as emoções e excitações tornam-se cada vez mais fracas. Desse modo, o metabolismo energético é profundamente muito mais perturbado do que nas desordens que produzem sintomas mais visíveis, como a histeria. Encarada do ponto de vista funcional, uma explosão de raiva ainda é uma descarga de energia, mesmo que patológica. *A calma emocional crônica, por outro lado, deve coincidir com uma estagnação bioenergética na célula e no sistema plasmático.*

Com certa hesitação, senti-me obrigado a falar aqui de “sufocação do sistema de energia celular”. Parece concebível que a resignação caracterológica seja a expressão de superfície de um processo interno de cessação gradual das funções energéticas do aparelho vital, embora não se possa ter a menor certeza quanto a essa afirmação no momento presente. Vamos ilustrá-lo desta forma:

O movimento contínuo da água purifica um riacho que flui. A sujeira se dissolve com muita rapidez, por um processo que ainda não foi bem compreendido. Contudo em um lago estagnado, não só os processos de putrefação não são eliminados, como mais ainda: são acelerados. As amebas e outros protozoários crescem pouco ou nada em águas que fluem, porém crescem em profusão na água

estagnada. Ainda não sabemos muitas coisas sobre esta "sufocação" em água estagnada ou no sistema energético estagnado do organismo, mas temos todas as razões para pressupor a existência de tal processo e condição. Não pode ser mera coincidência o câncer se desenvolver tão raramente em um organismo bioenergeticamente vivo e tão facilmente em um organismo bioenergeticamente estagnado. Está claro que a biopatia de encolhimento, diferentemente de outras formas biopáticas, começa com uma calma anormal na vida sexual e emocional da pessoa. Os sintomas de angústia de estase, muitas vezes numerosos na história prévia de pacientes de câncer, são raros depois que a doença chega à maturidade. A impressão é de uma redução aguda no metabolismo biológico de energia que, nas pessoas saudáveis, se reflete vividamente na função do orgasmo. Acredito que essas suposições tenham um grande significado e espero que sejam minuciosamente investigadas.

Não se deve pressupor que as células do organismo se submetem à extinção do sistema de energia sem luta. Quando há uma redução no funcionamento da excitação bioenergética (orgonótica) do sistema total, a excitação orgonótica ainda pode continuar intensamente nas células individuais ou sistemas celulares, assim como um organismo que está sendo sufocado resiste ao declínio final através de clonismos. Assim, as células individuais ainda podem mostrar uma forte excitação orgonótica, mesmo quando o organismo como um todo já perdeu a capacidade de excitação em seu metabolismo energético. Todavia, tais excitações isoladas, que ocorrem sem conexão com as excitações orgonóticas do organismo inteiro, não podem mais ser normais fisiologicamente. Elas devem ter efeitos nocivos na estrutura da célula.

Discussões mais aprofundadas sobre este assunto precisarão ser postergadas. A física orgone proverá esclarecimentos importantes sobre a função afetiva das células do corpo e sua relação com o metabolismo da energia orgone. (Por exemplo, existe o fenômeno de luminância orgonótica em bions, que revela conexões importantes

com a luminância da célula e a **excitação celular no organismo.**) Mas agora voltemos à paciente.

Seu comportamento emocional e bioenergético se adequava completamente às suposições que acabamos de descrever. Ela fazia **constantemente indagações** sobre os processos sexuais, mas faltava às perguntas **urgência e excitação.** Em contraste, a paciente com histeria de angústia teria feito as mesmas perguntas com uma **excitação intensa**, ou as teria reprimido e desenvolvido uma **angústia grave.** A **significação emocional das perguntas teria vindo à tona imediatamente.** Com a nossa paciente, era diferente. Ela perguntou tudo com **uma voz monótona**, como se não interessasse, embora estes assuntos preenchessem sua vida. Suas fantasias eram medonhas, mas ela parecia intocada, interessada apenas **superficialmente.** Logo começou a se queixar do modo **superficial e mortiço** com que experimentava as coisas. Havia sofrido deste **problema desde a puberdade.** Isso proporcionava-lhe o sentimento **de ser incapaz de estabelecer um contato próximo** com qualquer coisa ou qualquer pessoa. A calma emocional da vítima de câncer contrasta nitidamente com a frieza e **ausência de contato do caráter compulsivo, bloqueado no afeto.** No caráter compulsivo, há uma contenção da energia dos impulsos poderosos no bloqueio; no câncer, **falta energia.**

Uma observação cuidadosa do comportamento da paciente contradizia a suposição de que houvesse **afetos reprimidos nas profundezas biológicas.** Não havia afeto algum. O reflexo orgástico apareceu com **surpreendente facilidade**, porém quase sem força afetiva. Os afetos são as **manifestações da excitação celular bioenergética.** Se superarmos a **inibição respiratória** de um paciente que sofre de neurose de estase com **ansiedade cardíaca**, a **conseqüência imediata e inevitável** será a **manifestação de fortes excitações.** Porém, no caso de nossa paciente, isto não aconteceu. A **correção de sua respiração ao longo de um período de dois meses de fato trouxe à tona ações vegetativas espontâneas**, mas sem movimentos vívidos. Como o reflexo orgástico era fraco, ela não tinha medo dele, o que é diferente de uma pessoa com neurose de estase, que experimenta uma **angústia severa relacionada ao orgasmo.** Essa pobreza de afeto atingia portanto o sistema **biológico até o fundo.**

A pergunta que me confrontava era se os espasmos do aparelho genital poderiam ser dissolvidos sem a presença de fortes excitações. Estava claro que ela só se recuperaria se sua sexualidade começasse a funcionar vigorosamente. Depois de duas semanas de tratamento, ela desenvolveu correntes vegetativas fracas nos genitais. A partir daí, houve alívio dos espasmos genitais e as dores desapareceram. Todavia, como as excitações eram fracas e não se intensificavam, a paciente não desenvolveu a angústia habitual. Esta descoberta foi extraordinária e confirmou a suposição de que, na biopatia de encolhimento, as fontes de excitação no sistema autonômico extinguem-se lentamente. Se as funções energéticas que desaparecem gradualmente podem ser plenamente revitalizadas através da orgonoterapia, isto é algo que resta estabelecer.

A resignação sem protesto aberto ou velado contra a negação da alegria na vida deve ser considerada como uma das causas essenciais da biopatia de encolhimento. O encolhimento biopático representa, portanto, uma continuação da resignação caracterológica crônica no campo do funcionamento celular.

Visualizemos as funções biológicas fundamentais (fisiológica e emocional) sob forma de diagrama. Imagine um amplo círculo com um centro ("cerne"). O encolhimento da periferia do círculo representaria o início da resignação caracterológica e emocional. O cerne, o centro do círculo, ainda não está afetado. O processo de encolhimento avança na direção do centro, isto, do "cerne biológico". O cerne biológico nada mais é do que a soma de todas as funções plasmáticas da célula. Depois que o processo de encolhimento tiver atingido esse cerne, o próprio plasma se contrai. Isto coincide com o processo de perda de peso. Mas, muito antes de prejudicar a função plasmática diretamente, há distúrbio das funções periféricas fisiológicas e caracterológicas: a perda da capacidade de estabelecer contato social, a perda da *joie de vivre**, a perda da capacidade de trabalho e, finalmente, as perturbações da pulsação e da excitação vegetativa.

* "Alegria de viver", em francês no original. [N. do R. T.]

O aparelho vital envolve o cerne biológico em camadas de profundidade variada. O biosistema tem camadas mais superficiais e outras que são mais profundas¹². As perturbações do funcionamento corporal também são superficiais ou profundas. Um distúrbio agudo da respiração não afetará o cerne do biosistema. Um distúrbio respiratório crônico, devido a uma atitude inspiratória crônica, irá gerar uma ansiedade crônica, mas não influenciará a função biológica do plasma celular enquanto as funções bioenergéticas nas próprias células continuarem, isto é, enquanto o organismo continuar produzindo impulsos vigorosos. A deterioração da produção de impulsos nas células é uma indicação de que a resignação caracterológica periférica atingiu o sistema plasmático celular. Estamos então lidando com o processo de encolhimento biopático. Teremos que estudar este processo também nas esquizofrenias crônicas (principalmente na hebefrenia).

Parece agora certo que o encolhimento biopático é específico do câncer. O processo real do câncer assemelha-se essencialmente à vida dos protozoários em um lago, onde não há mais nenhum movimento de água, mas existe um crescimento florescente de protozoários. Infelizmente, estes processos que estão na base da biopatia de encolhimento não podem ser observados diretamente ao microscópio; só se pode deduzi-los. Permanece uma lacuna, no que diz respeito à observação do processo completo, entre mansidão afetiva carácter-biológica e o que ocorre no plasma celular que, no processo canceroso, é visível ao microscópio sob a forma de desintegração vesicular, bionosa.

Agora queremos analisar estes distúrbios de células e tecidos. O que está claro é que o câncer não pode se desenvolver através de uma simples cicatriz, uma verruga, uma ferida ou uma irritação crônica, a não ser que ali já exista um distúrbio fundamental da função vital, no cerne do sistema biológico, que em última análise se aposa do dano local. A pergunta é: de que forma isto acontece?

12. Foi descoberta uma disposição em camadas comparável a esta no caráter (ver Wilhelm Reich, *Análise do caráter*, Martins Fontes, 1995).

Capítulo VI

A célula cancerosa

1. O MISTÉRIO DA ORIGEM DA CÉLULA CANCEROSA

O flagelo do câncer está cercado por inúmeros problemas não solucionados, dentre os quais nenhum outro fascinou médicos e leigos tanto quanto a questão da origem da célula cancerosa. O tecido saudável está "em repouso", isto é, as numerosas células individuais do organismo vivem umas com as outras em harmonia e desempenham mutuamente suas respectivas funções de órgão, como a absorção de alimento, a excreção, a respiração, a excitação e gratificação sexuais, e assim por diante. Em suma, elas se subordinam às funções do órgão, responsáveis pelas funções vitais do organismo como um todo. O tecido canceroso se desenvolve a partir de tecidos que pareciam saudáveis anteriormente. Segundo o ponto de vista tradicional, o câncer se caracteriza principalmente pelo fato de que as células "em repouso" tornaram-se "agitadas". Essas células se dividem com rapidez, proliferam amplamente, se transformam em grandes agrupamentos e formam, então, o "tumor canceroso". Diferentemente das células saudáveis, as células cancerosas possuem mobilidade. Através de um rápido processo de divisão, elas crescem para dentro dos tecidos circundantes, penetrando e destruindo incessantemente tudo que encontram pelo caminho. É correto descrevê-las como sendo infiltrantes e desvitalizantes.

Concentremo-nos por um momento na pergunta mais essencial: *como é possível que uma célula imóvel, vivendo e funcionando em união harmoniosa com outras células, se transforme em uma célula móvel, "selvagem", que emerge do tecido local e destrói tudo no seu caminho?* Este fato é ainda mais estranho na medida em que a própria célula cancerosa é uma estrutura extremamente fraca, que se desintegra facilmente.

A súbita transição de uma célula saudável para cancerosa ainda não foi compreendida até o presente momento. As propriedades de células saudáveis são bem conhecidas. A forma e muitas características das células cancerosas são moderadamente conhecidas. Mas nada se sabe em absoluto sobre o que acontece na transição entre estes dois estados, isto é, como uma se transforma em outra.

Anos atrás, a pesquisa sobre os bions foi bem-sucedida na produção de uma explicação satisfatória deste mistério – embora tenha seguido um curso estranhamente sinuoso. Com a solução deste problema crucial, abriram-se muitas portas para a compreensão e o controle do câncer. Afirmarei de chofre a mais importante descoberta: foi errôneo acreditar que a célula cancerosa se desenvolve diretamente das células saudáveis. *Uma célula imóvel, saudável, não se transforma subitamente em uma célula agitada, móvel, em proliferação.* Ocorre uma série de mudanças patológicas no tecido e em seu entorno imediato muito antes do desenvolvimento da primeira célula cancerosa. Essas mudanças locais emergem, elas mesmas, de uma doença geral do aparelho vital. O crescimento de uma célula cancerosa em um lugar específico é, na realidade, apenas *uma* fase no desenvolvimento da doença geral chamada "câncer". Designamos esta doença sistêmica de *biopatia de encolhimento carcinomatosa*. O tumor canceroso não é sequer a parte mais importante da doença, é apenas a mais aparente, e foi, até o presente momento, o único fator visível e palpável da biopatia do câncer. Portanto, descobrir que a biopatia de encolhimento é a verdadeira doença foi da maior importância, pois dirigiu nossa atenção para os fatores essenciais. Se o elemento crítico é a doença sistêmica e não o tumor local, daí se segue logicamente que o tratamento do câncer deve ter um caráter

geral; ele não pode mais se restringir ao pequeno ponto no corpo em que, subitamente, surge um tumor. A ignorância da doença sistêmica “câncer”, em conjunção com a crença tradicional de que o tumor local é a doença real, tem sido responsável pela falta de progresso na luta contra o câncer.

Voltemos agora à pergunta do que acontece no tecido *antes* do aparecimento da primeira célula cancerosa plenamente desenvolvida. Para responder a essa pergunta, devemos antes eliminar determinados procedimentos que impedem a pesquisa do câncer:

1. Não se deve examinar o tecido saudável nem o tecido que se suspeita ser canceroso no seu estado morto, fixado e corado, como é de hábito. Devemos nos acostumar à prática de examiná-lo no seu estado vivo. A preparação fixa, com tintura, pode ser usada como um controle, mas os preparos vivos produzem descobertas que não são reveladas nos preparos mortos.
2. Não é possível fazer observações microscópicas confiáveis usando um aumento inferior a 2.000 vezes. Com isso, não se consegue acompanhar o desenvolvimento da célula cancerosa.
3. Devemos fazer repetidas observações com grande aumento de *todas* as células disponíveis no organismo: excreções (esputo, fezes, urina), sangue viável, células da pele e das membranas mucosas, etc.

Formas incomuns no tecido canceroso e o sangue de pacientes com câncer

O sangue e os tecidos vivos saudáveis, examinados com um aumento de 2.000 vezes, apresentam células e formações que são descritas em qualquer bom livro didático de biologia ou fisiologia como constituintes do organismo. Observemos agora o sangue, as excreções e os tecidos de um paciente que sofra, digamos, de câncer nos pulmões. Descobrimos células formadas e estruturas informes

que nunca são encontradas em camundongos saudáveis ou em tecidos e excreções de seres humanos saudáveis. O que mais chama a atenção é a presença de *estruturas vesiculares estriadas de uma cor azul intensa*, que não se parecem com células nem com bactérias. Algumas têm contornos irregulares, sem forma, enquanto outras possuem *formas alongadas, claviformes ou caudadas*. A presença de amebas pulsantes, caudadas, movendo-se rapidamente no esputo pulmonar, é uma descoberta inesperada. *Como chegam aos pulmões formações semelhantes a amebas?* Não pode ser através de "infecção aérea", pois não há amebas no ar. *Elas devem, portanto, ter se desenvolvido nos próprios pulmões*. A partir do quê? Certamente não de germes que se extraviaram acidentalmente nos pulmões. Aprendemos que as amebas se desenvolvem em infusões de musgo desintegrado em vesículas, musgo esse que passa por muitas fases intermediárias. Também aprendemos que não há "germes" no sentido da protozoologia tradicional. Será possível que as amebas e as outras formações na secreção dos pulmões tenham crescido a partir do *tecido pulmonar em desintegração*, precisamente do mesmo modo como as amebas no esputo pulmonar tenham se desenvolvido a partir de tecido de musgo em desintegração? Essa idéia repentina dá muito que pensar, visto que explica numa tacada só a origem de células cancerosas. Entretanto, tais idéias devem ser mantidas em reserva e somente traduzidas em afirmações categóricas depois de reunidas as provas objetivas necessárias quanto à sua exatidão.

Estamos de certo modo inseguros quanto ao nosso empreendimento. Afinal de contas, por que nunca passou pela cabeça de ninguém que se podia simplesmente examinar o esputo de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de câncer para estabelecer a presença de formações incomuns? Não há dúvidas de que teriam sido encontradas amebas nos pulmões. Se for simples assim, devemos ser duplamente cuidadosos e tentar compreender primeiro o motivo de tal negligência na pesquisa do câncer. Um exame da literatura sobre câncer revela que não há um só trabalho que sequer mencione a forma, variedade ou até mesmo a existência de células cancerosas vivas e móveis em excreções e tecidos vivos. Entretanto,

não podemos presumir automaticamente, sem maiores evidências, que várias gerações de pesquisadores do câncer realmente tenham cometido um erro tão sério. Ou nossa idéia é sem sentido, e as amebas na secreção pulmonar não têm nada a ver com o câncer, ou várias gerações de pesquisadores do câncer realmente cometeram um erro tremendo. Não queremos exultar diante disso, mas antes considerar seriamente todos os aspectos do problema. Para começar, é óbvio que tais erros e omissões de fato ocorrem na ciência. Mais ainda, eles sempre ocorrem imediatamente antes do nascimento de novos conhecimentos relevantes. Um número incontável de mulheres morreu de febre puerperal nos dias que antecederam Pasteur e Lister, quando nada se sabia sobre infecção e esterilização. Todavia, teria sido muito simples refinar a antiga descoberta de Leeuwenhoek e olhar nos microscópios. Nada impedia os médicos do tempo de Pasteur de fazer uso do microscópio, a não ser um preconceito crônico, profundamente enraizado, e o preço foi um número incalculável de vidas. Antes que Sigmund Freud descobrisse a atividade sexual infantil, bastante conhecida por qualquer médico e educador hoje em dia, ela não existia aos olhos da ciência. No entanto, é tão simples atualmente constatar que o primeiro interesse das crianças pequenas é sua própria sexualidade.

Começamos, portanto, a ter mais confiança na crença de que um erro igualmente catastrófico tenha sido cometido pelos pesquisadores do câncer. Porém devemos identificar o erro, compreender sua natureza e provar positivamente que nossa visão está correta. Uma vez reconhecida a possibilidade de um erro gigantesco, não há caminho de volta. Se nosso conceito estiver errado, devemos admiti-lo; se a pesquisa tradicional do câncer partiu de falsas premissas e está agora no caminho errado, devemos prová-lo. Porém deixe-me antecipar a minha conclusão: a pesquisa tradicional do câncer realmente parte de premissas incorretas e está de fato no caminho errado. Isto se deve à sua negligência em não examinar ao microscópio o catarro dos pacientes de câncer nos pulmões.

O estudo consistente de excreções e sangue de pacientes cancerosos finalmente nos fornecerá métodos confiáveis para fazer um

diagnóstico precoce de câncer. Um dia, não será mais necessário esperar até que o tumor tenha se tornado tão grande que possa ser diagnosticado por raios X ou biópsia. Enfim conquistaremos uma posição segura em relação à origem do câncer e o caminho para sua cura se abrirá.

A demonstração do erro básico da pesquisa tradicional de câncer acompanha a prova da precisão de nosso próprio conceito quanto à origem da célula cancerosa. Quando compreendermos como a célula cancerosa se desenvolve a partir do tecido saudável, também compreenderemos em que ponto a pesquisa tradicional do câncer se enganou.

Em primeiro lugar, vamos sujeitar a secreção dos pulmões de nosso paciente canceroso a um exame até mais detalhado, intensificando o aumento de 2 mil vezes para 3 mil e até 4 mil vezes. Descobrimos um número profuso de *corpos* muito pequenos *com formato de lança*, que foram ignorados em aumentos inferiores a 2 mil vezes. Seu formato e mobilidade são idênticos aos dos *bacilos T*, que podemos cultivar a partir de tecido em degeneração, sangue em desintegração ou proteína putrefata. São os mesmos corpos diminutos que observamos nos preparos de bions de carvão e que podem ser obtidos a partir de qualquer tipo de tecido canceroso através da simples inoculação da cultura.

Como os bacilos T resultam da degeneração tissular e desintegração por putrefação (*ver* Figura 32, no Apêndice), devemos concluir que está ocorrendo um processo de desintegração e putrefação no tecido pulmonar. O que ainda não sabemos – mas devemos determinar – é se os bacilos T são *resultado* ou *causa* da desintegração do tecido. No entanto, é certo que os bacilos T não entraram nos pulmões como infecção vinda do ar. Isto pode ser provado facilmente. Não foi possível cultivar bacilos T diretamente a partir do ar, fossem quais fossem os meios de cultura utilizados (*ver* Figura 33, no Apêndice). Bacilos T só podem ser obtidos quando há degeneração de bactérias do ar cultivadas (bactérias de putrefação, *B-subtilis*, estafilococos, e assim por diante). O crescimento de bacilos T na cultura pode ser reconhecido pela borda fina, verde-azulada e cinti-

lante que se forma ao redor de cada tipo de cultura em degeneração. Ela exala um odor forte, acre, parecido com amônia. Dessa borda podem crescer culturas puras de bacilos T. A pergunta de se os bacilos T precedem a formação de câncer ou dela resultam (talvez as duas coisas) pode ser respondida experimentalmente. Falaremos mais a esse respeito depois.

Também encontramos no catarro de nosso paciente de câncer no pulmão formas azuis, contráteis, de diversos formatos, ausentes no tecido pulmonar saudável. São os bem conhecidos *bíons PA*. Como não os colocamos nos pulmões, eles devem ter se desenvolvido ali. A exemplo dos bacilos T, não podem ser cultivados diretamente do ar. Sabemos que são *bíons PA* porque exercem efeito paralisante sobre os bacilos T, idêntico ao dos *bíons PA* produzidos experimentalmente com terra e carvão. Agora surge a pergunta: qual a relação entre esses grandes *bíons azuis* e o câncer? O problema se complica cada vez mais à medida que prosseguimos nas nossas observações. Descobriremos, contudo, que sua solução é simples.

Auto-infecção do organismo em virtude da desintegração tissular

As estruturas encontradas na secreção dos pulmões não estão presentes no ar. Portanto, elas devem se originar dentro do organismo. Nossa tarefa é estabelecer como se desenvolvem. Conjeturamos que são produtos de degeneração tissular e agem como uma *auto-infecção* do organismo. Para confirmar, examinamos excreções e secreções de outros órgãos de pacientes de câncer: secreções do útero e da vagina, urina e fezes. Também examinamos o epitélio em casos de câncer de pele ou o tecido de tumores cancerosos espontâneos em solução fisiológica. Quanto mais examinamos tecido canceroso de diversas origens, mais seguras nossas conclusões:

1. A célula cancerosa plenamente desenvolvida é apenas o produto final de uma longa seqüência de processos patoló-

- gicos nos tecidos afetados. Esses processos nunca foram investigados.
2. Há um certo número de fases características de desintegração tissular e determinadas formas celulares que são encontradas somente em tecido não saudável.
 3. A primeira fase da degeneração do tecido canceroso é a perda da estrutura normal através da formação de vesículas.
 4. O tecido em desintegração vesicular produz dois tipos básicos de bions: os bions azuis PA e os bacilos T pequenos, pretos, com formato de lança.
 5. *As células cancerosas se organizam a partir dessas vesículas de energia bionosa, transformando-se, com um certo número de fases intermediárias, em protozoário amebóide móvel.*

Em cada tipo de tecido canceroso examinado, encontramos as mesmas formas iniciais e as de transição (*ver* Figura 20, p. 266).

O tecido muscular saudável exibe uma estrutura regular, estriada, sem vesículas (*ver* Figura 51, no Apêndice). O tecido muscular canceroso apresenta regularmente desintegração vesicular (*ver* Figura 52, no Apêndice). As células vivas saudáveis apresentam um protoplasma azulado, com estrias finas ou sem estrutura. As mesmas células no tecido canceroso exibem vesículas bionosas de um azul intenso ou corpos pretos extremamente pequenos. As células saudáveis (músculo, epitélio da pele, epitélio da língua, e assim por diante) se desintegram em grandes bions azuis quando fervidas em solução de KCl. As células cancerosas, todavia, se desintegram em corpos T quando fervidas. Portanto, pode-se distinguir a célula cancerosa totalmente desenvolvida da célula de tecido normal pelo fato de que a primeira não se desintegra em bions PA azuis, mas em bacilos T.

O tipo de tecido canceroso (sarcoma, adenocarcinoma, epite-
lioma) e sua localização no corpo não importam. O que caracteriza o câncer é a *estrutura vesicular do tecido circundante* e as diversas formações que ou evoluem para um câncer plenamente desenvolvido ou resultam de sua desintegração. A primeira fase no desenvolvi-

mento de um tumor canceroso sempre é a desintegração vesicular do tecido. Pode-se afirmar, portanto, que a proliferação de células cancerosas nas áreas circundantes deve ser atribuída não só ao avanço do tecido canceroso já formado, mas também – e talvez mais ainda – à desintegração do tecido circundante amolecido. O tecido circundante saudável deve passar ele mesmo por desintegração vesicular antes de permitir a infiltração do tumor nas cercanias. É uma questão de ação recíproca entre o tecido canceroso formado e o tecido saudável que o cerca. O primeiro grupo de células em desintegração vesicular se organiza como um tecido composto de células cancerosas. Esse tecido canceroso formado danifica o tecido saudável que o circunda e desencadeia sua desintegração vesicular. Esse tecido circundante que está se desintegrando agora não oferece resistência à infiltração, retrocede cada vez mais e se transforma progressivamente em células cancerosas. Desta maneira, podemos explicar o desenvolvimento característico do tumor canceroso, que destrói e se infiltra. As microfotografias de tecido canceroso vivo, sem tintura (*ver* Figura 53, no Apêndice), mostram que partes do tecido se transformam gradualmente em formações cancerosas de cor escura.

O formato das células cancerosas totalmente crescidas é o mesmo para todos os cânceres, seja qual for sua localização (nos ossos, glândulas, músculos, etc.) (*ver* Figuras 49 e 54, no Apêndice). Para o olhar treinado, ele é instantaneamente reconhecível por sua forma caudada. A célula assume esse formato muito antes de adquirir mobilidade. Portanto, se forem encontradas formações vesiculares (bionosas) alongadas, com a forma de um taco e com um brilho azul intenso em uma secreção vaginal, confirmar-se-á um diagnóstico de câncer incipiente. Todavia, não seria possível prever neste ponto a progressão da doença. Isto depende de várias outras circunstâncias, que serão discutidas resumidamente.

As formas configuradas como tacos não podem ser confundidas com qualquer célula saudável. Há células cilíndricas na mucosa gástrica que poderiam compreensivelmente ser confundidas com células cancerosas, mas o observador experiente não se enganará e reconhecerá a diferença.

Ao lado das formações características em taco, há massas de grandes células redondas que têm um plasma liso, sem estrutura, ou contêm bíons de um azul-escuro intenso. (A questão de se esta estrutura tem algo a ver com a cromatólise típica e a cromatina nuclear – um problema muito bem conhecido do especialista em câncer que trabalha com tecido *morto* – é de interesse apenas para o especialista e por esse motivo será discutida posteriormente no seu contexto específico.)

Os estágios característicos no desenvolvimento de células cancerosas em camundongos e humanos são os seguintes:

1. Inchaço e desintegração vesicular do tecido. Essa desintegração tem origem em espasmos locais e na estase crônica e sistêmica de energia.
2. Organização das vesículas bionosas em agrupamentos de vesículas de energia ou bíons (“grupos de bíons”).
3. Formação de uma membrana em volta do agrupamento de bíons.
4. Dissolução dos bíons, que se transformam em plasma azul sem estrutura ou estriado. (Observe, todavia, que os bíons às vezes retêm sua forma original.)
5. Formação de corpos com forma de taco.
6. Aparência de motilidade nos corpos totalmente desenvolvidos com forma de taco. Isto não pode ser observado em aumentos de menos de 3.000-4.000 vezes. Os movimentos são lentos e espasmódicos, de um lugar para outro.
7. Liquefação do plasma e, com ela, desenvolvimento de protozoários amebóides móveis. Atinge-se raramente este estágio no câncer humano, uma vez que o organismo geralmente sucumbe muito antes da desintegração do tecido e do processo de putrefação. (Posteriormente abordaremos o processo de putrefação.) Essas formações amebóides ocorrem com muito maior frequência em camundongos, principalmente os que tiverem sido injetados com bacilos T e, por conseguinte, desenvolveram um câncer artificial. As células

cancerosas se deslocam por meio de contrações rítmicas ou fluindo de um lugar para outro. Muitas delas são caudadas e se movem como peixe na água (isto está registrado em filme). Há uma grande variedade de células cancerosas plenamente desenvolvidas. Há tanto formações com pequenas células quanto com grandes células. Por razões que ainda não foram compreendidas, as formações com pequenas células são muito mais malignas do que as de células grandes, isto é, elas levam à morte mais rapidamente. A forma mais virulenta é o sarcoma com pequenas células nas pessoas jovens.

O desenvolvimento de um tumor canceroso simplesmente corresponde à *autodesintegração protozoária e auto-infecção do organismo*. Ou, em outras palavras, *os tecidos individuais do organismo metazoário se transformam em organismos unicelulares de tamanho e forma variados*. Se este processo não fosse interrompido pela morte, a pessoa afetada ou o camundongo com câncer acabariam completamente transformados em protozoários. O fenômeno concomitante mais destrutivo desta transformação é o característico processo canceroso de putrefação. Para a pesquisa dos bions, não é relevante saber se as células cancerosas crescem a partir do tecido epitelial, do tecido glandular, do tecido conjuntivo ou do osso; o processo básico é sempre o mesmo. A diferenciação tradicional entre diversas formas de câncer (epitelioma, adenocarcinoma, glioma, etc.) perde assim sua importância. Para o paciente, o fator significativo não é o tipo histológico de tumor, porém sua localização.

A função do orgasmo no metabolismo da energia orgone da célula: sufocação nuclear na célula pré-cancerosa

As conclusões tiradas das observações em orgonoterapia indicam que *espasmos locais e distúrbios de carga do tecido* são as causas básicas da formação do tumor. Por outro lado, a *inibição respiratória*

é a principal causa do encolhimento sistêmico e, por conseguinte, também influencia a formação de tumores. Esses processos explicam os distúrbios no organismo e no órgão, porém não explicam o distúrbio das funções da *célula* nos órgãos afetados. Indiretamente, este problema conduz novamente às antigas perguntas: *Qual é a função do orgasmo sexual no metabolismo energético da célula? Por que motivo desenvolveu-se essa função primordial e em que processos biofísicos celulares ela se baseia?* Os cientistas tendem muitas vezes a formular perguntas que parecem supérfluas ou ingênuas para os leigos. No entanto, elas têm uma importância crucial.

Até agora não se formulou resposta a essa pergunta, nem através da pesquisa sexológica que precedeu a economia sexual, nem através da pesquisa econômico-sexual. Também não é possível recuar à confortável posição do místico, a de que o *homem, em contraste com o animal, pode existir sem a função orgástica*. Os danos causados à espécie humana pela impotência orgástica foram por demais devastadores para continuar sendo negados. A importância do orgasmo para o equilíbrio bioenergético do organismo foi aceita como *fato* na economia sexual, mas não foi compreendida. Sabemos somente que o orgasmo regula a casa de força da energia e que sua ausência causa biopatias. O que não sabíamos era *de que modo* o orgasmo realiza sua função, *o que causa a descarga orgástica (orgonótica) nas células*. Inesperadamente, a pesquisa econômico-sexual do câncer conduziu à solução desta questão crucial da seguinte maneira:

O tumor canceroso local se desenvolve em órgãos espásticos e pouco carregados, isto é, em órgãos que estão *sufocando*. Este processo afeta gravemente cada uma das células. Devemos presumir que o desenvolvimento de uma célula cancerosa a partir de uma célula normal em repouso corresponde a uma mudança na função celular "bioenergética" (físico-orgonótica). As investigações químicas revelaram muitos fatores importantes, por exemplo, a produção de ácido láctico no tecido canceroso, ou o excesso de dióxido de carbono, que indica um metabolismo sufocante nas células, e assim por diante. A pesquisa dos bósons acrescenta agora o ponto de vista da física orgonótica, isto é, acrescenta ao ponto de vista

químico o energético. Sustenta que **uma estase de energia conduz à desintegração bionosa da substância celular** e que a célula cancerosa se desenvolve a partir destes bions. Porém devemos aprender mais sobre isto: *de que modo a estase de energia em um tecido conduz à desintegração bionosa das células?*

No organismo, cada célula, com o seu núcleo, seu citoplasma e seu campo de energia orgone, forma um "sistema orgonótico" completo. Como toda célula contém energia orgone, sua estrutura deve estar relacionada à sua carga orgonótica. Não é difícil adivinhar qual é essa conexão: o *núcleo* é o componente mais importante da célula e contém a maior parte da energia. Plasma celular sem núcleo não tem vida; entretanto, as células podem muito bem viver só com um mínimo de plasma celular, como as células de esperma, por exemplo. O núcleo deve, portanto, ser considerado o "centro vegetativo" da célula, exatamente como o sistema nervoso autônomo forma o "cerne biológico" ou o "centro vegetativo" do organismo total. O núcleo celular e o sistema nervoso autônomo representam os aparatos energéticos mais concentrados e substanciais nos seus respectivos sistemas orgonóticos, a célula e o organismo total.

O núcleo é *energeticamente mais forte do que o plasma celular*. Todos os processos e funções biológicas essenciais principiam no núcleo e, depois, alcançam o plasma. Por exemplo, a divisão celular começa com a divisão do núcleo, que é seguida pela divisão do plasma. As amebas, no processo de divisão, vivem com frequência por várias horas com um núcleo dividido, isto é, dois núcleos, antes que o corpo se divida em duas amebas.

Grande crédito merece o biólogo alemão Richard Hertwig, por ter sido o primeiro cientista a investigar e formular a relação do núcleo com o plasma, em sua famosa "relação núcleo-plasma"¹. Soube-se por algum tempo que a maioria das células é de um determinado tamanho quando se dividem, variando apenas dentro de estreitos limites. Em seguida à divisão, a célula-filha alcança o mesmo tamanho que a célula-mãe tinha pouco antes de se dividir.

1. Ver Hartmann, *Allgemeine Biologie* [Biologia geral] (2ª ed., Jena, 1933), pp. 364 ss.

Considera-se a relação do núcleo com o plasma imediatamente após a divisão como a relação núcleo-plasma normal na biologia clássica. De acordo com Popoff, uma jovem célula que acabou de ser produzida pela divisão cresce a uma proporção fixa, sendo que o núcleo cresce mais lentamente que o plasma. E então, de repente, imediatamente antes da divisão, o crescimento do núcleo acelera rapidamente ("crescimento da divisão") até que, como o plasma, tenha quase alcançado o dobro do tamanho original. O retardo na velocidade de crescimento do núcleo depois da divisão de uma célula resulta em uma mudança na relação núcleo-plasma em favor do plasma: há mais plasma do que núcleo. Essa desproporção cria uma tensão na célula que leva o núcleo a crescer e superar a lacuna criada pelo crescimento do plasma, restaurando assim a relação normal núcleo-plasma. Hertwig presumiu que essa tensão na célula não só inicia o crescimento do núcleo, mas também estimula a divisão celular. Com base em nossa fórmula do orgasmo, podemos afirmar, além disso, que *imediatamente antes da divisão a célula está sob uma tensão mecânica maior e está mais carregada energeticamente do que imediatamente depois da divisão, quando é menor*². Antes da divisão, a relação núcleo-plasma muda a favor do núcleo mais altamente carregado, porque o núcleo é orgonoticamente mais forte do que o plasma. Como a relação entre a *massa* do núcleo e a *massa* do plasma permanece a mesma, a relação *orgonótica* núcleo-plasma deve mudar consideravelmente a favor do núcleo. A tensão e carga relativamente altas do núcleo no pico de seu tamanho induz agora à divisão. Como sabemos, a própria divisão segue a fórmula de tensão e carga e conduz à *descarga* por meio da divisão e ao *relaxamento*, na forma de células-filhas. O que tem esse processo a ver com o problema da célula cancerosa? Tem muito a ver.

As células cancerosas são reconhecidas na preparação morta, com tintura, através das seguintes características: agrupamento irregular dos núcleos; numerosas divisões desses núcleos (mitoses); são grandes, extraordinariamente ricas em cromatina e enfeixadas,

2. Ver Wilhelm Reich, *The Function of Orgasm* [A função do orgasmo], p. 251.

como se a massa nuclear fosse maior que a massa de plasma. Fica-se impressionado com a nucleação rica do tecido em degeneração. Se introduzirmos agora esta descoberta na nossa descrição física orgonótica do processo de formação da célula cancerosa, a próxima pergunta será: *a relação núcleo-plasma de Hertwig pode ser expressa em termos da biofísica orgone?*

É possível. O núcleo é o mais forte, isto é, o sistema mais rico em orgone dentro da célula. O plasma celular é o sistema orgonoticamente mais fraco. Isto significa que há uma diferença entre a carga orgonótica do núcleo e a do plasma, um fato que pode ser confirmado ao microscópio. O núcleo apresenta todas as características orgonóticas com mais intensidade que o plasma. Ele irradia com mais força que o plasma e possui uma cor azul intensa. Ao redor da célula encontra-se um *campo de energia orgone*, que pode ser designado como a parte mais fraca em orgone no *sistema orgonótico total* da célula. É uma lei básica da física orgone (em contraste com a eletrofísica e a mecânica) que *o sistema de orgone mais forte retira energia do sistema mais fraco e a atrai*. Esta descoberta é crucial; ela esclarece de vez perguntas importantes que, até agora, não haviam sido respondidas:

1. *O que mantém a célula unida?*
2. *Como é possível que a relação núcleo-plasma permaneça sempre aproximadamente a mesma (exceção feita ao período de divisão), isto é, que o núcleo esteja sempre orgonoticamente mais forte que o plasma?* Todo organismo irradia orgone continuamente e, assim, com o passar do tempo, deveria perder sua carga de orgone por completo.

A resposta é que o núcleo, do ponto de vista funcional, é o centro de energia e a fonte de energia da célula, seu "sistema nervoso autônomo", por assim dizer. O plasma celular é o depósito de comida e o órgão executivo dos impulsos provenientes do núcleo, exatamente como os órgãos digestivos e locomotores do metazoário são os órgãos executivos do sistema autonômico. *O núcleo retira constantemente energia orgone do plasma celular, que a assimilou através da*

absorção de nutrientes e da respiração. Deste modo, o núcleo mantém sua preponderância de energia orgone em relação ao plasma. A relação núcleo-plasma precisa ser determinada não apenas em termos de material, isto é, de acordo com a *massa*, mas também – e mais importante – em termos de energia, de acordo com a diferença na carga de orgone. Quando o plasma cresce no período entre duas divisões celulares, a energia orgone se acumula no plasma. Num determinado momento, o núcleo cresce rapidamente; isto é, ele corrige a relação de carga orgonótica. Daí se segue que, durante a fase *entre duas divisões* (duas convulsões orgonóticas), a *absorção de energia orgone para dentro da célula excede de longe a descarga de energia orgone nas cercanias.* Isto explica o crescimento da célula total até o momento de sua divisão (e não os processos químicos e materiais). A preponderância do fluxo de energia de fora para dentro do núcleo conduz inevitavelmente a um *excesso de energia orgone* e, com ele, à inversão do fluxo de energia de dentro do núcleo para fora dele. A *descarga do excesso de energia biológica ocorre em todos os seres vivos – em plantas bem como em animais, em metazoários bem como em protozoários – através da convulsão do plasma total ou, em outras palavras, através do orgasmo.* Assim, não é uma questão de especulação, e sim um fato físico orgonótico, quando dizemos que o orgasmo, seja no âmbito de uma única célula ou abrangendo uma massa de células (o organismo), é uma “função celular” fundamental, o “regulador da casa de força do organismo”. Os quatro tempos, *tensão → carga → descarga → relaxamento*, caracterizam tanto o orgasmo sexual do metazoário como a divisão celular individual. A “fórmula do orgasmo” deve, por conseguinte, ser considerada idêntica à “fórmula da vida”, e a divisão celular, vista como um processo orgástico no sentido estrito de *equalização de energia biológica excessiva.* O orgasmo não é uma característica supérflua da vida, não é um capricho da natureza, não é a função problemática que parece para aqueles indivíduos que sofrem de insatisfação sexual e rigidez biológica (impotência orgástica), e sim o *regulador da casa de força da energia biológica.* O *orgasmo descarrega o excedente de energia orgone que se acumula periodicamente nos núcleos celulares.*

Portanto, nossa teoria do orgasmo é fortemente corroborada por este entendimento dos segredos da função celular e pode então explicar as funções celulares não compreendidas até agora: o orgasmo (descarga de energia orgone através de convulsões) libera o acúmulo excessivo de energia orgone que ocorre em todo processo de crescimento. Quando o processo de crescimento pára – em outras palavras, quando a produção de energia orgone *em excesso* no núcleo biológico diminui gradualmente –, a função do orgasmo também começa a perder a sua importância. Ocorre com menor frequência e, finalmente, cessa. Esta fase, isto é, a involução do organismo, é a característica mais importante do envelhecimento normal. Com esta base, a vida na sua fase ascendente é sexualmente vigorosa; em sua fase descendente, torna-se pouco a pouco sexualmente enfraquecida. Este princípio é verdadeiro para os indivíduos e para as gerações de células igualmente. Há períodos de florescimento e períodos de morte em gerações de células, como, por exemplo, a “morte de geração” de protozoários. Há muitas coisas ainda obscuras nessa área. Para esclarecer os fatos, voltaremos à nossa discussão sobre o processo energético de formação da célula cancerosa.

Eu gostaria de apresentar uma analogia para ilustrar a sufocação da célula pré-cancerosa. Imagine um grupo de pessoas trabalhando umas com as outras sob condições favoráveis. Todas elas têm espaço suficiente para se mover; elas dão apoio umas às outras, estão à vontade e funcionam de acordo com sua capacidade. Agora imagine o mesmo grupo apertado em um recinto pequeno. Ocorre um incêndio. A paz e a ordem desaparecem. Reina a desordem. As pessoas são atropeladas. Esta reação nada mais é do que uma revolta dos impulsos vitais contra o perigo ameaçador. O medo não só acabou com o funcionamento ordenado como, além disso, criou um novo tipo de funcionamento – pânico, o que é mortal. A seqüência é comparável ao que se imagina acontecer quando células cancerosas selvagens se desenvolvem em tecido submetido à sufocação.

A contração crônica do organismo impede a respiração e a carga e descarga ordenadas de energia orgone no plasma da célula, que se contrai inicialmente e, depois, começa a encolher. Os pro-

cessos químicos metabólicos são perturbados. O excesso de dióxido de carbono gera uma condição semelhante à sufocação em animais. O sistema autonômico reage à sufocação, isto é, à extinção temida, através de convulsões violentas, ou seja, hiperatividade completamente descontrolada.

Pode-se logicamente tirar a conclusão de que os núcleos celulares desenvolvem este excesso de excitação e atividade selvagem quando o funcionamento do plasma se reduz e ele começa a encolher. Leis básicas específicas regem o organismo total, assim como a célula individual – um fato que deve ser enfatizado repetidamente. Aqui se confirma o princípio de unidade funcional e antítese. O núcleo e o plasma formam normalmente uma unidade funcional. Na sufocação do plasma, no entanto, o núcleo reage em clara oposição ao processo doentio no plasma. O núcleo, como sistema orgonótico mais forte, ainda pode “se defender” quando o plasma, orgonoticamente mais fraco, começa a sucumbir. Em consequência, a relação núcleo-plasma de Hertwig muda rápida e perigosamente a favor do núcleo com relação às funções energéticas. O excesso de energia no núcleo torna-se grande demais em relação ao plasma, que sufoca. Em uma condição de carga excessiva, o núcleo é capaz de funcionar de *uma* única maneira, através de *luminação e divisão*. Enquanto a radiação de orgone biológico diminui durante o processo de encolhimento dos sistemas plasmático e sanguíneo, a *radiação mitogenética* dos núcleos da célula em sufocação se intensifica em grande proporção. Isto foi confirmado por Klenitzky, no caso de carcinoma do útero. Gurwitsch estabeleceu a presença de radiação intensificada na massa do tumor. *Os núcleos da célula afetada procuram compensar a falha do organismo total assumindo a função de descarga de energia orgone, que o organismo total não consegue mais levar a cabo devido à impotência orgástica e à contração do sistema plasmático. No nível biológico mais profundo, a descarga de energia, na forma de luminação e divisão dos núcleos, substitui as convulsões orgásticas naturais do sistema plasmático total.*

Assim, é fácil compreender a profusão de divisões celulares (mitoses) no tecido canceroso. Como estas divisões não podem mais prosseguir de maneira normal, fisiológica, os núcleos variam de

tamanho. E como o plasma está gravemente alterado, a formação do núcleo também deve acabar sofrendo. Ele se desintegra, formando bions individuais de intensa radiação. Esta desintegração bionosa afeta toda a célula e até se estende às células circunvizinhas, reduzindo-as a uma massa informe de vesículas bionosas que, na preparação morta em tintura, parece "ricamente nucleada", "densa" e "cromofílica". É a partir desta massa bionosa, estimulada pela energia orgone que não mais funciona de modo harmonioso no organismo, que os protozoários chamados "células cancerosas" crescem agora. O metazoário pára de funcionar, enquanto o protozoário floresce, como na lagoa estagnada na qual não há mais metabolismo energético. A vida naufraga, recua e passa a funcionar no *nível biológico mais baixo*, pois onde um metazoário não pode mais sobreviver, um protozoário e certamente um bion ainda podem funcionar.

O tumor canceroso passa desse modo a ser meramente uma manifestação tardia, palpável, de um distúrbio severo do equilíbrio orgonótico e da função unitária do organismo. Ele é o resultado de uma rebelião dos núcleos celulares afetados contra os processos de sufocação e encolhimento no plasma. É essa rebelião que gera o "crescimento celular selvagem". Este processo nos núcleos celulares corresponde ao distúrbio no sistema autonômico quando de uma crise de angústia, como na neurose de angústia, por exemplo. Seria perfeitamente apropriado falar de uma crise de angústia entre os núcleos das células no tecido em sufocação. Na neurose de angústia, a crise afeta tanto o cerne biológico como a periferia biológica; a crise de angústia no câncer só afeta os núcleos, enquanto a periferia do sistema orgonótico e suas células permanecem "emocionalmente" calmas. Na neurose de angústia, a angústia toma o organismo como um todo; na formação de tumor local, a crise de angústia fica confinada ao tecido e, mesmo ali, só aos núcleos celulares. Na neurose de angústia, todo o organismo retém sua capacidade total de funcionamento; na formação de tumor local, o organismo inteiro está no processo de morrer e apenas os núcleos ainda são fortes e capazes de desenvolver "angústia". Portanto, em última análise, o mecanismo de biopatias resultantes da estase sexual é um mecanismo celular patológico.

O processo local é concomitante e resulta da biopatia sistêmica de encolhimento do organismo. O próprio processo de encolhimento passa por três fases características:

1. *Fase de contração*: inicia-se por uma incapacidade crônica de expansão vagotônica e se manifesta caracterologicamente pela resignação. Suas características fisiológicas são: espasmo muscular, palidez da pele, enfraquecimento da carga biológica dos tecidos, impotência orgástica e anemia. Essa primeira fase ocorre em todas as biopatias e não é específica do câncer.
2. *Fase de encolhimento*: caracteriza-se por perda de substância corporal, encolhimento dos eritrócitos, fraqueza física, perda da resistência biológica em todo o organismo, perda de peso e, finalmente, uma caquexia geral.
3. *Fase de putrefação*: caracteriza-se por perda de energia orgone nas células dos tecidos, transformação do material canceroso em matéria pútrida, formação rápida de bactérias de putrefação (desintegração pútrida), desintegração das bactérias de putrefação em bacilos T, intoxicação geral de bacilos T, escaras de putrefação, odor corporal pútrido e morte.

As manifestações da biopatia de encolhimento coincidem com os fenômenos de regressão nos idosos, isto é, com a morte natural e gradual do organismo ("involução"). No envelhecimento, o organismo encolhe lentamente e apodrece depois da morte. *Na biopatia do câncer, este processo geral de morte ocorre prematuramente e de forma acelerada.* A morte por câncer é *uma morte prematura, porém regular.* O elemento patológico nela inscrito está na sua prematuridade e aceleração, e também no fato de que a putrefação ocorre enquanto o organismo ainda vive. Os processos de morte começam em um órgão que esteve em estado de contração durante anos e apresenta respiração precária e funcionamento bioenergético (orgonótico) deficiente: perda de energia orgone nos tecidos e suas células, desintegração vesicular, formação de bactérias de putrefação e bacilos T.

Este distúrbio afeta principalmente o sistema sanguíneo e, com ele, o organismo como um todo. Daí resulta que o aparelho autonômico encolhe gradualmente. Este processo é consequência de uma perturbação na economia sexual do organismo.

A perturbação principia no organismo muito antes de se manifestar por *sintomas tangíveis*, compreensíveis para a patologia mecanicista. Portanto o diagnóstico de tumor local é invariavelmente feito *tarde demais*. Pelo mesmo motivo, o tratamento *local* que se costuma aplicar no tumor através de cirurgia, raios X ou radioterapia não influencia a própria doença. Não importa o quão radical tenha sido a cirurgia de extirpação de um tumor canceroso no seio, o processo de putrefação não irá se alterar. Esses fatos são de importância suprema para empreender a profilaxia do câncer pela utilização concentrada de energia orgone. O termo "terapia do câncer" só ganhará legitimidade quando estivermos em condição de combater o processo sistêmico de encolhimento e putrefação. Este princípio deriva dos experimentos de bions em camundongos cancerosos e orienta os experimentos de orgonoterapia em relação ao câncer em nosso Instituto.

É fato bem conhecido que, biologicamente, as células cancerosas são formações extraordinariamente fracas, que se desintegram facilmente. O tumor canceroso em si é inofensivo, desde que não apareça em órgãos vitais (cérebro, fígado, e assim por diante). É por esse motivo que os pacientes de câncer com tumores pequenos, sólidos, costumam muitas vezes levar a vida normalmente, sem se sentir doentes. Muitos idosos têm tumores cancerosos que não causam dificuldade e dos quais nem sequer se tem conhecimento, até que o revele o exame pós-morte. As dores características do câncer e a fraqueza geral só se instalam depois que todo o organismo tenha sido extensivamente afetado. Ele então declina rapidamente.

O tecido do câncer em desintegração está sempre putrefato e tem cheiro de podre. O produto final dessa desintegração é uma vasta quantidade de bacilos T. Como a intoxicação T se espalha proporcionalmente ao número de células cancerosas em deterioração, o maior perigo para o paciente é a fraqueza biológica das células do

tumor canceroso. Este fato é uma grande vantagem na orgonoterapia, em que o tumor pode ser destruído rapidamente. As dificuldades da orgonoterapia hoje não estão na destruição do tumor, mas antes na *eliminação dos produtos de desintegração do corpo*. Para superar este problema específico, devemos compreender claramente a natureza destes produtos. Empreendemos um experimento que deve ajudar a esclarecer o assunto. Fervemos células cancerosas de um tumor removido por cirurgia e examinamos os resultados. Não havia mais células cancerosas formadas; em vez delas, encontramos as massas de bacilos T que conhecemos tão bem (*ver Figura 32, no Apêndice*). *Quando se ferve o tecido saudável, ele se desintegra e se transforma em bions azuis. O tecido canceroso se desintegra e se transforma em bacilos T. Os bions azuis são benéficos ao organismo, os bacilos T são prejudiciais. Portanto, a orgonoterapia aplicada ao câncer muda a ênfase da destruição do tumor para a neutralização e eliminação dos produtos da desintegração.*

É claro que os próprios órgãos não podem ser examinados diretamente para se obter evidência da putrefação do organismo. Só se pode estabelecê-la e avaliá-la através do exame do sangue e das excreções. Como o encolhimento e a desintegração bionosa sempre antecedem a putrefação, é essencial observar a forma e função dos eritrócitos, em particular. Eritrócitos saudáveis são cheios e rígidos, podem ser vistos pulsando com uma lente de aumento de 2000 vezes. Eritrócitos em processo de encolhimento são menores, apresentam um formato freqüentemente não oval, mas redondo, e sua pulsação é restrita ou já nem existe mais. Glóbulos sanguíneos saudáveis possuem uma borda larga de orgone, com intenso reflexo azul. Em contraste, eritrócitos em processo de encolhimento possuem uma borda de orgone estreita, desbotada. Em vez de serem rígidos, eles muitas vezes apresentam uma membrana enrugada. Se o processo de encolhimento não estiver suficientemente avançado para que se possam observar imediatamente as membranas encolhidas (estruturas fusiformes T: "poiquilocitose"), observamos a rapidez com que se deterioram as células vermelhas sanguíneas, isto é, como encolhem numa solução salina fisiológica. Eritrócitos saudáveis retêm

sua forma normal durante meia hora, e até mais. Os eritrócitos em processo de encolhimento ou com tendência para encolher muitas vezes se desintegram em segundos ou logo depois de alguns minutos, exibindo membranas dentadas, formando os assim chamados fusos T (ver Figura 19). Os fusos T são uma indicação de degeneração cancerosa avançada. O termo "canceroso" é sinônimo de *encolhimento* neste caso (a "simpaticotonia" dos eritrócitos). Eritrócitos saudáveis se desintegram em *bíons azuis* – lentamente em solução salina, rapidamente em autoclave –, enquanto eritrócitos cancerosos se desintegram quase completamente em corpos T (a "reação T" cancerosa, em contraste com a "reação B" normal).

O sangue saudável não produz culturas de bactérias em caldo de cultura. Porém o sangue canceroso produz culturas de bactérias de putrefação e bacilos T. As bactérias de putrefação e os bacilos T também podem ser observados ao microscópio no sangue de pacientes de câncer (embora isso não ocorra em aumentos inferiores a 2.000 vezes).

Portanto o exame do sangue é particularmente útil para a detecção precoce do câncer. Na verdade, eu me arriscaria a afirmar que o sangue é o primeiro sistema a ser afetado pela contração sistêmica e subsequente encolhimento do organismo. Afinal ele é a "seiva da vida", que liga todos os órgãos em *um todo* e lhes provê nutrição. Assim sendo, o sangue tem papel central na orgonoterapia do câncer e sua função orgonótica deve ser totalmente compreendida.

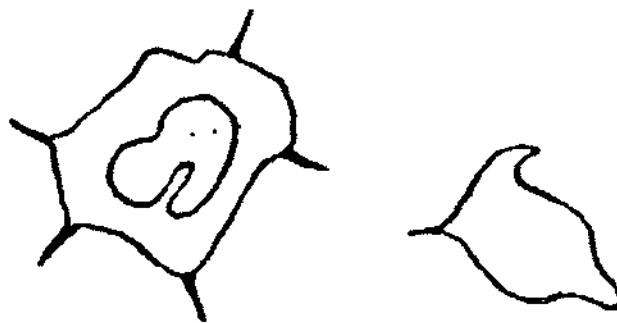


Figura 19. Eritrócitos deformados, tal o modo como são observados no sangue de pacientes com câncer avançado. Formação de bión no centro, formação de fusos T na membrana ("simpaticotonia" dos eritrócitos)

Neste ponto, eu gostaria de chamar a atenção para a teoria aceita sobre como se espalham os tumores cancerosos. De acordo com essa teoria, as células cancerosas do tumor original entram na corrente sanguínea e são então carregadas até órgãos distantes, onde se assentam e crescem, transformando-se em novos tumores, a assim chamada "metástase". Esse processo nunca foi observado diretamente porém, e fica a pergunta: esta hipótese está correta? Nossa interpretação sugere outra explicação, mais plausível: não é preciso presumir que as células cancerosas são transportadas pelo sangue. Como os processos de encolhimento e putrefação são gerais, os tumores locais podem se formar aqui ou ali, mais cedo ou mais tarde, em qualquer lugar do organismo. O caso que descrevi anteriormente, no Capítulo V, revelou o fato de que a localização da metástase é determinada por espasmos locais e perturbações do funcionamento biológico. Um tumor canceroso pode surgir primeiro no seio, resultante de um espasmo crônico do músculo peitoral, sendo seguido algum tempo depois por um segundo tumor nas costelas ou na coluna vertebral, como resultado de espasmos locais no diafragma. As contrações dos músculos são evidência de uma disfunção biopática e representam a tendência geral do organismo para contração e encolhimento. Claro, a formação de metástases em partes do corpo ou órgãos distantes do tumor original deve ser distinguida do crescimento do tumor nos tecidos circundantes, como no caso de um câncer do reto que se expande pela parede da bexiga, por exemplo.

Poderíamos agora fazer uma afirmação a respeito da natureza do câncer do sistema sanguíneo chamado *leucemia*, embora seja preciso realizar mais observações para confirmá-la. Se o encolhimento e a desintegração dos eritrócitos representam a fase inicial e geral na doença do câncer, então a proliferação excessiva de leucócitos fica fácil de compreender. A função das células brancas do sangue não é, como a dos eritrócitos, prover respiração aos tecidos e suprimento de energia orgone. Ao contrário, elas defendem o organismo contra as bactérias ou outros "corpos estranhos". Glóbulos brancos do sangue, leucócitos, linfócitos e fagócitos sempre

se acumulam nos locais em que corpos estranhos (bactérias, sujeira, etc.) penetram na substância corporal. A formação de abscessos resulta de um acúmulo de glóbulos brancos deste tipo, como é a secreção purulenta nas feridas. Quando os eritrócitos começam a se desintegrar, são transformados em substâncias estranhas ao organismo. O poder defensivo dos glóbulos brancos precisa aumentar enormemente para lidar com os eritrócitos em desintegração. Em decorrência, a leucemia – o sintoma mais proeminente do câncer sanguíneo – nada mais é senão uma reação do organismo ao encolhimento e à desintegração T dos eritrócitos. Portanto, também se pode encontrar leucocitose em outras doenças que envolvem o encolhimento do sistema sanguíneo. Quando os glóbulos brancos predominam sobre os glóbulos vermelhos e o organismo se tornou fraco demais para fornecer glóbulos vermelhos totalmente desenvolvidos, ocorre a morte, inevitavelmente.

Assim, fica a pergunta quanto à orgonoterapia do câncer: *é possível interromper ou impedir o processo de desintegração dos eritrócitos?* Uma resposta positiva a esta pergunta e que fosse passível de aplicação abriria as portas para a prevenção do câncer.

Em outro contexto, descobriremos que as próprias células de um tumor canceroso surgem não como sintomas da doença, mas como *defesa* contra processos patológicos. Embora essa afirmação possa soar muito revolucionária, ela não o é.

Antes de discutir as funções curativas do sangue, eu gostaria de responder a duas perguntas que devem estar martelando a mente do leitor:

1. *Como é possível saber que a célula cancerosa se desenvolve do modo como descrevi aqui?* Afinal de contas, não se pode abrir o organismo humano repetidas vezes para seguir o desenvolvimento de células cancerosas a partir de um tecido que se desintegra em vesículas! A pergunta se justifica, é importante e para ela existe uma resposta. (Ver discussão detalhada a este respeito a pp. 264 ss.)
2. *Qual é o erro fundamental da pesquisa tradicional de câncer?* Como é possível que os processos que descrevi tenham sido

tão completamente desconsiderados? Esta pergunta também se justifica.

Um mesmo e único fato responde às duas perguntas: *a própria omissão que constitui o erro básico da pesquisa tradicional de câncer também é responsável pela desconsideração dos estágios de desenvolvimento da célula cancerosa.* Vamos nos voltar agora para esta questão.

O desenvolvimento de protozoários em infusões de grama: a chave para a compreensão do câncer

A ciência natural mecanicista, inclusive a biologia mecanicista, está cheia de misticismo. Como já disse muitas vezes antes, esperase que o misticismo preencha as lacunas existentes na compreensão mecanicista do funcionamento vital. Por exemplo, a ciência natural mecanicista caiu na armadilha da noção errada de que "células só se originam de células" e "ovos só se originam de ovos". A pergunta *pertinente* da origem da *primeira* célula e do *primeiro* ovo é eliminada *a priori*. Contudo, a exclusão desta pergunta básica da biologia simultaneamente impede a percepção de determinados fatos pelo mecanicista. Ele presume que para cada um dos bilhões de diferentes formas de organismos unicelulares existe um germe "pronto para uso" "no ar". Tais germes nunca foram vistos por quem quer que seja. Ainda assim, atribuiu-se a eles a tarefa de a tudo explicar: tuberculose, sífilis, pneumonia, etc. Mas daí foram encontradas doenças que não eram explicadas com tanta simplicidade pelos "germes aéreos", doenças que devem ser atribuídas a diminutas partículas invisíveis na fronteira entre a matéria viva e a não viva. A paralisia infantil (poliomielite), febre aftosa, etc. não são compreendidas nem mesmo hoje, pois não se pode cultivar vírus a partir do ar. Não se conhecia a origem de bactérias e protozoários provenientes da desintegração bionosa de matéria viva e morta. A presença de organismos vivos em infusões de grama era simplesmente tida como certa, assim como a presença de células cancero-

sas no corpo. É claro que foram formuladas perguntas a respeito da origem das células cancerosas. Todavia, a despeito do fato de não terem sido encontradas no ar e não haver dúvidas quanto à sua origem no corpo, mesmo assim foi estritamente proibido supor que as células poderiam se organizar desenvolvendo-se a partir de tecidos em desintegração. Em consequência, negligenciaram-se os seguintes passos: 1) exame cuidadoso de excreções humanas no seu estado natural; 2) observação cuidadosa das mudanças de tecidos de grama em infusões.

A afirmação de que há uma infecção endógena ou mesmo uma organização de protozoários no corpo soa *absurda* para todo patologista mecanicista. Ele nem sequer dá ouvidos a uma coisa dessas. Entretanto *os processos em funcionamento no desenvolvimento de bactérias e protozoários a partir de musgo e grama em desintegração são a chave para a compreensão do crescimento de células cancerosas e bactérias de putrefação a partir de tecidos animais em desintegração.*

A pergunta de como é possível descrever o desenvolvimento de células cancerosas no organismo pode ser respondida agora. Na realidade, seguimos os muitos estágios de desenvolvimento de protozoários e bactérias no tecido de grama em desintegração. Nossa suposição é que as amebas na infusão de grama nada são senão as "células cancerosas" da grama; se estiver correto, é possível inferir então processos correspondentes no tecido animal. Este procedimento não seria suficiente, em si, para justificar quaisquer conclusões definitivas. Por este motivo, muitas outras observações de excreções de pacientes aparentemente saudáveis e de pacientes com câncer diagnosticado são de grande importância, por mais que essas observações pareçam esporádicas e sem conexão à primeira vista. Se forem descobertas formas e processos no tecido canceroso e em suas cercanias que sejam idênticos àqueles observados em grama ou musgo em desintegração, as observações e experimentos combinados serão corroborados. Eles se tornam fato estabelecido quando se produz câncer artificial em camundongos saudáveis e se realizam exames em série durante as diversas fases da doença. O quadro simples e conclusivo abaixo decorre das observações dos pro-

cessos de tecido de grama em desintegração, nas excreções de pacientes de câncer e no tecido de camundongos com câncer artificial:

1. As células cancerosas são os protozoários no tecido animal em desintegração bionosa.
2. As amebas e outros protozoários nas infusões de grama são as células cancerosas da grama em desintegração.
3. A origem de células cancerosas é idêntica ao problema da biogênese.

Estas três conclusões são suficientes para causar hesitação. Elas parecem excessivamente simples. Porém os grandes fatos são sempre muito simples. Depois de chegar a estas conclusões, quase toda lacuna criada pela impossibilidade de observação direta do câncer pode ser preenchida com as observações feitas sobre o desenvolvimento de protozoários na grama em desintegração.

Enquanto eu preparava infusões de 1936 a 1942 através do método simples de colocar grama ou musgo seco em água em diferentes épocas do ano, observei que é impossível ou muito difícil obter protozoários a partir de infusões de grama fresca e jovem da primavera. Por outro lado, grama ou musgo outonais produziam todo tipo de protozoário de maneira fácil e abundante. Tal descoberta não seria surpreendente para aqueles que acreditam na hipótese dos germes no ar. Para nós, no entanto, foi de grande importância. Ela confirma a identidade do protozoário na infusão de grama e a célula cancerosa no organismo, pois a célula cancerosa nunca se desenvolve em tecido fresco, jovem, e sim apenas em tecido animal danificado, envelhecido, "outonal".

Eu gostaria de enfatizar que nunca sequer pensei em me voltar para o problema do câncer. Fui forçado a isto, na condição em que estava, quando descobri, durante experimentos com bions, o desenvolvimento – fotograficamente documentado – de protozoários a partir de bions em infusões de musgo. Além do tecido de grama normal e de protozoários totalmente desenvolvidos, havia um número infinito de formas que, do ponto de vista da biologia mecani-

cista, eram indefiníveis; como, por exemplo, vesículas azuis individualizadas que não eram bactérias do ar, agrupamentos irregulares de tais vesículas, agrupamentos que apresentavam uma membrana em um só lugar, outros agrupamentos que já mostravam uma forma rígida apenas parcialmente cercada por uma membrana. Além disso, uma vasta quantidade de formações estruturadas nas margens do tecido em desintegração não poderia ser definida nem como "musgo", nem como "protozoários" (ver Figuras 39, 40, 41-a, b, c, no Apêndice).

Aqui, eu gostaria de relatar um evento pequeno, porém interessante. Em 1936, meu laboratório estava associado ao laboratório botânico da Universidade de Oslo. Eu precisava de uma cultura de amebas. O assistente do laboratório procurava em uma infusão e me mostrou as amebas. Foi nesse momento que a pergunta inocente escapou: "Você pode me dizer como estes protozoários entraram nesta infusão?" Eu tinha esquecido que havia uma "teoria do germe". O assistente olhou atônito para mim e, depois de um momento, acabou respondendo, a voz revelando um traço de desprezo pela minha ignorância biológica: "Dos germes aéreos, é claro. Eles se fixam no musgo". Posteriormente, preparei centenas de culturas de germe aéreo em uma grande variedade de meios de cultura sem jamais ter visto o germe de uma ameba ou uma ameba real. Com o tempo, senti-me menos incomodado com minha ignorância biológica.

Outra ocorrência pode servir para convencer o leitor de que o organismo humano às vezes tem um conhecimento preciso, embora as autoridades possam julgá-lo um equívoco. Preparei a primeira publicação sobre bions, desintegração vesicular da matéria e desenvolvimento de protozoários durante o outono de 1937, cerca de um ano e meio depois das primeiras observações conclusivas. Naquele tempo, eu ainda não tinha o pressentimento dos dois tipos básicos de vesículas de energia, os bions PA azuis e os bacilos T pretos, nem sabia que as vesículas de energia azul que continham orgone matavam os bacilos T. Em outras palavras, eu realmente não tinha idéia de que algum dia me encontraria em condições de empreender experimentos de organoterapia sobre o câncer.

Então, no outono de 1937, os mecanicistas e místicos noruegueses começaram sua campanha de difamação contra minha pesquisa sobre bions. Malgrado meus apelos para que me deixassem trabalhar em paz, os jornais publicaram longos artigos afirmando "revelar os segredos de meu laboratório". Fui acusado publicamente de alegar que eu "podia curar o câncer". A acusação me deixou perplexo; eu nunca havia feito tal afirmação e jamais havia sequer pensado nisso. Como poderia uma acusação dessas ser dirigida a mim, se é que de fato pudesse portar o nome de acusação? Só a compreendi muito mais tarde, depois da descoberta do efeito assassino dos bions PA azuis. Meus críticos hostis haviam obviamente percebido melhor do que eu que verificar a biogênese dos protozoários teria escancarado a porta para um entendimento do câncer.

Depois de décadas de esforços enormes, a pesquisa do câncer ficou infelizmente presa em um beco sem saída, precisamente por causa do tabu que bloqueou a compreensão do desenvolvimento de protozoários. Ninguém supunha que os protozoários pudessem se desenvolver a partir de musgo bionoso; eles tinham que crescer, por vontade de Deus, dos "germes" que ninguém jamais observou, mas que estavam simplesmente "ali", "prontos para uso" desde o início.

Quando me dei conta do erro que havia sido cometido, retomei tateando minhas observações do tecido canceroso que o hospital do câncer me mandara muitos meses antes. Por algum tempo, adquirira o hábito de simplesmente deixar todos os meus preparos ali parados, aguardando para observar o que aconteceria com eles com o passar do tempo. Dentre minhas culturas, havia algumas velhas soluções de caldo de cultura às quais acrescentei tecido canceroso estéril. Para minha surpresa, *todas essas culturas apresentaram uma coloração verde-azulada*. Elas soltavam odores muito acres, parecidos com amônia e podres. A inoculação em ágar produziu um crescimento liso de um intenso verde-azul. Tirando material da borda, inoculei uma nova placa de ágar e vi, pela primeira vez, os bacilos T, cuja descoberta ajudaria a desvendar o mistério que cerca o problema do câncer.

Peço ao leitor que compreenda o meu grande medo de prosseguir nas novas áreas de pesquisa. Esperei muitos anos para publicar estas descobertas. Não era simplesmente uma questão de ter encontrado um bacilo até então desconhecido. Esta descoberta levantou, de um só golpe, perguntas espantosas que precisavam ser respondidas antes de prosseguirmos.

Os bacilos T se originam da desintegração do tecido. Isto quer dizer que nos confrontamos com a questão da *biogênese*, o ordenamento social da energia biológica. A desintegração do tecido no organismo vivo é resultado do enfraquecimento social crônico do funcionamento vital. Também nos defrontamos com a questão da disposição da própria vida no universo, uma vez que os bions revelaram a existência de uma energia biológica específica. Parecia inevitável que a descoberta dos bacilos T fosse uma ameaça aos que se opunham a mim, colocando em discussão a noção da descendência divina, bem como o destino divino do homem. Eu já acumulava más experiências com médicos, cientistas e pessoas em geral; ainda havia a perspectiva da campanha difamatória de Oslo. Eu não era cidadão do país em que fiz minhas descobertas. Era um convidado em uma terra estrangeira, um "estranho", um "intruso". Pessoas de má índole estavam mais interessadas na minha falta de nacionalidade do que nas minhas descobertas. Então, numa bela manhã de primavera, um pensamento simples eliminou todas as minhas angústias: *sou um cidadão deste planeta*. Como tal, passei a sentir orgulho por ter entrado em contato com um dos maiores problemas científicos deste século – de todos os séculos, na verdade. O fato de a pesquisa dos bions haver deparado espontaneamente com o denominador comum de muitas perguntas até então consideradas sem relação entre si me deu coragem. Não era uma desonra; bem ao contrário, era um triunfo que estes problemas começassem a se resolver, apesar de todos os tipos de dificuldades e mortificações provenientes de colegas e burocracias, e apesar de ter sido obrigado a mudar de país seis vezes. Quando, finalmente, em janeiro de 1939, a energia biológica irradiou dos bions SAPA dentro da atmosfera de meu laboratório, e quando, em 1940, comecei a concentrar

esta energia dentro do acumulador de orgone, minhas angústias diminuíram e as indecências que sofri empalideceram diante de minhas descobertas. Daquele momento em diante, só senti a obrigação de levar a cabo a responsabilidade que assumira, dando o melhor de mim.

O problema do câncer parecia referir-se à natureza da vida e da morte. O problema não está solucionado, mas o caminho para sua solução está aberto agora.

Já descrevi os bacilos T e posso, portanto, me limitar aqui a um relato do desenvolvimento da pesquisa do câncer. Esta descrição é essencial, pois a simples afirmação de que "o câncer é fundamentalmente uma putrefação dos tecidos e do sangue, um lento morrer no corpo vivo" só se torna compreensível através das descobertas inter-relacionadas ocorridas durante os experimentos e as observações. Tornar-se-á clara nesta apresentação a razão pela qual desconsiderou-se até agora a natureza basicamente simples do câncer. Descobrir um torrão de ouro nas montanhas do Colorado é uma meta muito simples e desejável, mas descobrir o caminho que leva a ele é tortuoso e até perigoso.

A descoberta da existência dos bacilos T em tecido velho de sarcoma levantou imediatamente diversas perguntas, cujas respostas exigiram muitos anos de intenso trabalho:

1. *Os bacilos T injetados em camundongos saudáveis podem produzir câncer?*
2. *Que relação tem o bacilo T com a célula cancerosa? Ele é sua causa ou produto de sua desintegração?*
3. *Se os bacilos T são a causa do crescimento do câncer, como penetram no organismo saudável?*

Na época em que descobri os bacilos T, eu naturalmente não tinha idéia de que aqueles corpos diminutos seriam designados bacilos T ou que fossem resultado da desintegração de tecidos vivos putrefatos. Todavia, cada passo durante meus experimentos com os bacilos T levou a novos segredos do flagelo do câncer. A descrição

dessa trajetória é portanto idêntica à descrição da natureza do câncer, do modo como se revelou pelos dados obtidos até agora.

Contudo, antes de prosseguir essa descrição eu gostaria de responder à pergunta concernente ao erro da pesquisa tradicional do câncer. Resumidamente, é o seguinte:

1. Nem as vesículas azuis de energia a partir das quais se organizam as células cancerosas, nem os bacilos T, bem menores, em que elas se desintegram são visíveis nas amostras de tecido com tintura. Elas só podem ser vistas no preparo vivo. Porém a pesquisa tradicional do câncer trabalha quase exclusivamente com tecido morto.

2. Pela mesma razão, a pesquisa tradicional do câncer foi incapaz de descobrir os estágios intermediários de desenvolvimento do câncer.

3. Não é possível realizar observações precisas com aumentos inferiores a 2.000 vezes. A pesquisa tradicional do câncer raramente utiliza aumentos superiores a cerca de 1.000 vezes.

4. O repúdio e a rejeição fundamentais em relação à organização natural de protozoários a partir de matérias não viva e viva bloqueou completamente o acesso a uma compreensão da célula cancerosa.

5. O preconceito do "germe aéreo" desviou a atenção dos pesquisadores, levando-os a adotar uma direção falsa.

6. O câncer é uma perturbação geral no funcionamento do biosistema e, por isso, só pode ser compreendido *funcionalmente*. A medicina e a biologia têm uma orientação físico-química puramente mecanicista. Elas procuram causas em células *isoladas*, órgãos mortos isolados, substâncias químicas isoladas. Assim, a *função total*, que determina o caráter de toda função específica, permanece despercebida (a compreensão clara da função sexual também sofreu desse tipo de orientação). O funcionamento de um rádio nunca pode ser compreendido através de uma descrição da composição química do vidro, do metal dos fios ou da descrição da disposição mecânica das partes. Do mesmo modo, a função biopática do câncer não pode ser compreendida pela descrição da forma e reação à tintura das células cancerosas ou de sua posição com relação às células do tecido saudável. Nem pode a composição química da proteína viva,

por mais sofisticada e complexa que seja, revelar jamais o que seja sobre a *pulsação vital*.

Sigamos agora a trajetória por onde nos conduziram os bacilos T.

2. MORTE NO CORPO VIVO: PERDA DE ORGONE NOS TECIDOS E PUTREFAÇÃO ANTERIOR À MORTE

Devo resumir as descobertas amplamente divergentes apresentadas até agora. Os bacilos T revelam um processo *mortífero* no organismo *em vida*, "morte no corpo vivo". A letra T foi tirada da primeira letra da palavra alemã *Tod*, que significa *morte*. Denominá-los *bacilos T* comunica dois fatos: os bacilos T resultam do processo de morte no tecido e, se forem injetados em grandes doses, podem levar à morte de camundongos.

Depois de obter a primeira cultura de bacilos T, injetei uma amostra em camundongos saudáveis. Muitos deles morreram passados oito dias; outros ficaram doentes, melhoraram por algum tempo, mas morreram poucos meses depois. Durante dois anos (1937-1939) foram inoculadas várias centenas de camundongos brancos saudáveis, sempre em grupos de seis, no experimento com bacilos T. Dois de cada grupo, os camundongos-controle, só receberam injeções de bions PA; dois outros camundongos do mesmo grupo receberam bacilos T (a quantidade da dose variou de grupo para grupo). Os últimos dois camundongos foram inoculados com bacilos T e bions PA azuis. (Há um resumo desse experimento com camundongos na seção "A organização natural dos protozoários", no Capítulo II.)

A injeção combinada de bions PA azuis e bacilos T resultava logicamente de minha observação microscópica de que os bions PA paralisavam os bacilos T e produziam sua aglutinação. Como já foi relatado, o resultado final, passados dois anos, foi que todos os camundongos injetados só com bions PA permaneceram saudáveis; todos os camundongos (inicialmente saudáveis) injetados só com bacilos T morreram imediatamente ou desenvolveram, no decorrer

dos quinze meses seguintes, várias fases de desintegração e proliferação de células, isto é, câncer; finalmente, a maioria dos camundongos que receberam tanto bions PA como bacilos T permaneceram saudáveis. *Este efeito dos bions PA azuis foi nosso ponto de partida para os experimentos de orgonoterapia do câncer.*

Naquele momento, eu poderia me ater aos resultados puramente empíricos e me satisfazer com os sucessos práticos obtidos até então. Isso pouparia o leitor de ter de se preocupar com processos complicados. Porém não posso fazer isto, porque, embora tenha havido um avanço significativo no problema do câncer, ainda há um trabalho intensivo à frente para eliminá-lo completamente.

A conclusão que tirei de meus experimentos de orgonoterapia do câncer é que *é muito mais fácil prevenir o câncer do que curá-lo depois que ele se desenvolveu plenamente, pela simples razão de que o câncer nada mais é do que uma morte gradual do organismo, prematura e acelerada, porém "normal".* Os processos no organismo que conduzem à morte prematura por câncer são precisamente os mesmos que levam à morte natural. O problema do câncer é inseparável de toda a questão da relação entre vida e morte.

O leitor pode estar certo de que estou totalmente consciente das implicações dessas afirmações e que não as faço com leviandade. Não principiei meus experimentos com o problema do câncer em mente, mas fui levado a ele através dos meus experimentos com os bions; à época, eu podia escolher entre enfrentá-lo entrando de cabeça ou abandonar inteiramente minha pesquisa sobre os bions. A decisão que tomei de adiar a publicação dos resultados dos primeiros experimentos bem-sucedidos com os bions em relação ao câncer e não relatá-los a nenhuma autoridade responsável estava baseada na constatação de que *o problema do câncer é idêntico ao próprio processo de vida e morte.* Quando examinado mais de perto, este fato não é tão surpreendente quanto possa parecer à primeira vista. Mesmo os primeiríssimos experimentos com os bions e as observações da organização natural de protozoários nos colocou frente a frente com a *biogênese*, sem, novamente, que houvesse a menor intenção. Os experimentos com bions então conduziram direta-

mente à doença do câncer, através dos bions PA e bacilos T. Como a vida e a morte estão inextricavelmente entrelaçadas, a pergunta sobre a origem dos protozoários levou necessariamente à questão da *morte por câncer* e, com ela, da *morte em geral*.

Penso que, durante muito tempo, fiquei me preparando inconscientemente para estas perguntas. Envolvi-me com certas considerações teóricas a respeito da morte já em 1926, quando comecei a refutar clinicamente a hipótese do *instinto de morte* de Freud e a afirmar a existência de *um processo objetivo de morte*, que se inicia muito antes que o coração cesse de funcionar. Depois desta refutação bem-sucedida do *instinto de morte*³, meu interesse pelo processo objetivo do morrer ainda se manteve. Este era um processo indesejado e temido pelo organismo vivo, embora a ele devesse sucumbir mais cedo ou mais tarde. *Os bacilos T são a evidência tangível do processo de morte*. Provarei isto agora.

A biofísica orgone reduz todas as manifestações vitais à função biofísica básica de *pulsação*. O processo vital consiste fundamentalmente em uma oscilação contínua, no organismo como um todo e em cada um de seus órgãos individualmente, entre *expansão* e *contração*. A "saúde" se distingue por uma regulação econômico-sexual de energia e pela *completude* destas pulsações em todos os órgãos. Quando a expansão predomina constantemente sobre a contração, falamos de *vagotonia* crônica. Quando a contração predomina constantemente sobre a expansão, falamos de uma *simpaticotonia* crônica. A *contração* que se mantém cronicamente leva, como vimos, a espasmos musculares e a uma preponderância crônica da atitude inspiratória. Em conseqüência, há um excesso de dióxido de carbono nos tecidos (*ver Warburg*), um processo de encolhimento e a perda de substância corporal, culminando em caquexia.

Assim, o processo vital se expressa como uma pulsação constante em cada órgão, de acordo com o seu próprio ritmo e, no organismo total, de acordo com um ritmo de prazer-angústia característico de cada indivíduo. No orgasmo sexual, o excesso de energia é

³Ver A. *função do orgasmo*.

periodicamente nivelado por pulsações extremas (convulsões). Contudo, a expansão e a contração também governam *todo o espectro vital em uma pulsação estendida*. A expansão do sistema biológico se estabelece com a fertilização do ovo e continua (com predominância da expansão sobre a contração) até a meia-idade. O crescimento, a sexualidade, a felicidade na vida, a atividade expansiva, o desenvolvimento intelectual e assim por diante normalmente predominam até bem além dos quarenta anos. Porém daí em diante, com o começo do processo de “envelhecimento” – denominado involução –, a contração do sistema autonômico vai gradualmente assumindo as rédeas. O crescimento pára e dá lugar a um processo muito lento de encolhimento, que afeta todas as funções vitais e finalmente culmina, durante a velhice, em uma involução dos tecidos. A involução natural dos idosos se faz acompanhar de uma cessação da função sexual. O ímpeto para o prazer sexual, para a atividade e o desenvolvimento também diminuem. O caráter torna-se “conservador”, a necessidade de descanso predomina.

Na velhice, esta contração natural do sistema autonômico pode conduzir à “morte fisiológica por câncer”. O câncer é, de longe, menos perigoso na idade avançada do que na juventude. Há muitos casos de morte na velhice em que se descobre um câncer acidentalmente durante a autópsia, sem ter a doença produzido aparentemente sintomas perceptíveis durante o tempo de vida da pessoa. A morte do organismo em si se faz acompanhar de uma contração muscular intensa, chamada *rigor mortis*, que revela claramente a contração do aparato vital. Finalmente, o corpo se decompõe na putrefação. Em contraste com o tecido vivo, o tecido morto não apresenta gradações no potencial bioelétrico da pele. O tecido morrendo apresenta somente uma reação negativa. A fonte de energia biológica se extinguiu. Por exemplo, um peixe morto apresenta um efeito de radiação orgonótica no medidor de campo de energia orgone durante um curto período de tempo depois da morte, mas é fraco e logo desaparece de vez. Galhos mortos, em contraste com os vivos, não mostram ação no campo de energia orgone. Isto significa que um organismo, morrendo, perde sua energia biológica. Primeiro, o

campo de energia orgone em volta do organismo se encolhe, depois há uma perda de energia orgone nos tecidos. Portanto, a crença popular de que "a alma deixa o corpo" na morte não é destituída de fundamento. Claro que, ao contrário da crença mística, a "alma" não deve ser compreendida aqui como uma forma estruturada que, depois de deixar o corpo, paira no espaço como um "espírito", esperando pelo renascimento em um novo corpo. A carga de orgone do organismo forma a base das percepções vitais, e estas percepções tornam-se mais fracas à medida que a carga de orgone diminui. Este processo de morte não acontece nas últimas horas somente, porém se estende, sob circunstâncias normais, durante décadas. A morte *aguda*, caracterizada pela parada do coração, é apenas *uma* fase neste longo processo, embora seja obviamente a fase decisiva. Mas mesmo quando o coração pára de bater, nem tudo "morre" de repente; cada função vital prossegue por um curto período de tempo, cessando gradualmente pela falta de oxigênio. A morte súbita resultante de "choque" nada mais é que uma contração total rápida do aparelho vital a um grau que exclui um renovar da expansão.

A putrefação que se estabelece depois da morte resulta da desintegração bionosa dos tecidos. É totalmente desnecessário acreditar que "bactérias de putrefação vindas do ar" invadem o organismo nesse momento. As pessoas deveriam se perguntar a razão pela qual bactérias de putrefação presentes no ar não se instalam no organismo saudável *em vida*, levando-o a apodrecer. Essa pergunta é muito mais relevante do que possa parecer à primeira vista, porque demonstra a necessidade de uma defesa natural, mantida por um organismo saudável enquanto ele estiver vivo, uma defesa contra o processo de putrefação que acontece após a morte. A pesquisa com os bions conseguiu oferecer uma resposta conclusiva a essas perguntas.

Nos estágios mais primitivos da vida, a expansão, o metabolismo de energia, etc. da substância viva são representados pelos bions PA azuis; a contração e degeneração da substância viva – sua desintegração e putrefação – são, por outro lado, representados pelos bacilos T. Isto também se aplica no caso de organismos altamente

desenvolvidos? Os bions PA são portadores de energia orgone, "vesículas de energia orgone". Os bacilos T se caracterizam pela falta de carga de orgone. As células do corpo são construídas por vesículas azuis de energia altamente carregadas de energia orgone. A assimilação de alimento oferece uma fonte constante de energia orgone na forma de bions PA contidos no alimento. Os bions PA matam os bacilos T com sua carga de orgone mais forte, evitando a putrefação no organismo. A energia orgone na radiação do sol mata bactérias de putrefação do mesmo modo. O funcionamento do processo vital pode, portanto, ser atribuído ao efeito constante de desinfecção e carga do orgone do corpo, isto é, a função de expansão. Ele impede que a função de contração tome a dianteira, o que resultaria na formação de bacilos T e putrefação.

Se a função orgonótica de carga e expansão declinar, a função de contração predominará e poderá conduzir aos processos de morte. Os bacilos T são uma expressão desses processos, como no caso da biopatia do câncer, por exemplo. A promoção de funções vitais positivas, como o prazer, o desenvolvimento, a atividade, etc., é decisiva na prevenção de processos prematuros de morte. O aumento da expectativa média de vida em muitas culturas durante as últimas décadas deve ser atribuído à emergência de funções sexuais naturais.

Estas afirmações não só se justificam, mas são inevitáveis para reduzir as diversas observações a um denominador comum. Esta é precisamente a tarefa da ciência natural. A biopatia carcinomatosa de encolhimento (que também poderia ser chamada de "doença da privação sexual") só pode ser compreendida no contexto de processos concretos de vida e morte.

Em 1937-1938, quando consegui produzir tumores cancerosos pela primeira vez em camundongos saudáveis através da injeção de bacilos T, pensei que tinha descoberto o "agente específico do câncer". Os bacilos T foram cultivados a partir de tecido canceroso; injetados em camundongos saudáveis, produziram câncer; as próprias células cancerosas se desintegraram então e se transformaram em bacilos T. Estes fatos são facilmente demonstráveis e a pesquisa tradicional do câncer tem consciência deles. A pesquisa tradicional per-

seguiu o que chamo de bacilo T durante muito tempo, mas seu preconceito com relação à infecção pelo ar e sua resistência à idéia de infecção endógena criaram um obstáculo insuperável ao progresso.

3. MISTÉRIOS NA PESQUISA TRADICIONAL DO CÂNCER

Agora eu gostaria de discutir brevemente aqueles mistérios na pesquisa tradicional do câncer que parecem, de algum modo, presagiar a descoberta do bacilo T. Neste resumo, estou em débito com o levantamento extraordinariamente lúcido do assunto por Blumenthal⁴ e com a coletânea editada por Adam e Auler⁵. Houve um tempo em que eu conseguia estudar um bom número de artigos sobre o assunto, mas, infelizmente, as condições no tempo de guerra me impossibilitaram o acesso a toda a literatura no original. Isso, no entanto, não prejudicou o meu resumo, já que os levantamentos a que me refiro eram excelentes.

A pergunta básica da pesquisa tradicional do câncer, bem como da biofísica orgone, é a seguinte: *O câncer se manifesta unicamente pelo tumor e suas metástases ou já está presente no organismo antes do surgimento de um tumor? Se já estiver presente, como acontece isso?* No primeiro caso, a célula cancerosa seria a doença real; no segundo caso, haveria "algo" que não é a célula cancerosa em si, mas que possui uma relação definida com ela. O modo como se responde a essa pergunta é de importância crucial, já que as decisões relativas a cirurgias para remoção do tumor dependem disso, assim como a questão do diagnóstico precoce de câncer e, o mais importante, a possibilidade de evitar ou destruir a causa da doença.

Os experimentos realizados para produzir tumores em animais através do transplante de tecido do tumor conduziram os pesquisadores do câncer à conclusão unânime de que quantidades muito

4. *Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung und Krebs therapie* [Resultados empíricos da pesquisa e terapia do câncer] (Leiden, 1934).

5. *Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Krebskrankheiten* [Novas evidências no campo das doenças cancerígenas] (Leipzig, 1937).

substanciais do tecido tumoral tinham de ser transplantadas para se obterem resultados positivos. Os experimentos com substâncias e líquidos centrifugados foram negativos. *A busca do agente do tumor está sempre relacionada ao resíduo das substâncias centrifugadas.* Em relação aos bacilos T, é muito importante uma hipótese de R. Kraus, baseada em experimentos conduzidos por Swarhoff, que observou o desenvolvimento de células tumorais a partir de partículas de tecidos e células parciais. Kraus chegou à conclusão de que “*Omnis cellula ex granula*” e não, como havia sido a teoria até então, “*ex cellula*”. A idéia de que as células cancerosas se desenvolvem a partir de diminutos “grânulos” corresponde esplendidamente ao conceito organótico de que elas se desenvolvem a partir de bions.

Aqui a questão muda da célula cancerosa para o *desenvolvimento dos bions no organismo. Vista dessa perspectiva, a célula cancerosa não seria tanto a causa da doença, mas sim um sintoma dela. A doença seria o resultado de algum terceiro fator mais geral, presente no organismo antes do tumor.*

Ernst Fränkel descobriu que o agente do sarcoma de Rous na galinha estava relacionado aos *eritrócitos* e à globulina. Certos experimentos produziram evidência da presença de um princípio carcinogênico no baço, tanto sob forma livre como nas células desse órgão. Experimentos conduzidos com animais indicam uma conexão curiosa entre a função do baço e a função do tumor. Se for removido o baço de ratos saudáveis, eles desenvolverão anemia grave (*Lauda*). Se for removido o baço de ratos com tumor, a anemia não se desenvolverá, exceto após a eliminação do tumor. Assim, o tumor pode assumir determinadas funções do baço. *Isto parece muito estranho, mas aponta novamente para o sangue e seus glóbulos.* Sabe-se bem que o baço é o reservatório dos eritrócitos. Diz-se que *o que acontece com os eritrócitos em desintegração é completamente obscuro.* Sabe-se que eles têm alguma conexão com o câncer, porém a natureza exata da relação permanece um mistério. Utilizando o sangue tirado de uma veia de tumor, Lindner, o assistente de laboratório de Blumenthal, produziu tumores em animais da mesma espécie; e, com uma exceção, os tumores eram sempre do mesmo tipo. Experi-

mentos similares com sangue proveniente do coração e veia axilar

também obtiveram o mesmo resultado. Val a pena demonstrar que *o agente de câncer está conectado aos componentes sólidos do sangue*. Os experimentos foram particularmente bem-sucedidos com sangue coagulado e eritrócitos lavados. *Na verdade o bacilo T se origina de eritrócitos em degeneração*. O sangue venoso demonstrou ser significativamente mais eficiente que o sangue arterial. (O tecido canceroso mostra evidência de um metabolismo de sufocação, isto é, excesso de CO₂.) Laser certa vez produziu câncer em uma galinha da seguinte maneira: ele injetou solução de alcatrão em uma galinha e depois, quando ela ainda não tinha tumores, cultivou macrófagos a partir do sangue do animal. Esses macrófagos, inoculados numa segunda galinha, produziram um tumor. Esse experimento sugere a interpretação de que os macrófagos absorveram o agente que circulava no sangue e o transmitiram para a segunda galinha. Muitos pesquisadores conjecturaram que este agente é um componente das células cancerosas que entra na circulação somente quando as células cancerosas se desintegram. Leucócitos cultivados a partir do sangue de ratos com sarcoma causaram sarcoma em ratos saudáveis depois que foram inoculados. Confundimo-nos no começo pelo fato de que o "algo" insuspeitado que produz câncer está presente no sangue antes da existência de células cancerosas e também se desenvolve através da desintegração das células cancerosas.

Este "algo", como se diz, pode estar presente em um órgão sem formação de tumor. Diversos experimentos inventivos mostraram que *as células de sangue estão estreitamente relacionadas às células malignas*. "As células sanguíneas normais", escreve Blumenthal,

devem conter substâncias indispensáveis para a preservação da atividade do princípio etiológico do câncer. As células sanguíneas são particularmente ricas em albumina coagulável... Este fibrinogênio evidentemente se junta ao fator etiológico da célula cancerosa e o transfere às células do organismo... transformando células normais do organismo em células cancerosas... *Em todos... os casos, há prova de que algo emana das células cancerosas que transforma células anteriormente normais em células cancerosas.* [Itálicos meus.]

O "algo" que se busca está ligado aos glóbulos sanguíneos, bem como às células cancerosas, e produz células cancerosas a partir de células normais.

Estas conclusões confrontam a patologia clássica com muitas perguntas. A mais importante abrange o seguinte:

Será este "algo" carcinogênico uma substância enzimática, isto é, *não* um organismo vivo? Enquanto não houver prova de que esta substância pode se multiplicar, ela não poderá ser comparada a um organismo vivo.

Será este "algo" uma substância química no corpo que estimula as células saudáveis do mesênquima do animal a produzir a mesma substância e as transforma em células tumorais? Será um veneno químico? Uma substância lítica? Um autocatalisador?

Será celular? Se for, então surge uma pergunta fundamental: pode algo ser celular e infeccioso, porém não "parasítico", isto é, não "estranho ao corpo"? Uma coisa que se deve ter em mente é que, no caso do estímulo carcinogênico, não é uma questão de células cancerosas transferidas, mas uma doença de células *previamente saudáveis*.

Assim, este "algo" notável que tantas pessoas tentaram definir começa a assumir os seguintes contornos:

Está presente no organismo *antes* da célula cancerosa e está conectado aos sólidos do sangue. Todavia, ele se desenvolve também a partir da célula cancerosa. Comporta-se simultaneamente como um parasita e uma substância química venenosa. É "infeccioso" sem que a própria doença o seja. Produz a célula cancerosa a partir de células de tecido saudável e deriva da célula cancerosa. Age como um parasita, porém não tem sua origem fora do corpo.

Afirma acertadamente Blumenthal: "*Está claro que o problema do câncer existe no limite entre o vivo e o não-vivo, postulando a pergunta de se células animais podem produzir algo que apresente propriedades parasitárias.*"⁶

Nossos bacilos T são a ponte entre os dois.

6. *Experimentellen Krebsforschung und Krebs therapie*, p. 94.

O experimento com bacilos T confirma um conceito que ganhou popularidade na pesquisa moderna do câncer e que Blumenthal assim resume:

No caso do sarcoma de Rous, provou-se que algo está presente dentro e fora dos tumores, com o qual pode-se produzir tumores e que, em outras palavras, o agente do tumor ou o princípio do tumor não precisa ser uma célula tumoral. A diferença essencial entre a célula tumoral e o agente do tumor com relação à formação de câncer é que, enquanto a célula tumoral só produz células tumorais do mesmo tipo, o agente de câncer não se multiplica ele mesmo, porém afeta células previamente saudáveis, de modo que elas se transformam em células cancerosas.

Nossos bacilos T combinam exatamente com a descrição de Blumenthal:

1. Eles estão presentes no sangue e nos tecidos *antes* do tumor.
2. Eles conduzem ao desenvolvimento de células cancerosas e são, simultaneamente, produtos da desintegração da célula cancerosa.
3. Eles são produzidos pela desintegração de glóbulos vermelhos do sangue.
4. Eles são bacilos *genuínos* com propriedades *parasitárias*, porém ao mesmo tempo o câncer não é infeccioso.
5. Os bacilos T realmente formam uma ponte do não-vivo para o vivo, pois surgem de *bíons de carvão* através da *degeneração precoce* e são capazes de se propagar.
6. Eles são de fato os produtos de células animais que apresentam propriedades parasitárias.
7. Eles são de fato venenosos e possuem uma relação ainda obscura com o cianureto. Exercem efeito similar à sufocação e paralisia respiratória.

Se o bacilo T for o agente específico de câncer que tem sido procurado, então o experimento com animais deve produzir os seguintes resultados:

1. A injeção de bacilos T em camundongos saudáveis deve resultar na proliferação de células destrutivas e com capacidade de se infiltrar.
2. Deve ser possível recultivar os bacilos T.
3. Os tumores criados experimentalmente devem conter bacilos T.

Todas as três condições são satisfeitas nos experimentos com camundongos T.

Experimento com bacilos T em camundongos saudáveis (1937-1939)

Os experimentos com camundongos T foram realizados habitualmente com grupos de seis. Cada tipo de bions PA foi injetado nos quatro camundongos como controle de sua capacidade patogênica. Dois dias depois desta primeira injeção de bions PA – e, às vezes, depois de uma segunda injeção de bions PA – dois dos quatro camundongos foram inoculados com uma das diferentes variedades de bacilos T. Simultaneamente, um terceiro par recebeu somente bacilos T. A dosagem da injeção foi a seguinte: dissolveu-se um conjunto cheio de bions PA em 3 ml de solução fisiológica estéril de NaCl ou em uma solução de cloreto de potássio. Injetamos 0,5 ml dessa solução subcutaneamente no dorso do animal. Para os bacilos T, um conjunto foi diluído em 5 ml, e 0,5 ml ou 0,25 ml dessa solução foi injetada da forma descrita acima. Até o final de janeiro de 1939, 178 camundongos, no total, foram inoculados em série desta forma. Desse total, 84 camundongos receberam unicamente bacilos T. Destes 84 camundongos inoculados com bacilos T, 30 morreram nos primeiros oito dias que se seguiram à injeção e 30 mais morreram nos quinze meses que se seguiram. Na época em que este protocolo foi concluído, os camundongos sobreviventes estavam todos doentes. Dos 30 camundongos que morreram no decorrer de quinze meses, 25 foram examinados para verificar a existência de tumo-

res carcinomatosos. *Sete dos camundongos examinados continham células cancerosas com movimento amebóide no epitélio dos intestinos e do estômago, glândulas cervicais, genitais e assim por diante.* Treze desses camundongos apresentaram as características formações celulares alongadas com formato de haste ou taco e infiltrações em diversos órgãos, predominantemente no peritônio, glândulas cervicais, genitais, estômago e duodeno. Não se encontrou algo claro nos 5 camundongos restantes.

Dos 45 camundongos que foram inoculados primeiro com bions PA e, *subseqüentemente*, com bacilos T, 36 permaneceram saudáveis e 9 morreram durante os quinze meses seguintes. Dentre os 39 camundongos inoculados apenas com os bions PA, nenhum apresentou quaisquer sinais de doença no mesmo período de tempo. De 10 camundongos que receberam primeiro bacilos T e, *subseqüentemente*, os bions PA, 8 morreram no decorrer de quinze meses e 2 foram sacrificados por causa de abscessos.

Independentemente de sua origem, os bacilos T levaram regularmente ao desenvolvimento de células caudadas ou com forma de taco em diversos órgãos. De modo semelhante, o efeito dos bions PA azuis foi o mesmo em todos os tipos. Em dois casos, um tipo PA (SAPA I), injetado depois da inoculação de bacilos T, produziu úlceras *secas*, "limpas" nos camundongos, parecidas com "úlceras de raios X", precisamente nos locais em que os bacilos T se infiltraram no tecido depois da injeção.

Para este experimento, os bacilos T foram obtidos das seguintes fontes: cultivados diretamente de tecidos sarcomatosos e carcinomatosos (T 1), a partir do sangue de pacientes de câncer (T Ca 10), do sangue cardíaco de camundongos que morreram após experimentos de aplicação de alcatrão (T II 6), do sangue de humanos saudáveis cultivado por degeneração (T 10), do sangue de pessoas com suspeita de câncer em que o exame clínico habitual deu resultado negativo (T 10), de culturas de bions degenerados (6 d TT e 10 e 41 T), de sangue cardíaco de camundongos que morreram de tumores de Bluko (Bluko-T) e, finalmente, de bacilos T recultivados a partir do sangue cardíaco dos camundongos afetados (10 Ge Tr, 10 Ta Tr,

6 dT Tr, etc.). Cada tipo de bacilos T produziu todas as fases de crescimentos carcinomatosos em camundongos brancos saudáveis.

Resumo

1. Os bacilos T se comportam de modo parasitário, embora tenham sua origem na substância corporal.
2. Eles se originam da degeneração de tecidos e organismos.
3. Eles se formam quando o carbono se transforma em bions.
4. Eles apresentam uma relação com o cianureto.
5. Eles efetuam a formação de bions.
6. Eles são sempre uma indicação de contração simpaticotônica e encolhimento do organismo.

A síndrome típica de intoxicação por bacilos T é a seguinte: poucas horas depois da inoculação de bacilos T, os movimentos dos camundongos tornam-se preguiçosos, seus corpos se curvam, eles arrastam as pernas e perdem o apetite. Surgem às vezes conjuntivite e abscessos locais, mas não são característicos. Se o camundongo T não perecer em cerca de oito dias, ele habitualmente dará a impressão de estar se recuperando. No entanto, *depois de dois a cinco meses, começará um novo processo de contração e encolhimento no organismo.*

Volta o padrão dos primeiros dias depois da inoculação de bacilos T, porém desta vez mais lentamente; o processo possui um caráter crônico. *O organismo se encolhe gradualmente até morrer.* Embora eu não estivesse atento a isso na época, esses experimentos com animais conduzidos entre 1937 e 1941 revelaram a "*biopatia de encolhimento carcinomatosa*" que, em 1941, descobri no câncer humano. As autópsias levadas a cabo em camundongos T mortos em vários estágios da doença ou depois de sua morte espontânea apresentaram regularmente bacilos T em todos os órgãos e no sangue (cultiváveis em caldo de cultura), processos de atrofia e necrose no epitélio das membranas mucosas, especialmente do trato alimen-

tar, quadro sanguíneo canceroso, glóbulos sanguíneos anêmicos, membranas encolhidas com fusos T, aumento do fígado e atrofia das células, núcleos e lóbulos, acúmulo de bacilos T nos glomérulos renais, com atrofia das células epiteliais dos rins.

Quanto mais vive um camundongo depois da inoculação de bacilos T, mais numerosas e mais desenvolvidas são as formações celulares com forma de espiga e taco nos diversos órgãos. O diagnóstico de câncer totalmente desenvolvido se confirma pela presença de células amebóides na glândula submaxilar, na bexiga ou no rim. A formação de pólipos na membrana mucosa intestinal se faz acompanhar por uma atrofia total da membrana mucosa adjacente. Nos camundongos machos, foram encontradas numerosas formações cancerosas nos testículos, incluindo formas amebóides.

A conclusão geral relativa ao aparelho vital autonômico é que *a inundação do organismo com bacilos T leva a uma contração e encolhimento graduais dos tecidos, bem como das células individuais*. Seguem-se então perda de peso, atrofia e degeneração das células, culminando em degeneração pútrida, isto é, putrefação. É exatamente o mesmo processo que ocorre no câncer humano. Nos camundongos T experimentais, esse processo de encolhimento é geralmente causado pela inoculação; no paciente de câncer humano, o encolhimento biofísico em consequência da resignação caracterológica antecede a formação de bacilos T. À medida que os bacilos T se desenvolvem e proliferam, eles aceleram o processo geral de encolhimento e provocam esforços locais de defesa, isto é, formação de tumor. Observações posteriores determinarão se o tumor local representa sempre uma reação de defesa ou não e em quantos casos ele se forma a partir de dano no tecido local, que leva secundariamente ao encolhimento geral do aparelho vital.

Estágios do desenvolvimento da célula cancerosa no experimento com camundongos e bacilos T (1937-1941)

Observações comparativas dos tecidos de camundongos que ou haviam morrido ou sido sacrificados ao longo de quatro anos

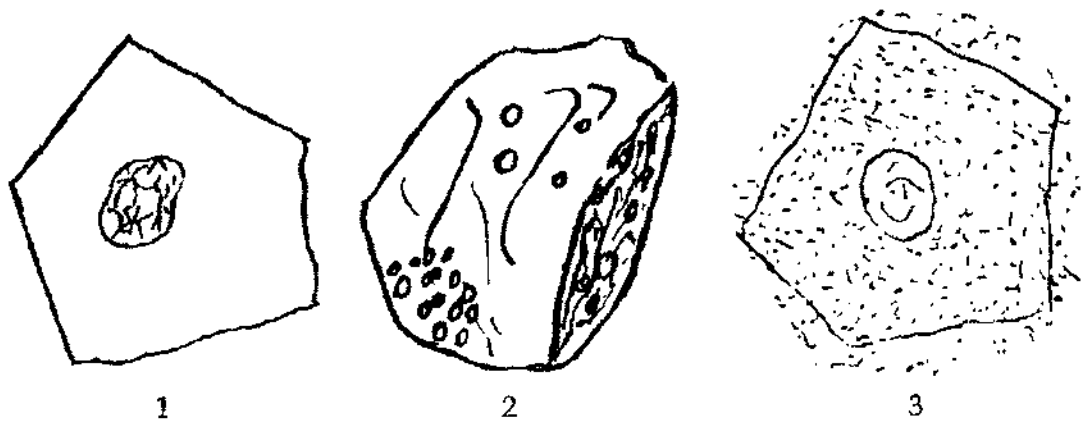
produziram o seguinte quadro do efeito T sobre os tecidos do organismo. As observações foram orientadas principalmente para o exame do grau de maturação atingido pelas células com forma de espigão ou taco nos tecidos, formas que nunca se encontram em camundongos saudáveis ou com outras doenças. Examinadas sob um aumento de 3.000-4.000 vezes, essas formas são claramente tão características que não seria possível confundi-las com um outro tipo de célula. A única exceção pode ser a célula epitelial cilíndrica do trato gastrintestinal que, sob pequeno aumento, pode ser confundida com uma célula cancerosa em maturação. Contudo, a distinção entre as duas é tão clara para qualquer pessoa com familiaridade com as formas que o risco de confundi-las é mínimo.

Descreverei agora os achados oriundos de autópsias relativos aos diversos estágios do efeito dos bacilos T. Descobriu-se que o câncer precisa de um tempo muito longo para amadurecer. As células cancerosas amebóides representam seu estado mais maduro. Entretanto, era freqüente que os camundongos morressem antes de chegar a esta condição se houvesse infiltração acentuada nos tecidos e destruição do funcionamento fisiológico dos órgãos (septicemia, nefrite, atrofia do fígado e assim por diante).

1. Dano ao tecido através de inchaço e desintegração vesicular (Ca I)

O experimento com bacilos T-albumina mostraram que o dano se produz quer diretamente, através da ação dos bacilos T nos tecidos, quer surgindo através de trauma químico ou mecânico, como alcatrão ou uma pancada, que cria, de forma secundária, um campo de ação para os bacilos T, que já estão presentes. Nesse último caso, é preciso supor que o estímulo para o surgimento do câncer encontra-se na formação de bacilos T a partir de tecido em desintegração. Isto poderia explicar a formação de câncer após ferimentos decorrentes de cicatrizes, queimaduras e assemelhados.

A tendência para desintegração vesicular rápida com inchaço e formação de bacilos T é um dos sinais mais importantes do câncer nos seus estágios iniciais. De fato, as defesas do organismo podem conseguir se opor a esta tendência enquanto suas funções totais estiverem



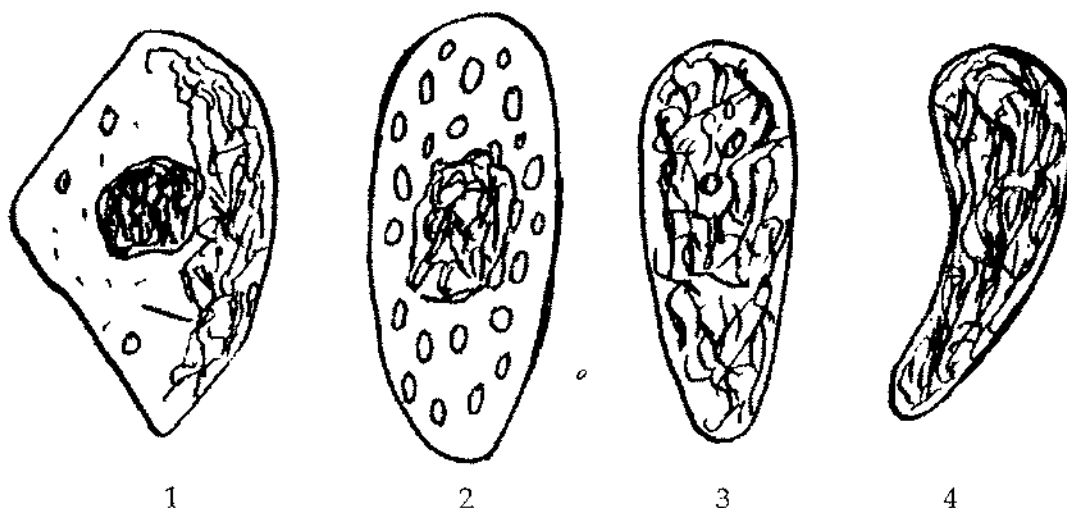
1. Célula epitelial saudável (sem estrutura)
2. Célula epitelial desintegrando-se em bíons azuis; formação de fusos com brilho azul intenso na margem direita: *estágio pré-canceroso* (Ca I)
3. Célula epitelial desintegrando-se em bacilos T, que também são vistos fora da célula (Ca I)

Figura 20. Células epiteliais saudáveis e pré-cancerosas

intactas. Contudo, tecidos que incham rapidamente em KCl e exibem desintegração vesicular e formação de bacilos T devem ser considerados suspeitos de câncer (ver Figuras 55-a e 55-b, no Apêndice). Se esta afirmação estiver correta, ela abre um campo de trabalho estimulante para o diagnóstico do câncer muito antes de as células cancerosas terem se organizado ou ter ocorrido qualquer crescimento destrutivo e infiltração (ver Figura 56-a, no Apêndice).

2. Estágio inflamatório agudo (Ca II)

O organismo reage aos danos causados pelos bacilos T através de meios familiares: hiperemia, acúmulo de leucócitos e formação de tecido de granulação. Como se verificou muitas vezes nos experimentos com camundongos T, a tumoração inflamatória pode permanecer localizada ou se espalhar, sem que se deva denominá-la carcinomatosa. Pode-se observar um tecido de granulação *amarronzado ou vermelho-amarronzado* espalhando-se a partir do ponto da inoculação nos vasos sanguíneos e linfáticos, em direção aos tecidos mais profundos. Estas tumorações inflamatórias se estendem



1. Parte das células exibe uma estrutura estriada azul.
2. A célula assume um formato oblongo; desenvolvimento de bions azuis.
3. Os bions azuis se juntam e formam uma estrutura densa, estriada.
4. A célula assume um formato de taco.

Figura 21. Estágios na transformação de uma célula epitelial em célula cancerosa (Ca II)

com particular freqüência nas glândulas. Microscopicamente não podemos ainda detectar, além dos elementos de toda inflamação, qualquer traço de formas celulares carcinomatosas em tais tecidos, quer sejam examinados no seu estado vivo ou seccionados (ver Figuras 57, 58-b e 58-c, no Apêndice).

3. Formas celulares individuais com formato de fuso

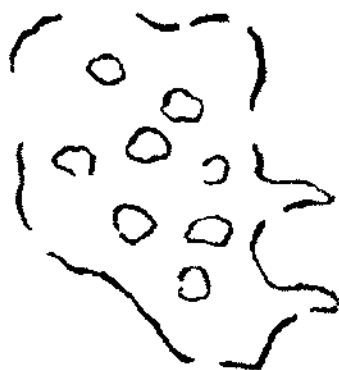
em tecidos tumorais inflamatórios crônicos (Ca II)

Este terceiro estágio já é carcinomatoso e se caracteriza por processos não encontrados em tecido saudável ou meramente inflamado. Há principalmente *arranjos de vesículas com formato de fuso ou taco* (ver Figuras 56-c, d, e, no Apêndice) e uma *desintegração do tecido ao redor da inflamação* (ver Figura 59, no Apêndice). Macroscopicamente, pode-se ver que o tecido de granulação se funde quase imperceptivelmente com *listras* de

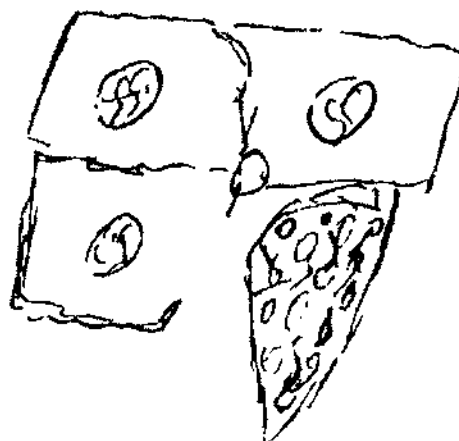
za-esbranquiçadas. Essas são constituídas parcialmente por tecido conjuntivo formado recentemente; mas já exibem uma grande variedade e multiplicidade de células (*ver* Figuras 62-c e 62-d, no Apêndice). Os leucócitos tornam-se menos numerosos e estão presentes *formações de um novo tipo*. Estas formações celulares, apresentando graus variados de organização, se caracterizam por uma *capacidade pronunciada de absorção de tintura biológica* (cromofilia). Comum a todas elas é a tendência para um formato caudado, seja qual for seu tamanho. As mesmas listras cinza-esbranquiçadas que, na preparação com hematoxilina-eosina, indicam apenas inflamação crônica, são encontradas nos pulmões, rins, fígado, glândulas e epíploo. Neste estágio, o preparado morto com tintura nada nos revela sobre as formações de bions carcinomatosas, agrupamentos de vesículas e formas de fuso observadas inconfundivelmente no preparado vivo sob aumento de 4.000 vezes. *Portanto, pode-se diagnosticar o câncer a partir do preparado vivo numa fase em que o preparado morto com tintura possivelmente não consegue produzir tal resultado.*

Por exemplo, o preparado vivo de tecido renal pode apresentar a seguinte imagem (*ver* Figura 22-b): três células de um túbulo ainda estão completamente normais, com o plasma homogêneo, um núcleo bem-definido no centro e sem formação de vesículas. Por outro lado, a quarta célula já tem formato de taco e exibe estrutura vesicular e forte capacidade de absorção de tintura em todo o corpo celular. Não se pode mais distinguir o núcleo da estrutura do plasma; o material nuclear preenche todo o corpo da célula. Assim, *a metamorfose de célula normal para célula cancerosa do primeiro estágio (Ca III) ocorre através da desintegração vesicular da célula e sua transformação em uma estrutura com formato de taco* (*ver* Figura 58-c, no Apêndice).

Em outros casos, é possível ver *duas* ou *três* células perdendo suas bordas contíguas para formar *um novo tipo* de célula caudada, com formato de taco. Esta confluência pode ser reproduzida experimentalmente. Se enviarmos impulsos elétricos de cerca de 8-10 volts em um preparado de tecido muscular ou renal em solução de KCl, veremos o aparecimento progressivo de vesículas no plasma, uma forte refração de luz e alongamento. Os limites entre as células



a. Forma típica de células epiteliais pré-cancerosas.



b. Quatro células epiteliais, uma delas cancerosa. Túbulo renal de um camundongo T. Desenhado a partir de tecido vivo.



c. Diversas formas de células cancerosas, como foram encontradas em camundongos com tumores espontâneos e com tumores produzidos pela injeção de bacilos T.

Figura 22. Células cancerosas no estágio de maturação (Ca III)

se dissolvem gradualmente e elas se fundem em uma. Pode-se realizar o mesmo experimento com tecido muscular. A aplicação de tintura de azul-de-metileno mostra que as células que se tornaram vesiculares se tingem mais rápido e de maneira mais vívida do que as células saudáveis. As formações são idênticas àquelas que, no preparado com hematoxilina-eosina, deram a impressão de serem "ricas em cromatina", formas ovais que tendem a um formato de

fuso. Se formações como estas nunca são encontradas nos pulmões ou rins de camundongos saudáveis, mas *aparecem regularmente* em camundongos adoentados no estágio de inflamação crônica (Ca III), justifica-se diagnosticá-las como estágios preliminares daquilo que será posteriormente uma célula cancerosa amebóide. Esta afirmação se verifica pelo fato de que, com a continuação da doença, estas formações se tornam mais abundantes e definidas. A conclusão a ser tirada dessa série de observações sobre camundongos T é a seguinte: é verdade que uma única célula saudável pode se alterar, tornando-se uma única célula carcinomatosa com formato de fuso; porém, como regra, várias células saudáveis se desintegram de modo vesicular e se fundem em uma vesícula, a partir da qual se desenvolve uma ou várias células cancerosas.

Entre essas novas formações nos tecidos doentes existem algumas estruturas peculiares formadas por eritrócitos desintegrados de forma vesicular, combinados a agrupamentos de bions vesiculares não estruturados. Pode-se afirmar que, no processo de desintegração vesicular do tecido, é possível qualquer combinação concebível de formas desintegradas. No entanto, a *estrutura vesicular* é a formação essencial. Foi preciso um esforço considerável para localizar essas novas formações, confirmadas no preparado vivo, na peça com tintura do mesmo tecido. A Figura 60-b do Apêndice apresenta estas células transformadas, ricas em cromatina, que correspondem às novas formações vesiculares fusiformes.

No preparado morto com tintura do epitélio intestinal, por exemplo, é possível observar com um aumento de cerca de 1.600 vezes, ao lado das células saudáveis, células alongadas profundamente tingidas e agrupamentos de células que não aparecem em camundongos saudáveis. Se for encontrado um grande crescimento de tais células fora dos intestinos (*ver* Figura 60-c, no Apêndice) e observados agrupamentos de formações fusiformes no mesmo tecido no preparado vivo, então se confirma o diagnóstico de *câncer* (Ca III).

Em muitos camundongos experimentais os mesmos agrupamentos de células escuras vistos dentro do epitélio intestinal são encontrados *em locais muito distantes dos intestinos*, na epiderme das

costas ou do pescoço, por exemplo, no tecido conjuntivo ao redor dos vasos sanguíneos, dentro e ao redor das glândulas, em tecido gorduroso e assim por diante (*ver* Figura 59, no Apêndice).

Sob um aumento de 4.000 vezes, muitos casos revelam células glandulares que se desprenderam da membrana e se transformaram em formações escuras, fortemente tingidas e com formato de taco. Em outros casos, toda a glândula está permeada de grandes agrupamentos destas células degeneradas. Até onde sei, estas formações celulares não são conhecidas pela patologia clássica. Não consegui encontrar nenhuma menção a elas em trabalhos especializados de patologia. Diversos patologistas deram diagnósticos variados para estas células, ou bem admitiram que estavam perplexos. Um patologista pensou que eram células do pâncreas porque estavam localizadas fora do estômago. Quando mostrei a esse mesmo patologista células idênticas no tecido subcutâneo do pescoço, ele admitiu que era algo novo para ele.

Soube-se durante muito tempo que tumores genuínos de câncer podem resultar de processos inflamatórios crônicos (tuberculose, sífilis, escaras, queimaduras e assim por diante), mas o interesse sempre esteve na natureza da célula cancerosa. Nossos experimentos com os bions e, em particular, as novas formações tissulares em camundongos T jogaram uma luz significativa sobre esta questão. Quando o histologista ainda está diagnosticando "inflamação crônica" na lâmina com tintura, sou capaz de diagnosticar "câncer (Ca III)" com base no preparado vivo. É compreensível fazer uma distinção diagnóstica válida entre tumores genuínos e inflamações crônicas de acordo com a imagem de preparado morto com tintura, do ponto de vista histopatológico. Mas para criar uma base comum a partir da qual discutir as descobertas descritas aqui é absolutamente necessário considerar os diferentes resultados obtidos através do exame do preparado vivo. Na pesquisa de bions, o diagnóstico de "tumor maligno" é feito quando há evidência no preparado vivo, não importa o quão dispersa, de desintegração vesicular das células e formação de novas estruturas fusiformes (Ca III). Tudo que resta a ser determinado então é o grau de maturação das células do tumor.

No seu estudo abrangente, *Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung und Krebstherapie* [Resultados empíricos da pesquisa e terapia do câncer] (1934), Blumenthal escreveu sobre tumorações autônomas:

Embora possa ser observada em tumores isolados, esta característica pode apenas *parecer* existir, pois poderemos descobrir um dia que são de origem infecciosa. Tal descoberta restringiria consideravelmente a dimensão dos tumores autônomos, como diz Lubarsch, e ampliaria a dimensão das neoplasias infecciosas. Restariam então cada vez menos tumores cancerosos reais. Porém o estudo de todos estes granulomas constituiria uma grande parte daquilo com que a pesquisa do câncer se ocupou anteriormente. Em última análise, a tumoração autônoma é concebida somente como o oposto do crescimento daqueles tumores nos quais o impulso de crescimento vem de um parasita cuja morte faz cessar o crescimento do tumor. Um estímulo diferente pode ocupar o lugar do parasita e seria considerado, do ponto de vista da célula, como exógeno. A tumoração autônoma significa apenas que se presume que o impulso de crescimento acontece dentro da célula. A despeito da presença do estímulo, a tumoração autônoma pode pertencer somente à célula. Quando está presente no câncer, este crescimento só é necessário no estágio pré-canceroso; isto é, ele oferece o impulso para a transformação de células normais em células cancerosas.

Meus experimentos com os bions e os bacilos T me levaram a concordar com Blumenthal. Os bacilos T são, de fato, apenas o estímulo para a transformação de células normais em células cancerosas. *Os bacilos T são responsáveis apenas pelo estágio pré-canceroso.* Depois de formadas, o crescimento das células cancerosas é completamente autônomo, isto é, *independente* dos bacilos T.

O patologista e pesquisador do câncer Borst suspeitou deste problema muito tempo atrás:

O diagnóstico histológico de um carcinoma muitas vezes não é fácil. Mudanças pré-cancerosas são um dos fatores, bem como os crescimentos epiteliais atípicos, similares àqueles encontrados fre-

qüentemente em inflamações crônicas, que precedem a formação de células cancerosas. É certo que novas formações epiteliais de natureza inflamatória, regenerativa ou hiperplásica podem conduzir a carcinomas através de transições graduais. Porém é impossível predizer histologicamente como os diversos crescimentos epiteliais atípicos se desenvolverão. A experiência nos ensinou somente que alguns destes crescimentos se transformarão em carcinomas com mais freqüência do que outros, e uns poucos não mudarão de modo algum. Todavia, nosso conhecimento prático quanto à reversibilidade desses crescimentos ainda é incompleto. Em conseqüência, não parece sábio falar de *transformações pré-cancerosas*, porque o termo implica que estes crescimentos epiteliais atípicos sejam estágios precoces *necessários* do câncer. Um termo melhor para utilizar em determinados casos, em que a experiência pode servir de guia, seria *tumores com suspeita de câncer* e, em tais casos, o médico deveria ser alertado para manter uma observação rigorosa. A imagem histológica dos assim chamados crescimentos epiteliais atípicos pode exibir uma semelhança marcante com o carcinoma incipiente. Como então encontrar a fronteira do ponto de vista da histologia? A característica essencial dos crescimentos epiteliais cancerosos é a *penetração autônoma do epitélio no tecido conjuntivo subjacente*. O epitélio deixa seu lugar na superfície e penetra profundamente no tecido; o epitélio glandular atravessa sua própria membrana. O diagnóstico histológico do carcinoma terá, portanto, que se basear principalmente na heterotopia do crescimento epitelial. Porém é essencial assinalar aqui que condições inflamatórias crônicas também causam este cabo-de-guerra fronteiro entre o epitélio e os tecidos conjuntivos e que, nestes casos, o epitélio pode com freqüência penetrar bastante no tecido conjuntivo subjacente, especialmente nos processos ulcerosos e de formação de fístulas. Estas heterotopias epiteliais "inflamatórias" não são fáceis de distinguir do carcinoma. Assim, a heterotopia epitelial *por si só* não deveria ser considerada uma prova histológica suficiente de carcinoma, e é preciso realizar um exame cuidadoso para determinar o caráter destrutivo do crescimento epitelial canceroso. No carcinoma, descobrimos muitas vezes na penetração autônoma das células epiteliais uma *ausência de tecidos conjuntivos associados*, indicando o caráter de deslocamento e consumo de tecido deste crescimento epitelial autônomo. Mesmo que seja assim possível um diagnóstico histológico de carcinoma com base na hetero-

topia destrutiva de epitélios que crescem independentemente, é necessário conceder que os *estágios primeiros do carcinoma*, durante os quais o epitélio em crescimento ainda se confina nos seus limites fisiológicos, não podem ser compreendidos do ponto de vista histológico. No entanto, embora não existam orientações histológicas absolutamente certas e específicas para a assim chamada *malignidade potencial* (Ewing), determinadas *transformações nucleares* acontecem nos epitélios glandulares e da superfície antes de sua penetração destrutiva nos tecidos, permitindo, com um grau razoável de probabilidade, o reconhecimento de uma mudança cancerosa incipiente. Quando um crescimento epitelial oferece evidência de variabilidade significativa no tamanho, formato, conteúdo de cromatina e na estrutura geral de seus núcleos, isto é sempre sinal de processos de divisão celular sem regulação e provavelmente indicativo da presença de carcinoma⁷.

Os experimentos com bions no preparado vivo, descritos anteriormente, preenchem a lacuna formulada de modo tão claro por Blumenthal e Borst:

1. Há uma série de estágios de transição entre a "célula danificada biologicamente, porém ainda normal" e a "célula cancerosa que cresce destrutivamente":

- a) desintegração vesicular das células saudáveis;
- b) organização da massa celular bionosa em estruturas com formato de fuso e taco;
- c) maturação dessas estruturas, em diversas proporções, em células cancerosas autônomas;
- d) crescimento autônomo das células cancerosas, transformando-se em tumores.

2. A "disseminação" destrutiva das células cancerosas no tecido circundante deve ser atribuída em sua maior parte à desintegração bionosa deste último. O tecido circundante saudável parece se retrair diante da massa de células cancerosas; porém, ao fazê-lo, ele mesmo

7. Max Borst, *Pathologische Histologie* [Histologia patológica] (1938), pp. 447-8.

sofre transformação carcinomatosa. Transformação "carcinomatosa" nada significa aqui senão *desintegração bionosa devida à sufocação interna*. Esta interpretação está de acordo com a de Bierisch:

Utilizamos a descoberta de que, no tecido canceroso, há glicólise aeróbica e que o tecido do tumor contém uma concentração relativamente alta de ácido láctico para nos ajudar a formar uma idéia de como o tumor canceroso afeta seu entorno imediato. Cori, Warburg e nós estabelecemos que o tecido do tumor libera ácido láctico. O conteúdo de ácido láctico do tumor permanece alto, no entanto, indicando que o ácido láctico deve passar diretamente do tumor para o tecido adjacente. Nossa primeira investigação dizia respeito ao efeito das concentrações de ácido láctico que são encontradas nos tumores sobre a estrutura histológica de tecidos normais, quando podem se infiltrar lentamente nestes tecidos. O resultado foi a dissolução gradual do tecido conjuntivo. Neste processo, ocorrem as mesmas transformações estruturais vistas no decorrer do desenvolvimento experimental do câncer causado por alcatrão no tecido conjuntivo ao redor do tecido do tumor. O processo de dissolução é de recessão proteolítica que requer, no tecido vivo, a presença de ácido láctico, *kathespin* ativado e um terceiro fator. Depois que se desintegram as estruturas específicas no tecido conjuntivo imediatamente adjacente ao tumor, a fronteira fisiológica que separa normalmente o epitélio do tecido conjuntivo é eliminada e as células cancerosas avançam nas proximidades enfraquecidas. Na ausência de evidência do contrário, deve-se presumir que o ácido láctico é o marca-passo da disseminação de células cancerosas nos tecidos epiteliais ou nos vasos sanguíneos, o que leva à conclusão de que o "crescimento sem inibições" do tumor *não é o resultado direto de sua própria atividade celular, mas resulta indiretamente da destruição dos tecidos circundantes*".

Assim sendo, a própria célula cancerosa é menos significativa que os danos ao tecido que antecedem sua formação. *A célula cance-*

8. R. Bierisch, "Über den Stoffwechsel der Krebszellen" [Sobre o metabolismo das células de câncer], em *Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Krebskrankheiten* [Novas evidências no campo das doenças cancerígenas] (Leipzig, 1937).

rosa resulta da doença do câncer, não é sua causa. Torna-se imediatamente perigosa à vida somente através de sua desintegração T.

A pergunta relativa a qual o estímulo específico responsável pela transformação de uma célula normal em célula cancerosa pode ser respondida brevemente do seguinte modo:

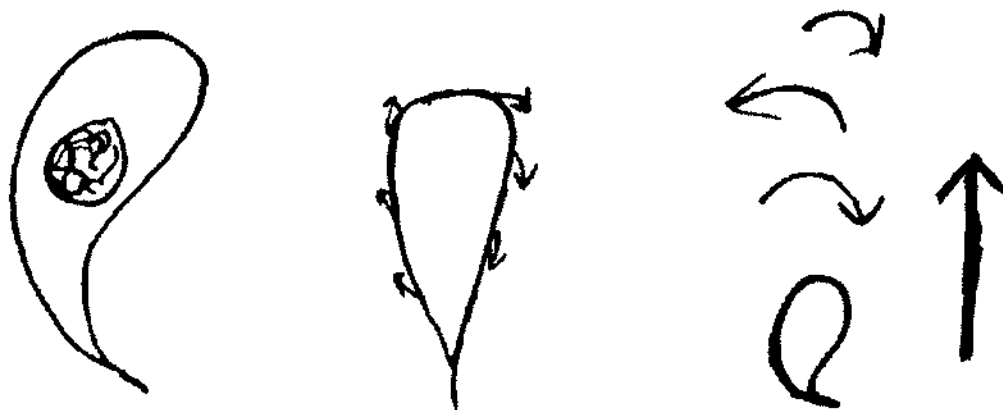
Os bacilos T, oriundos da desintegração vesicular dos tecidos (autodestruição), ao estimular primeiro a formação de bions, constituem o estímulo específico das formações cancerosas. O efeito dos bacilos T se limita a essa ação. O desenvolvimento posterior dos bions em formações celulares cancerosas e a proliferação destas formações resultando em um tumor canceroso são autônomos, isto é, independentes da ação dos bacilos T. A formação de bions cancerosos e a formação subsequente de células cancerosas devem ser entendidas como uma defesa do organismo contra o estímulo dos bacilos T. Esta defesa, todavia, possui um caráter patológico, já que faz uso da destruição de formações celulares saudáveis e provoca, por sua vez, uma nova defesa do organismo contra a destruição.

4. A célula cancerosa madura (Ca IV)

A principal característica deste quarto estágio de maturação é a presença de células amebóides vivas. Elas representam a fase final na evolução das formações de células fusiformes. Se o organismo não perecer nos primeiros estágios da inflamação crônica, isto é, nos primeiros estágios do câncer (Ca II-Ca III), então as novas formações celulares terão tempo para se desenvolver e se transformar em amebas genuínas (*ver* Figura 23). A patologia mecanicista do câncer as considera "parasitas"!

No livro escolar de Döflein sobre protozoologia, encontramos as seguintes observações:

Lieberkühn já observou a presença de células estranhas no fluido da ascite que ocorre em determinados tumores malignos; ele conseguiu confirmar sua mobilidade, porém não realizou outras observações sobre sua natureza. Estas células foram provavelmente observadas por muitos pesquisadores desde então, mas sem receber a devida atenção.



Vivo. As flechas indicam os movimentos espasmódicos do plasma. As flechas grandes indicam a direção do movimento da célula como um todo.



Morto. Aquisição de formato esférico e desintegração.

Figura 23. Formas de células cancerosas amebóides maduras de camundongos T (Ca IV)

Não se empreendeu um exame cuidadoso destas formações até 1896, quando Leyden e Schaudinn chegaram à surpreendente conclusão de que as formações eram um novo tipo de rizípode parasítico no fluido da ascite de organismos humanos vivos. Como esta era a primeira vez que um protozoologista proeminente verificava a natureza protozoária de formações em uma doença humana de tipo câncer e, ao fazê-lo, confirmava com toda autoridade a descoberta clínica, seria proveitoso investigar a matéria com maior minúcia.

De acordo com o relato de Leyden, as formações estavam presentes nas ascites de um homem em cuja autópsia se descobriu que ele havia sofrido de carcinoma do estômago e de uma menina que, de modo semelhante, revelou tumores na cavidade abdominal. O fluido

drenado continha, além de leucócitos, eritrócitos e células do tipo endotelial, um "grande número de células redondas com gotículas de gordura e pigmento amarelo, em geral num padrão de grandes grupos e difíceis de separar". Elas se moviam de maneira vivaz, com pseudópodes como lóbulos ou filamentos, principalmente durante os dias quentes de julho. Em fluido mantido estéril por três a sete dias, elas retinham sua mobilidade e não morriam. Algumas tinham eritrócitos dentro de seu plasma. Schaudinn, que examinou as formações minuciosamente, julgou que eram parasitas semelhantes a amebas⁹.

Pode-se ver o quão longe da realidade o preconceito da infecção parasítica levou os cientistas, até os mais eminentes. Leyden observou nada mais do que células cancerosas amebóides que se desenvolveram no próprio organismo. O erro de interpretação das células cancerosas como parasitas exógenos foi encontrado mesmo em 1942:

Protozoários multiformes. Outros observadores não podiam considerar todas as células cancerosas como parasitas estranhos, mas identificaram determinadas células do tumor como amebas parasíticas por causa de suas formas bizarras e pseudópodes compridos que se prolongavam entre as células adjacentes. Estas eram as *Rhopalocephalus carcinomatosus* de Korotneff, e *Cancrimeaeba macroglossia* de Eisen. L. Pfeiffer descreveu e retratou estruturas intracelulares que se pareciam com microsporídeos do tecido muscular.

Podwysoski e Sawtschenko descreveram como esporozoários uma variedade de estruturas intracelulares livres e encapsuladas, muitas das quais se pareciam com os parasitas de Soudakewitch. Ruffer e Walker aperfeiçoaram os métodos técnicos de demonstração de corpos cancerosos e fizeram esforços para distinguir entre parasitas verdadeiros e espúrios. Kahane pensou que havia detectado um protozoário diminuto na circulação sanguínea de pacientes de câncer. No fluido ascítico canceroso, Schaudinn observou uma grande célula amebóide que ele denominou *Leydenia gemmipara*. Schüller rastreou o

9. F. Döflein, *Generelles Lehrbuch der Protozoenkunde, Vierte, stark vermehrte Auflage* [Tratado geral sobre protozoários, 4ª edição, bastante ampliada] (1916), p. 743.

ciclo completo de um protozoário diminuto intranuclear em células cancerosas que diferia de quase todos os outros parasitas de câncer¹⁰.

Neste ponto, devemos presumir que a malignidade de um tumor depende do grau de maturação das células cancerosas e da velocidade com a qual as células cancerosas e o tecido destruído se desintegram em bacilos T. A metástase já existe no estágio de maturação do câncer (Ca III), como demonstraram os experimentos com camundongos. No entanto, células de formato alongado ou arredondado com mobilidade restrita não podem causar o mesmo dano que amebas com movimentos mais rápidos e, conseqüentemente, maior poder de destruição.

5. A fase final do tumor canceroso: desintegração por putrefação (Ca V)

A desintegração por putrefação pode ser atribuída à simples infecção se o tumor for exposto ao ar. Porém todas as células cancerosas que estão morrendo são caracterizadas pela desintegração do tumor, acompanhada da formação de bactérias de putrefação e bacilos T. Esta desintegração de células recém-formadas em bactérias corresponde à decomposição experimental da cultura em ovo quando se acrescenta o bacilo T. Nos dois casos, a imagem da lâmina com tecido corado com hematoxilina-eosina é a mesma (*ver* Figura 58-d, no Apêndice). Parece-se com a necrose pós-morte do tecido, em que a proteína animal se desintegra nos seus componentes químicos. Portanto podemos falar de “necrose pré-morte” no estágio Ca V. Neste estágio final, o câncer exibe uma tendência para destruição cada vez mais rápida de todo o organismo. Agora isto é compreensível, pois se desenvolvem uma bacteremia e uma toxemia sistêmicas do organismo a partir da desintegração em bacilos T das células cancerosas de vida curta. Quando não há distúrbio importante das funções vitais pelo próprio tumor, a morte por cân-

10. James Ewing, *Neoplastic Diseases* [Doenças neoplásicas], (4ª ed., Filadélfia: W. B. Saunders, 1942), pp. 116 ss.

cer é uma morte por putrefação tóxica geral. Por essa razão, a doença tende a piorar rapidamente no final e conduz à morte.

Caminhando para uma compreensão do câncer experimental por alcatrão em camundongos

Nos seus experimentos com animais, a pesquisa clássica do câncer descobriu uma abundância de fatos, poucos dos quais podem ser agrupados e relacionados de forma compreensível. Uma dessas descobertas inexplicáveis é a indução experimental de carcinoma em camundongos e coelhos através da aplicação de alcatrão. Yamagiwa¹¹ e Itschikawa foram os primeiros cientistas a conseguir produzir câncer escovando as orelhas de coelhos com alcatrão continuamente. Eles produziram úlceras carcinomatosas e, em poucos casos isolados, metástases em glândulas regionais. Então Tsutsui, Dellman, Bloch e Dreifuss empreenderam o mesmo experimento com camundongos brancos e tiveram sucesso. Naturalmente, foi feito um esforço para estabelecer quais componentes do alcatrão estavam exercendo o efeito carcinogênico. Dellman descobriu que só os produtos da destilação do alcatrão a 900-1.000°C e acima eram efetivos, enquanto Kenneway e Russell chegaram ao mesmo resultado usando alcatrão vegetal a 900°C, que não havia sido efetivo sem aquecimento.

O efeito carcinogênico do alcatrão permanece até agora sem explicação. Há duas perguntas que precisam ser respondidas: 1) *Por que e como o material do alcatrão provoca câncer?* 2) *Por que o material do alcatrão só é carcinogênico quando aquecido em altas temperaturas?*

Blumenthal fornece o seguinte resumo conclusivo dos experimentos de escovação com alcatrão:

1. O câncer por alcatrão, que Lubarsch foi o primeiro a notar, elimina muitas teorias diferentes sobre o câncer, inclusive a

11. Todas as citações deste trecho são de Blumenthal, *op. cit.*

de um único agente do câncer, a de má formação e a de disposição de germe embrionário. A orelha de um coelho não tem qualquer disposição especial e, portanto, não pode haver consideração de uma disposição herdada.

2. Um estágio *inflamatório* de duração considerável antecede a formação do câncer.

Estas duas afirmações disparam um tiro mortal na teoria do câncer hereditário. Elas também refutam rigorosamente os patologistas que insistem em manter uma distinção nítida entre o processo *inflamatório* e o *carcinomatoso*. Os experimentos com camundongos e alcatrão também estão em consonância com o fato de que pessoas que trabalham com alcatrão e anilina, assim como os limpadores de chaminés, que estão constantemente em contato com fuligem, desenvolvem câncer com mais freqüência que outras pessoas.

Que contribuição pode o experimento com os bions oferecer para a solução destes problemas?

Primeiro, ele nos fornece alguns fatos fundamentais sobre os quais basear uma compreensão dos problemas:

1. Os protozoários, categoria que inclui as células cancerosas, se desenvolvem a partir de vesículas de bions (vesículas de energia orgone).
2. Tecidos de animais e plantas podem se desintegrar em bions.
3. Carbono, o componente essencial da proteína animal, possui um papel crucial no experimento dos bions. Aquecido até a incandescência e combinado com nutrientes e substâncias para causar inchaço, o carbono produz bions e culturas de bions.
4. Observados quer *sob um aumento de 2.000-3.000 vezes*, ou no campo escuro, os componentes do alcatrão aquecido a altas temperaturas apresentam uma estrutura vesicular semelhante à estrutura dos bions produzidos a partir de carbono aquecido até a incandescência.

O carbono *não aquecido* e o carbono aquecido até a incandescência apresentam diferenças básicas. O carbono não aquecido mostra só uma estrutura vesicular mínima e, visto com o microscópio de fluorescência, exibe sua própria cor, o preto. O carbono aquecido até a incandescência, por outro lado, se levado a inchar e inoculado em um meio de cultura, se desintegra imediatamente em vesículas de bíons que apresentam uma fluorescência azulada, não preta.

Se produzirmos uma preparação de bíons de carbono, observaremos os seguintes fatos significativos: quanto maior a temperatura de aquecimento do carbono, mais fácil e mais rápido é o desenvolvimento de bíons, e mais nítida sua coloração azul. Os bíons de carbono são, evidentemente, algo inteiramente diferente do carbono a partir do qual se originaram. Antes de tudo, sua estrutura foi alterada. Um cristal de carbono tornou-se um conglomerado de vesículas de energia orgone. Essas vesículas têm a capacidade de inchar, se dividir, penetrar outras substâncias e assim por diante. Inoculadas em meios de cultura ou colocadas em soluções que produzem inchaço, essas vesículas absorvem fluido protéico e diversos sais. É verdade que não sabemos ainda como definir quimicamente os bíons de carbono resultantes; porém temos certeza que não é mais carbono puro. Seu comportamento no meio de cultura do experimento indica que ele tem uma relação estreita com a proteína viva. A proteína viva não é simplesmente um composto complexo de carbono-hidrogênio. Funcionalmente, ela se diferencia da proteína não viva: *as substâncias químicas são meramente as portadoras da energia orgone que governa a função vital.*

A observação microscópica da combinação de bíons de carbono maduros e substâncias protéicas – por exemplo, cultura de ovo IV ou sangue autoclavado – revela que os bíons de carbono permeiam a substância protéica e, combinados a ela, se organizam em formações distintas.

Se for despejada uma solução de bíons de carbono fresca sobre um meio de cultura de ovo IV, depois de algumas semanas se desenvolverão na cultura pequenos “tumores” com um tamanho próximo do de uma cabeça de alfinete (Experimento Ca XIV). O exame microscópico revela formações notavelmente organizadas e

estruturadas, que não foram previamente encontradas na cultura de ovo ou na preparação de bíons de carbono (*ver* Figura 61-a, b, c, d, no Apêndice).

A injeção subcutânea de bíons de carbono frescos ou de até vinte e quatro horas em camundongos causa em volta do ponto da inoculação o desenvolvimento de estruturas similares àquelas formadas pela combinação de bíons de carbono e substância protéica. No decorrer dos meses, desenvolvem-se “tumores” de células com uma estrutura pronunciadamente cromofílica. Elas permeiam, se infiltram e, com o tempo, destroem os tecidos. Em alguns destes casos, o exame microscópico revelou formações características com formato alongado e fusiforme nos órgãos, isto é, células da fase imatura Ca III. Sujeitaram-se trinta e quatro camundongos saudáveis ao experimento com bíons de carbono. Todos eles ficaram doentes e a maioria desenvolveu tumores pré-cancerosos e maduros (10 e Ca).

Estes experimentos explicam o efeito da escovação com alcatrão. O carbono aquecido a altas temperaturas é carcinogênico porque, em altas temperaturas, há um crescimento de bíons a partir da substância de carbono e eles são o elemento fundamental na organização das formações cancerosas.

A pergunta que surgiu naturalmente durante esses experimentos com bíons de carbono foi se eram simplesmente os bíons de carbono que produziam os tumores ou se existia alguma relação com os bacilos T; isto é, se o efeito de proliferação dos bacilos T também agia nos camundongos expostos ao alcatrão. Escovei alcatrão no pescoço de camundongos do modo habitual. Alguns morreram antes da formação de um tumor. O sangue desses camundongos revelou bacilos T que poderiam ter sido cultivados em cultura pura (T 11 4). As culturas de sangue cardíaco de alguns camundongos expostos ao alcatrão que já haviam passado do estágio de inflamação crônica e chegado ao estágio de tumores infiltrantes também produziram bacilos T.

Como os bacilos T entraram no sangue dos camundongos expostos ao alcatrão?

A pergunta permaneceu sem resposta durante algum tempo, até que me ocorreu aplicar tintura de Gram numa solução de bions de carbono produzida recentemente. Descobri que *os bacilos T podem ser detectados imediatamente depois de se produzir uma preparação com bions de carbono*. O carbono não aquecido e sem tratamento, por outro lado, não apresenta reação à tintura de Gram. Em um caso, consegui cultivar os bacilos T diretamente a partir de bions de carbono (10 e T XVI).

Portanto, os bacilos T são levados para dentro do organismo com o material de hidrogênio-carbono aquecido em alta temperatura. A pergunta de como agem os bions de carbono nos bacilos T dos tecidos do animal permanece sem resposta. Eles se complementam ou se dificultam uns aos outros nos seus efeitos? Pode-se estabelecer microscopicamente que os bions de carbono atraem, irritam e paralisam os bacilos T. É importante encontrar uma resposta para esta pergunta, tanto na teoria como na prática, porém, neste momento, não posso oferecer uma solução experimental.

As substâncias protéicas são estimuladas a crescer pelos bions de carbono (PA e T). Este fato explica o câncer do limpador de chaminés, o câncer dos que trabalham com alcatrão e anilina e o câncer de lábios dos fumadores de cachimbo.

4. A CÉLULA CANCEROSA: PRODUTO DE UMA REAÇÃO DE DEFESA DO ORGANISMO

O câncer também tende a se desenvolver prontamente a partir de cicatrizes antigas ou tecidos cronicamente danificados, como no caso de uma ponte nos dentes que danifica o epitélio da língua com o passar dos anos, por exemplo. Um ferimento grave do tecido, como uma pancada, pode causar um sarcoma que leva a uma morte rápida. Os resultados dos experimentos com os bions facilitam a compreensão desta seqüência: *o ferimento do tecido produz formações que degeneram em bacilos T e estimulam o tumor canceroso*. Em tecido que é forte do ponto de vista orgonótico, isto é, *saudável*, uma cica-

triz ou uma ferida não causará um dano real. Portanto, o elemento crucial não é o dano local ao tecido, como se acreditava tradicionalmente, mas antes a força de orgone do tecido a que podemos nos referir como sua “potência orgonótica”.

A descoberta dos bacilos T tornou todos estes fatores mais compreensíveis e fortaleceu meu argumento de que eles eram, na verdade, os estímulos específicos do câncer, ocorrendo somente em pacientes de câncer. É sempre gratificante encontrar o estímulo ou causa “específica” de uma doença e, assim, ser capaz de diferenciá-lo nitidamente do que é saudável. Assim nos sentimos mais seguros para estabelecer que há organismos livres deste estímulo particular. Contudo, esse conceito está incorreto e obstrui importantes entendimentos sobre a natureza da *imunidade*, isto é, as funções naturais de defesa do organismo vivo – em outras palavras, sua potência orgonótica. É errado pensar que há pessoas emocionalmente *saudáveis* aqui e pessoas emocionalmente *doentes* ali. É errado supor que há “pacientes de câncer” aqui e pessoas “livres de câncer” ali. Nas profundezas de toda pessoa “saudável” existem tanto mecanismos catatônicos como bacilos T. A linha de fronteira absolutamente não está delineada e o problema muda de “causas” específicas e “estímulos” específicos das doenças para *mecanismos de defesa orgonóticos contra doenças*. Primeiro devemos compreender a saúde antes de tentar curar a doença. Assim, é encorajador que a medicina hoje em dia esteja considerando cada vez mais o ponto de vista de que “estímulos” e “causas” específicas da doença só são efetivos quando o organismo permite que eles o sejam. Os bacilos da tuberculose, por exemplo, só podem produzir seu efeito patológico sob condições bioenergéticas bem definidas dentro do organismo. O grau com que um trauma psíquico opera seu efeito depende do estado emocional do organismo. Do mesmo modo, o funcionamento biológico deve estar prejudicado de maneira global para que o bacilo T tenha rédeas livres. Novamente, o fator crucial parece ser a disposição para a doença, porém não como as teorias sobre hereditariedade a concebem. *Disposição* para doença significa para nós o *funcionamento orgonótico vivo* do organismo, e não se refere nem a substân-

cias mortas no blastoderma, nem a conceitos moralistas, vazios, como "constituição psicopaticamente degenerativa". Por conseguinte, a disposição para a doença nos parece essencialmente uma reação à infelicidade da vida e não uma herança estabelecida por nossos ancestrais. Ela significa *o tipo e grau de mobilidade emocional (orgonótica) do biosistema.*

Supõe-se que a célula cancerosa originalmente desencadeia o processo da doença "câncer" na medida em que "células normais são transformadas em células cancerosas". Um escrutínio mais preciso do desenvolvimento das células cancerosas, no entanto, prova que essa visão é falsa. A verdade é exatamente o inverso: *a célula cancerosa resulta da resistência dos tecidos aos efeitos dos bacilos T.* Isto pode soar estranho, mas o exame dos fatos revelará sua exatidão. O primeiro passo no desenvolvimento do tumor canceroso não é a célula cancerosa; também não é a desintegração do tecido em bions azuis. É o surgimento de massas de bacilos T no tecido ou no sangue. Os bacilos T também estão presentes no tecido *saudável* e no sangue *saudável*; e eles sempre são encontrados onde há degeneração de proteína.

Depois que completei uma série de exames do sangue de pacientes com câncer, passei a examinar o sangue de pessoas de quem não se podia afirmar terem câncer no sentido habitual da palavra. Consegui cultivar bacilos T a partir do sangue e fezes de pessoas completamente saudáveis. No começo, essa descoberta foi alarmante e desconcertante; pois se os bacilos T estão relacionados especificamente ao desenvolvimento do câncer, como eu acreditava firmemente por volta do fim de 1937, então poder cultivá-los a partir do sangue de pessoas saudáveis significava que, basicamente, *todos os humanos têm "câncer"*. Como essa suposição não poderia ser correta, a única alternativa que restava era que o bacilo T não está relacionado especificamente ao câncer. Mas essa conclusão era contestada pelo fato irrefutável de que todo paciente de câncer e todo tecido canceroso contém massas de bacilos T. Muitos meses se passaram antes que os experimentos e as ponderações produzissem a resposta correta: *a distinção entre o indivíduo saudável e o paciente de câncer*

não se baseia na ausência de bacilos T, mas na potência orgonótica do organismo, isto é, na capacidade do organismo de eliminar seus bacilos T e no grau com que os tecidos e células sanguíneas tendem a se desintegrar em bacilos T. É verdade que consegui cultivar bacilos T a partir de sangue e fezes de pessoas saudáveis. Porém, enquanto o sangue e os tecidos de pacientes com câncer produziam bacilos T de maneira fácil e rápida, era preciso sujeitar o sangue e as fezes de indivíduos saudáveis a um processo de degeneração mais ou menos prolongado – em certos casos vários dias, em outros várias semanas – para produzir os bacilos T. A disposição para o câncer é, portanto, determinada pela resistência biológica do sangue e dos tecidos à putrefação. Essa resistência biológica, por sua vez, é ela mesma determinada pelo conteúdo de energia orgone do sangue e dos tecidos, vale dizer, pela potência orgonótica do organismo. Todo processo que reduz o conteúdo de energia orgone e o funcionamento orgonótico do organismo ou dos órgãos individuais aumenta proporcionalmente a disposição para o encolhimento e para a desintegração cancerosa. Há um certo número de observações sólidas que substanciam esta afirmação.

O problema com o qual eu me defrontava agora era a pergunta difícil e decisiva de se o bacilo T aparece somente onde se desenvolve o câncer ou se está presente em todo o organismo, o que significaria que o câncer pode aparecer em qualquer lugar e a qualquer hora. Comecei a examinar o sangue, os epitélios e fezes de diversos indivíduos saudáveis. Pude de fato identificar formações locais de bacilos T em órgãos e tecidos onde não havia indícios de câncer. Vi a desintegração de bacilos T no epitélio vaginal e cervical de muitas mulheres saudáveis. Em alguns casos, a imagem T desapareceu depois de determinado tempo, em outros casos permaneceu constante. Encontrei desintegração T em local onde uma ponte dental friccionou o epitélio do lado esquerdo de minha própria língua e causou uma pequena erosão. Fui até capaz de produzir uma cultura de bacilos T a partir dela. Isso ocorreu anos atrás e eu ainda não estou com câncer. O lado direito de minha língua não produziu bacilos T e tinha células epiteliais saudáveis. Cultivei bacilos T do sangue de um de meus assistentes, deixando-os degenerar, depois os injetei

em um camundongo saudável e produzi um adenocarcinoma bem definido no músculo da nádega (*ver* Figura 62-a, no Apêndice). Foi a primeira vez que produzi um tumor maligno com bacilos T oriundos de sangue saudável. O fato de que eram realmente os bacilos T os causadores do tumor foi provado pela seqüência em que ele se desenvolveu: uma inflamação que se expandiu a partir do lugar da inoculação pelos vasos linfáticos no flanco direito do camundongo, em direção aos músculos das nádegas; então ali apareceu uma inflamação crônica que, subseqüentemente, desenvolveu-se e tornou-se um adenocarcinoma. Este diagnóstico foi verificado na Universidade de Columbia, embora eu não tenha relatado que se tratava de um câncer do tecido muscular (10 Ge T Ca; *ver* Figura 62-a até e, no Apêndice). Assim, mesmo o organismo mais saudável contém bacilos T e tende para a desintegração por putrefação. *A disposição para o câncer é, portanto, universal.* Porém, enquanto os tecidos e o sangue estiverem orgonoticamente fortes, todo crescimento de bacilos T será destruído e eliminado antes que possa se propagar, se acumular e causar danos. Qual é o *primeiro* dano que o bacilo T inflige? A resposta a essa pergunta provará que a formação de células cancerosas representa uma reação de defesa do organismo contra os bacilos T e não é a doença em si.

Quando bacilos T se formam em qualquer lugar no organismo e começam a se acumular, o organismo reage com uma inflamação *branda, mas crônica.* De vez em quando, a aglomeração de glóbulos brancos oferece uma resistência suficiente contra o avanço dos bacilos T. Porém, em outros casos, ou a auto-infecção de bacilos T é excessivamente forte, ou o mecanismo de defesa orgonótico do organismo é excessivamente fraco. O que acontece então? Como reage o tecido infectado?

Um experimento com tubo de ensaio que contém bacilos T oferece uma possível resposta. Um meio de cultura de ovo completamente estéril (E IV) é inoculado com bacilos T, que crescem agora nesse meio. *Porém descobrimos que os bacilos T não são o único material que nele cresce.* Antes de começar o experimento, examinamos o meio de cultura de ovo estéril cuidadosamente sob o microscópio a

um aumento de 2.000 vezes e não vimos bacilos T nem bíons azuis PA. No entanto, o meio inoculado agora apresenta não só bacilos T como, para nossa grande surpresa, *uma massa de bíons azuis PA móveis no ponto da inoculação*. Isto significa que os bacilos T inoculados não só proliferaram no meio de cultura de ovo, mas que, além disso, *estimularam as substâncias protéicas que os cercavam (a proteína orgânica) a formar bíons azuis PA; isto é, eles puseram em movimento os processos de inchaço e desintegração bionosa*.

Ocorre processo idêntico no tecido saudável de um camundongo que inoculamos no pescoço ou em qualquer outro lugar com bacilos T em tal dosagem que, em vez da imediata formação de um abscesso seguido de morte, produziu-se uma reação inflamatória branda, porém crônica. *O tecido ao redor do lugar da inoculação apresenta desintegração bionosa*. É possível seguir o desenvolvimento de formações de células cancerosas a partir de bíons PA examinando camundongos T dissecados em série do primeiro dia até por volta da décima semana.

Repeti esses dois experimentos muitas vezes e sempre obtive os mesmos resultados. No início, não consegui compreendê-los. Mesmo depois que as coisas ficaram claras, as implicações totais das descobertas continuaram me desconcertando por um bom tempo. Em suma: *os bacilos T, que são o produto da desintegração por putrefação da matéria orgânica ou viva, estimulam a formação de bíons azuis em outra matéria orgânica ou viva*. Correspondendo à relação antitética entre bíons PA azuis e bacilos T, essa formação de bíons tem a função de reagir contra os bacilos T. Isso significa que os bíons azuis, estimulados pelos bacilos T, são uma reação de defesa contra a infecção T.

Os bacilos T seriam de pouco interesse se seu único efeito fosse esta formação local de bíons PA, isto é, a "reação B". As plaquetas sanguíneas, que nada mais são do que corpos de bíons PA azuis cercados de bacilos T mortos que aderiram a eles, são observadas com freqüência no sangue de pessoas saudáveis. Os leucócitos às vezes também estão cheios de corpos T. A reação do PA contra o T, quer dizer, a reação B, ocorre constantemente e em todo lugar, mesmo no organismo mais saudável. Quanto mais fraca a carga de orgone nas

formações PA, maior a quantidade de bions azuis que devem ser produzidos para eliminar o T. No entanto, os bions azuis se organizam em formas biológicas mais elevadas, os protozoários, incluindo células cancerosas. Compreendemos agora que a célula cancerosa é na realidade um produto dos muitos bions PA azuis que se originaram de células sanguíneas ou nos tecidos como uma defesa contra a auto-infecção local com bacilos T. Com esta percepção, o problema se resolve de uma maneira muito simples. Aqui podemos mencionar um fato aparentemente forçado, mas na verdade bastante pertinente, a saber, que o húmus é matéria orgânica bionosamente desintegrada. A fertilização do húmus resulta da desintegração por putrefação de matéria orgânica, essencialmente a partir de componentes simples de nitrogênio. Essa "fertilização" é simplesmente uma estimulação de formação de bions PA azuis no húmus pela matéria putrefata, isto é, bacilos T. O fato surpreendente de o húmus ser estéril e possuir um efeito esterilizador deve ser atribuído à presença dos bions PA azuis de terra. Estes bions podem ser facilmente reproduzidos e observados experimentalmente autoclavando terra em uma solução de KCl.

Os experimentos com bacilos T fazem às vezes vislumbrar um conceito químico futuro, mas estes assuntos permanecem obscuros. Todavia, há uma descoberta de extremo interesse que deve ser mencionada neste contexto: compostos de metila e nitrogênio (uréia, escatol, indol), constituintes de urina e fezes, são os produtos essenciais da desintegração por putrefação de substâncias protéicas. Culturas velhas de bacilos T possuem um odor pútrido, que é acre e parecido com amônia. Os odores corporais de pacientes com câncer avançado são similares e característicos. Assim é que "putrefação no corpo vivo" não é uma alegoria, mas um fato muito real.

Também existe uma relação ainda obscura entre os bacilos T e o cianeto (CN). De acordo com Warburg, esse veneno exerce um efeito paralisante sobre os processos respiratórios nas células ao inibir a oxidação, por meio de sua combinação com as enzimas respiratórias celulares que contêm ferro. Muitos de nossos camundongos T morreram de sufocação devido à paralisia respiratória e ao sangue hipervenoso. A relação entre essa propriedade dos bacilos T

e o metabolismo de sufocação do tecido canceroso é óbvia. Abre-se aqui um campo rico para o bioquímico.

Até agora, nos familiarizamos com apenas *uma* direção do efeito dos bacilos T: dano ao tecido → bacilos T → desintegração bionosa de tecido → organização de protozoários (células cancerosas) a partir de bions PA dos tecidos. Esse processo representa uma progressão a partir do bacilo T para formações biológicas *mais complexas*. Agora, também existe o processo inverso, em que as células cancerosas se desintegram em bacilos T com putrefação crescente: célula cancerosa → bacilos T → putrefação geral do sangue, dos tecidos e intoxicação T. A causa real da morte não deve ser atribuída à formação de células cancerosas, mas à *desintegração T secundária*. Mesmo que os danos ao tecido tenham sido confinados anteriormente no local e que existam relativamente poucos bacilos T, o processo de desintegração do tumor canceroso efetua uma aceleração enorme e uma propagação geral da putrefação no corpo: *putrefação do sangue e linfa e intoxicação por bacilos T do sistema de fluido do corpo*. Portanto, fica claro por que pacientes com câncer podem se manter comparativamente bem durante meses e até anos e aí, subitamente, ocorrem deterioração sistêmica, caquexia rápida e morte em rápida sucessão. A segunda fase, a desintegração dos tumores cancerosos em massas putrefatas, dura apenas poucas semanas, em nítido contraste com o tempo necessário para a formação de um tumor. Desse modo, a formação de bacilos T e a putrefação são tanto uma *causa* como um efeito da biopatía do câncer.

Esta distinção possui uma grande importância terapêutica. Dado que os tumores, os tecidos e o sangue estão envolvidos no processo de desintegração secundária por putrefação, massas de bacilos T se formam em quantidade *tamanho* que qualquer tentativa de tratamento é sem esperanças. No entanto, na primeira fase, quando o tecido canceroso está se formando, a organoterapia pode dar uma grande contribuição. Voltarei a este ponto específico posteriormente.

Todo o problema do tratamento e da prevenção do câncer pode ser formulado agora com simplicidade: *à reação T do organismo, a fraqueza orgone, se contrapõe a reação B, pela força orgone no san-*

gue e nos tecidos. O destino do paciente de câncer depende completamente da relação entre a reação B e a reação T. Um controle prático deste problema requer mais conhecimento dos efeitos da energia orgone.

5. UM COMENTÁRIO SOBRE O PROBLEMA DA HEREDITARIEDADE

O leitor que possui alguma familiaridade com o problema do câncer fará agora uma pergunta muito legítima: *e o fator da hereditariedade no câncer?* Não terá sido “demonstrado” que há camundongos com uma tendência especial à formação de câncer, e que no homem encontra-se o câncer com mais freqüência em determinadas famílias? Muitas vezes senti-me obrigado, nos meus escritos, a frisar que nós não negamos a *existência* da hereditariedade. O que realmente enfatizamos, no entanto, é que a *pesquisa* sobre hereditariedade ainda não nos forneceu nenhum relato concreto sobre o modo como esse fator se manifesta e como funciona biologicamente. Tanto na teoria como na prática, a *noção* de gene não tem uso para nós. Desde o seu início, a economia sexual se preparou para *debater os mecanismos* da hereditariedade de características e condições, assunto sobre o qual a pesquisa da hereditariedade nada tem a dizer. Refiro-me aqui não a “*substâncias hereditárias*”, mas a *funções plasmáticas*. Enquanto trabalhávamos com o problema do câncer, deparamos com a questão da hereditariedade de forma completamente inesperada, embora simples. A maioria das características patológicas pode ser rastreada até os efeitos do início da educação e, principalmente, da influência da identificação e da estase sexual precoce. Daí decorre que essa “hereditariedade” dos traços de caráter biopáticos é um fenômeno *pós-natal*. A hereditariedade do câncer, por outro lado, é realmente um fenômeno *pré-natal*, embora seja bastante diferente da forma como a vê a ciência da hereditariedade.

No nosso laboratório, tivemos a oportunidade de observar centenas de camundongos, tanto saudáveis como cancerosos. Um

fato surpreendente foi que poucos dos nascidos de nossos camundongos cancerosos desenvolveram câncer. No começo, nos satisfizemos com o pensamento de que não estávamos lidando com uma linhagem específica com tendência para o câncer. De fato, alguns casos ocorreram nos camundongos jovens, porém não tínhamos explicação para isto. Refiro-me aqui somente aos camundongos que desenvolveram câncer espontaneamente, e não em decorrência de interferência experimental.

A circunstância que nos surpreendeu surgiu dos camundongos totalmente saudáveis no início e inoculados com bacilos T na idade de três a oito meses. *As crias desses camundongos originalmente saudáveis* ficavam doentes com freqüência e morriam cedo, desenvolvendo com freqüência tumores cancerosos. Por outro lado, não havia um só caso de camundongo-controle – não injetado com bacilos T – que tivesse crias cancerosas ou doentes de algum outro modo. A autópsia e o exame bacteriológico das crias cancerosas que nunca haviam recebido injeções de bacilos T produziram exatamente os mesmos resultados que os das mães que haviam recebido a inoculação de bacilos T: bacilos T no sangue, desintegração por putrefação dos tecidos no estômago, nas glândulas e, especialmente, nos genitais. Camundongos que desenvolvem câncer espontaneamente ficam de modo geral livres de manifestações de câncer em outros órgãos, a menos que haja metástase. Por outro lado, camundongos injetados com bacilos T ficaram afetados pelo câncer em quase todos os órgãos. Isto é fácil de entender, já que o tumor espontâneo se desenvolve a partir do dano local aos tecidos, enquanto os tumores T nos camundongos inoculados se caracterizam por um crescimento geral do T por todo o organismo. Esses camundongos T podem morrer de carcinose sistêmica e intoxicação T sem jamais ter desenvolvido grandes tumores locais. Esta na verdade parece ser a regra geral e a explicação, pois os bacilos T que foram injetados são simplesmente transportados pelo sangue em grandes números.

Compreendemos agora por que as crias dos camundongos T desenvolvem câncer no período pré-natal com tamanha freqüên-

cia, quando nascidos depois da inoculação de bacilos T na mãe: os *bacilos T injetados são transportados do sangue da mãe para o sangue dos embriões, onde produzem câncer.*

Essa descoberta lança luz sobre uma grande área do problema da hereditariedade do câncer: *se uma mãe, durante a gravidez, tiver um número suficientemente grande de bacilos T virulentos no sangue, a criança ficará necessariamente infectada por bacilos T.* Se o organismo da criança consegue ou não lidar com os bacilos T absorvidos, isto dependerá de outras circunstâncias. Dependerá da relação entre a reação B da criança e a reação T que se desenvolveu tão cedo.

Ainda não se compreendeu a formação do câncer de mama em camundongos. Contudo, deve-se ressaltar que as fêmeas usadas nas observações não levavam mais uma vida sexual natural. Ou estavam permanentemente separadas dos machos, ou a procriação era regrada. Algumas de nossas observações de machos inoculados com bacilos T de fato indicam que a estase sexual aumenta o efeito da reação T e reduz a reação B do organismo. Os machos mantidos em abstinência desenvolveram câncer com mais facilidade, principalmente nos testículos, do que os machos deixados juntos das fêmeas. Eu gostaria de deixar claro aqui que esses experimentos não foram conduzidos com abrangência suficiente para permitir generalizações.

Em mães humanas devem ser consideradas duas outras influências "hereditárias", além da transmissão de bacilos T pelo sangue: o *efeito local do espasmo do útero* e a *inibição respiratória* biopática geral. Por hora, nada se pode afirmar de definitivo sobre esses fatores. É importante, no entanto, notar que um distúrbio respiratório severo na mãe deve ter um efeito adverso sobre a respiração tecidual do embrião; um espasmo crônico do útero também está fadado a exercer uma influência prejudicial. Porém influências pré-natais desse tipo sobre o embrião não são efeitos hereditários no sentido compreendido pelos teóricos do "gene". São efeitos muito mais *sociais*. *O organismo da mãe é, estritamente falando, o primeiro "fator social" do embrião não nascido.*

A hipótese mecanicista e metafísica da hereditariedade não nos oferece a possibilidade de compreender distúrbios adquiridos

no período pré-natal ou de eliminá-los na prática. Por outro lado, o conhecimento sobre a existência e a natureza dos bacilos T, da estrutura de caráter e das funções pulsatórias dos pais nos capacita, de fato, a limpar o caminho rumo a uma compreensão do problema da hereditariedade que poderia muito bem ser de grande importância prática e teórica¹².

Esta digressão relativa ao problema da hereditariedade não foi buscada intencionalmente. Tornou-se necessária pelo número de observações pertinentes estreitamente relacionadas à questão da orgonoterapia do câncer. Teremos que nos familiarizar (e podemos fazê-lo) cada vez mais com a idéia de que *o câncer começa a ficar menos temível e que sua prevenção será mais fácil que sua cura*. Por exemplo, agora será possível determinar o grau em que o sangue materno tende à desintegração em bacilos T, se ele contém bacilos T livres e assim por diante. O tratamento da mãe nesses casos protegeria o embrião dos efeitos dos bacilos T. Também será possível tratar o bebê com orgonoterapia. Até agora, não sabemos se o bacilo T é um agente específico do câncer ou se também pode causar outras doenças *quando ocorre em outra forma e em local diferente*. Aqui reina a completa escuridão, e teremos de estar preparados para grandes surpresas. Doenças infecciosas, aparentemente tão distantes uma da outra quanto o envenenamento agudo por substâncias produzidas pela putrefação animal e o estágio agudo da poliomielite, podem encontrar sua explicação aqui. Essa é uma suposição que se justifica, porém *não passa de uma suposição*.

12. Pode ser possível responder à pergunta sobre a hereditariedade do câncer se expusermos à radiação orgone camundongos que se sabe terem uma alta porcentagem de hereditariedade relativa ao desenvolvimento de câncer. O ponto de vista da biofísica orgone seria confirmado se fosse possível chegar a uma redução ou eliminação de câncer nas gerações seguintes dessas linhagens com propensão para o câncer. (Tentamos, sem sucesso, obter do Jackson Memorial Laboratory uma linhagem de camundongos com propensão alta para o câncer em Bar Harbor, Maine.)

Capítulo VII

Natureza e desenvolvimento dos experimentos de orgonoterapia

Estamos agora preparados o bastante para discutir a base biofísica da orgonoterapia. Ela pode ser reduzida a uma simples fórmula biológica: *melhoria da reação B do organismo; redução ou eliminação da reação T*. Se houver uma reação T preponderante no sangue e nos tecidos, a orgonoterapia deve aumentar a reação B ou terá fracassado. Inversamente, a terapia pode ser considerada bem-sucedida se as reações T forem substituídas pelas reações B. Vamos comparar agora as reações B e as reações T esquematicamente:

	<i>Reação B</i>	<i>Reação T</i>
1. <i>Organismo como um todo</i>	Ereto, boa tonicidade. Sem espasmos, sem clonismos. Sensação de força. Capacidade de sentir prazer.	Curvado, flácido ou hipertônico. Espasmos, clonismos. Sensação de fraqueza. Incapacidade de sentir prazer. Angústia de prazer.
2. <i>Pele</i>	Quente, tom saudável, róseo ou bronzeado. Transpiração quente.	Fria, pegajosa; lívida, enrugada, de pálida a um branco cadavérico; suor frio.
3. <i>Musculatura</i>	Relaxada, capaz de alternar tensão e relaxamento; forte. Sem couraça muscular. Boa peristalse,	Muitas vezes com excesso de gordura. Couraça muscular generalizada, particularmente nos

Reação B

sem constipação, sem hemorróidas.

- 3a. *Expressão facial* Vivaz, variável.
4. *Sangue* Reação B na autoclave. Eritrócitos túrgidos, pulsantes; margem larga e forte de orgone; desintegração bionosa muito lenta na solução fisiológica de NaCl. Sem bacilos T nas culturas.
5. *Sistema cardiovascular* Pressão sanguínea normal; pulso regular, calmo, forte.
6. *Tecidos* (células epiteliais, tecidos provenientes de biópsia, etc.) Forte turgidez. Sem formação de bions em KCl.
7. *Olhos* Brilhantes. Vívida reação pupilar. Globos oculares nem protusos, nem afundados.
8. *Respiração* Expiração completa, com pausa depois. Livre pulsação do tórax. Sensação de prazer no aparelho genital depois de cada expiração.
9. *Orgasmo* Regular; convulsão total do corpo. Sem estase sexual.
10. *Campo de orgone em volta do organismo* Amplo, "elástico".

Os sintomas da reação T são idênticos a muitos sintomas da contração simpaticotônica crônica, porém os sintomas da reação B não são idênticos à expansão vagotônica crônica; eles simplesmente correspondem a uma condição do organismo caracterizada pela *pulsação plena, calma e bem ordenada em todos os órgãos*.

A essência da orgonoterapia (não só no tratamento do câncer, mas em todas as biopatias baseadas na contração ou encolhimento do aparelho vital) é fundamentalmente *a superação da contração crônica e a estimulação da expansão*. Depois que o organismo se torna novamente capaz de se expandir, dilatar seus vasos, conduzir o sangue à pele e aos tecidos, absorver fluidos e nutrientes para os tecidos, estabelecer as ondas de movimento peristáltico nos intestinos, relaxar os músculos tensos – em outras palavras, *expandir o sistema autonômico como um todo* –, a isto se segue espontaneamente a *pulsação normal e se estabelece o estado de função vital que consiste na oscilação entre contração e expansão, isto é, a pulsação biológica*. A predominância da reação B sobre a reação T é simplesmente a predominância de todas as reações vitais positivas em cada parte do organismo. Como o organismo é uma unidade em funcionamento, a pulsação ordenada do organismo total é o pré-requisito fundamental para neutralizar a reação T nos tecidos e no sangue. E como os bacilos T se desenvolvem a partir da contração crônica do organismo (reação T), é claro que *a pulsação natural e plena do organismo é a base da prevenção do câncer*. Inversamente, a contração crônica é a base geral da biopatia carcinomatosa de encolhimento.

Está claro agora que o problema do câncer não pode se restringir a órgãos isolados ou a um tumor ou enzima. É um problema de funcionamento biológico do organismo como um todo. Por conseguinte, o tratamento do câncer com hormônios, enzimas, congelamento, cirurgia ou radiação local não afeta realmente o cerne do problema. O câncer não é uma doença local dos órgãos, e sim um processo sistêmico de morte prematura que se manifesta de modo clinicamente tangível nas reações T. A única terapia do câncer que poderia reivindicar sua validade seria aquela que pegasse esta biopatia pela raiz. O termo “terapia do câncer” só é legítimo, na verdade,

se o tratamento se voltar objetivamente para a remoção sistêmica das reações T e para o restabelecimento da predominância da reação B, isto é, se for projetada para restaurar o funcionamento vital. Por exemplo, se a orgonoterapia conseguisse eliminar o tumor local e destruir os bacilos T no sangue, mas não conseguisse ter qualquer outra influência sistêmica, então poderia ser considerada como um bom método de tratamento *sintomático*, mas não uma verdadeira "terapia do câncer".

Aprendemos com a psiquiatria a não considerar a neurose "curada" só porque eliminamos uma dor de cabeça ou uma compulsão. Na prática da vegetoterapia caracterológico-analítica, falamos de "cura" somente depois de ter removido com sucesso a base caracterológica e biofisiológica geral dos sintomas locais individuais, ou seja, a "neurose de caráter". Só se pode chegar a isso estabelecendo a potência orgástica, a capacidade de pulsação completa. Este requisito é rigoroso, mas é o único que satisfaz as exigências essenciais médicas e de higiene social. Nosso trabalho não deve ser confundido com aqueles métodos ilusórios, dirigidos a crédulos, que alegam ser capazes de "curar" uma dor de cabeça neurótica com brometo ou câncer com cirurgia. Este requisito, de considerarmos um caso curado só quando há remoção da neurose de caráter, orientou nosso trabalho clínico mesmo durante os primeiros anos do seminário de terapia psicanalítica em Viena. Queremos mantê-lo, pois ele nos serviu bem.

Eu gostaria de adiantar que *não sabemos ainda se a orgonoterapia pode ser considerada o melhor método de tratamento do câncer*. É verdade que já somos capazes de mudar a reação sistêmica T do organismo para uma reação sistêmica B e eliminar tumores locais no corpo. Porém o que ainda não sabemos é por quanto tempo a reação sistêmica B pode se sustentar e se a reação T a substituirá novamente mais cedo ou mais tarde. De qualquer modo, justifica-se a publicação de *A biopatologia do câncer* no presente momento, mesmo que transcorram muitos anos de experiência e trabalho extenso antes que a orgonoterapia possa ser considerada o método para tratar câncer e que conheçamos seus limites exatos. Contudo, o que se

obteve até agora excede de longe nossas expectativas de poucos anos atrás e merece uma discussão detalhada.

Relatarei agora como a atual orgonoterapia experimental se desenvolveu a partir dos primeiros experimentos tateantes de 1936 com os bions.

Pode-se rastrear historicamente o início da orgonoterapia para o tratamento do câncer na primeira observação do efeito mortífero exercido pelos bions PA azuis sobre muitos tipos de bacilos envolvidos na putrefação e sobre outros tipos de bacilos. Era apenas lógico à época observar microscopicamente os diversos tipos de bions PA azuis e bacilos e injetá-los em camundongos. O exame microscópico revelou que os bacilos móveis nas proximidades de viscosos bions azuis – derivados de filamentos de ferro, húmus, cristais de terra, carbono e outros – agitavam-se, pareciam lutar para escapar e, quando mais próximos, ficavam sem movimento, como que paralisados. A mesma reação ocorreu quando bacilos T movendo-se rapidamente foram colocados com bions PA azuis. Os bacilos T tendiam a aderir paralisados aos bions azuis ou a se aglutinar em agrupamentos imóveis ao redor dos bions. Como já foi mencionado, todos os camundongos inoculados apenas com bions PA permaneceram saudáveis. A maioria dos camundongos inoculados simultaneamente com bions PA e bacilos T também.

Esses resultados descortinaram o efeito curativo dos bions azuis (denominados posteriormente “vesículas de energia orgone”) na infecção por bacilos T. Nada se sabia sobre os possíveis efeitos diretos dos bions PA no tecido carcinomatoso. Naquela fase de meu trabalho, ainda não havia certezas, só umas poucas diretrizes úteis. Ninguém sabia o que esperar dos experimentos. Agrupei bions PA e células de câncer e examinei-os sob o microscópio. Os bions PA aglomeraram-se em volta dos agrupamentos de células de câncer, penetrando finalmente na massa e destruindo sua estrutura (ver Figura 63, no Apêndice).

Um colega médico no Instituto persuadiu um cirurgião a injetar bions PA estéreis obtidos a partir do sangue de um paciente de câncer em uma paciente que estava morrendo de câncer. O cirur-

gião aplicou três injeções intravenosas de cerca de 10 ml de solução de bions PA. A paciente reagiu com febre. Ela morreu aproximadamente oito dias depois. A autópsia revelou um tumor de consistência endurecida no fígado, quase do tamanho de um punho. *Em vários lugares, a área de superfície do tumor apresentou amolecimento até uma profundidade de cerca de um centímetro.* O patologista considerou o fato fora do comum. Para nós, foi uma descoberta inconclusiva que correspondia, no entanto, às descobertas nos nossos experimentos conduzidos sob microscópio. (Na época, eu sabia de diversos experimentos que haviam sido empreendidos na Europa para testar o efeito de injeções de estreptococos no câncer. De outro lado, meus bions eram formações estéreis, obtidas por autoclave.)

Eu deparava agora com dois fatos: os bions PA paralisam os bacilos T, que estão na raiz do câncer, e também destroem o próprio tecido do câncer. O primeiro fato apontava para a prevenção do câncer; o segundo, para a terapia local do câncer. Ao longo dos anos seguintes, a primeira direção reteve cada vez mais nossa atenção.

Teria parecido lógico empreender mais experimentos com seres humanos. Poder-se-ia determinar, por exemplo, o efeito de inoculações de culturas de bions PA. Mas certas observações dos bions PA me restringiram, notadamente a de que nada eram senão um tipo particular de organismo vivo. Quando misturados com os bacilos T, eles exauriam sua energia biológica na luta subsequente. Microscopicamente, podia-se ver que muitos bions PA haviam perdido sua cor azul e que numerosas formas de vesículas azuis haviam degenerado em cocos pretos redondos, isto é, estafilococos produtores de pus. Assim, a idéia de injetar bions PA em humanos tinha de ser descartada.

Entre o outono de 1937, quando descobri os bacilos T na Noruega, e o outono de 1939, quando iniciamos os primeiros experimentos de organoterapia em camundongos cancerosos, foi realizado um grande número de observações não relatadas que serviram como indicadores de nosso trabalho. As culturas de bions PA azuis mataram os bacilos T que haviam sido injetados nos camundongos. Quando obtive a primeira cultura de bions SAPA, na qual se desco-

briu a radiação orgone, defrontei com uma pergunta importante: *a energia irradiada pelas culturas de bions de areia é a mesma que a energia dos bions PA azuis que injetei nos camundongos para protegê-los dos efeitos dos bacilos T?* Hoje, no nosso trabalho, já se parte do princípio que a energia nos bions de terra, a energia que irradia nos bions SAPA, a energia nos corpúsculos azuis cintilantes do sangue “vermelho” e, finalmente, a energia visível na atmosfera são, todas, manifestações de uma mesma energia. A identidade dessa energia nas diversas substâncias e condições foi confirmada experimentalmente e conduziu às mais importantes afirmações teóricas sobre a natureza da função vital. Porém, quando vi pela primeira vez os efeitos da energia orgone no tecido canceroso, antes de perceber que *era* energia orgone, tudo ainda estava incerto. Cada nova hipótese que se apresentasse incompatível com a patologia tradicional me fazia recuar. Para me certificar, observei claramente que a coloração azul dos bions PA estava de alguma forma relacionada ao seu efeito mortífero; mas não poderia ter suspeitado que esse azul era a cor específica da energia biológica. Só depois do estabelecimento da existência da radiação SAPA, em 1939, e, com ela, da origem solar da energia orgone, me aventurei a fazer afirmações mais audaciosas.

Para dar continuidade a todo o processo, eu tinha que formular a hipótese de que o azul nos bions PA representava precisamente a mesma energia contida na radiação obtida com os bions SAPA, isto é, uma energia *fora* das vesículas de bions e fora do tubo de ensaio que continha as culturas.

Eu havia desenvolvido uma pequena verruga na face esquerda que tinha bacilos T, como se descobriu. Apliquei o tubo de ensaio de cultura SAPA à verruga um pequeno número de vezes durante períodos de alguns minutos. O exame microscópico havia apresentado bacilos T vivos previamente; agora, depois da aplicação do tubo, eles estavam mortos. A própria verruga se curou. *A energia orgone dos bions SAPA era, portanto, efetiva, mesmo a distância, e ultrapassava o vidro do tubo de ensaio.* Uma erosão do lado esquerdo de minha língua apresentou bacilos T vivos. Eu a expus à radiação orgone trazendo o tubo de ensaio de bions SAPA perto do local

erodido. A erosão curou-se rapidamente e os bacilos T ficaram imóveis. Em uma mulher que sofria de leucorréia, descobri degeneração no epitélio vaginal e massas de bacilos T vivos nas secreções. Além disso, havia protozoários caudados com mobilidade amebóide, o assim chamado *Trichomonas vaginalis*. Ao microscópio, observei que, quando um pequeno número de bions SAPA era levado às proximidades dos protozoários, esses últimos perdiam sua mobilidade (*ver* Figuras 50-a e 50-b, no Apêndice). Fiz com que a mulher introduzisse um tubo de ensaio contendo bions SAPA estéreis na vagina durante períodos de meio minuto. Ela logo se queixou de uma sensação de queimação e precisou parar. Examinei imediatamente a secreção vaginal novamente e descobri, para minha surpresa, que não continha mais quaisquer bacilos T vivos. O que me surpreendeu foi a prontidão da reação, mesmo que eu já estivesse familiarizado com a rápida vermelhidão da pele causada pela aplicação de uma cultura SAPA.

Em maio de 1939, fui forçado a interromper minha pesquisa por causa da campanha de difamação iniciada na imprensa norueguesa no ano anterior. Transferi meu laboratório para Nova York, enviando as culturas SAPA com um de meus assistentes. Só depois da metade de setembro de 1939 consegui que meu laboratório fosse instalado novamente em Forest Hills e pude retomar meu trabalho. Não foi fácil permanecer paciente durante o período de espera. Os verdadeiros experimentos em orgonoterapia para o câncer começaram com a injeção subcutânea de uma solução de cultura SAPA em camundongos (obtidos de Herrlein Inc., Cidade de Nova York, NY) que desenvolveram espontaneamente tumores que cresciam com rapidez. O primeiro camundongo a ser injetado era de uma cepa de Paris e sofria, de acordo com o diagnóstico, de um "tumor mamário". (Obtive o camundongo Paris R3 da Universidade de Columbia através de um de meus estudantes, que era médico.) Posso me lembrar muito bem da grande excitação que sentimos no laboratório quando esse camundongo recebeu a primeira injeção. Eu sabia (e a idéia foi confirmada pelo médico) que mesmo uma pequena redução no tamanho do tumor seria um evento portentoso,

pois nunca antes na história da pesquisa do câncer alguém havia sido bem-sucedido na redução de tumores de câncer em camundongos, muito menos na sua eliminação.

O tumor era consistente, do tamanho de um feijão, no seio esquerdo. No segundo dia ele estava mais amolecido, e depois de alguns dias havia encolhido para o tamanho de uma pequena ervilha. Nossa sensação de triunfo era grande, mas a experiência nos havia ensinado a não sermos excessivamente otimistas. Minha precaução acabou se justificando. Duas semanas depois, *o tumor começou a crescer novamente*, até ficar do tamanho de uma noz. Eu não sabia se devia continuar com as injeções SAPA ou interrompê-las. Nesse meio-tempo, um certo número de camundongos cancerosos não tratados morreu rapidamente de caquexia. Mas os camundongos *saudáveis* que eu havia inoculado com bions SAPA como controle também morreram, com aumento do fígado e degeneração glandular. Foi um certo consolo constatar que os camundongos cancerosos injetados com os bions SAPA viveram mais do que os não tratados, por uma margem de pelo menos várias semanas e, em alguns casos, vários meses. No entanto, ao final, todos os camundongos morreram, alguns poucos com tumores reduzidos, outros com tumores que tinham diminuído ou desaparecido completamente no início, e depois crescido novamente. Foi deprimente. *Ainda assim, ficou estabelecido o fato de que a energia orgone é efetiva na redução do tamanho de tumores.*

Então comecei a injetar dezenas de camundongos com solução SAPA; utilizei 101 camundongos, no total. Nos meses seguintes, a situação confusa começou a se esclarecer. O fator intrigante havia sido o aumento dos tumores depois que eles haviam inicialmente desaparecido. (Só havia alguns poucos casos em que o tumor *não* reaparecera.)

Desde o início do experimento, eu havia examinado os camundongos inoculados e aqueles fora do tratamento com muito cuidado; ainda assim, não estava claro o modo como os bions SAPA destruíam o tecido do tumor. *Os bions SAPA penetravam o tumor pela corrente sanguínea e depois destruíam o tecido do mesmo modo como*

destruíram as células cancerosas móveis na lâmina do microscópio? As autópsias de todos os camundongos inoculados revelaram uma descoberta muito misteriosa: Não havia o menor rastro, quer no sangue ou no tumor, dos bions SAPA injetados.

Eu não entendia, mas fiquei impressionado pelo fato de que os tumores dos camundongos tratados mostravam uma hiperemia anormalmente intensa. Depois de algum tempo, começamos a entender por que os tumores primeiro diminuía e depois cresciam de novo. *O recrudescimento era causado pela hiperemia dos tumores. O sangue tinha alguma coisa a ver com a destruição do tumor.*

Os camundongos tratados com os bions SAPA podiam ser diferenciados dos camundongos não tratados pelo fato de que seus eritrócitos eram túrgidos e vigorosos biologicamente, enquanto os camundongos não tratados apresentavam um quadro sanguíneo tipicamente canceroso: membranas encolhidas dos eritrócitos, espículas T e massas de bacilos T no sangue e na cultura do sangue. Contudo os camundongos tratados tinham uma quantidade pequena ou inativa de bacilos T no sangue. A diferença evidente na forma e na atividade dos eritrócitos nos levou a supor que, na realidade, eram os eritrócitos, e não os bions SAPA, os agentes *diretos* da destruição do tumor. *Obviamente, os bions SAPA carregavam os eritrócitos orgonoticamente e morriam no processo. Os eritrócitos carregados realizavam a cura do tumor que havíamos atribuído originalmente aos bions SAPA.* Essa suposição demonstrou ser correta, pois levou a observações posteriores importantes e ao entendimento de que *o verdadeiro fator de cura é o sangue fortemente carregado orgonoticamente. Aplicamos esse conhecimento coerentemente no nosso trabalho a partir de então.* Acima de tudo, ele nos fez entender as condições anêmicas e caquéticas dos camundongos não tratados. Os camundongos tratados também morreram, mas nunca chegaram ao grau de caquexia e anemia alcançado pelos não tratados. Nos camundongos não tratados, a energia biológica disponível dos glóbulos sanguíneos foi utilizada na luta contra a doença, causando o declínio do organismo: caquexia. Nos camundongos tratados com orgone, o organismo podia economizar sua própria energia biológica, já que era alimen-



tado com energia orgone vinda de fora. Os resultados foram os mesmos quando injetamos bions de terra autoclavados no lugar das vesículas de energia orgone SAPA.

Dissecamos várias dezenas de camundongos cancerosos não tratados e descobrimos que ali, também, o tumor contém às vezes cavidades preenchidas com sangue. Essas cavidades estavam livres de tecido canceroso organizado ou compacto. Elas continham uma massa macroscopicamente amarronzada, que se averiguou consistir de detritos e bacilos T ao microscópio. No campo escuro e com um aumento de 3.000 vezes, podia-se ver claramente que, sempre que eritrócitos entravam em contato com células cancerosas, eles não apenas causavam a desintegração dos tecidos em corpos T, como também se desintegravam em corpos T. Os camundongos não tratados tinham um sangue *fraco* em orgone. Assim, não se sabia ao certo se a desintegração T dos eritrócitos deveria ser atribuída a essa fraqueza de orgone ou à perda de energia na luta contra as células cancerosas. Posteriormente, descobrimos o mesmo fenômeno inclusive nos tumores de camundongos que haviam sido tratados (*ver* Figuras 64-e e 64-f, no Apêndice). Também nesses casos os eritrócitos se desintegravam em corpos T sempre que entravam em contato com células cancerosas. Essa descoberta pode ser observada ainda no corte com tinta. Agora sabíamos que a desintegração dos eritrócitos em bacilos T era uma consequência de sua luta contra o tecido canceroso, e não um resultado da fraqueza do orgone.

Assim, chegamos ao *mecanismo natural de autocura do organismo*, que nos guiou em todo o trabalho posterior. O *fator curativo natural contra o câncer deve ser o sangue*.

Deve-se lembrar o leitor que naquele período específico (inverno de 1939-1940) ninguém sequer pressentia a existência da energia orgone atmosférica. Não havia algo como um acumulador de orgone. A orgonoterapia de camundongos com câncer consistia em injetá-los com bions que continham orgone. Observávamos os camundongos inoculados cuidadosamente todos os dias. Tínhamos a sensação de que as vesículas de energia orgone que injetávamos, embora certamente levassem à destruição do tumor, também pre-

judicavam de algum modo os camundongos. Pessoalmente, sempre tive antipatia pela inoculação de organismos vivos com substâncias estranhas, fossem produtos químicos ou soros exógenos. Não se poderia desconsiderar que tantas drogas que podem aliviar a dor prejudicam simultaneamente o aparelho vital autonômico. Por exemplo, o efeito anestésico dos alcalóides (morfina, etc.) se baseia em uma depressão da sensibilidade vegetativa do organismo. Biologicamente, seu efeito é exatamente o oposto em relação à orgonoterapia: eles *deprimem*, enquanto a orgonoterapia *estimula* as funções vitais. Este é um problema médico muito antigo. *Pode haver agentes sintéticos que destruam os fatores produtores de doença e aliviem a dor sem causar danos ao sistema vital?* A pesquisa química não conseguiu responder a essa pergunta.

Camundongos saudáveis de controle também adoeceram depois de receber injeções de bíons SAPA, e camundongos tratados, embora libertos de seus tumores, não conseguiram se recuperar adequadamente. Portanto, mesmo naqueles primeiros estágios da pesquisa, tentei desenvolver outros métodos que não a injeção de vesículas de energia orgone. No início, não vimos forma de aplicar energia orgone sem injeções de bíons. Contudo, depois de se estabelecer que os bíons não exerciam seu efeito diretamente, mas *sim por via sanguínea*, foram encontrados outros meios que dispensavam a injeção de bíons para administrar energia orgone. Descreverei esses métodos brevemente. Eles só representaram uma fase intermediária instrutiva nos experimentos de orgonoterapia e foram completamente abandonados depois. Eles revelaram, no entanto, propriedades importantes do sangue na sua relação com a energia orgone e com os tumores malignos. Experimentaram-se os seguintes métodos de administração indireta de energia orgone:

1. Os tumores cheios de sangue dos camundongos tratados com energia orgone foram drenados. O sangue foi extraído em condições estéreis e depois centrifugado, para separar os eritrócitos do soro sanguíneo. Acrescentou-se uma cultura estéril de bíons SAPA ao soro e refrigerou-se a solução por um dia. Como os fluidos absorvem energia orgone, estávamos certos de que o soro receberia

uma carga de energia orgone proveniente dos bíons SAPA. Este soro filtrado foi então separado dos bíons SAPA. Assim se injetou o soro carregado de orgone nos camundongos cancerosos. Ele produziu um efeito bastante distinto, embora certamente não tão forte quanto as injeções diretas de bíons SAPA. Em outras séries, em que o soro não havia sido tratado com bíons SAPA, não ocorreu o mais leve efeito terapêutico. O sangue de organismos adoecidos pelo câncer não exposto aos bíons SAPA é em si orgonoticamente fraco demais. Esse experimento nos convenceu de que anticorpos específicos contra células de câncer não se desenvolvem no sangue de camundongos cancerosos.

2. Injetamos bíons SAPA diversas vezes em coelhos saudáveis, extraímos sangue (certificando-nos novamente de que ele não continha nenhum bión SAPA estruturado) e o injetamos em camundongos cancerosos de duas maneiras: um grupo de camundongos com câncer recebeu inoculações de sangue de coelho (0,2-0,5 ml) diluído com cloreto de potássio, todos os dias, durante várias semanas; o outro grupo recebeu injeções de sangue *centrifugado* de coelho, isto é, soro puro de coelho, altamente carregado orgonoticamente. Esse método de administração indireta de energia orgone foi bem-sucedido. A injeção intravenosa nos camundongos demonstrou ser mais efetiva que a injeção subcutânea, mas houve algumas mortes decorrentes do efeito de choque pela introdução de KCl por via intravenosa.

3. Nem a injeção de soro nem a de sangue de coelho *diretamente nos tumores* teve efeito favorável.

4. Finalmente, fizemos a experiência com sangue humano. O sangue foi tirado de uma veia do braço e misturado a bíons SAPA em tubo de ensaio. Ao microscópio, podia-se observar claramente que os eritrócitos se reuniram avidamente ao redor dos bíons SAPA individuais, formaram pontes de orgone e absorveram energia orgone. Estas observações foram tão instrutivas como excitantes. Os eritrócitos ficaram mais túrgidos, a margem azul de orgone se expandiu e a radiação (bem nítida quando se usa um filtro azul) tornou-se muito forte. Injetamos novamente dois grupos de camun-

dongos cancerosos, um grupo com soro centrifugado, sem eritrócitos, e o outro com soro contendo eritrócitos. O efeito nos tumores cancerosos dos camundongos foi acentuado. No entanto, todo o procedimento requeria um investimento substancial de tempo e esforços. Era preciso tomar cuidadosas precauções quanto à esterilização; e, além disso, não era fácil fazer injeções intravenosas nas veias da cauda de ratos.

5. Também procuramos produzir um "soro de bacilos T". Inoculamos coelhos saudáveis com doses muito pequenas de bacilos T, tiramos amostras de sangue depois de oito dias, filtramos o sangue e injetamos o soro em camundongos com câncer. Não observamos efeitos satisfatórios, embora houvéssimos visto ao microscópio a formação de vesículas azuis de energia orgone no soro claro, filtrado, quando foram acrescentados bacilos T. Logo desistimos da produção de um soro específico de bacilos T. Igualmente sem sucesso foram as tentativas de estimular a formação de anticorpos no sangue de camundongos e coelhos pela injeção de bacilos T autoclavados.

De todos os métodos de administrar indiretamente a energia orgone, o que melhor funcionou foi a injeção de eritrócitos previamente carregados orgonoticamente com bions SAPA. Esse método teve o mesmo efeito que a injeção direta de bions SAPA: o tecido do tumor desintegrou-se em corpos T mortos, a anemia melhorou e, no teste de autoclave, descobriu-se que a reação T do sangue foi substituída pela reação B.

A tabela na página 314 oferece um resumo dos resultados desse experimento (*ver* também as Figuras 64-a até g, no Apêndice).

Dos 27 camundongos de controle examinados especificamente – na verdade, observamos um número bem maior de camundongos cancerosos não tratados –, 8 morreram durante a primeira semana do experimento. (Isto foi aproximadamente duas semanas depois que se descobriu que os camundongos estavam com tumores no criadouro. O criador dos camundongos nos assegurou que havia examinado cada um cuidadosamente uma vez por semana, portanto o tumor visível não poderia ser mais antigo do que sete dias, no máximo, quando de sua descoberta.) A maioria desses 8

exibia a síndrome completa do câncer: caquexia, septicemia, reação T, crescimento de tumor, desintegração por putrefação do tecido canceroso, e assim por diante. No decorrer da segunda semana, morreram 5 dos camundongos com câncer. Dois deles morreram a cada semana, entre a terceira e a sétima, e um por semana entre a oitava e a décima primeira semanas. Em outras palavras, nos camundongos com câncer não tratados, o tempo máximo de vida depois do aparecimento do tumor era entre 10 e 12 semanas. O tempo *médio* de vida desses camundongos, no entanto, era bem menor, a saber, cerca de 3,9 semanas.

Em contraste, a expectativa média de vida dos 101 camundongos que receberam um tratamento com bions quer direta, quer indiretamente, foi de 9,1 semanas. A representação do tempo médio de vida é computada dividindo o número total de semanas de sobrevivência após o tumor de *todos* os camundongos cancerosos tratados pelo número total de camundongos. O número real deveria ser colocado, na verdade, um pouco mais alto do que 9,1, uma vez que sacrificamos 47 dos 101 camundongos cancerosos tratados para estudar o efeito do orgone nos tecidos¹. Apenas 54 dos 101 camundongos cancerosos tratados morreram espontaneamente. *O tempo médio de vida dos camundongos cancerosos tratados foi, portanto, aproximadamente 2,5 vezes maior do que os camundongos não tratados.* Enquanto o tempo de vida mais longo de um camundongo não tratado era de apenas 11 semanas, dois dos camundongos tratados com energia orgone viveram durante *28 semanas*, isto é, durante um período de ao todo *7 meses depois do aparecimento do tumor*. Esse resultado foi bastante incomum e representou um primeiro experimento muito bem-sucedido quanto à aplicação de orgonoterapia no tratamento de camundongos cancerosos. Como a expectativa de vida total de um camundongo *saudável* é de apenas cerca de 2,5 anos e a maioria dos camundongos cancerosos já tinham de cinco a

1. Do ponto de vista estatístico, pode-se argumentar que é incorreto incluir os camundongos sacrificados no cálculo. Deve-se observar, no entanto, que foram sacrificados quando estavam claramente próximos da morte; assim, incluí-los no cálculo não modifica o resultado materialmente.

oito meses quando chegaram a nós, prolongamos seu tempo de vida em cerca de um quarto da sua expectativa de vida normal. Esse prolongamento seria equivalente a quinze anos de vida humana. Esses resultados iniciais foram encorajadores, embora não chegassem perto de oferecer uma terapia radical para o câncer. Parecia justificável que esperássemos até melhores resultados ao aplicar a orgonoterapia no organismo humano. Antes de tudo, *com relação ao tamanho do corpo todo*, um tumor humano é muito menor que o tumor de um camundongo. Além do mais, o camundongo é incapaz de comunicar dor ou outros sintomas que possam indicar a formação de um tumor. O homem também tem à sua disposição uma ampla gama de dispositivos médicos para complementar a orgonoterapia: vegetoterapia, fluidos artificiais, colóides de ferro, dieta, vitaminas, e assim por diante.

Esta era a situação, em 1940, de nossos experimentos de orgonoterapia com camundongos. Não estou relatando aqui os muitos esforços que fizemos para preencher as lacunas no nosso conhecimento e conseguir melhores resultados. Havia apenas *uma* principal dificuldade, que encontramos novamente durante experimentos em orgonoterapia posteriores com humanos, que deve ser mencionada. Embora fôssemos capazes de destruir tumores fornecendo carga orgonótica ao sangue, a vida ou morte dos camundongos tratados dependia essencialmente do *quão bem-sucedida havia sido a eliminação do material do tumor morto do organismo*. Muitos camundongos morreram no decorrer desses experimentos, não de tumor canceroso nem de intoxicação T, mas sim – e aqui eu poderia citar apropriadamente o dito notório: “*operação bem-sucedida, paciente morto*” – da obstrução das vias renais ou linfáticas ou do crescimento enorme do fígado e do baço. Esses órgãos têm a responsabilidade de eliminar os detritos. A obstrução das vias renais foi particularmente característica. Quanto maior o tumor que havia se desintegrado, maior seu perigo em especial. Os camundongos não morreram de caquexia pelo câncer nem da putrefação do tecido e do sangue. No momento da morte, eles pareciam bem, tinham uma pelugem macia e não estavam definhando. A morte resultou de

tentativas para eliminar os detritos do tumor. Esse problema extremamente grave continua sem resolução. Se tumores grandes forem destruídos com excesso de rapidez, os órgãos de excreção ficam obstruídos; se forem destruídos lentamente, é provável o desenvolvimento de tumores secundários. Só há uma resposta neste caso: *Não se deve permitir que o tumor cresça demais.* Então claramente nosso teste sanguíneo para diagnóstico precoce (reação T, cultura, etc.) adquire significado crucial.

Descobri a energia orgone atmosférica em julho de 1940. Em poucos meses, construímos o acumulador de orgone, que foi projetado para concentrar essa energia. Concluiu-se, a partir de diversos experimentos, que a energia orgone atmosférica apresentava as mesmas propriedades que a energia orgone dentro das vesículas de bíons que injetamos nos camundongos cancerosos. Portanto, em vez de inocular os camundongos com bíons, os colocamos dentro do acumulador por meia hora todo dia. Foram registrados efeitos positivos em um tempo surpreendentemente curto. Assim, os camundongos tratados com energia orgone atmosférica melhoraram rapidamente; seu pêlo ficou macio e lustroso, seus olhos brilhantes, o organismo como um todo, forte; a postura inclinada e contraída, característica dos camundongos com câncer, tornou-se mais retificada e os tumores cessaram de crescer ou retrocederam. No início, parecia estranho que tais efeitos biológicos pudessem ser obtidos simplesmente ao colocar os camundongos em uma pequena caixa recoberta internamente com metal. Muito depois de esses efeitos se tornarem uma ocorrência rotineira para nós, continuamos a observar a reação surpresa das pessoas que visitavam o laboratório. Elas buscavam fiação elétrica e maquinário complexo e não conseguiam entender como uma caixa simples revestida de metal poderia influenciar o câncer.

Depois de vários meses, ficou evidente, do ponto de vista estatístico, que os resultados que estávamos obtendo do tratamento de camundongos com energia orgone atmosférica eram *melhores* que aqueles obtidos com o tratamento por injeção de bíons. Ao todo, foram tratados 36 camundongos com câncer no acumulador de

TEMPO DE VIDA DE CAMUNDONGOS CANCEROSOS

	Método de aplicação de orgone	Número de camundongos	Tempo de vida em semanas															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Grupo A	Injeção de vesículas de energia orgone (culturas de bions SAPA, bions de terra, etc.)	Mortos 54	2	2	5	2	3	3	9	3	2	7	1		3	2	1	1
		Sacrificados para autópsia 47		3	4	5	6	1	4	3	3	4	1	1	5		2	2
	Injeção de sangue carregado de orgone (de coelho, tumor, etc.)	Total de mortos 101	2	5	9	7	9	4	13	6	5	11	2	1	8	2	3	3
Grupo B	Acumulador de energia orgone	36		1	3	1	5	2	3	3	2		1	2	4	3		1
Grupo C	Camundongos do grupo controle (não tratados)	27	8	5	2	2	2	2	2	1	1	1	1					
Número total de camundongos usados		164																

orgone. O tempo de vida médio dos camundongos injetados com vesículas de energia orgone havia sido de 9,1 semanas. O tempo de vida médio dos camundongos tratados no acumulador de orgone foi de 11,1 semanas. Nos camundongos tratados por injeção, o tempo máximo de vida havia sido de 28 semanas, ou 7 meses, desde a data de descoberta do tumor. O tempo máximo de vida nos camundongos tratados com energia orgone atmosférica foi de 38 semanas, ou aproximadamente 9,5 meses depois da descoberta do tumor. Essa descoberta representou um importante passo adiante. Havíamos aumentado o tempo de vida de camundongos cancerosos de cerca de um quarto (7 meses) para um terço (9,5 meses) de sua expectati-

COM TRATAMENTO E SEM TRATAMENTO

<i>depois da detecção do tumor</i>																		<i>Tempo médio de vida</i>	<i>Tempo máximo de vida</i>					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38			
1	1			2		1	1				2													
1	1					1																		
2	2			2		2	1				2												9,1 semanas	28 semanas
1								1						2								1	11,1 semanas	38 semanas
																							3,9 semanas	11 semanas

va de vida total (cerca de 30 meses). Isto seria equivalente ao prolongamento da vida humana por 20 anos, mesmo que a expectativa de vida humana normal seja computada em um valor tão baixo como 60 anos. É claro que é preciso considerar que camundongos provavelmente não sofrem, como os humanos, de biopatias emocionais graves que tendem a complicar enormemente o processo canceroso. Ficamos contentes por não ter mais de introduzir corpos estranhos no organismo. Além disso, o tratamento era muito mais fácil de preparar e levar a cabo. Enquanto os camundongos ficavam no acumulador, ficávamos livres para trabalhar em outras tarefas. Toda a descoberta abriu novas perspectivas para uma futura terapia

do câncer para humanos. Caso o acumulador de orgone demonstrasse ser efetivo e não prejudicial ao tecido e sangue normais, seria possível deixar pessoas saudáveis, bem como pessoas doentes, ter um acumulador em sua própria casa. O primeiro acumulador de orgone projetado para uso humano foi construído em dezembro de 1940. Apresentarei agora uma descrição dos testes que fizemos para estabelecer se a energia orgone atmosférica concentrada no acumulador seria prejudicial ou não para humanos *saudáveis*.

Para investigar os efeitos do orgone, eu passei, nos últimos dois anos, várias horas por dia em uma gaiola de Faraday que tinha paredes de metal e, assim, funcionava como um acumulador de orgone. Eu não só não senti dor ou qualquer sintoma como realmente me senti robusto. Alguns trabalhadores do laboratório usavam o acumulador diariamente durante meia hora, pelo menos. No decorrer de meses, colocamos coelhos e camundongos durante várias horas dentro dele. Além de uma certa inquietação, não pudemos averiguar efeitos negativos. Uma exposição demasiadamente longa à energia orgone concentrada em um dado momento pode causar tontura e náusea nos humanos, porém esses sintomas desaparecem rapidamente ao ar livre.

Um experimento especial que empreendemos revelou um fato peculiar que, de qualquer modo, se encaixa bem na visão do todo. Em uma infusão de grama, sob circunstâncias normais, protozoários se desenvolvem em profusão entre o segundo e o quinto dias. Então colocamos infusões de grama em um pequeno acumulador de orgone e descobrimos que *essas infusões tratadas com energia orgone não produziam, ou produziam um mínimo de desenvolvimento protozoário*. No entanto, depois que os protozoários e as bactérias estavam plenamente desenvolvidos, e a estrutura normal da grama majoritariamente destruída, o acumulador *não* possuía um efeito mortífero sobre os protozoários. No início, não podíamos compreender isso. Os testes de sangue em camundongos cancerosos haviam indicado claramente que a exposição à energia orgone no acumulador carregava o sangue e eliminava os bacilos T. Todavia, se colocássemos uma cultura de bacilos T no acumulador, não havia efeito mortífero. Apesar

de essa descoberta ser semelhante ao resultado do experimento com infusões de grama, ela era algo incompreensível.

A reflexão cuidadosa conduziu finalmente à seguinte análise do processo: os bions SAPA também não haviam produzido um efeito mortífero *direto* sobre as células cancerosas e os bacilos T, porém haviam sido efetivos *indiretamente*, carregando os eritrócitos e o tecido saudável. Do mesmo modo, a energia orgone no acumulador carregou a grama fresca na infusão e, ao fazê-lo, retardou sua desintegração em protozoários. Se não havia *tecido saudável* a ser carregado, o efeito mortífero nos protozoários também estava ausente; na ausência de tecido saudável, a energia orgone simplesmente carregou os protozoários biologicamente. É nítido que os experimentos de orgone não podem ser compreendidos com o preconceito rígido do pensamento mecanicista. *Sistemas orgonóticos saudáveis e vigorosos, capazes de absorver uma carga orgonótica forte, devem estar presentes para que ocorra a eliminação de corpos estranhos protozoários ou bacteriológicos, ou para evitar seu desenvolvimento.* É uma lei fundamental na física orgone que *o sistema orgonótico mais forte sempre atrai o mais fraco e retira carga dele* (que é o oposto exato do que acontece com a carga elétrica, em que a energia sempre flui do sistema mais forte para o mais fraco). O tecido ou sangue de um humano ou um camundongo é um sistema orgonótico muito mais forte do que o de protozoários, células cancerosas ou bacilos T: daí seu poder mortífero. Normalmente, esse efeito mortífero não depende de qualquer absorção de energia orgone adicional oriunda de fontes externas. Porém o tecido e o sangue saudáveis, na sua luta contra as células cancerosas e bacilos T, perdem quantidades crescentes de energia orgone, causando anemia e perda de peso. *Se o organismo receber energia orgone concentrada regularmente de uma fonte externa, ele não precisará consumir sua própria energia corporal.* Neste caso, a caquexia e a anemia ou bem não ocorrem ou são eliminadas.

O experimento com infusão de grama confirmou, de modo interessante e importante, o conceito do efeito de energia orgone nos tecidos e sangue. No entanto, toda uma série de perguntas importantes ainda precisa ser respondida experimentalmente.

Na aplicação de energia orgone atmosférica, encontramos precisamente os mesmos obstáculos que descobrimos nos nossos experimentos com injeções de bíons. Muitos dos camundongos morreram de uma obstrução dos órgãos excretores *sem* desenvolver anemia ou caquexia. Este problema será discutido com mais detalhes posteriormente, em relação com os experimentos de organoterapia com humanos.

Iniciarei agora a descrição da aplicação da terapia no câncer humano. Antes disso, quero enfatizar mais uma vez que não estou oferecendo quaisquer *soluções finais*; estou meramente submetendo um relato de minhas importantes descobertas, mesmo que estejam pontuadas de lacunas, dúvidas e incertezas.

Capítulo VIII

Resultados da orgonoterapia experimental em humanos com câncer

1. LUMINÂNCIA* CELULAR ORGONÓTICA: O EFEITO DO ACUMULADOR DE ORGONE E O FATOR TERAPÊUTICO

O leitor não familiarizado com os experimentos de orgonoterapia pode ver a proposição do valor terapêutico do acumulador de energia orgone com descrença. Parece implausível que se possa extrair qualquer efeito benéfico do ato de sentar-se em uma cabina nada impressionante, simplesmente construída com a parte externa de material orgânico e as paredes internas de metal, projetadas para absorver energia orgone do ar. Parece até mais inacreditável quando a pessoa se dá conta de que o acumulador não contém componentes sofisticados, fiação, controles ou motores. Não só isso, mas de que a energia orgone, que se descobriu afetar de maneira tão significativa a biopatia de encolhimento, não precisa ser comprada. O Instituto Orgone¹ tem procurado evitar qualquer especulação

* Luminância (*lumination*) é um termo criado por Reich para designar o fenômeno de a energia orgone, em determinadas condições, emitir luz. (Ver *O Éter, Deus e o Diabo*, de Wilhelm Reich, São Paulo: Martins Fontes, especialmente o capítulo VI, item 5.) [N. do R. T.]

1. O Instituto Orgone não foi uma organização, mas simplesmente o nome sob o qual Reich realizou seu trabalho. Ele cessou sua existência quando da morte de Reich, em 1957.

financeira na aplicação dessa energia. A incredulidade que se pode esperar como resposta à simplicidade do dispositivo e seu uso terá de ser enfrentada com uma documentação cuidadosa.

O fato de que a energia orgone atmosférica fica *concentrada dentro do acumulador de orgone* se demonstra pelos efeitos físicos e biológicos que ele exerce; porém não é assim que se explica seu efeito terapêutico sobre o organismo vivo. Procuraremos obter uma imagem mais clara deste fenômeno no presente capítulo.

Não se sabia muita coisa, na verdade, sobre a natureza da energia orgone quando de nossos experimentos iniciais sobre seus efeitos terapêuticos, no começo de 1941. É claro que ela havia se tornado visível e já se descobrira a existência de diferenças na temperatura e na descarga eletroscópica, mesmo que não tivessem ainda sido completamente compreendidas. O fato de a concentração da energia orgone estava, portanto, estabelecido, mas o mecanismo de seu efeito terapêutico permanecia sem explicação. Nossa hipótese de trabalho na época era de que o orgone concentrado no acumulador penetrava o corpo nu e, nessa medida, carregava o sangue e os tecidos biologicamente. Porém, nos dois anos seguintes, foram feitas muitas observações que ofereceram uma explicação diferente e melhor.

Na pesquisa científica, fatos isolados não têm importância. Por conseguinte, há uma tendência para adornar fatos sem relação entre si com nomes, como na teoria da "eletricidade estática", e daí acreditar, erroneamente, que eles foram compreendidos. As pessoas encontram uma "interpretação" para cada um desses fatos, sem oferecer qualquer contexto global em que se possam ver suas verdadeiras correlações. É diferente quando a congruência de muitos fatos leva espontaneamente para um só conceito inescapável, indispensável, e agrupa as muitas descobertas diversas em uma unidade funcional. Se esse único conceito não só elucida a conexão funcional dos fatos, mas também torna desnecessárias uma variedade de interpretações, explicações e assim por diante, e se, além disso, ele *desvenda novos fatos*, então a teoria pode ser considerada satisfatória.

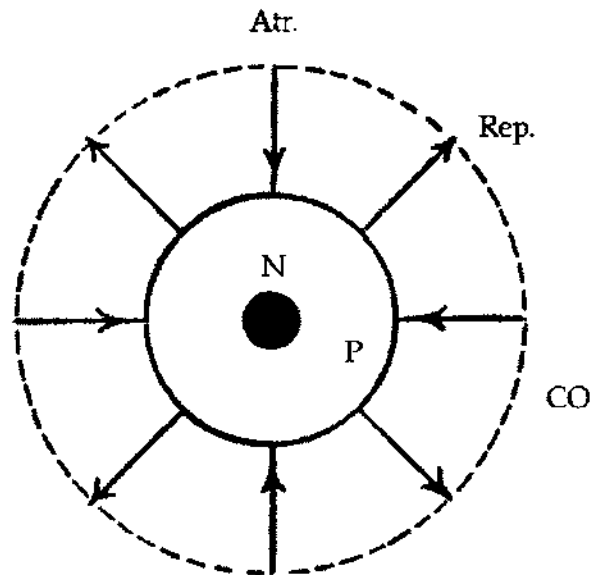
Embora muitos assim chamados pragmáticos considerem a postulação de teorias um "luxo filosófico", é na verdade uma ferramenta

científica comparável ao ordenamento dos instrumentos a serem utilizados em uma operação cirúrgica. O arranjo dos instrumentos é apenas tão pertinente ao resultado da operação quanto o é cada instrumento em si. O melhor cirurgião do mundo dificilmente poderia realizar uma operação bem-sucedida se ele devesse procurar pela sala de cirurgia por cada instrumento que precisasse. Exatamente como há uma melhoria no modo como se arranjam as ferramentas, há, na formação de teorias, uma melhoria progressiva no modo como se arranjam os fatos. Portanto, as teorias nunca podem formar um sistema perfeito e sempre permanecerão incompletas e precisando de melhoramentos. Esse princípio também se aplica ao seguinte relato do efeito terapêutico da energia orgone acumulada.

Nossa hipótese inicial de que a energia orgone no acumulador simplesmente penetra o organismo deixou alguns fatos sem explicação. Alguns pacientes reagiram imediatamente à radiação orgone, enquanto outros precisavam repetir a exposição para sentir algum efeito. Se o efeito dependia simplesmente de uma penetração mecânica, então todo organismo deveria reagir da mesma forma. Como as reações não eram as mesmas, era preciso uma explicação.

Presumimos que o organismo é penetrado pela energia orgone, enquanto ele mesmo permanece passivo e não envolvido, como acontece durante a irradiação com raios X ou rádio. Esses dois tratamentos por radiação envolvem a aplicação de uma energia que é não-biológica por natureza, isto é, uma energia basicamente estranha ao corpo, porque o organismo não emite nem raios X, nem raios de rádio. A energia orgone atmosférica, todavia, é uma energia orgânica, especificamente biológica. Ela é constantemente absorvida pelo organismo diretamente do ar e do sol, pela pele e pela ventilação pulmonar. O organismo contém, portanto, energia orgone em todas as suas células e fluidos corporais, e a irradia constantemente. Quando o organismo está no acumulador, dois sistemas organóticos se juntam em uma relação funcional. Sabemos isto hoje; não o sabíamos em 1941. Para compreender a relação funcional entre dois sistemas organóticos, é necessário voltar ao meu relato anterior sobre as observações de bions (vesículas de energia orgone) (*ver* Capítulo II).

Como sabemos, um eritrócito e um bión de terra formam um sistema orgonótico auto-suficiente. Os constituintes de tal sistema, vistos biofisicamente, são um *núcleo bioenergético*, uma *periferia plasmática* e um *campo de energia orgone* ao redor do organismo. Na forma de um diagrama, se pareceria com isto:



N: Núcleo biológico
P: Periferia plasmática
CO: Campo de energia orgone
Atr: Absorção ou carga de orgone
Rep.: Emissão ou descarga de orgone

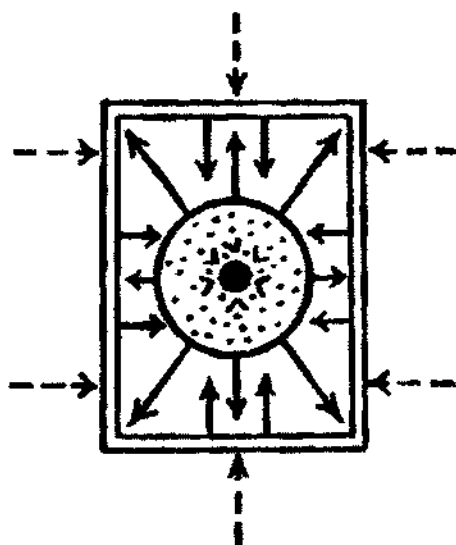
Figura 24. Apresentação esquemática do "sistema orgonótico" vital

Se dois sistemas orgonóticos se aproximam um do outro, um contato se estabelece entre seus campos de energia, resultando em *excitação* e *atração* mútuas. Essa reação se evidencia pelo fato de eles se aproximarem um do outro. Os eritrócitos se agrupam ao redor do mais pesado e, portanto, menos móvel bión de terra. Quando os eritrócitos estão suficientemente próximos, forma-se uma ponte de energia orgone altamente refrátil. Os núcleos biológicos dos dois sistemas orgonóticos começam então a irradiar com mais força, um fenômeno que chamamos "luminância orgonótica". É o mesmo fenômeno observado pela biologia tradicional na divisão celular, refe-

rido como "radiação mitogênica". Todos os processos bioenergéticos fundamentais, tais como a excitação sexual, o orgasmo, a fusão celular e a divisão celular se fazem acompanhar por um alto grau de excitação bioenergética, isto é, por *luminância orgonótica*. Na matéria viva, ~~descarregam-se ou aptitudes substanciais de ac energia~~ este processo. O "contato sexual" entre dois organismos vivos empenhando-se na direção do ato sexual representa, em termos da física orgone, este mesmo processo da formação de uma *ponte de orgone e luminância orgonótica* entre os dois corpos (sistemas orgonóticos). Muitos biólogos (Burr, dentre eles) demonstraram a existência de um campo de energia ao redor de células vivas e organismos multicelulares, fora da fronteira material do próprio organismo. É considerado um campo de energia eletromagnética. Contudo, na física orgone, sustentamos que esse campo de energia ao redor do organismo nada tem a ver com eletromagnetismo e é, na realidade, um *campo de energia orgone*, isto é, *um campo de energia biológica específica*. Ele funciona a distância, sem precisar de contato material entre as superfícies corporais dos organismos. Meus próprios experimentos com o oscilógrafo e o medidor de campo de energia orgone recentemente construído demonstraram não somente que existe esse campo de energia, mas também que sua área de irradiação varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo, podendo ser tão pequeno como alguns centímetros ou chegando até quatro metros (de acordo com as observações feitas até agora). Ele também varia em cada organismo determinado; isto é, ele se expande e contrai. Essas funções do campo energético dependem do estado emocional do organismo. Na luminância celular orgonótica, por exemplo, há sempre uma expansão considerável do campo de energia.

Assim, mesmo em duas relações tão amplamente divergentes como essas entre um eritrócito e um bión de terra e entre o acumulador de orgone e o organismo vivo sentado dentro dele, estamos na verdade lidando com um único e mesmo fenômeno. Todavia, há uma diferença essencial. Na primeira relação, forma-se uma ponte de radiação somente onde as superfícies estão em contato, enquanto *no caso do acumulador, o campo de energia orgone do sistema orgonó-*

tico não vivo envolve completamente o campo de energia orgone do sistema orgonótico vivo. O diagrama abaixo ilustra esse processo:



Contato entre os campos de energia orgone do organismo e do acumulador de orgone (setas contínuas). As setas tracejadas do lado de fora mostram a atração da energia orgone atmosférica. Efeito: luminância do organismo.

Que fatos estão disponíveis para confirmar essa afirmação teórica?

1. Os efeitos do acumulador de orgone são enfraquecidos e, às vezes, eliminados se suas paredes internas estiverem a mais de 10 a 20 centímetros da superfície do organismo. A ignorância desse fato foi causa de uma série de fracassos terapêuticos. Por exemplo, quando camundongos eram tratados em acumuladores construídos para humanos, os efeitos neles eram pequenos. Eles melhoraram tão logo construímos acumuladores pequenos, medindo aproximadamente de 20 a 30 centímetros. Atualmente, até usamos acumuladores menores, mas aumentamos o número de camadas de material orgânico e metal. Um menino de quatro anos de idade com câncer ósseo não reagiu tão favoravelmente quanto adultos com o mesmo diagnóstico; ele foi tratado em um acumulador construído para adultos. Objetou-se com frequência que eletrofísicos que trabalham em gaiolas de Faraday teriam que experimentar o efeito do acumulador. Nossa resposta a essa objeção é simplesmente que uma cabina

de arame com muitos metros de largura não pode ser um acumulador de orgone biologicamente eficaz. Por exemplo, posso ficar muito mais no meu acumulador experimental, que é de 3 × 2 metros, do que no acumulador terapêutico, que mede 60 × 70 centímetros.

2. Em termos vegetativos (orgonóticos), pessoas cheias de vida sentem os efeitos da energia orgone no acumulador bem mais rápido do que indivíduos lerdos. Os primeiros têm um campo de energia mais extenso que os últimos; assim, o contato entre o campo de energia orgone de seus corpos e o campo do metal das paredes internas do acumulador se estabelece bem mais rápida e facilmente.

3. Indivíduos orgonoticamente lerdos começam a notar os efeitos de uma exposição à radiação orgone no acumulador apenas depois de várias radiações. Só pode haver uma explicação para este fenômeno: o próprio organismo deve ser carregado passivamente até determinado grau mínimo e sua própria radiação de orgone estar intensificada antes que seja possível a percepção do efeito do orgone. Um médico foi incapaz de sentir o formigamento e o calor típicos nas palmas das mãos nos primeiros meses de uso do acumulador. Ele começou a senti-los só depois de começar a utilizar o acumulador regularmente. Em outras palavras, seu organismo permaneceu passivo no início, porém depois de um certo tempo como que "se esticou" em direção ao campo de orgone das paredes de metal.

Estas experiências são de imensa importância para uma compreensão não somente dos efeitos da energia orgone acumulada, mas também das reações orgonóticas do organismo. Ainda estamos longe de uma compreensão completa.

4. As paredes internas de metal do acumulador são *frias*. Porém se mantivermos a palma da mão a uma distância de cerca de 4 centímetros das paredes, sentiremos um delicado formigamento e calor (as diferenças objetivas de temperatura no acumulador foram relatadas de modo abrangente no Capítulo IV). Deve-se supor que as sensações de calor e formigamento são o resultado subjetivo do impacto das partículas de energia orgone na pele. Este fato tem um grande significado para a compreensão da sensação de calor originada pela radiação orgone.

Em 1942, descobriu-se um importante fenômeno que tinha conexão decisiva com a luminância do corpo no acumulador: *a temperatura do corpo sobe no acumulador até um grau centígrado* (a rapidez e quantidade do aumento variam de indivíduo para indivíduo). Se a temperatura corporal antes da irradiação estiver perto do ponto de febre, ela subirá além desse ponto no acumulador. Assim, *a energia orgone pode produzir uma febre suave*.

Sabe-se que a elevação de temperatura no organismo é uma reação fundamental de excitação das células e do sangue. Até agora, não foi compreendida. A elevação de temperatura no acumulador é indicativa de luminância no sistema orgonótico do corpo. O sangue e outros sistemas celulares luminam durante o contato com o campo de energia orgone do acumulador através de um processo análogo àquele que ocorre no contato entre dois bions. Esse contato entre dois sistemas orgonóticos conduz a um aumento no *metabolismo de energia orgone* do organismo, e é a esse aumento metabólico que devemos atribuir o efeito restaurador e vitalizante da orgonoterapia. Em seqüência, são os seguintes os estágios do processo: contato entre dois campos de energia; interpenetração; luminância celular; aumento no metabolismo de energia orgone. Eles correspondem exatamente às fases características de processos biológicos importantes, como a copulação e a união das células sexuais. Assim, na orgonoterapia estamos lidando com processos de energia sexual no sentido biofísico mais estrito da palavra, e só a percepção desse fato pode explicar por que tantos pacientes que sofrem de uma imobilização do metabolismo de sua energia biológica desenvolvem excitações sexuais e estase sexual quando submetidos à orgonoterapia. Haverá mais comentários a esse respeito quando da discussão de casos específicos.

Por conseguinte nosso acumulador, feito com substância orgânica por fora e com folhas de metal por dentro, não é em absoluto a caixa indigna de nota que parece ser. Na verdade, é um sistema intensamente ativo biologicamente, que nos oferecerá muito que pensar em um outro contexto.

As repetidas luminâncias do organismo geradas pelo acumulador de orgone se manifestam também na intensificação gradual

da energia biológica nos eritrócitos, capacitando-os a irradiar com mais força, ganhar turgidez, destruir células de câncer, matar bacilos T, e assim por diante, todas as coisas que eram incapazes de realizar enquanto ainda estavam fracas orgonoticamente. De certo ponto de vista, a orgonoterapia poderia também ser designada como uma *terapia de febre* natural, se a febre for entendida corretamente como um sinal de atividade bioenergética intensificada do organismo. Essa interpretação criaria um quadro de referência a partir do qual muitos métodos curativos médicos – frequentemente aplicados, mas pouco entendidos – se tornariam mais compreensíveis. A terapia da malária contra a paresia geral desenvolvida pelo meu professor Wagner-Jauregg, em Viena, é basicamente a estimulação artificial de uma luminância celular forte através da injeção de parasitas da malária. O chá quente com rum contra resfriados e as “compressas de água quente” para dor de dente são tratamentos que pertencem a essa categoria. Aquilo com que defrontamos agora é a tarefa de compreender os efeitos de muitas técnicas quimioterápicas com base nesse ponto de vista e daí possibilitar a distinção entre as drogas benéficas e as prejudiciais. Uma droga que mata os bacilos, porém danifica simultaneamente as células sanguíneas e o sistema plasmático em vez de fortalecê-los, não deveria ser permitida, mesmo que grupos de interesses poderosos tenham investido contra tais controles. Só pode ser a luminância dentro do organismo que reduz rapidamente ou até elimina dores de todos os tipos.

Observações de dados sugerem que a luminância celular produzida no organismo pelo acumulador de orgone é o verdadeiro e essencial fator terapêutico. Essa luminância celular exerce um efeito nas células cancerosas e nos bacilos T no organismo que é tão destrutiva quanto o efeito paralisante exercido pela forte radiação orgone dos bions SAPA sobre os bacilos T e as células cancerosas móveis, que observei ao microscópio e filmei. É de esperar que experimentos posteriores usando diferentes arranjos de materiais aumentarão consideravelmente o efeito de irradiação do acumulador de orgone. Da maior importância é encontrar formas de encur-

tar a duração de irradiações individuais ao mesmo tempo que se alcançam maiores elevações na temperatura do corpo.

Os resultados da orgonoterapia no câncer humano que apresentarei agora estão incompletos. Eu teria postergado sua publicação de bom grado até que mais casos tivessem sido tratados, porém sentiu-se que o esforço geral para dominar o câncer receberia um ímpeto decisivo se fosse explicada essa análise do mecanismo da biopatia carcinomatosa, elucidada a questão fundamental da formação de células cancerosas e dados a conhecer os efeitos da recém-descoberta energia orgone.

Os primeiros pacientes de câncer a se submeter ao experimento orgone foram aceitos no meu Laboratório de Pesquisa de Câncer e Orgone em Forest Hills apenas sob condição de que seus médicos não fizessem objeção ao experimento e que seus parentes assinassem o seguinte atestado:

Por meio deste instrumento, certifico que procurei o Doutor Wilhelm Reich para uma possível ajuda no caso do meu _____ que sofre de câncer. Vim porque tive conhecimento dos experimentos que o Doutor Reich realizou com camundongos e humanos cancerosos. O Doutor Reich não me prometeu cura, não cobrou honorários e me disse que só nos últimos meses experimentou a irradiação orgone em seres humanos que sofrem de câncer...

A morte ou abscessos podem ocorrer como conseqüência da doença. Eu afirmei ao Doutor Reich que os médicos desistiram do caso do meu _____ por não ter mais esperanças de cura. Caso a morte ou abscessos ocorram durante o período do experimento, não terá sido por causa do tratamento.

Eu gostaria de descrever os desapontamentos e fracassos que experimentamos, se não por outro motivo, que seja para evitar a impressão de que agora temos uma "panacéia", os meios de "curar" o câncer sob quaisquer circunstâncias. Compreender os fracassos é algo vital para quaisquer esforços futuros para ampliar e desenvolver os efeitos benéficos da orgonoterapia. Os exemplos que seguem demonstrarão os tipos de dificuldades e fracassos com que deparamos.

Caso M.F., uma viúva de cinqüenta e sete anos, chegou até nós com vários tumores, predominantemente no crânio e nos ossos dos braços. Ela era compulsivamente religiosa. Também sofria de hipocondria e queixume masoquista. Dezesete anos antes, seu útero havia sido extirpado por causa de tumores. Cerca de dois anos antes, desenvolvera dores no pescoço, no topo da cabeça e na região lombar. Ela dormia mal e perdera o apetite. Era difícil separar sua queixa hipocondríaca de suas queixas genuínas sobre as dores agudas do câncer. Só era capaz de andar com ajuda; sua pele era pegajosa e lívida, pés e mãos frios e suarentos. Tinha 33% de hemoglobina no sangue. Os testes sanguíneos foram todos positivos para câncer: crescimento de bacilos T, reação T à autoclave, encolhimento rápido dos glóbulos vermelhos em soro fisiológico. Os tumores no crânio eram palpáveis e duros. O diagnóstico de câncer havia sido confirmado no Hospital Memorial.

A paciente veio diariamente fazer o tratamento de orgone durante oito semanas. No terceiro dia, apresentou 41% de hemoglobina no sangue, no sexto dia, 55%, no oitavo dia, 85%. A hemoglobina permaneceu normal durante quatro semanas e então caiu para 78% e ficou aproximadamente nesse nível. As reações T foram positivas durante cerca de três semanas. Depois de quatro semanas, não havia mais bacilos T no sangue, porém a desintegração T dos eritrócitos, que havia sido de quase 100% no começo, era de 35% depois de sete semanas.

Os tumores palpáveis no crânio tornaram-se perceptivelmente menores e menos duros. Surgiram sangramentos pelo nariz. O sangue era de cor amarronzada e continha material característico de tumor. As dores cederam, o sono e o apetite melhoraram. Ela começou a gostar do acumulador e queria ter um em casa para poupar-se da viagem diária. Todavia eu não pude ceder ao seu desejo, porque eu ainda tinha muito pouca experiência quanto aos efeitos da orgonoterapia no câncer humano.

Depois de dois meses, a paciente desenvolveu tensões na porção superior das coxas, nos músculos adutores profundos. Além disso, ela parecia relutante em usar o acumulador, o que eu, no

começo, não entendi. Mais ou menos na mesma época, o primeiro paciente de câncer, cujo caso descrevi anteriormente, reagiu à irradiação orgone com estase sexual. Então eu pensei que havia motivo para supor que aquela paciente também havia sido carregada sexualmente e que os espasmos nos adutores profundos das coxas eram uma reação direta. Sua hipocondria intensificou-se. Ela não tinha dores do câncer, mas ficou ranzinza. Seus parentes não conseguiam mais suportá-la e a paciente foi para um asilo de velhos. Interrompeu o tratamento com o orgone. Um novo conjunto de raios X mostrou claramente a redução e calcificação dos tumores no braço e no crânio. Porém a neurose da paciente complicou a terapia do câncer. Depois de alguns meses de melhoria significativa de sua condição, ela morreu. A orgonoterapia prolongou sua vida por alguns meses e aliviou suas dores.

Como outros pacientes cancerosos, ela também apresentou uma imagem de resignação emocional total, um fator no qual seus parentes também haviam reparado. Uma vez, sua sobrinha me disse: "Ela não tem razão para viver". Parecia bem claro que a paciente morreu porque sua "pulsão de vida" nunca funcionou corretamente e seu sistema vital desistiu de querer alegria na vida.

Caso C.K., trinta e três anos de idade, estava recebendo tratamento médico para uma colostomia realizada por causa de um câncer no cólon. A paciente relatou que ela sempre havia sido constipada, mesmo quando criança, e sempre fora anêmica. No verão de 1939, ela começou a sofrer de "disenteria", que coincidiu com cada ciclo menstrual dali por diante. Em 1940, ele teve hemorragias intestinais. Antes disso, durante muitos meses, sofrera de dores insuportáveis no reto. O uso constante de supositórios analgésicos e uso oral de codeína não ofereceram mais que um brevíssimo alívio.

Quando aceitamos esse caso no laboratório no dia 7 de maio de 1941, a paciente estava num estado desesperador. Sua caquexia estava bem avançada e, embora fosse alta, pesava apenas 52 kg. Transpareceu imediatamente que ela sofria de uma biopatia sexual grave. Tinha uma expressão angustiada e sofria de sonhos angustiantes. Seu marido morrera oito anos antes e, desde então, ela

vivera em abstinência total. Mesmo durante seu casamento, o marido havia ficado doente constantemente e “fraco demais para dar atenção a esse tipo de coisas”. A colostomia havia intensificado seu estado de nervosismo. Ela acreditava que desmaiaria quando soltasse gases intestinais sem conseguir controlá-los. Sofria de insônia, que havia começado muito antes de o câncer aparecer. Durante seus ataques de angústia, sentia espasmos na garganta e no ânus; ela “pensava que ia morrer”.

Esse caso foi diagnosticado como câncer por diversos médicos particulares e também no hospital.

Os resultados dos testes foram os seguintes: hemoglobina, 72%, teste de autoclave, *reação T de 99%*. Os glóbulos vermelhos eram pálidos, as margens de orgone, estreitas; a degeneração era gradual, porém com nítida formação de espículas T. A cultura dos excretas intestinais apresentou uma forte reação T, várias bactérias de putrefação, células cancerosas formadas até formas amebóides.

Dois dias depois do início da irradiação orgone, a hemoglobina subiu para 82% e ficou nesse patamar. Depois de cerca de duas semanas, o quadro sanguíneo havia melhorado significativamente. Os excretas dos intestinos mostravam agora apenas algumas poucas células cancerosas completamente formadas, com agrupamentos de células cancerosas destruídas e corpos T sem mobilidade. Ao término de quatro semanas, a reação T do sangue na autoclave era de apenas 5% ou, em outras palavras, uma reação B de 95%.

Suas dores já haviam diminuído consideravelmente depois da quinta irradiação. A paciente conseguia passar a noite com apenas uma pílula de codeína, o que nunca havia sido possível anteriormente, e ela conseguia dormir. Depois da décima segunda irradiação orgone, ela parou de usar os supositórios e, durante as seis semanas que se seguiram, só precisou usá-los duas vezes. Além disso, não tomou mais codeína. Seu apetite melhorou, porém ela não ganhou peso.

Em 29 de maio, o exame das excreções retais revelou uma total ausência de células cancerosas formadas e somente a presença de detritos de câncer, corpos T não móveis, e assim por diante. A excre-

ção não era mais cinza, mas amarronzada, uma indicação de sangue desintegrado oriundo do tumor.

Depois da décima segunda irradiação com orgone, ocorreu coccira no ânus. A paciente transpirava livremente no acumulador e sua pele perdeu a palidez. Ela estava livre de dor, dormia bem, passeava e usufruía a companhia de amigos, e assim por diante.

A paciente continuou o tratamento com interrupções curtas até 28 de julho de 1941. Ela ainda estava livre de dores e se sentia bem. No início de agosto, parou de vir ao tratamento. No meio de setembro, ela me disse ao telefone que ainda não tinha dores e se sentia bem, porém não poderia mais vir ao tratamento. No dia 30 de setembro, escrevi uma carta aos seus parentes recusando-me a aceitar qualquer responsabilidade pelo futuro destino da paciente. Descobri então que foi sua neurose que a impediu de vir ao tratamento. Desde a puberdade, ela sofria de uma claustrofobia grave e, por esse motivo, não era capaz de usar o metrô para vir ao nosso laboratório. Sua relação com os parentes próximos era extraordinariamente precária. Tive muitas vezes a impressão que o ódio profundo, inconsciente, que, na verdade, nutriam por ela os fazia esperar por sua morte prematura. Eles não tinham tempo para ela e deixaram tão claro que ela era um peso que, no seu estado silencioso, resignado, ela não pediu mais para ser trazida de carro ao laboratório. Eu sabia que ela estava condenada, mas não podia fazer nada. A situação familiar não podia ser superada e não me senti livre para dar à paciente um acumulador para usar em casa, porque seu próprio médico era contra, embora tenha admitido ao irmão dela que sua condição havia melhorado, em 24 de maio. Quando a paciente começou o tratamento com orgone, esse médico ameaçou levar o caso para a polícia e recusou-se a me passar sua história de caso. Durante o verão de 1942, fiquei sabendo que ela havia morrido.

Sua morte deveu-se claramente à biopatia de encolhimento. Sua condição foi grandemente aliviada durante alguns meses pelo tratamento com orgone, e sua vida, prolongada por cerca de um ano. Esse caso demonstrou, no entanto, que a orgonoterapia não é independente de condições sociais e familiares.

2. QUESTÕES EM ABERTO REFERENTES À ORGONOTERAPIA DO CÂNCER

A orgonoterapia conseguirá eliminar uma série de perturbações desencadeadas pelo câncer ou impedir o seu desenvolvimento, porém nunca será capaz de dominar o flagelo por si só. A orgonoterapia é apenas uma das medidas da economia sexual na luta contra as biopatias. A energia orgone pode carregar tecidos e gerar a expansão do aparelho vital. Porém quando o meio social força continuamente o organismo para a contração, a resignação, o encolhimento, e assim por diante, então o uso de energia orgone é como tentar encher de água um barril sem fundo.

Para fins de classificação, vamos separar o uso específico de energia orgone das medidas sociais mais gerais envolvidas no processo terapêutico. O médico praticante se interessará apenas pela aplicação terapêutica da energia orgone. No entanto, ele nunca deve perder de vista a causação social geral das biopatias, se desejar tratar o organismo humano como um produto das influências biológicas e sociais.

A orgonoterapia do câncer oferece diversas vantagens se comparada aos métodos de irradiação local com rádio, raios X e cirurgia. É verdade que a irradiação com raios X pode interromper o crescimento de um tumor temporariamente. Porém esse tipo de tratamento se faz acompanhar por um enfraquecimento biológico geral do organismo. Ele reduz o apetite e causa náuseas e vômitos. Seus efeitos são locais e não têm influência benéfica sobre a biopatia de encolhimento. Os resultados obtidos pela irradiação local com rádio são melhores, mas ainda superficiais e, como o tratamento por raios X, deixam intacta a biopatia. A extirpação cirúrgica de um tumor tem admitidamente um efeito local radical, no entanto não impede o desenvolvimento de metástases nem modifica de modo algum o processo geral.

Em contraste, a orgonoterapia tem a tremenda vantagem de aplicar uma energia que o corpo possui e que pode alcançar cada parte do corpo através da corrente sanguínea. A carga orgonótica dos eritrócitos

cumpra duas tarefas importantes de uma só vez: *a expansão geral do organismo e o estabelecimento de suas próprias forças de defesa contra a intoxicação T*. Se a desintegração no organismo não estiver avançada demais, há habitualmente aumento do apetite, interrupção da perda e até aumento de peso, redução de náusea e dores, e fortalecimento das reações sanguíneas. **O tumor não é destruído imediatamente. O primeiro efeito se manifesta no revigoramento do sangue. O ataque do sangue sobre o tumor e sobre a infecção sistêmica T não ocorre até que o revigoramento biológico geral tenha atingido um determinado nível. Portanto, a excreção de massas de tumor liquefeito, na forma de um líquido vermelho amarronzado, não acontece durante algumas semanas, e as culturas T do sangue só se tornam negativas depois de semanas de tratamento. Em muitos casos de sangue biologicamente enfraquecido e anemia grave, um suprimento novo de jovens eritrócitos se desenvolve antes do ataque ao tumor; esse processo pode ser observado microscopicamente. Soube-se do desaparecimento de tumores de mama depois de cerca de duas a três semanas.**

Até agora, nossa experiência indica que, não importa onde estejam localizados, os tumores sempre amolecem. **Tão gratificante quanto isso possa ser, permanece o fato de que a terapia do câncer torna-se complicada precisamente pela destruição dos tumores em casos onde os detritos não podem ser absorvidos nem eliminados. O processo nos é familiar pelos nossos experimentos com camundongos. O sangue orgonoticamente forte flui para dentro do tumor e o tecido canceroso se desintegra. Desenvolvem-se grandes cavidades cheias de sangue, que podem até aumentar o tamanho do tumor. Um fluido marrom composto de massas gigantescas de corpos T inativos se junta nas cavidades, exatamente como no caso dos camundongos tratados com orgone. Isso pode ser observado microscopicamente por um estudo das excreções. O resultado do caso depende agora de se essas enormes massas de materiais residuais do tecido canceroso destruído podem ou não ser eliminadas do organismo. Um tumor cerebral em uma mulher foi destruído em duas semanas. Diminuiu-se a pressão intracraniana; os sinais peri-**

féricos recuaram. Porém o detrito do tumor obstruiu os gânglios linfáticos do pescoço e a paciente morreu, de acordo com o relato de seu médico, de *sufocação* por edema da glote.

Outra mulher, que tinha um tumor no estômago do tamanho de uma maçã, reagiu extremamente bem à nossa organoterapia. O tumor, que era palpável, amoleceu e ficou notavelmente menor. Porém depois de oito semanas, as vias renais ficaram obstruídas; apresentou edema nas pernas, o coração foi afetado e a paciente morreu de descompensação cardíaca. No caso dessa paciente em particular, a excreção dos produtos residuais pelos intestinos era possível teoricamente, mas ela sofria de constipação crônica. Em conseqüência, os intestinos foram incapazes de levar a cabo a eliminação, e os produtos residuais eram absorvidos pela corrente sanguínea em sua maior parte.

Uma terceira mulher com tumor ovariano morreu de complicações renais depois de reagir à organoterapia com uma melhora de suas condições gerais, com diminuição e amolecimento do tumor.

No caso de um menino de cinco anos de idade com um tumor adrenal e metástases na coluna, as imagens de raios X apresentaram uma calcificação das deficiências ósseas depois de quatro semanas, e o tumor original na glândula adrenal esquerda não era mais palpável depois de duas semanas de tratamento. Porém a polpa do tumor decomposto da coluna obstruiu o canal espinhal e o menino desenvolveu uma paralisia flácida nas pernas. Ele morreu posteriormente de degeneração hipertrófica do fígado, um aparente resultado do fracasso do processo de eliminação.

O aumento do fígado com degeneração de suas células e obstrução das passagens renais são os resultados mais freqüentes e característicos da destruição do tumor nos casos em que a massa de tecido tumoral destruído não é eliminada com rapidez e facilidade. Ainda não temos uma resposta para esse problema. É correto, porém não muito útil, afirmar que não se deveria deixar crescer o tumor além de um determinado tamanho. É preciso descobrir formas e meios para lidar com essas manifestações secundárias em casos que chegam para tratamento tão tarde. Eu gostaria de relem-

brar o leitor de que nenhum dos pacientes de câncer tratados pelo Laboratório de Pesquisa sobre Câncer e Orgone chegou a nós imediatamente depois da descoberta do tumor. Todos eles haviam despendido dois anos ou mais com outras formas de tratamento; todos eram casos terminais. Portanto, não sabemos se muitos tumores não teriam desaparecido sem tais manifestações secundárias caso os pacientes viessem a nós *imediatamente depois da descoberta do tumor*. Com tumores menores, a massa de material residual também seria menor e o perigo de obstrução das passagens de excreção ficaria, portanto, reduzido.

Deve-se ressaltar aqui que a força biológica do sangue não pode ser julgada de acordo com seu conteúdo de hemoglobina. Encontramos casos em que esse conteúdo era de 80% e a reação T na autoclave, de 100%. Como são as reações T e B do sangue que indicam sua resistência biológica, elas devem ser consideradas essencialmente independentes do conteúdo de ferro do sangue.

Além disso, eu gostaria de refletir brevemente sobre alguns problemas de *economia sexual* na orgonoterapia do câncer que possuem uma grande importância prática. Estamos conscientes agora de que a *resignação sexual* tem um papel ativo nos antecedentes da biopatia de encolhimento carcinomatosa. Portanto, os pacientes chegam a nós com uma pronunciada *deficiência da libido*. O tratamento com orgone alcança uma redução das dores e uma carga orgonótica do sistema sanguíneo. Esses dois efeitos levam em muitos casos a um redespertar da excitação sexual. Se as repressões e o encouraçamento forem muito pronunciados, o paciente não terá consciência da excitação sexual. Ele irá exprimi-la de uma forma compreensível apenas para o especialista em economia sexual, principalmente pelo surgimento de *ansiedade aguda*, pelos espasmos genitais, pelo "peso" na musculatura das coxas e da pelve ou simplesmente esquivando-se da "esquisita" radiação orgone (o que aconteceu em dois casos). Em outros casos, em que a vida sexual não havia cessado completamente e em que o paciente ainda estava tendo relações sexuais (embora sem apresentar potência orgástica, é claro), era mais fácil abordar as dificuldades. Neste caso, o dis-

túrbio da vida sexual toma na maior parte das vezes a forma de práticas prejudiciais e inibições como consequência da ignorância. Por exemplo, um homem com câncer do reto desenvolveu dores nos testículos e dutos espermáticos depois da melhoria de suas condições gerais. Ele atribuiu as novas dores à sua doença, porém reconheci o caráter estático dessas dores e pude aliviá-las. Sua mulher se recusou a manter relações sexuais. Ele estava doente demais para procurar satisfação em outro lugar e não lhe ocorreu a idéia de se masturbar. Durante uma consulta, de que participava também seu irmão, que era muito compreensivo, ele percebeu que suas dores eram causadas por estase genital e que seu único recurso era a masturbação. Depois de curto espaço de tempo, as dores desapareceram.

Outro paciente que sofria de câncer na bexiga desenvolveu esporadicamente dores violentas na pelve, diferentes das dores causadas pelo tumor antes do tratamento com orgone. Tentei obter um quadro claro de sua situação sexual. Durante quinze anos, o homem não tinha mantido relações sexuais com a sua esposa e nos últimos cinco anos ele não havia experimentado qualquer tipo de satisfação sexual. Não posso dizer ao certo se a estase teve qualquer influência direta sobre o desenvolvimento do câncer na bexiga, mas poder-se-ia supor que sim. Discuti o assunto com ele, que percebeu que eliminar a estase genital era um imperativo. Então suas dores desapareceram tão rapidamente que não poderia haver dúvidas da conexão entre os fatos. Portanto, foi ainda mais incompreensível a atitude médica expressa em uma crítica da primeira edição de nosso jornal: "Seria razoável se opor à recomendação da prática de masturbação para chegar ao relaxamento do aparelho genital". Por que deveria haver tal objeção? Não acredito que possa haver qualquer argumento racional contra essa medida. Além disso, sou da opinião que deveria se dar bem mais atenção às dores e condições de estase do aparelho genital de pacientes com câncer, como os dois casos que acabamos de mencionar revelaram tão nitidamente.

A maior dificuldade com que se defronta o tratamento com orgone para o câncer são os antecedentes biopáticos gerais da doença. O encolhimento de todo o sistema autonômico refere-se às

próprias raízes das funções vitais. Portanto, devemos estar preparados para grandes dificuldades em quaisquer esforços para lidar com esse problema. O leitor sem dúvida terá avaliado a importância das descobertas no caso do câncer descrito no capítulo sobre “A Biopatologia de Encolhimento Carcinomatosa”: *o organismo encolhe mesmo depois da eliminação dos tumores locais*. Esse desdobramento mudou toda a ênfase do problema do câncer do tumor local para o encolhimento geral. Porém, nessa área, não é apenas uma questão de problemas biológicos, mas igualmente de problemas sociais e de economia sexual. Ainda é muito cedo para dizer até que ponto a orgonoterapia pode se contrapor à tendência ao encolhimento geral, se é que isso é possível. Dependerá provavelmente da possibilidade – e, se ela existir, em que grau – de o modo de vida do paciente poder melhorar no plano econômico-sexual. É preciso acumular mais experiências práticas antes de fazer quaisquer observações conclusivas.

Até agora, estive relatando somente as dificuldades da orgonoterapia e os problemas que a limitaram. Vamos nos voltar agora para suas realizações, que são inequívocas e gratificantes:

Caso S.T., quarenta e dois anos, veio para a orgonoterapia no dia 30 de abril de 1941. Em fevereiro de 1938, ela passou por uma mastectomia radical da mama esquerda por câncer. Dois meses depois de sair do hospital, desenvolveram-se tumores em ambas as pernas, abaixo dos joelhos. As dores foram fortes e havia dificuldade para caminhar. Ela permanecia de cama, portanto, a maior parte do tempo. Mesmo antes da mastectomia, ela havia sofrido de dores “reumáticas” nas pernas. Sentia os dedos “amortecidos”. Também havia sofrido, durante anos, de “puxões doloridos” nos braços, dedos das mãos e no pescoço. Dores de cabeça e episódios de tontura haviam sido fonte constante de sofrimento muito antes da operação. Ela também sofria de obstipação. Ela havia passado por cinco partos prematuros e três abortos. Devido ao tratamento por raios X, sua menstruação havia parado seis meses antes de chegar a nós. Os tumores nas pernas estavam crescendo lentamente, mas com constância. As dores sempre ficavam mais intensas quando o tempo piorava. Os braços eram tão fracos que, muitas vezes, ao

levantar algo, um braço tinha que sustentar o outro. Desde a operação da mama, seu braço esquerdo havia inchado e doía.

Ali diante de nós estava a história típica da doença da biopatia. Os exames confirmaram o quadro. Toda a musculatura do pescoço estava gravemente hipertônica. O tórax mantinha-se elevado, a expiração estava quase totalmente inibida, o pescoço era rígido e mantido em uma atitude de desafio. A musculatura abdominal era dura e não podia ser pressionada. Os tumores nas pernas eram quase do tamanho de nozes.

Teste sanguíneo: hemoglobina, 80%; os testes de autoclave e tintura de Gram apresentaram 40% de reação T. As culturas T eram +++, com numerosas bactérias de putrefação. Os eritrócitos eram pálidos, com margem de orgone estreita, mas sem espículas T. A desintegração ocorreu em cinco minutos.

Secreção vaginal: bacilos T, +++, com numerosas bactérias de putrefação e bacilos T visíveis ao microscópio.

Por volta de 4 de maio, ela conseguia andar melhor. A sensação de amortecimento nos braços e pernas desaparecera. Os tumores nas pernas estavam visivelmente menores. Em 6 de maio, seu médico confirmou a redução no tamanho dos tumores e aconselhou a paciente a continuar seu tratamento conosco. Ela escreveu ao filho sobre a melhora notável de suas condições. Não estava mais presa ao leito; na verdade, conseguia dar uma volta e fazer um pouco de compras. Em 7 de maio o tumor abaixo do joelho esquerdo havia desaparecido e o tumor abaixo do joelho direito mal podia ser apalpado. Intensificaram-se suas reações ao acumulador: ela começou a manifestar uma transpiração quente, indicando que havia obtido uma resposta vagotônica. Seu peso permaneceu constante em cerca de 78,5 kg.

Resultados dos raios X: antes de chegar a nós, havia várias áreas sombreadas nas estruturas ósseas, principalmente nos ossos pélvicos. Em 20 de junho de 1941, os raios X apresentaram um clareamento considerável dessas áreas escuras, especialmente na pelve. *Os joelhos estavam normais.*

A paciente permaneceu quase livre de dor durante os meses subseqüentes; ela não solicitou mais morfina, não perdeu peso e era capaz de realizar seus afazeres domésticos sem dificuldades. Ela interrompeu o tratamento com orgone em dezembro de 1941. Em janeiro de 1943, ela ainda vivia – e bem. Não se pode predizer se o processo canceroso irá se instalar novamente. Deve-se observar que a paciente não tinha um acumulador em casa.

Caso F.H., um homem de quarenta e cinco anos, chegou ao nosso laboratório em 19 de abril de 1941. Um ano antes, surgira uma dor como se o tórax estivesse sendo repuxado, e que o “asfixiou”. Desde então, ele perdera 11,3 kg. Não conseguia mais comer alimentos sólidos e só conseguia ingerir líquidos em uma colher de chá, com grandes dificuldades. Sofria de um tique no diafragma (“soluços”) e insônia, e ficou rapidamente exausto quando trabalhava. A natureza *emocional* deste caso foi descrita no capítulo sobre “A Biopatia de Encolhimento Carcinomatosa”.

O diagnóstico do médico do paciente era *câncer de esôfago não passível de operação*, com quase total contração do lúmen, confirmada por raios X. O epigástrio estava tenso e o paciente sofria de grave constipação. O tórax não se mexia com a respiração. Ele pesava 65,3 kg.

Teste sanguíneo: hemoglobina, 70%, cultura T, +++, reações T, 95%. Os eritrócitos com espículas T apresentaram *desintegração bionosa imediata*, e depois se transformaram em pequenos eritrócitos com citoplasma homogêneo.

A reação do paciente ao acumulador de orgone foi imediata e forte: transpiração quente, avermelhamento da pele, uma sensação de nebulosidade depois de vinte minutos de exposição.

Em 28 de abril, a hemoglobina era de 85% e permaneceu nesse nível durante os meses seguintes. Durante o mesmo período de tempo, o peso do paciente aumentou em cerca de 2,25 kg. Seu cansaço tinha ido embora e ele conseguia engolir sólidos macios (carne amaciada, sopa de macarrão, etc.). A reação T em 9 de maio era apenas de 10%. A sensação de asfixia desaparecera; ele dormia bem e conseguia trabalhar sem se cansar. A pele ficou bronzada. O paciente

estava extremamente feliz e grato. O tratamento com orgone durou aproximadamente doze semanas. Dois anos depois, o paciente ainda vivia e trabalhava. No entanto, também neste caso, poderia ocorrer uma reincidência.

Resumo

Ao todo, foram seguidos de perto e tratados com irradiação de orgone treze casos de câncer diagnosticado em hospitais que receberam tratamento com raios X e dois casos que eu diagnostiquei. Todos eles, quando aceitos, já estavam em estágio avançado de caquexia. Sem exceções, houve alívio das dores e o uso de morfina foi reduzido consideravelmente e até mesmo eliminado em alguns casos. Conseguiram-se a diminuição dos tumores e a melhora da condição geral do sangue e do fator peso em todos os casos. Tumores de mama foram eliminados em todos os casos; ocorreu redução do tamanho e amolecimento em todos os outros tumores.

Em quatro casos, os raios X mostraram calcificação das deficiências ósseas. Na maioria dos casos, a eliminação do material do tumor destruído foi bem-sucedida. Em três casos, o tratamento com orgone não melhorou a expectativa de vida. Em seis casos, o tratamento com orgone retardou o processo de morte em cerca de cinco a doze meses e tornou os últimos meses de vida consideravelmente mais suportáveis. Em seis casos, interrompeu-se o processo de encolhimento. Em seis casos, restaurou-se a capacidade de trabalhar. Cinco dos catorze casos diagnosticados como inoperáveis e terminais ainda estavam vivos dois anos depois de encerrados os tratamentos com orgone, e estavam em condições que iam de toleráveis a boas. Em um caso, o tratamento com orgone não teve efeito na eliminação do fluido ascítico na cavidade abdominal.

Esses resultados foram encorajadores, embora estivessem longe de ser satisfatórios, e nos fizeram sentir uma responsabilidade quanto à continuação do trabalho. Comparados com a condição dos pacientes antes de começarem o tratamento com orgone, os

resultados devem ser considerados como *surpreendentemente bons*. Todavia, o problema da eliminação da polpa do tumor destruído permanece sem solução.

Os resultados confirmaram a adequação, em sua essência, da pesquisa sobre bions e, além disso, formaram a conexão em que os experimentos com camundongos T, os testes sanguíneos de orgone, a fórmula de tensão e carga e as descobertas da biofísica orgone até agora demonstraram sua correção e seqüência causal.

3. EXPERIÊNCIA DE CINCO ANOS COM ORGONOTERAPIA FÍSICA

Neste momento, é pertinente apresentar um breve resumo dos resultados que obtive com a aplicação da orgonoterapia física em outras doenças que não o câncer ao longo de cinco anos. Por mais surpreendentes que tenham sido os avanços terapêuticos, é igualmente grande a expectativa mística que qualquer tipo de terapia nova tende a inspirar no público. As pessoas esperam ser libertadas de toda infelicidade, curadas de toda enfermidade e até ganhar acesso imediato e sem esforço a uma espécie de paraíso terrestre. A orgonoterapia física, isto é, o uso específico do acumulador de energia orgone, está bem distante de tais expectativas. Ele funciona com uma nova forma de energia, descoberta poucos anos atrás, que ainda não foi suficientemente investigada e testada, ou seja, a energia orgone cósmica. Por esse motivo, tomar precauções é essencial. Médicos honestos, realmente dedicados à sua profissão, estão tão desiludidos com a propaganda estridente da indústria farmacêutica e tão descrentes de qualquer forma de "cura" que uma autêntica nova terapia tem dificuldade de receber aceitação. De mais a mais, a medicina clássica está sem armas contra as biopatias – doenças do aparelho vital autonômico incólumes a qualquer medicação. Por outro lado, a energia orgone provou sua eficácia exatamente no trato dessas doenças. Por este motivo, o leitor há de entender que tomei providências para manter a orgonoterapia fora do contexto

diário da prática clínica normal, principalmente para evitar certas tentações e certos enganos:

1. Em todas as minhas publicações sobre o assunto da biopatia do câncer, enfatizei o caráter profundamente enraizado dessa doença e as falhas do nosso tratamento comparadas aos seus sucessos surpreendentes, porém isolados. Na medicina tradicional não se fala em falhas.
2. O uso de acumuladores de orgone foi eximido de qualquer suspeita de especulação financeira através da criação de uma fundação administrada como instituição de caridade.
3. Evitou-se a utilização dos métodos habituais de propaganda para apresentar a terapia ao público.
4. Não se prometeu cura aos usuários do acumulador de orgone. A decisão sobre sua eficácia foi deixada ao paciente.

A organoterapia física se aplica das seguintes formas:

Irradiação de todo o organismo no acumulador de orgone

O paciente fica sentado no acumulador de orgone uma ou duas vezes por dia, com ou sem roupas. A duração da irradiação irá variar entre quinze e quarenta e cinco minutos, dependendo da receptividade do indivíduo. Certas pessoas são fortemente organóticas e sentem os efeitos do acumulador apenas cinco minutos depois. Outras que sofrem de anorgonia podem precisar de toda uma hora ou mais até sentirem as sensações de calor e formigamento. Só se pode sentir o efeito terapêutico em sua plenitude através de uso regular, diário, e, no caso de pacientes anorganóticos, não antes de duas ou três semanas de utilização regular. As pessoas cujo campo de energia orgone está restrito nada sentem no começo. As sensações aumentam à medida que o organismo vai se carregando.

As indicações de uma reação completa do organismo ao tratamento com orgone são as sensações subjetivas de aquecimento,

que se intensificam às vezes até a pessoa se sentir encalorada; transpiração quente; avermelhamento da pele, muitas vezes na face e no pescoço, mas também em outros lugares do corpo; sensações de formigamento e coceiras; aumento de temperatura mensurável objetivamente; desaparecimento de tensões e dores.

Até o presente momento, o uso regular do acumulador durante vários meses para irradiação do organismo trouxe os seguintes resultados:

As anemias foram eliminadas no período de três a seis semanas. Este efeito é um dos achados mais bem caracterizados. Para o olhar clínico experiente, o desaparecimento da anemia se faz acompanhar de uma melhoria claramente perceptível da circulação do sangue na pele; ela fica bronzeada e não mais pegajosa ou rija. Reduz-se a tendência de contrair resfriados em quase todos os casos. Os que ocorrem são menos frequentes e menos graves. De modo similar, também há redução na disposição para sentir "calafrios", que têm pouco a ver com vírus, porém revelam uma relação próxima com as condições do orgone atmosférico.

Em alguns poucos casos, inclusive o meu, irradiações diárias adicionais conseguiram cortar no nascedouro diversas doenças, ou reduzir seus efeitos em grandes proporções. Durante a gripe epidêmica de Nova York no inverno de 1945-1946, por exemplo, sofri da doença por apenas doze horas, aproximadamente, e minha temperatura não excedeu 37,8°C em momento algum. Outros sujeitos experimentais relataram uma abreviação semelhante e suavização dos sintomas da gripe. É evidente o quanto esta descoberta pode ser significativa na prevenção da pneumonia resultante de uma forte gripe.

Um efeito muito gratificante e promissor é a redução da pressão sanguínea na hipertensão vascular. Este efeito se explica pela influência vagotônica da energia orgone. Ele foi observado em apenas quatro casos e precisa de estudo detalhado.

A radiação orgone mostrou ser benéfica em casos onde uma condição de fraqueza indefinível – a que nos referimos na biofísica orgone como ataque anorgonótico – dificulta a vida da pessoa afe-

tada. Quando a anorgonia se fez acompanhar de sintomas que indicavam uma tendência para putrefação do tecido canceroso, a orgonoterapia quase sempre alcançou bons resultados. O sucesso se reflete nitidamente, em particular, na melhoria das reações biológicas no teste de sangue, na mudança de reação T para reação B.

Anos atrás, no início de meus experimentos, pensei que, embora houvesse a possibilidade de a energia orgone exercer uma influência favorável sobre os tecidos, ela poderia não ter influência alguma nos locais em que mudanças estruturais já tivessem ocorrido. Senti então que o acumulador não seria eficaz nos casos de artrite, em que há contraturas marcadas e mudanças nas articulações. No verão de 1944, fui levado a examinar um homem idoso e doente em Rangeley, no Maine. Ele andara sofrendo por muitos anos de artrite grave e, nos últimos anos, estivera permanentemente acamado. Quando o vi, minha primeira reação foi de indisponibilidade para assumir o caso. Seus joelhos estavam rigidamente dobrados. Era incapaz de andar e só conseguia arrastar-se pela casa com os joelhos imóveis. Era emaciado, pálido, gravemente anêmico. Estava para morrer. As articulações de seus dedos eram rígidas e apresentavam as deformações características. A família pediu-me para tentar tratá-lo, apesar de aparentemente não haver esperanças de melhoria de suas condições. Deixei claro que não pensava poder fazer algo por ele, porém, se quisessem tentar, é o que deveriam fazer. Mandei um acumulador de orgone para sua casa sem cobrar. Durante vários meses, nada mais soube. Então, no inverno, fiquei sabendo que o paciente se sentia melhor, mais forte; seu apetite melhorara consideravelmente e também conseguia sair da cama e andar no quarto de vez em quando. O contato seguinte ocorreu no verão de 1945, quando eu estive em Rangeley novamente e visitei a família. Mal pude acreditar nos meus olhos e ouvidos: tive a impressão de ter me tornado um daqueles místicos que curam pela fé. O homem velho não estava mais confinado ao leito, mas andava pela casa quase sem restrições de movimento. Sua face adquirira uma cor rosada, tendo perdido totalmente a palidez anterior. Fiquei sabendo que ele realmente havia começado a circular poucas sema-

nas antes, tinha caminhado algumas vezes pelo quintal, não sofria mais de constipação, alimentava-se bem e, de modo geral, estava de bom humor. Quando me viu, começou a chorar. Devo enfatizar categoricamente que não podia ser sugestão ou coisa parecida. Em primeiro lugar, a sugestão não influencia a artrite avançada; em segundo, falei com o paciente uma só vez e lhe disse expressamente que não acreditava na possibilidade de cura no seu caso; e, em terceiro lugar, não vi nem falei com o paciente durante quase um ano.

Foi a ação do acumulador de orgone a única responsável pelas mudanças nas condições do paciente. Poucas semanas depois, ele veio me ver em meu laboratório, distante cerca de dezesseis quilômetros de sua casa. Estava profundamente grato e se interessou de modo tocante por nosso trabalho.

Só tratei três casos de angina, um caso crônico, grave, e dois mais brandos. Nos três, a orgonoterapia foi bem-sucedida e exerceu um efeito benfazejo. O paciente com doença crônica teve ataques menos freqüentes e pôde parar de tomar medicamentos por tempo prolongado, embora não estivesse completamente curado. Nos outros dois casos, todos os sintomas desapareceram depois de alguns meses de irradiação orgone.

Eu gostaria de deixar o relato do efeito da orgonoterapia em casos de esquizofrenia para outro contexto¹.

Descreverei agora o caso interessante de uma paciente que conseguiu evitar uma cirurgia grave com o uso da orgonoterapia. Os médicos descobriram um tumor no seu cólon descendente e diagnosticaram um provável câncer, recomendando cirurgia. A paciente havia ouvido falar dos meus experimentos com câncer e queria minha opinião antes de se submeter à operação.

Meu exame com fluoroscópio e palpação confirmou a presença de um tumor enrijecido do tamanho de uma noz no meio do cólon descendente. O tumor era móvel. Os testes sanguíneos relativos à física orgone, todavia, não apontavam sinal de degeneração cancerígena. Portanto aconselhei à paciente, que também sofria de obstipa-

1. Ver *Análise do caráter*, "A cisão esquizofrênica".

ção, a postergar a operação até que tivéssemos definido a natureza do tumor com a ajuda da irradiação orgone. Eu sabia por experiência que poderia ser um ponto espasmódico localizado, e que muitas vezes tais espasmos podem ser aliviados pela orgonoterapia.

A paciente recebeu um acumulador para usar em casa. Eu a vi novamente oito dias depois; o tumor não era mais palpável. Mostrou-se correta minha suposição de que o "tumor" nada mais era do que um simples espasmo. Porém, como o tecido espasmódico em estado crônico pode degenerar em câncer, aconselhei-a a tomar cuidado e usar o acumulador regularmente. Ela então evitou a operação que a atemorizava e ficou muito agradecida. Sua obstipação também foi mitigada e melhoraram suas condições gerais. Casos como este são gratificantes e renovam a confiança.

Eu gostaria agora de acrescentar que as crianças gostam de usar o acumulador desde muito cedo. No início das minhas pesquisas, eu não recomendava o uso do acumulador às mulheres grávidas, já que não conhecia que efeitos a irradiação orgone poderia ter sobre o embrião e o funcionamento do útero. O primeiro experimento de irradiação orgone em uma mulher grávida foi conduzido em meu próprio lar. Sou grato a minha mulher por ter assumido o risco. Mas, como co-participante e responsável pelos trabalhos no laboratório, afirmou que estava pronta a arriscar-se, coerente com o princípio de nosso instituto de que algo que se recomenda a outros deve ter sido experimentado primeiro em um de nós. O sucesso da irradiação orgone durante a gravidez foi notável. A mãe se sentiu forte e vigorosa durante toda a gravidez. A criança tinha vitalidade e o ginecologista de plantão comentou que o batimento cardíaco fetal era de uma força incomum. A criança mostra atualmente com clareza os efeitos biológicos da irradiação com orgone; é alta para sua idade e usufrui de uma saúde física extraordinária.

Sobre o uso local da energia orgone atmosférica

Podemos manter o princípio do acumulador de orgone e mudarmos sua forma, usando um tubo em vez de uma caixa. O material

que melhor convém a este objetivo é um tubo metálico BX utilizado para proteger fiação elétrica. O tubo deve ser coberto do lado de fora por uma substância orgânica, como lã ou fita isolante, e deve-se então inserir uma das extremidades dentro de um acumulador construído da seguinte forma: uma armação de madeira com laterais de cerca de 20 centímetros de comprimento coberta externamente com Celotex e, do lado interno, com uma fina lâmina de metal, com uma mistura de palha de aço e fibra de vidro ou material não metálico similar entre a lâmina de metal e o duratex. A camada intermediária absorve a energia orgone atmosférica prontamente e a transmite com rapidez ao espaço interno fechado. Desse espaço, a energia orgone concentrada flui pelo tubo de metal. Encaixa-se um pequeno funil de metal na extremidade livre do tubo, aproximando-o da área que precisa de irradiação. Embora não haja dúvidas de que experiências futuras sugerirão muitos ajustes, costumo irradiar a mim mesmo diariamente e a outras pessoas no papel de sujeitos experimentais do seguinte modo: região cardíaca, 2 a 5 minutos; base do nariz, cerca de quatro minutos; cavidade bucal, cerca de 5 minutos; olhos com pálpebras fechadas, de meio a 1 minuto; ouvido, na altura do osso mastóide, 1 a 2 minutos; região do plexo solar, 3 minutos.

O organismo atrai energia orgone do acumulador para si e, depois de alguns minutos (a duração varia de pessoa para pessoa), surgem sensações distintas de calor e formigamento no local que recebeu a irradiação.

O interior do nariz pode ser irradiado com finos tubos de vidro de cerca de 10 centímetros de comprimento recobertos internamente de palha de aço. A parte interna da vagina pode ser irradiada de modo similar. O exame microscópico mostra que a irradiação imobiliza bactérias de putrefação depois de aproximadamente 1 minuto. Não se pode tolerar a irradiação da vagina por mais de 30 segundos; ocorre habitualmente uma sensação forte de queimadura.

Curam-se queimaduras e feridas velozmente com irradiação local de orgone e, em muitos casos, é realmente possível observar o processo de cura. Escaras também podem ser tratadas com sucesso utilizando energia orgone.

O poderoso efeito curativo da energia orgone administrada localmente através de um tubo foi plenamente testado pela primeira vez em um homem de sessenta anos que sofria de úlceras varicosas. Ele tinha úlceras de várias profundidades e uma reação inflamatória da pele sobre as duas tíbias. Essa condição se manteve por vários anos e o homem havia sido tratado durante meses a fio em diversos hospitais, sem resultado. Ele só conseguia andar a duras penas e sua capacidade de sustentar-se (era agricultor) diminuía consideravelmente. Economizara \$ 400,00, dos quais já havia despendido \$ 300,00 em tratamentos médicos e contas de hospital. Ele me ofereceu seus últimos \$ 100,00 para que eu tentasse ajudá-lo. Recusei, é claro, e não prometi qualquer tipo de "cura", porém coloquei à sua disposição um dos pequenos "aplicadores" de orgone. Na verdade, eu não alimentava esperanças quanto à sua melhora. Não houve mudança nas primeiras quatro semanas, apesar de receber irradiações de orgone várias vezes por dia. Aí as úlceras começaram a sarar. A pele ficou mais macia e, depois de mais seis semanas, parecia normal. As duas pernas sararam. A doença tendia a retornar, mas o paciente conseguia deter qualquer lesão incipiente dos tecidos com mais irradiações intensivas. Esse pobre agricultor espalhou a história do "milagre de sua cura" por toda a região. Sua gratidão e o fato de ter recuperado a capacidade de sustentar-se foram muito recompensadores.

Esse sucesso específico foi tão comentado no Maine que, durante o verão de 1945, um jovem rapaz proveniente de Augusta veio me visitar. Também ele sofria de profundas úlceras nas pernas que, neste caso, eram secas, com margens necrosadas, áreas circundantes anêmicas e medindo cerca de 2 cm de profundidade e 3 cm de largura. Parecia um caso sem esperanças. O paciente levou um pequeno aplicador de orgone para casa e logo conseguiu determinar ele mesmo a duração correta das sessões de irradiação. Depois de apenas duas semanas, ele repetiu a viagem de 128 quilômetros para me visitar novamente. As úlceras estavam avermelhadas, separando-se da superfície, e apresentavam bastante secreção. No fundo e em volta das bordas das úlceras, podia-se observar claramente a formação de tecido regenerativo.

Ele me escreveu quatro meses depois, informando que uma das úlceras estava curada e, na outra, a cratera havia desaparecido, embora ainda não tivesse formado nova membrana de pele.

Como as úlceras varicosas tendem a desafiar qualquer tipo de terapia, o sucesso da utilização do acumulador de orgone neste caso foi ainda mais surpreendente. Tão surpreendente quanto isso foi o fato de que os médicos que viram os resultados nada fizeram para disponibilizar o acumulador de orgone ao público. Parece que todo médico aguarda até que os outros "aceitem oficialmente o tratamento". Essa atitude é incompreensível e perniciosa.

Neste caso específico, fiquei sabendo posteriormente que o paciente resistiu ao uso do acumulador grande, que prescrevi além do "aplicador" local. Além disso, e embora eu o tivesse precavido contra isso, continuou usando uma bandagem elástica na perna que ainda não estava curada. Percebi que, sem a carga geral do organismo através da utilização do acumulador grande, a cura local sofreria limitações.

Dores violentas também desaparecem quando se expõe a parte machucada à irradiação local com orgone. Um trabalhador empregado na construção do laboratório em Orgonon² feriu o tornozelo até o osso com um machado. A dor foi tão forte que o homem estava quase desmaiando. Irradiei a ferida imediatamente e as dores cessaram depois de dois minutos. Então fiz um curativo e ele foi levado a um médico em Rangeley para se tratar.

Também há um alívio rápido das dores no caso de queimaduras. Meu conceito sobre a natureza da dor é que os nervos autonômicos se retraem do local ferido; em outras palavras, eles literalmente "puxam" os tecidos. O desaparecimento da dor parece atribuível ao fato de que, sob a influência da energia orgone, os nervos se alongam novamente, de modo que cessa o "puxão". É claro que me disponho a aceitar qualquer outra interpretação que explique o fenômeno melhor que eu.

2. O nome da propriedade em Rangeley, Maine, onde ficavam os laboratórios de Reich.

Irradiação local de orgone através de bions de terra

O antigo tratamento que fazia uso de porções de lama era realmente muito bem fundamentado: lama é terra bionosa e, portanto, rica em energia orgone. No entanto, nem sempre é fácil ter lama disponível e sua aplicação é trabalhosa e suja. Descobriu-se uma nova forma de administrar a energia biológica presente no húmus durante o Experimento XX.

Nesta preparação, obtivemos três resultados simultâneos. Primeiro, a água rica em orgone, que usamos para promover o crescimento; segundo, os flocos produzidos que congelam a água de orgone, teoricamente de importância crucial para uma compreensão da biogênese primária; e, terceiro, a própria *terra bionosa*. Coletamos os bions de terra que permanecem quando a água de orgone é filtrada e os preservamos em condição seca. Então os colocamos em sacos de linho de diversos tamanhos e costuramos os sacos com eles dentro. O tratamento consiste em umedecer um desses pequenos pacotes de terra bionosa e aplicá-lo no local dolorido ou inflamado. A dor cede rapidamente e, como a energia orgone está sendo administrada externamente, poupa-se o organismo de uma determinada quantidade de esforço sistêmico, por não ter que gastar sua própria energia lidando com a inflamação no local afetado. Até agora, a experiência sugere que basta uma irradiação de 30 segundos a 1 minuto. Uma irradiação mais prolongada causa inflamação violenta em alguns pacientes e deve ser evitada. Este método de administrar energia orgone parece também relaxar espasmos locais; porém, antes de julgar adequadamente sua eficácia, é preciso realizar mais experimentos.

Ainda estão em andamento experimentos com o quarto método de administração de energia orgone, a saber, através da ingestão ou injeção de água de orgone. Porém não há dúvidas de que produz efeitos vagotônicos e acelera o crescimento de plantas e animais.

Para resumir, penso que se pode afirmar que a descoberta da energia orgone e sua aplicação médica através do acumulador de orgone, do aplicador de orgone, da terra bionosa e da água de orgone

abriram um grande número de novas e, ao que tudo indica, excelentes perspectivas, para nossa surpresa. É claro que é preciso investigar mais para estabelecer o escopo de aplicações médicas dessa recém-descoberta energia biológica.

A orgonoterapia do câncer pode hoje afirmar ter realizado a transição de um experimento para uma ferramenta essencial de aplicação prática geral. Todavia, a prevenção do câncer é um problema bem mais complexo, tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista de sua organização.

Anorgonia na biopatia carcinomatosa de encolhimento

1. UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROBLEMA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER

O conceito de *anorgonia* abrange aquelas condições biopáticas que compartilham de uma fonte comum, qual seja, *um bloqueio na mobilidade do plasma*. Essa perturbação do funcionamento plasmático não é conhecida na patologia clássica, porém o praticante de medicina está bastante familiarizado com ela em sua experiência do dia-a-dia. A patologia mecanicista não compreendeu essa perturbação porque não há mudanças estruturais nos tecidos ou lesões nos tratos nervosos; há, antes, um *rebaixamento da função energética total* do organismo. Existem várias maneiras de se referir à anorgonia na linguagem popular. Palavras e frases que têm a intenção de descrever a *expressão* emocional de um organismo, tais como "desanimado", "morto", "rígido", "sem contato", "sem atrativos", e assim por diante (em contraste com "animado", "aceso", "caloroso", "comunicativo", etc.), transmitem na verdade a *impressão* que temos de outra pessoa. Todavia, o conceito de anorgonia, que é novo e que introduzimos aqui pela primeira vez, denota mais do que simplesmente a "ausência de contato"¹ ou o "desânimo". Na verdade, ele

1. *Ver Análise do caráter*, pp. 310-23.

se refere a uma condição patológica bem definida do organismo, anteriormente desconhecida, que está particularmente presente em pacientes de câncer e pessoas com propensão para o câncer.

Para descrever a anorgonia na biopatia do câncer, devo voltar a um conceito familiar da economia sexual clínica. Seu significado para a saúde e a doença pode ser compreendido com muito mais profundidade hoje do que antes da descoberta da energia orgone. Estou falando da estabilidade do funcionamento plasmático no organismo saudável e de seu oposto, a *angústia biopática de cair*.

Resumamos rapidamente o que aprendemos até agora sobre a angústia de cair nas doenças biopáticas. A angústia de cair está sempre presente nos casos de neurose de caráter ou biopatia somática e se manifesta quando há dissolução da couraça e surgem as sensações orgásticas. A "sensação orgonótica" é, na verdade, a percepção subjetiva do processo objetivo de "excitação plasmática", que descrevemos anteriormente, de modo mecanicista, como "corrente vegetativa". Para nós, o surgimento da angústia de cair é um sinal seguro de que as excitações plasmáticas e as sensações orgásticas estão começando a ser sentidas por todo o organismo. A angústia de cair pode se manifestar de diversas formas, como, por exemplo, tontura, sensações de "estar afundando", sonhos de cair, pressão ou dor na região gástrica, náuseas e vômitos. Esses sintomas e outros semelhantes são todos típicos do padrão clínico que caracteriza a quebra da couraça, que se faz acompanhar de sensações orgonóticas, espasmos musculares involuntários, tremores de frio e acessos de calor, formigamento, coceiras, e assim por diante. As manifestações psíquicas desses sintomas biológicos surgem como angústia ou insegurança generalizadas. Grosso modo, os estados essenciais do processo terapêutico são o afrouxamento da couraça, sensações orgonóticas, quebra da couraça, clonismos, angústia de cair, excitação plasmática mais intensa e, finalmente, sensações orgásticas no aparelho genital.

Se a couraça for dissolvida de modo correto, as sensações de órgão desagradáveis se transformarão gradualmente em experiências corporais prazerosas. Muitas vezes, ouvimos pacientes que aca-

baram de experimentar convulsões clônicas dizerem que “nunca se sentiram tão bem”. Porém se a couraça não for dissolvida da forma correta, camada por camada, se continuar havendo bloqueios rígidos na couraça ou as correntes orgonóticas emergirem abruptamente, de modo a atingir com rudeza as camadas da couraça ainda não dissolvidas, o paciente pode facilmente reagir por meio da retração total em direção ao encouraçamento antigo. O medo das excitações plasmáticas (“angústia de prazer”) intensifica sua rigidez biopática. Como conseqüência das quantidades fortemente aumentadas do fluxo de energia biológica, o paciente se sentirá inundado por um sentido de desorientação, a ponto de entrar simplesmente em pânico. Esse estado pode até se intensificar mais ainda e produzir impulsos suicidas. São fenômenos clínicos conhecidos.

A angústia de cair pode predominar quer na dimensão somática, quer na psíquica. Na maioria das vezes, aparece como uma combinação de ambas. Em todo caso, o surgimento de sintomas de angústia de cair nos indica uma *crise biopsíquica*, que é o primeiro passo na direção da saúde, no sentido de potência orgástica. Se o orgonoterapeuta estiver com as rédcas do caso, a presença de sintomas proeminentes de angústia de cair não deverá alarmá-lo.

A angústia de cair não é perigosa nos casos de neuroses de caráter puras. Porém, minhas experiências com uma série de pacientes com câncer ou predisposição ao câncer levam à conclusão de que *a angústia de cair pode aparecer como sintoma de um processo mortífero. É então indicativa de um colapso total da função plasmática no cerne biológico do organismo.*

O elemento crucial é obviamente a *profundidade* da perturbação biopática. O orgonoterapeuta tem que decidir se está lidando com uma desorientação superficial do organismo durante a transição de um funcionamento rígido para outro que flui livremente, como na neurose de caráter pura, ou se todo o funcionamento do plasma está oscilando entre *pulsção e não-pulsção*, como na biopatia de encolhimento carcinomatosa. Esses dois estados não estão nitidamente delimitados; as transições são sempre fluidas e, se for para fazer uma distinção entre síndrome de angústia de cair branda

e severa, o terapeuta deverá desenvolver uma sensibilidade apurada para as sutis transições entre as duas. Na verdade, a biopatia de encolhimento carcinomatosa deve ser vista como nada mais do que uma forma particularmente grave de neurose de caráter, se formos consistentes do ponto de vista lógico e compreendermos que "caráter" significa uma maneira *biofísica* de reagir de um organismo. Assim, a resignação pode se espalhar das camadas superficiais para as camadas profundas do sistema biológico e, em última instância, acometer a própria função plasmática da célula.

Queremos investigar agora o mecanismo biofísico da angústia de cair manifesta na biopatia do câncer.

Qualquer pessoa que tenha estudado atentamente meu relato anterior de um caso de biopatia de encolhimento carcinomatosa terá ficado impressionada com o papel crucial que nela desempenhou a angústia biopática de cair. Naquele caso, a paciente bem poderia ter conseguido manter a saúde que havia recuperado no início se o surgimento de excitações sexuais não tivessem suscitado uma grave angústia de cair. De fato, ela desabou no meu consultório pouco depois de se livrar dos sintomas do câncer. Suas pernas lhe faltaram de repente. Daquele momento em diante, ficou acamada, desenvolveu uma angústia fóbica de levantar, evitando desse modo a continuação da orgonoterapia, e literalmente se encolheu até morrer, poucos meses depois. Eu realmente não consegui compreender sua angústia de cair e só sabia que era produto de excitações sexuais. Os casos subsequentes de câncer que assumi para tratamento experimental apresentaram todos essa angústia de cair, com as mesmas manifestações características. Reconheci essas manifestações mais prontamente nos casos mais recentes e estava mais próximo do entendimento de sua base biológica, mas ainda não era capaz de fazer muita coisa quanto ao tratamento dessa condição. De qualquer modo, era de esperar que pesquisas posteriores sobre a angústia de cair na biopatia de encolhimento resultariam provavelmente no desenvolvimento de medidas terapêuticas. Essa expectativa confirmou-se, de fato, em dois casos de biopatia do câncer tratados antes de chegar ao estágio final. Pude observar detalhada-

mente a angústia de cair em seis casos de câncer e também, na sua gênese, em um bebê de quatro semanas. Não incluo aqui casos da angústia de cair em puras neuroses de caráter. Dos seis casos de câncer, os dois pacientes que me procuraram no estágio inicial da doença se recuperaram, enquanto os outros quatro, que chegaram quando seu câncer já havia alcançado um estágio adiantado, morreram. Não tenho a intenção de apresentar histórias de caso completas, e sim destacar, simplesmente, aquelas partes próprias ao diagnóstico de anorgonia e angústia de cair. Chegou-se à chave do problema no caso de angústia de cair observada no bebê.

2. A ANGÚSTIA DE CAIR COMO EXPRESSÃO DA IMOBILIDADE PLASMÁTICA: PARALISIA ANORGONÓTICA

Em primeiro lugar, eu gostaria de compilar as descobertas que possibilitaram a compreensão da angústia de cair biopática como uma expressão da imobilidade plasmática. Os pacientes de câncer observados tinham em comum os seguintes sintomas de imobilidade plasmática:

1. *Debilidade física geral.* Esse estado se manifestava como uma relutância para se mexer e uma preguiça de fazer qualquer movimento. Havia uma forte tendência para querer ficar deitado. Deve-se notar que o *distúrbio da motilidade plasmática existiu em cada um desses pacientes muito antes que se manifestassem os mais leves sinais do câncer subsequente.* Três dos seis casos haviam apresentado um retardo na fala e nos movimentos desde a primeira infância.

A angústia de cair me foi claramente demonstrada pela primeira vez em um caso específico (publicado antes em 1942). A paciente relatou que, em determinada ocasião, quando pensou estar sendo seguida por um rapaz, *suas pernas lhe faltaram de repente e ela teve a sensação de que ia cair.* Posteriormente, no estágio terminal de sua biopatia de encolhimento, suas pernas apresentaram atrofia clara, decorrência do seu enfraquecimento anterior. Todos os reflexos motores e sensórios estavam intactos. O medo de quebrar a

coluna vertebral era o motivo alegado pela paciente para permanecer de cama o tempo todo; porém no meu relato do caso, pude demonstrar que a causa real de seu medo não era uma dor mecânica nas vértebras, mas a *angústia de cair*. A paciente podia andar perfeitamente. Durante sua recuperação, ela passou um bocado, embora a deformação da coluna fosse irreversível. Mais tarde, no entanto, não conseguia mover as pernas e temia que esse movimento pudesse levar à quebra de alguma parte do corpo.

2. Em todos os casos, a angústia de cair se fez acompanhar de uma *sensação de instabilidade*. Testemunhei o mesmo distúrbio no caso do bebê, mencionado anteriormente, quando sofreu dessa angústia. Se procurarmos a relação entre os dois fenômenos, é mais provável que o *distúrbio no sentido de equilíbrio seja a causa da angústia de cair*, e não o contrário. A angústia de cair é a expressão racional de distúrbio biopático da inervação – e não sua causa. Em alguns casos, era uma ameaça secundária à vida do paciente, uma vez que levava à interrupção da terapia, aumentava a atrofia dos músculos e causava escaras que aceleravam o processo de morte.

Um dos seis pacientes de câncer, que sofria de câncer da próstata, ficou livre de sintomas locais durante algum tempo em consequência da orgonoterapia (urina limpa sem células cancerosas e bacilos T, sem dor local, etc.), porém seus músculos das pernas ficaram atrofiados e ele desenvolveu uma *abasia funcional*. Os reflexos motores também se mantiveram normais neste caso. Durante os verões de 1942 e 1943, tratei esse paciente diariamente durante quatro meses com o acumulador de orgone e uma vegetoterapia simplificada. Dessa forma, pude estudar cuidadosamente as peculiaridades da paralisia. Depois da eliminação do tumor prostático local, o paciente conseguia andar e parecia recuperar a saúde; não tinha dores, desenvolveu um apetite excelente, engordou mais de 3 kg em poucas semanas, estava otimista e até capaz de trabalhar. Um dia, em meio a seu progresso, seus joelhos se dobraram e ele caiu. Perdeu de uma só vez o controle de suas pernas e pés. “É como se a vida tivesse saído de minhas pernas de repente”, disse ele. Dali por diante, não pôde mais movê-las e teve de ficar acamado.

Logo começou um encolhimento gradual e progressivo da substância muscular nas duas pernas. Dois meses depois, ele perdeu o controle da defecação e micção. Tinha uma sensação de entorpecimento nas pernas e na região do períneo, que se estendeu à sínfise. Não houve comprometimento das sensações táteis, mas a sensibilidade aos estímulos dolorosos ficou embotada. O esfíncter urinário estava espástico; de outro lado, o esfíncter anal encontrava-se em estado de paralisia flácida. Ele não conseguia urinar nem reter as fezes. A localização do distúrbio sensorial não ficou bem definida; isto é, ela não correspondia precisamente a um segmento vertebral específico. O fato de que o problema fosse causado não por uma lesão central da coluna vertebral, mas por uma paralisia *biopática* da periferia plasmática, era evidente não apenas porque o distúrbio era irregular, mas também – e acima de tudo – porque eu havia conseguido primeiro reduzir e, finalmente, eliminar a paralisia. O caráter biopático da paralisia se revelou somente no decorrer da orgonoterapia da imobilidade; isto é, a angústia de cair e a perturbação do equilíbrio apareceram somente quando voltou a capacidade do paciente para se sentar e mover as pernas.

Antes de continuar a discussão, devo eliminar algumas objeções. É improvável que a perturbação fosse de natureza mecânica. No caso de uma lesão orgânica na medula espinhal, como um tumor no ponto correspondente ao distúrbio, por exemplo, os efeitos teriam persistido e, com um tumor crescente, aumentado. Teria sido impossível diminuir o distúrbio. O fato de que estivessem presentes dores similares àquelas experimentadas na neurite pode sugerir uma paralisia periférica do nervo. Porém essa hipótese está fora de questão, já que houve eliminação das dores com medidas puramente orgonoterapêuticas. Além disso, a própria neurite teria que ser explicada como sintoma. Na lesão mecânica, fosse ela periférica ou central, não teria sido possível modificar ou eliminar a falta de controle dos esfíncteres. E o fato é que este distúrbio oscilou, variando com as condições biopsíquicas gerais do paciente. Quando estava relaxado e otimista, conseguia mover as pernas com muito mais facilidade e inteireza do que nos períodos de desânimo.

A localização do tumor na próstata estava diretamente relacionada a oito anos de abstinência sexual. O subsequente espasmo do esfíncter urinário e a paralisia da musculatura anal eram simpaticotônicos em sua natureza e, segundo nossa experiência, podem ser considerados como a causa *direta* da degeneração carcinomatosa do tecido. Partindo deste centro no períneo, a paralisia biopática espalhou-se em todas as direções e afetou diretamente as duas pernas, incluindo os dedos dos pés. Graças ao acumulador de orgone, o paciente não desenvolveu metástases. O tronco e os braços mantiveram mobilidade e força até o fim. Só as pernas apresentaram evidências de desgaste. Assim, deve ter havido uma razão específica para que a paralisia se localizasse nas pernas.

Durante o verão de 1943, tratei do paciente diariamente tentando restaurar a mobilidade das pernas. Primeiro, movi o tornozelo para relaxar gradualmente os espasmos da musculatura da região; depois, dia após dia, fui subindo e afrouxando mais uma outra pequena parte da perna. O procedimento provocou grandes dores no paciente, mas ele logo foi capaz de curvar e alongar os dedos, tornozelos e joelhos. Então tratei da musculatura das coxas e, finalmente, dos quadris. Depois de cerca de quatro semanas de orgonoterapia, ele conseguia mover os joelhos e as articulações dos quadris. Pouco depois, pôde se sentar na cama, o que renovou sua coragem e fortaleceu sua prontidão para lutar por sua recuperação.

Então sugeri que tentasse sentar-se em uma cadeira reclinável. Reagiu de modo estranho. Deu a impressão de estar entusiasmado, mas ficou esquivo quando realmente chegou o momento de fazer a mudança, dizendo que talvez fosse melhor esperar um pouco, e coisas do gênero. Não havia dúvida de que era capaz de se sentar em uma cadeira reclinável, já que podia sentar-se na cama sem qualquer dificuldade. Estava claro que sentia medo de se deslocar da cama para a cadeira, embora soubesse que estaria apoiado por duas pessoas fortes e que nada poderia lhe acontecer. Para ajudá-lo a se acostumar com a idéia, sugeri que se sentasse na beirada da cama. Ele hesitou em fazê-lo. Nós o ajudamos, segurando-o firmemente. Porém tão logo suas pernas penderam para fora, foi domi-

nado por uma intensa ansiedade. Tornou-se pálido e começou a suar frio. Estava experimentando não dor, mas medo. Depois de meio minuto, suplicou para que o deixássemos deitar-se novamente. (Fui testemunha do mesmíssimo comportamento com meu primeiro paciente de câncer.)

Pedi a ele que descrevesse com exatidão as sensações que o levaram a suplicar abjetamente a permissão para se deitar de novo. Disse-me que se sentiu muito inseguro. *Sentiu seu corpo amortecido dos quadris para baixo, como se não fossem parte dele, como se pudessem "se quebrar a qualquer momento"*. Ele estava aterrorizado com a possibilidade de cair ou ser derrubado e com a conseqüente fratura do corpo. Lembrou-se de uma condição patológica peculiar que o afligia entre seis e dezoito anos de idade. Tinha um trabalho duro na floresta e, com freqüência, *seus joelhos e coxas cediam e ele ora caía, ora tinha que se sentar rapidamente*. Nenhum médico conseguiu diagnosticar esta fraqueza, que desapareceria somente para voltar vários meses depois.

Agora estava claro que a anorgonia da parte inferior do corpo que sentiu posteriormente tinha como base a sua anorgonia da infância. Assim, a anorgonia precedeu em cerca de sessenta anos o desenvolvimento do câncer. Não se sabe como ocorrem esses ataques de fraqueza anorgonótica. Devo acrescentar aqui que a mãe do paciente morreu pouco depois de seu nascimento. Ele foi criado sem amor por pais adotivos, que o fizeram trabalhar duro, mesmo quando criança.

A sensação de entorpecimento na parte inferior do corpo foi dissolvida pela orgonoterapia, com exceção de um local do tamanho de uma maçã pequena na raiz do pênis. A reação aos estímulos era normal. Ele não sentia dor proveniente do movimento das articulações; conseguia, deitado de costas na cama, mover todas elas e até fazer movimentos de pernas parecidos com dança. Por isso, seu pânico de sentar sem apoio era ainda mais desconcertante.

Para que se acostumasse com a idéia, fiz com que se sentasse na beira da cama todos os dias, durante um ou dois minutos. Isso ajudou. Passados apenas oito dias, sua angústia de cair diminuiu

tanto que conseguimos finalmente sentá-lo numa cadeira de rodas e levá-lo ao ar livre. Os efeitos do fato de ter ficado acamado durante vários meses e a atrofia das pernas fizeram com que ele *perdesse a sensação do próprio corpo e, com isso, o seu sentido de equilíbrio*. Porém ele o readquiriu parcialmente praticando o ato de se sentar, de modo que a angústia de cair desapareceu.

Traduzido para a língua da biofísica orgone, o processo aconteceu do seguinte modo: o encolhimento biopático quase destruiu a motilidade orgonótica e, com ela, a sensação de órgão, o que de fato apóia a conclusão de que *a sensação de órgão é a expressão direta da motilidade plasmática do órgão*. Quando se perde a sensação de órgão, o que se segue logicamente é uma sensação de alienação do corpo e o medo de cair ou "se quebrar". A sensação de entorpecimento, quando estão presentes reações sensório-motoras, só pode ser interpretada de uma forma: *o entorpecimento do órgão é a percepção subjetiva de uma imobilidade objetiva da energia orgone nas partes afetadas do corpo*. A sensação característica que acompanha este quadro é similar à de um órgão que "adormeceu" e está "pinicando". A anorgonia de nosso paciente diferia da condição de entorpecimento agudo de órgão somente na duração e em seus antecedentes biopáticos. Quanto ao mais, era a mesma.

Devemos perguntar agora como se explica a anorgonia. É uma *perda de conteúdo de orgone* nos tecidos ou uma *imobilidade de energia orgone nos tecidos, isto é, uma restrição de pulsação orgonótica, sem perda quantitativa real*? Vamos postergar a resposta.

Nos meses seguintes o paciente fez progressos, até readquiriu o controle sobre a defecação. Então chegou o tempo frio e ele sentiu dores fortes. Para aliviá-las, um médico chamado às pressas injetou veneno de cobra. Em poucos dias o paciente morreu. Pode ser que ele tivesse morrido de qualquer forma, pois o encolhimento carcinomatoso já havia penetrado profundamente no organismo. Entretanto, um tecido orgonoticamente fraco tem uma tolerância extremamente baixa a substâncias tóxicas. Portanto, assumimos como uma norma no tratamento da biopatia do câncer a regra de jamais fazer uso de agentes químicos que tivessem efeito simpaticotônico

no aparelho vital ou que danificassem o tecido, mesmo que aliviassem a dor. Eles intensificam a anorgonia em vez de eliminá-la.

Eu gostaria agora de apresentar um breve relato do caso de um terceiro paciente de câncer, que também morreu. O tumor (histologicamente diagnosticado como sarcoma) desenvolveu-se no músculo deltóide direito. O tratamento com raios X levou a uma involução do tumor, mas também causou uma queimadura de terceiro grau de 15 a 20 centímetros quadrados, um sinal de mau prognóstico. A condição biopática geral do paciente também era inquietante. A pele de todo o corpo era pálida e pegajosa. As pernas frias mostravam uma condição da pele que atualmente identificamos como anorgonótica: coloração lívida, fria e pegajosa, sem campo de orgone perceptível. O paciente era uma pessoa muito silenciosa, resignada. Acreditava que tinha gasto a vida em confusões sem chegar a lugar algum. Estava particularmente preocupado com a peve, que sentia "entorpecida" e "morta". Na verdade queria ter me procurado mais cedo, um ano antes do surgimento do tumor, mas não o havia feito em função dos rumores espalhados por determinados psicanalistas de que eu era louco. Mas quando o tumor apareceu na parte superior de seu braço direito, confirmando seus velhos temores, ele decidiu se submeter ao experimento de orgonoterapia. É difícil afirmar com certeza se, neste caso, a tagarelíce de colegas irresponsáveis custou uma vida humana, mas pessoalmente acredito que sim. Se o paciente tivesse chegado a mim um ano antes, talvez tivesse sido salvo.

Ele progrediu bem durante os quatro meses de orgonoterapia física e psiquiátrica contínua. Saiu gradualmente de sua concha e, numa certa ocasião, teve uma explosão de raiva, o que nunca conseguira fazer antes. A queimadura de raios X sarou rapidamente sob a influência da orgonoterapia, porém o tumor no deltóide direito continuou lá. O paciente ganhou peso, melhorou sua situação familiar repleta de complicações neuróticas e fez progressos tão rápidos que o reflexo de orgasmo estava por um triz.

A razão da localização do tumor no deltóide direito era clara. Até onde podia se lembrar, seu braço direito fora "fraco"; sentia

como se todos os impulsos naquele braço tivessem sido bloqueados. A escápula direita era mais retraída que a esquerda. Durante o duodécimo tratamento no braço direito vieram à tona impulsos violentos de golpear, mas passou-se um bom tempo antes que ele se permitisse bater livremente com o punho. *Cada vez que esse impulso de bater surgia no braço, o paciente experimentava um espasmo severo na glote. A constrição fez com que ele se sentisse sufocar; havia uma interrupção na voz e na respiração, ele emitia um som agudo de assovio. Seu rosto assumiu uma expressão agonizante: globos oculares rolando para cima, pele pálida e lívida, respiração rasa, pulso fraco.*

A orgonoterapia trouxe à superfície uma síndrome que, na verdade, estivera presente *durante décadas* de uma forma mais branda. O próprio paciente atribuiu parte de sua resignação ao fato de que, quando menino, nunca conseguira se defender dos outros garotos. *Tão logo chegava a hora de levantar os punhos e começar a lutar, sua garganta se contraía e ele ofegava. Essa reação o deixou desamparado e se sentiu covarde. Isso afetou seu respeito por si mesmo e fez dele uma pessoa resignada muito cedo na vida. Tornou-se covarde, submisso, esquivo, e se desprezava por isso.*

Observemos cuidadosamente esta reação biopática do paciente. Nós a reencontraremos no final de sua vida e compreenderemos o tremendo significado que deve ser atribuído quanto à determinação da estrutura biofísica pelas vicissitudes da vida. É preciso ressaltar que este paciente não era um caso excepcional, e sim um caso *típico*.

O espasmo da glote e a atitude agonizante do paciente tornaram-se suas reações comuns a qualquer melhoria durante o tratamento. Como ele disse, sua pelve estava "morta" na época em que me procurou. O reflexo de orgasmo começou a emergir gradualmente, porém era mecânico e estavam ausentes as sensações orgonóticas na pelve. Melhorou quando se esclareceu a inibição de masturbar-se na infância, mas a anorgonia da pelve permaneceu. Nós dois tínhamos a impressão que aquela pelve nunca "vivera" realmente e estava "irremediavelmente morta". Durante muitos anos, esse amortecimento havia sido sua maior preocupação, e quando

ele ouviu falar na orgonoterapia **pela primeira vez, soube imediatamente que se aplicava ao seu caso.**

Depois de várias semanas de esforços extenuantes para reviver as emoções na pelve, finalmente – e de modo bastante abrupto – ocorreu uma **contração espontânea para frente**, com sensações orgonóticas intensas. Isso indicou que, nas profundezas do organismo, ainda subsistia a motilidade orgonótica. Porém a reação do paciente a ela foi tão violenta que compreendi, de súbito, a profundidade da anorgonia.

Imediatamente após a contração pélvica, ele recaiu na atitude “agonizante”. Desta vez, o espasmo da glote foi tão grave que ele mal pôde respirar. Poucos dias depois, houve um inchaço de pontos isolados no ombro direito queimado.

O orgonoterapeuta conhece bem as reações espásticas às correntes plasmáticas recém-liberadas. Não se espera que o reflexo de orgasmo se desenvolva sem espasmos. Ao contrário, cada novo estágio rumo ao estabelecimento de correntes plasmáticas no cerne biológico provoca reações de angústia cada vez mais profundas, condições simpaticotônicas no lugar em que ocorre a ruptura, a volta de velhos espasmos musculares dissolvidos anteriormente, e assim por diante. Encontramos esses fatores em todos os casos.

Na biopatia de encolhimento carcinomatosa, há uma complicação do processo devido ao fato de que, neste caso, diferentemente de outras biopatias, a anorgonia está operando no *cerne* e pode bem levar a um bloqueio total da pulsação. Experiências na prática clínica não deixam dúvidas sobre esse fator. A interrupção real das funções vitais é uma possibilidade alarmante, de modo que o problema é saber se a função de expansão pode ser estimulada – e com que rapidez – para reagir contra a anorgonia. Os casos descritos posteriormente esclarecerão esse ponto.

Voltando ao nosso caso: repetidos testes de sangue mostraram que o progresso biológico do paciente se manteve. Quando ele começou o tratamento, seu sangue estava extremamente fraco orgonoticamente: hemoglobina 70%, *reação T 99%*, desintegração dos eritrócitos *em segundos*, e assim por diante. Depois de cerca de

seis semanas de orgonoterapia, o sangue estava normal: *quase 100% de reação B*, duração da desintegração prolongada para cerca de trinta minutos, ampla borda de orgone nas células vermelhas, hemoglobina normal em 84%.

A complexidade da biopatia do câncer revelou-se neste caso pelo fato de que a remoção cirúrgica do tumor e a restauração da orgonicidade plena no sangue não foram suficientes para deter o progresso do encolhimento do aparelho autonômico vital. A morte subsequente de nosso paciente o prova claramente. A prevenção da caquexia por meio da orgonoterapia também não pôde deter a morte. *O paciente morreu com o sangue saudável e sem caquexia*. Este fato foi confirmado com certa perplexidade por um especialista no campo da patologia mecanicista do câncer pouco antes que ele morresse.

Deve ter ficado claro agora o motivo pelo qual me esforço em enfatizar repetidamente nos meus relatos de orgonoterapia experimental para a biopatia do câncer que, embora estejamos *a caminho* de eliminar o flagelo do câncer, ainda há mecanismos patológicos básicos que devem ser compreendidos e dominados. Tendo em vista a complexidade da doença, parece estranho que dificilmente se passa uma semana sem que ocorra algum pronunciamento nos jornais de que este ou aquele produto químico proporcionará a cura para o câncer. Não se chegará à terapia radical do câncer tão facilmente.

Por esse motivo, é mais difícil ainda compreender a atitude da patologia tradicional. Não lhe basta fundamentar sua abordagem do câncer em falsas premissas, atolar-se no estudo do sintoma local e ser incapaz de avançar; pior: também se deixa dominar por tamanho desânimo que parece incapaz de tomar conhecimento dos esforços frutíferos da biofísica orgone. Digo *"parece incapaz"*. Não se pode excluir a possibilidade de que seu persistente silêncio sobre o assunto da pesquisa da economia sexual sobre o câncer seja a simples manifestação externa de uma atitude de *"esperar para ver"*. Às vezes, no decorrer do trabalho, sentimos que estamos falando para um enorme auditório vazio em que *"as paredes têm ouvidos"*, porém, evidentemente, nada podem dizer. Esta situação não deve

desencorajar os amigos da biofísica orgone. Um dia seu potencial será reconhecido.

Examinemos a situação terapêutica do nosso paciente: sua anorgonia era pronunciada; sua disposição caracterológica para a resignação era extremamente forte. Não tinha tumores, porém sua motilidade plasmática, que, por si só, poderia tê-lo salvo, ainda estava sob as garras da anorgonia. Ela apenas havia mostrado os primeiros sinais frágeis de recuperação, e o paciente já reagiu a isso com uma grave angústia de orgasmo e, especialmente, com espasmos na glote.

O paciente teve aulas de ginástica vegetoterapêutica não específica para melhorar a mobilidade de seu corpo. Um dia, forçou levemente o músculo glúteo esquerdo; três semanas depois, um pequeno tumor começou a se formar lentamente naquele lugar até atingir, três semanas depois, o tamanho de uma cabaça pequena. Embora fosse capaz de caminhar, voltou novamente para a cama e dela não saiu mais até sua morte. O tumor no quadril esquerdo parou de crescer, porém o pequeno inchaço no ombro direito cresceu e se expandiu.

Um dia, o paciente teve dificuldade para urinar e – exatamente como no caso de câncer descrito anteriormente – o períneo e a raiz do pênis ficaram “amortecidos”. Raios X do corpo inteiro mostraram não haver metástases nos órgãos internos. Isso era notável em um linfossarcoma. Havia um certo aumento nos gânglios da região inguinal direita e das axilas direita e esquerda. A condição do deltoide direito foi ficando cada vez mais funesta. Surgiu um edema, que se espalhou por todo o braço direito e atingiu até a primeira costela. O espasmo na glote ocorreu com maior frequência. A voz do paciente ficou rouca e o perigo de morte por sufocação decorrente do edema de glote aumentou. Os cirurgiões não tinham como ajudar na questão do edema. Uma biópsia por punção do tumor no quadril revelou a existência de pequenas células malignas.

Foi possível diminuir o amortecimento na região genital várias vezes, sem necessidade de cateterismo.

E então, um dia, um espasmo da glote persistente resultou em morte por sufocação.

Como os pacientes de câncer cujos casos descrevi, este paciente não morreu de tumor local ou fraqueza, insuficiência cardíaca ou caquexia. *A causa imediata da morte foi o espasmo da glote que o paciente desenvolvera décadas antes do surgimento do tumor.* A localização do tumor e o posterior edema no braço direito foram basicamente determinados por **inibição** biopática crônica de um impulso no ombro direito.

Compreendemos a *causa imediata* da morte, ou seja, o desenvolvimento do espasmo na glote relacionado à angústia de orgasmo do paciente. Também compreendemos que sua grave recaída foi uma reação contra as primeiras manifestações das correntes plasmáticas. *O que não compreendemos adequadamente é o mecanismo biológico em funcionamento nos tecidos do ombro direito,* que acabaram resultando no surgimento do edema. As imagens dos raios X mostraram que o tecido tumoral na altura da clavícula direita era do tamanho aproximado de uma maçã pequena. O inchaço do braço e do ombro não poderia, portanto, ser atribuído a um crescimento substancial do tumor. A “obstrução das vias linfáticas” pode explicar em parte a formação do edema, mas certamente não tudo. Pode-se supor que o edema dos tecidos bloqueou a drenagem dos fluidos tissulares e que, inversamente, uma obstrução das vias linfáticas pela polpa do tumor produziu o edema.

No lugar da interpretação puramente mecânica do edema em pacientes com câncer, eu gostaria de sugerir aqui uma interpretação biofísica que acredito ser mais consistente com a biopatia do câncer do que a simples mecânica da “obstrução das vias”. Como há vias ramificadas e canais secundários para possibilitar a drenagem dos fluidos dos tecidos, deve haver algum outro fator funcionando neste caso.

Que o edema tende a surgir durante a inanição, isto se sabe bem. Não se pode falar de “vias linfáticas obstruídas” em casos como esses, embora haja edema. Um edema das gengivas pode aparecer com graves dores de dente. Também nesse caso não atuam as “vias linfáticas obstruídas”, embora haja edema. Com freqüência, mulheres grávidas sofrem de edema nas pernas. Se fosse a própria

gravidez que causasse um bloqueio puramente mecânico da eliminação dos fluidos tissulares das partes inferiores do corpo, *todas as mulheres grávidas* sofreriam de edema, mas não é esse o caso. Também há edema nas queimaduras e *inflamações graves* em que não se trata de problema na drenagem.

Hoff relatou as seguintes observações²:

Em todos os casos de paraplegia de qualquer duração, sempre ocorre edema nas pernas, com toda probabilidade devido principalmente a distúrbios na circulação sanguínea resultantes da falta de movimento. Em dois casos, no entanto, Böwing observou, imediatamente depois do traumatismo na medula espinhal, um inchaço edematoso das pernas de tamanha gravidade que só parecia explicável presumindo-se um dano trófico dos vasos. Marburg e Rance fizeram as mesmas observações em pacientes com ferimentos por tiros na medula espinhal. Em um caso de hemiplegia, testemunhamos um edema de um lado do rosto acompanhado de paralisia facial. Essas observações ajudam a compreender os edemas angioneuróticos descritos principalmente por Quincke. *Todavia ainda não está claro através de quais processos um distúrbio da inervação vascular vegetativa produz edemas.* De acordo com as investigações de Asher e sua escola, parece provável que os nervos vegetativos possam afetar a permeabilidade das membranas e das paredes dos capilares... Edemas unilaterais no lado da cabeça oposto à lesão cerebral não são raros, porém só o comprometimento da movimentação não é uma explicação suficiente. Böwing observou *a formação de vesículas na pele, que fica mais fina e com aumento do brilho, mudanças das unhas e aumento de crescimento capilar do lado paralisado.* Em casos de psicose com mudanças cerebrais orgânicas, Reichardt encontrou muitas vezes mudanças tróficas da pele, *úlceras* em particular, que não podiam ser atribuídas a danos devidos a emaciação ou pressão. [Itálicos meus.]

Voltemos ao edema no câncer. Observações de pacientes com câncer, bem como dos edemas não carcinomatosos que Hoff descre-

2. Ver L. R. Muller, *Lebensnerven und Lebenstrieb* [Nervos vitais e pulsões de vida] (3ª ed., 1931), pp. 753-4.

veu acima, permitem supor uma causa *funcional, biofísica do edema*. O movimento de fluidos no organismo não é uma função puramente mecânica. É altamente improvável que os gânglios linfáticos e os vasos linfáticos sejam rígidos e que o movimento da linfa seja puramente passivo ou mecânico. Na verdade, somos levados a supor que todos os órgãos, incluindo os nervos, vasos, vias linfáticas e células dos tecidos, são contráteis, que *pulsam*, embora em ritmos diferentes.

As funções vitais dos diferentes órgãos estão ligadas à sua pulsação. Devemos ter consistência ao aplicar nosso ponto de vista funcional, segundo o qual todo órgão forma uma *unidade viva* independente do organismo total, plenamente equipado com uma percepção sensorial e com a capacidade de reagir a estímulos. Esta descoberta foi confirmada inequivocamente em experimentos com órgãos extirpados, tais como o coração, os intestinos, a bexiga, e assim por diante. Portanto pode-se afirmar justificadamente que o órgão individual reage a ferimentos e distúrbios de sua função do mesmo modo que o organismo total. Em todas as dimensões da vida, a reação vital às perturbações do funcionamento consiste ou em uma *intensificação* da função específica para destruir o estímulo perturbador, ou em um *afastamento* em relação à fonte do estímulo. Processos de regeneração e inflamação, aumentos de temperatura do sangue e outros são exemplos do primeiro tipo de reação. A formação de bions PA e células cancerosas como defesa contra a desintegração cancerosa dos tecidos também pertence a essa categoria, assim como a reação de raiva destrutiva.

A anorgonia pertence ao segundo tipo de reação às perturbações do funcionamento. Enquanto o primeiro tipo de reação representa uma luta contra os danos ao organismo, o segundo é comparável a uma *resignação* ou retraimento; em outras palavras, um isolamento da parte adoentada dos órgãos ainda saudáveis. O isolamento de órgãos adoecidos é conhecido pela patologia como seqüestro. Um exemplo seria a expulsão de uma parte óssea adoecida. No reino animal, um membro adoecido é às vezes eliminado simplesmente ao ser amputado por meio de mordidas. A contraparte do isolamento físico dos órgãos adoecidos é a inflamação com *regeneração*.

Quando não há regeneração, isto é, reação de crescimento plasmático, ocorre o isolamento em seu lugar.

Este isolamento do órgão adoecido pode ser observado muito bem em pacientes de câncer. Suas principais características são o retraimento dos nervos autonômicos do lugar adoecido e a interrupção de sua pulsação que, por sua vez, resulta, de maneira simples e lógica, em um certo número de sintomas secundários da doença: anemia local, amortecimento sensorial, excesso de dióxido de carbono e, finalmente, atrofia da substância celular. No caso de carcinoma de estômago ou de ovário, é comum o surgimento de graves ascites, embora não se trate de obstrução mecânica das vias de drenagem. Este acúmulo de fluidos serosos causa distúrbios gerais de funcionamento, como a paralisia intestinal, acelerando assim o processo de morte. O principal fator de comprometimento do movimento dos fluidos corporais na região do órgão adoecido é, portanto, o *bloqueio anorgonótico da motilidade* nos nervos autonômicos. Isso fornece uma explicação funcional do edema. Edemas e desordens anorgonóticas similares não são funções mecânicas, químicas ou físicas, e sim funções vitais *orgonóticas* específicas.

Pode este conceito da física orgone ser provado experimentalmente? A resposta imediata é que condições anorgonóticas foram eliminadas ou aliviadas através da orgonoterapia física e psiquiátrica. Já que esses dois métodos terapêuticos se baseiam, ambos, na afirmação de que o sistema autonômico é *contrátil*, os resultados práticos do tratamento confirmam a correção da hipótese.

De mais a mais, um grande número de fenômenos da fisiologia clássica permanece completamente incompreensível se não se conhecerem as funções físico-orgonóticas. A função normal de reabsorção nos intestinos é um exemplo específico dessa afirmação. O surgimento de um edema resultante de uma anorgonia local depende da possibilidade de *reabsorção* do fluido do edema. De outro lado, essa reabsorção depende da potência orgonótica e da pulsação dos tecidos afetados. Aqui, os conceitos mecanicistas fracassam por completo. Primeiro, vamos nos orientar através dos conhecidos processos de reabsorção intestinal.

A natureza da capacidade de absorção do organismo constitui-se em um importante problema da fisiologia mecanicista que, segundo os fisiologistas, ainda não foi resolvido. *A membrana de reabsorção da parede intestinal agiria como uma membrana morta durante a passagem de alimentos ou as células do trato alimentar trabalhariam ativamente durante este processo?* Essas são as perguntas dos fisiologistas. Os processos do tecido vivo muitas vezes contradizem os processos puramente físicos e mecânicos nas membranas semipermeáveis. *A assimilação de alimentos fluidos pela parede intestinal não pode ser atribuída à osmose.* Heidenheim³ extraiu sangue de um cachorro e, depois de abrir o seu abdômen, injetou o soro do sangue do próprio cachorro em uma alça intestinal vazia, fechada nas duas extremidades. O animal reabsorveu seu próprio soro. Nesse experimento, não havia diferença de concentração entre o conteúdo intestinal e o fluido do tecido, de modo que os processos puramente mecânicos de difusão e osmose não exerceram um papel na reabsorção. Posteriormente, os fisiologistas tentaram explicar o fato da reabsorção intestinal como ação dos músculos intestinais. Presumiram que os músculos intestinais, que podem exercer pressão sobre o conteúdo dos intestinos de todos os lados, empurram o soro mecanicamente para que ele entre na corrente sanguínea filtrando-o, como estiver, através da membrana mucosa do intestino. Todavia, experimentos empreendidos para esclarecer este problema demonstraram que a filtração não pode ser um produto da pressão mecânica. Utilizando pedaços do intestino delgado de um coelho morto pouco antes como diafragma, Reid separou dois espaços preenchidos com a mesma solução salina, ou seja, espaços isotônicos. Observou-se que esses pedaços de intestino transportavam a solução durante um certo tempo do lado da mucosa para o lado da serosa. Assim, segundo Höber, que relata esse experimento no seu livro de fisiologia, a própria parede intestinal faz o trabalho. Höber resume o processo de reabsorção intestinal nas seguintes palavras: "Ela (a parede intestinal) pressiona ou suga a solução por ela mesma". E acrescenta:

3. Esta informação provém do excelente trabalho de Höber, *Lehrbuch der Physiologie des Menschen* [Compêndio de fisiologia humana] (7ª ed., 1934), pp. 69 ss.

Ela cessa depois de um certo tempo – quando morre a parede intestinal, obviamente, mas também quando está sob efeito do clorofórmio –, o que prova *que esse processo é determinado pela viabilidade das células*. Como se explica esse fato? Uma hipótese plausível é que, primeiro, as vilosidades intestinais podem ser encurtadas por suas fibras de músculo liso e, segundo, os espaços linfáticos do tecido conjuntivo reticular subepitelial se expandem em um vaso quiloso central que se esvazia em vasos linfáticos maiores, mais profundos, que levam o quilo, isto é, a linfa intestinal. Como a atividade periódica dos músculos leva as vilosidades a ficar alternadamente eretas e encurtadas, cria-se uma ação de sucção e bombeamento: as vilosidades não se espessam à medida que encurtam, o que faz com que o espaço do vaso quiloso central torne-se alternadamente pequeno e grande... Se realmente existir essa “bomba das vilosidades” em funcionamento, então é possível compreender o enigmático experimento conduzido por Reid. Pode ser verdade que tenhamos de reconhecer, sem qualificar, o papel exercido pelas atividades vitais no processo de reabsorção, porém o problema que falta resolver não é diferente daquele com que deparamos em qualquer contração muscular. [Itálicos meus.]

É claro que *a interpretação mecanicista da função de reabsorção, o movimento do fluido através da parede intestinal, é deficiente*. As funções mecânicas de osmose e difusão não conseguem explicar os fenômenos vitais. Depois de tentar em vão defender a posição mecanicista, Höber continua:

Entretanto, também existem observações que divergem absolutamente do que é aventado pelas leis de difusão e osmose. O. Cohnheim, por exemplo, demonstrou que, quando um intestino de cefalópode é preenchido com iodeto de sódio e fica em suspenso na água do oceano, todo o NaI desaparece e é expelido na solução circundante. É possível demonstrar em cachorros que, sob determinadas condições, o conteúdo de NaCl de uma solução nos intestinos cai para um nível *abaixo* do conteúdo de NaCl do plasma sanguíneo durante o processo de reabsorção; em outras palavras, *o NaCl flui na direção contrária ao potencial de concentração*. [O NaCl não flui, portanto, da concentração mais alta para a mais baixa, como fora previsto, porém da mais baixa para a mais alta.] Aqui, trata-se de uma ação

comparável a levar um gás de concentração ou pressão mais baixa para outra mais alta. É uma ação semelhante a aquelas empreendidas em outros órgãos; pois o trabalho de concentração é próprio de várias glândulas. [...] Essa ação traz uma nova prova de que *as células vivas têm um papel ativo no processo de reabsorção.*

A afirmação de fato não traz contribuições à solução do problema, formulado corretamente pela fisiologia mecanicista. Porém a formulação mecanicista também não ajuda a compreender de que maneira e de acordo com que leis de energia as células vivas realizam sua tarefa, uma tarefa que contradiz as leis mecanicistas da queda da energia potencial. As leis comuns da mecânica não têm validade nesse caso.

Podéria a física orgone oferecer uma melhor compreensão? Sua resposta seria a seguinte:

1. Segundo a lei da física orgone, como o sistema orgonótico mais forte sempre atrai o mais fraco, é claro que a parede intestinal sempre pode absorver o conteúdo intestinal, porém o inverso não é possível, isto é, o conteúdo intestinal nunca pode absorver os fluidos da parede intestinal. O movimento dos fluidos em uma única direção durante o processo de digestão deve ser atribuído, portanto, à lei do funcionamento orgonótico. Os bions dos alimentos no intestino são sistemas orgonóticos extremamente fracos, se comparados à orgonicidade da parede intestinal. Essa lei de funcionamento orgonótico foi determinada com base na observação direta, e não inventada com o propósito de explicar os fenômenos biológicos. Ela foi aplicada a processos biológicos num segundo momento – e com sucesso – depois de descoberta através do acumulador de orgone. A atração do sistema orgonótico mais fraco pelo mais forte é válida tanto na dimensão viva como na dimensão não viva de funcionamento.

2. A circulação do sangue e dos fluidos tissulares depende da vitalidade da função de pulsação nos órgãos. Quanto mais “vitalizado”, mais ativo um organismo, e, quanto mais forte sua pulsação orgonótica, mais rápido e completo será o metabolismo de seus fluidos corporais. A intensificação e redução do metabolismo são funções vegetativas vitais que dependem diretamente da atividade

pulsatória geral dos órgãos. A "diminuição de vitalidade" pode ser compreendida na biofísica orgone como uma *redução da motilidade orgonótica*, por vezes até atingir a anorgonia completa. Deste ponto de vista, o edema que surge com dor de dente, inanição, lesão ou queimadura de nervos, gravidez mal tolerada e tumores cancerosos confinados localmente possui *uma* causa essencial: a redução da atividade pulsatória da região do órgão afetado e, conseqüentemente, um fluxo mais lento dos fluidos corporais. Ocorre acúmulo de fluidos na parte do corpo onde a pulsação está enfraquecida: há mais fluido entrando na área adoecida do que saindo dela.

A atividade pulsatória de um órgão depende principalmente da atividade dos nervos autonômicos. Uma imobilização dos nervos autonômicos em qualquer dada parte do corpo deve, portanto, resultar em uma parada no movimento dos fluidos corporais. Assim, pode-se compreender facilmente a rápida formação de vesículas cheias de fluido em queimaduras, e o mesmo pode ser dito em relação a diversos outros edemas.

Voltando ao nosso paciente de câncer: desde a infância, ele havia sofrido de inibição da mobilidade no braço direito e debilitação dos órgãos da fala. Essa inibição da mobilidade, com os espasmos que a acompanham e a anorgonia local dos tecidos, conduziu ao tumor local no músculo deltóide direito. Nos antecedentes desta anorgonia local encontrava-se ativa a resignação caracterológica geral, centrada em especial na pelve e nos genitais. Correspondendo a ela havia a anorgonia local do aparelho genital que, pouco antes da morte, levou a uma paralisia da função urinária. Desenvolveram-se edemas nestas duas regiões anorgonóticas do corpo em conseqüência do bloqueio na motilidade dos nervos autonômicos. A morte decorreu de sufocação resultante do espasmo da glote.

Voltemo-nos agora para outro caso que demonstra a paralisia anorgonótica com particular clareza. Quando criança, essa paciente havia sofrido de angina (inflamação da garganta), provavelmente de origem diftérica, a que se seguiu uma leve fraqueza cardíaca. Sua menstruação começou na idade de doze anos e, no início, era normal. Posteriormente, veio a sofrer, no primeiro dia do ciclo, de dores

violentas, como câimbras, na região do ovário esquerdo. Compressas quentes não aliviavam as dores, nem medicamentos. Desde então, a região abdominal inferior do lado esquerdo tornou-se um "ponto fraco", em que ocorriam contínua e recorrentemente dores violentas e dilacerantes. Aos dezesseis anos, a paciente foi trabalhar num laboratório de raios X. Três meses depois de começar no emprego, se sentiu infeliz, sofreu ataques de náusea, palpitações e perda de cabelos. Um médico prescreveu arsênico, mas ela tolerou mal. As queixas cardíacas pioraram. Aos dezessete anos, diagnosticou-se anemia grave, inchaço das mamas e problemas nos ovários. As dores na região do ovário esquerdo foram piorando continuamente. Diferentes médicos emitiram variados diagnósticos, tais como "espasmo do útero", "inflamação dos ovários", etc. A medicação não ajudou. Dois anos depois, sua perna esquerda começou a cansar facilmente e apareceu uma flebite. A paciente tinha "gripe" duas ou três vezes por ano, período em que se intensificavam a fraqueza nas pernas e a flebite. Pouco depois, começou a sentir dores no abdômen. O inchaço em sua perna esquerda aumentou depois de dar à luz uma criança e, além de tudo, ficou hipersensível à pressão em toda a superfície do corpo. Ela desenvolveu uma anemia, com uma hemoglobina de 56% e uma contagem de eritrócitos de 3,2 milhões. Tentou diversas formas de terapia, mas nada adiantou. A história do caso traz uma grande quantidade de opiniões médicas conflitantes, tanto em relação ao diagnóstico quanto à terapia. Por várias vezes a paciente foi tratada com diatermia, injeções no fígado, terapia de calor e evipan*; nenhuma dessas medidas teve sucesso.

Resultados de exame do sangue: o exame físico-orgone do sangue apresentou um resultado peculiar; de fato, jamais deparei com um quadro sanguíneo como esse. O conteúdo de hemoglobina era de 95%; mas a cultura de sangue era altamente positiva. A reação T sob autoclave e em tintura de Gram dos colóides sanguíneos foi de quase 100%. O exame ao microscópio revelou o seguinte: o teste de autoclave indicou uma extrema fraqueza de orgone nos eritrócitos,

* Barbitúrico de ação hipnótica e sedativa. [N. do R. T.]

embora eles não exibissem encolhimento *nem desintegração bionosa prematura* (a desintegração levou vinte minutos) microscopicamente; ao contrário, eles apresentaram uma *margem de orgone ampla, com forte radiação*. Um fator surpreendente, em especial, foi que alguns eritrócitos eram de tamanho bem maior do que o normal. Em cada campo, havia diversas células grandes com plasma liso, parecidas com macrófagos. Os eritrócitos se agrupavam em volta dessas células grandes, mantendo uma distância que impedia o contato das membranas, mas, mesmo assim, formavam pontes de orgone muito fortes. Alguns minutos de observação me deram a impressão de que os eritrócitos estavam enormemente *sobrecarregados*. Essa sobrecarga, que se manifestava na cor e no tamanho dos eritrócitos, correspondia à descoberta de que os eritrócitos *se desintegravam com lentidão incomum* na solução salina fisiológica. Enquanto as primeiras vesículas de bíons apareciam normalmente nos glóbulos sanguíneos depois de 3 a 5 minutos, no caso dessa paciente ainda não havia desintegração *bionosa* mesmo depois de quinze minutos. Quando finalmente começou, as vesículas de energia estavam extraordinariamente grandes e com forte radiação.

Eu gostaria de resumir o caráter específico do quadro sanguíneo dessa paciente para tornar inteligível o meu diagnóstico de *leucemia latente*.

Poucos anos atrás, quando escrevi sobre minha orgonoterapia experimental aplicada à biopatía do câncer, formulei a hipótese de que a leucemia não é uma doença dos glóbulos brancos do sangue, mas antes uma doença do sistema de glóbulos vermelhos. Conjecturei que os eritrócitos estão sujeitos a um processo de desintegração ou putrefação e que os glóbulos brancos proliferam exatamente do mesmo modo que as bactérias ou outros corpos estranhos quando entram na corrente sanguínea. Na leucemia, esse "corpo estranho" é o próprio eritrócito em desintegração.

O quadro sanguíneo de nossa paciente continha a seguinte contradição: *microscopicamente*, os eritrócitos estavam sobrecarregados, com excesso de radiação; porém o teste de autoclave apresentou putrefação interna, isto é, *quase 100% de desintegração T*. Era difícil

coniliar o excesso de radiação orgonótica com o processo de putrefação que ocorria simultaneamente nos eritrócitos. Ainda assim, muitos processos familiares do organismo envolvem uma exacerbação das funções biológicas normais quando se torna necessária a defesa contra processos patológicos no mesmo órgão. Portanto, na minha opinião, a paciente sofria de tendência crônica, latente, à putrefação dos eritrócitos. *O organismo reagia a essa putrefação dos eritrócitos com a proliferação dos glóbulos brancos, o desenvolvimento de células brancas grandes, como macrófagos⁴, e com um aumento da temperatura, isto é, com luminância repetida do sistema sanguíneo para superar a fraqueza orgonótica.*

Neste caso, como sempre, a orgonoterapia tornou-se o critério para verificar a precisão de minha hipótese. Se estivesse correta, então o fornecimento de energia orgone teria necessariamente que eliminar a tendência dos eritrócitos à putrefação e todos os sintomas correspondentes. Minha expectativa se confirmou. Uma semana depois do início da orgonoterapia, a cultura de sangue apresentou resultado negativo. Os eritrócitos estavam menores do que antes e houve redução do número de glóbulos brancos no campo. A desintegração dos eritrócitos começou depois de três a cinco minutos e, desta vez, surgiram também espículas T.

No terceiro teste de sangue, duas semanas depois de começar a orgonoterapia, não havia mais formações com células grandes, com plasma liso, e três semanas depois tanto as espículas T como o excesso de radiação desapareceram. Depois de mais três semanas, um novo exame de sangue revelou que a reação T depois da autoclave, que, no primeiro exame, havia sido quase 100% positivo, era agora de apenas 10-20%. O quadro sanguíneo já estava quase normal. No ano seguinte, foram realizados testes sanguíneos cerca de uma vez por mês. A reação da cultura continuou sendo negativa e

4. O diagnóstico através de um esfregaço corado com tintura não pode ser realizado em casos como este. O importante não é o nome ou a estrutura dos diferentes tipos de glóbulos sanguíneos brancos, e sim a função vital do agrupamento de células brancas ao redor das células vermelhas, e a constituição orgonótica das células sanguíneas vivas e destruídas.

não houve excesso de radiação das células vermelhas ou proliferação dos glóbulos sanguíneos brancos. No entanto, a reação T na autoclave, na forma de descoloração esverdeada do colóide e desintegração T, permaneceu constante entre 30% e 40%. Durante esse ano, a reação da cultura foi positiva uma vez; isso ocorreu depois da prescrição de medicamentos por outro médico.

Os ataques de febre que nossa paciente sofreu durante tanto tempo foram entendidos, dali por diante, como *reações do sistema sanguíneo à sua própria tendência à putrefação*. A impressão era de que, neste caso, o sangue reagiu à sua própria fraqueza orgonótica como o faria a uma toxicose. Uma prova dessa interpretação está no fato de que os ataques de febre desapareceram junto com a hiporgonia e a reação T do sangue. Restará à pesquisa futura decidir se o que chamamos "febre funcional" pode ser atribuível com regularidade à *luminância* do sistema celular sanguíneo e, portanto, a uma reação de defesa contra distúrbios das funções vegetativas. O sistema sanguíneo agiu no caso exatamente como faz diante de infecção bacteriana.

O pai dessa paciente morreu de leucemia. Durante algum tempo, ela mesma sofreu de uma leucocitose suspeita. Havia vezes, durante sua febre funcional, em que o número de leucócitos subia até 14.000. Seu médico compartilhou comigo a suspeita de um tipo de leucemia latente, embora os métodos tradicionais de diagnose não pudessem fornecer prova tangível. Nossos testes de sangue não deixaram dúvidas quanto ao caráter *canceroso* do quadro sanguíneo. É verdade que ainda não havia tumores malignos circunscritos, mas surgiram vários sinais precoces, incluindo tumores nos ovários, putrefação do útero, etc.

Não duvido que a paciente teria morrido de leucemia se a orgonoterapia não tivesse sido bem-sucedida.

Existia, assim, uma hiporgonia latente dos eritrócitos. A gravidade dessa condição foi revelada posteriormente, na orgonoterapia experimental, quando descobrimos que só poderia ser eliminada lentamente e tinha forte tendência para reaparecer. Em outras palavras, *a coerência do plasma nos eritrócitos era fraca e, portanto, grande a tendência à putrefação*.

Os ataques de fraqueza *não* cessaram com a recuperação da reação normal do sangue, mas passaram a ocorrer com frequência muito menor, não duravam muito e não prostravam mais a paciente durante meses. Conseqüentemente, não se podia atribuir a anorgonia unicamente à fraqueza bioenergética do sistema sanguíneo. A anorgonia pode obviamente afetar órgãos específicos e grupos de órgãos e, dessa maneira, causar perturbações nas funções específicas do órgão e gerar tumores locais malignos. Todavia, como demonstrou este caso, a anorgonia pode estar presente *sem* perturbações nos tecidos; seus efeitos podem ser puramente funcionais.

Nossa paciente foi capaz de superar todos os ataques de fraqueza utilizando o acumulador de orgone. Porém a tendência a anorgonia prolongou-se por mais de dois anos depois da recuperação da paciente. É bem evidente que estamos lidando aqui com *um distúrbio no funcionamento de todo o conteúdo de orgone do corpo*, existente independentemente das perturbações orgânicas mecânicas ou fisiológicas que possam estar relacionadas à anorgonia. É crucial afirmar a existência de uma anorgonia total e independente como essa.

A anorgonia não é idêntica à condição de contração plasmática que encontramos na hipertensão vascular. Embora possa acompanhar ou se seguir à hipertensão muscular e vascular, também pode aparecer *sem* hipertensão.

A anorgonia também não é idêntica ao processo de encolhimento carcinomatoso. Mesmo que o encolhimento conduza invariavelmente à anorgonia e à morte, a anorgonia nem sempre leva ao encolhimento. Presenciei condições anorgonóticas nas quais não se tratava em absoluto de um encolhimento do sistema autonômico.

É importante entender a hipertonia do aparelho vital como uma contração biofísica que resiste a impulsos fortes oriundos do cerne biológico. A biopatia de encolhimento se faz acompanhar de *um decréscimo* dos impulsos centrais; há um *enfraquecimento* gradual das funções pulsatórias dos impulsos.

Por outro lado, a anorgonia se caracteriza por uma interrupção *súbita* da mobilidade, como na paralisia por choque, que provavelmente representa uma anorgonia *aguda* na sua forma mais pura.

Todos os casos descritos até agora apresentaram uma anorgonia aguda juntamente com o processo gradual de encolhimento. Nossa primeira paciente de câncer caiu no laboratório só depois que começou a se recuperar e ganhar peso. Deu-se a mesma coisa com nosso paciente que sofria de câncer na próstata; ele caiu exatamente quando estava melhorando. Nosso terceiro paciente também foi golpeado subitamente pela anorgonia no momento em que sua condição estava melhorando visivelmente.

A paralisia por susto e o choque vegetativo nos fornecem uma indicação do fenômeno com o qual estamos lidando, a saber, *uma parada abrupta do funcionamento plasmático do organismo total*. Se a anorgonia aguda se estender ao sistema cardiovascular, ocorrerá a morte.

O caso da nossa paciente atual revelou parte do mecanismo subjacente à interrupção da motilidade plasmática. Ela nos procurou para eliminar os antecedentes biopáticos de sua leucemia latente através da orgonoterapia. Durante vários meses, fez progressos consideráveis; a lembrança de sua doença foi ficando cada vez mais distante. Então, um dia, o antigo quadro de doença voltou em sua totalidade, como se nada tivesse acontecido nesse meio-tempo. A causa foi o aparecimento de sensações genitais muito fortes, que a paciente rejeitou teimosamente. Quando teve essas sensações de corrente na vagina surgiu a *angústia de orgasmo* e, com ela, um estado anorgonótico que durou dez dias e pareceu seriamente alarmante. Mas, desta vez, eu não estava desconcertado e sem saber como ajudar. Experiências anteriores com pacientes de câncer me prepararam para este desdobramento. Com esforços terapêuticos concentrados – a paciente recebia tratamento diário –, tentei eliminar as reações agudas de ansiedade que a fizeram evitar sensações genitais e, assim, desenvolver o reflexo orgástico por inteiro. Um grande número de experiências da infância, agora lembrados, mostrou que a mãe da paciente havia ameaçado com punição severa qualquer atividade que pudesse induzir à excitação genital, como, por exemplo, dançar, e desencorajado tal atividade chamando-a de comportamento de “puta”.

Eu gostaria de ressaltar essa relação. É essencial para a compreensão não só das biopatias de modo geral, mas particularmente da anorgonia parecida com o choque. É claro que o importante não é a palavra “puta”, mas todas as suas implicações – sociais, psíquicas, estruturais e biofísicas. Para não ser tachados de “coisa de puta” quer pelo moralismo social compulsivo, quer pela estrutura encouraçada, os impulsos genitais precisam ser brandos, controláveis a qualquer hora e fáceis de reprimir. De outro lado, o vigoroso impulso natural de fluxo incontrolável (luminância) do plasma corporal é rotulado oficialmente como imoral, criminoso ou “coisa de puta”, e experimentado subjetivamente como uma indicação de “perda do autocontrole”.

Este fato tem implicações sociais e biopsiquiátricas de enorme alcance. As palavras “angústia de prazer” e “angústia de orgasmo” são por demais fracas e limitadas para expressar as turbulências bioenergéticas que ocorrem no organismo quando este experimenta a plena excitação orgástica enquanto ainda está sob a pressão da couraça. Este conflito entre a couraça e a excitação orgástica tem conseqüências muito graves; longe de ser um “problema clínico” inofensivo, torna-se uma questão de vida e morte. Espero que consiga comunicar este fato.

Inúmeras vezes a paralisia anorgonótica matou pacientes de câncer sob meus cuidados que estavam, efetivamente, a caminho da recuperação. Os primeiros três pacientes cujo caso descrevi morreram quando a excitação orgástica natural colidiu com a estase plasmática. No quarto caso, consegui evitar este resultado final. O quinto caso, que descreverei a seguir, revelará o perigo da anorgonia de modo até mais esclarecedor.

Em síntese, as características mais notáveis da história de caso desta paciente são as seguintes:

Os sinais iniciais da doença se desenvolveram entre as idades de doze e catorze anos, isto é, no começo da puberdade. Uma dor como se o quadril esquerdo estivesse sendo repuxado, que foi o primeiro sintoma, prolongou-se, com interrupções, durante vários anos. Não muito depois, a paciente começou a experimentar dores no

peito, que ressurgiram em crises freqüentes nos dez anos seguintes. O diagnóstico foi "pleurite". Uma chapa dos pulmões quando ela estava com vinte e dois anos revelou uma "tuberculose curada". Por volta dos treze anos, instalaram-se dores "reumáticas e neuríticas" gerais, indo e voltando durante cerca de quinze anos. Na idade de doze anos, submeteu-se a sua primeira amigdalectomia, por "infecção das amígdalas". Ocorreu uma inflamação da glândula salivar (caxumba) durante seu décimo quinto ano e, no mesmo período, sofreu de dores violentas nos dedos dos pés, que muitas vezes assumiam uma palidez lívida, presumivelmente causada por ataques angioespasmódicos. Desde a infância, a paciente havia sofrido de graves estados de angústia que, por volta dos dezenove anos, se intensificaram sob a forma de crises agudas de palpitação. Quando tinha quinze anos, sofreu de uma "infecção" na mandíbula e raízes dos dentes. Uma grande parte da mandíbula, junto com nove dentes, teve de ser ressecada. O diagnóstico foi "osteomielite". Entre as idades de dezesseis e vinte anos, foi atormentada por diversos sintomas intestinais e uma diarréia que se alternava com constipação. Além disso, havia acessos de febre e, especificamente, uma debilidade e fadiga gerais que persistiram até o momento em que ela começou a orgonoterapia.

Dores intensas em ambas as regiões inguinais aconteceram durante seu décimo nono ano; submeteu-se a uma nova cirurgia, desta vez por "apendicite". Depois da operação, ela teve febre acompanhada de "diarréia" e calafrios constantes durante oito meses. Essa condição culminou num "colapso nervoso".

Ela se submeteu a uma segunda amigdalectomia em algum momento entre os vinte e um e vinte e seis anos, novamente por "infecção e inflamação das amígdalas". Também foi realizada uma laparotomia diagnóstica no mesmo período, "com o propósito de encontrar a causa das dores". Nessa ocasião, foram eliminadas algumas aderências na parte inferior do abdômen. As febres persistiam. O diagnóstico era sempre o de "infecção". No período entre os vinte e quatro e vinte e sete anos, foram diagnosticados uma "anemia" e um "aumento do fígado". Durante um certo tempo,

ocorreu sangramento retal a cada defecação. Dois anos depois, foi diagnosticada uma "disenteria por ameba" em um hospital e ela foi operada das hemorróidas. Aos trinta anos, submeteu-se a uma terceira operação das amígdalas, desta vez por causa de "supuração". Aos trinta e um anos, começou a sofrer de uma vontade constante de urinar. Foi novamente operada, desta vez por "múltiplos tumores benignos" do útero; foram removidos o corpo do útero e um ovário cístico. Não muito depois dessa operação, diagnosticaram-se "úlceras no estômago". Dois anos antes de começar a orqnoterapia, surgiu uma fístula supurada no meio do abdômen.

Abaixo, o quadro ginecológico:

Intróito de dois dedos. Uretra, glândulas de Bartholin e Skene normais. Colo do útero no eixo. Coto do útero movendo-se livremente, sem exsudação de coto. Os anexos esquerdos não podem ser percebidos, foram aparentemente extirpados quando da histerectomia supracervical. Trompa direita normal. Ovário direito extremamente pequeno. Exame por espéculo mostra graves alterações inflamatórias devidas à infecção por tricomonas numa mucosa vaginal atrófica. Quanto a outros sinais físicos, tenho a mencionar apenas a mastite cística.

O ginecologista diagnosticou *disfunção das glândulas endócrinas* como causa da plethora de infecções.

Abstenhamo-nos de insistir nos aspectos tragicômicos desta história de sofrimento da paciente. Há um número infinito de pessoas como esta que, sem ser neurastênicas hipocondríacas, passam a vida inteira indo de um médico a outro com aflições orgânicas agudas. Elas não só recebem diagnósticos variados com base em seus diversos sintomas, mas ocorre também de diferentes médicos prescreverem diferentes tratamentos para um mesmo sintoma. É próprio da calamidade causada pelo ponto de vista mecanicista na medicina interna que tenha ocorrido uma substituição da compreensão médica por rótulos diagnósticos, dentre os quais dois são particularmente proeminentes: "infecção" e "perturbação do funcionamento glandular". Não faz diferença se a tentativa de cura tem por base o bisturi ou vitaminas, o problema real está em apoiar-se

em *slogans* e conceitos mecanicistas. O "bacilo no ar" nada mais é do que um termo paliativo, e "disfunção hormonal", um mero rótulo. O bisturi tornou-se o símbolo máximo do abuso mecanicista do organismo. Nunca se pergunta *por que encurtaram os ligamentos do paramétrio*, ou *por que crescem tumores no útero*, ou *por que "bacilos do ar" podem afetar todos os órgãos*. A infecção vaginal por protozoários é aceita sem questionamentos, a despeito de não se conseguir detectar os tais protozoários no ar.

Em suma, as grandes descobertas médicas sobre infecção, secreção interna, e outras foram reduzidas a um *deus ex machina*, um padrão estabelecido que não apenas impede qualquer questionamento novo, como também destrói um número incontável de vidas humanas. Parecerá provável que esta paciente realmente sofresse de uma dúzia de doenças diferentes? Seria difícil acreditar. Na verdade, ela estava sofrendo de um único distúrbio: disfunção da pulsação plasmática. O diagnóstico pontual não tem importância aqui. Quando o plasma do corpo como um todo não funciona de modo ordenado, órgãos biologicamente subcarregados são vulneráveis à invasão de bactérias, glândulas de secreção interna funcionam precariamente, ligamentos ficam tensos devido à contração dos músculos, membranas mucosas se atrofiam, e assim por diante.

Imagine os seguintes desdobramentos em uma casa construída na areia, passados vinte anos: fendas na chaminé, rachaduras no teto, pisos de madeira empenados, uma criança ferida por uma peça ou uma parte da estrutura que caiu, um cano de água quebrado, infiltração de água pelas paredes. O que deve ser feito com um construtor que não consegue reconhecer a razão de todo este estrago? A obtusidade do construtor é exatamente análoga à obtusidade mecanicista no diagnóstico de doenças somáticas. Palavras cunhadas pelos mecanicistas como "infecção" ou "gripe" simplesmente disfarçam o fato de que os estímulos patológicos na realidade não são conhecidos e demonstráveis. O orgonoterapeuta que testemunha o surgimento de catarro, dores reumáticas ou pleuríticas tão logo a região correspondente do corpo se torna contraída, raciocina que as infecções são possivelmente o resultado de distúrbios biopá-

ticos da função. Toda esta área de pesquisa ainda não foi explorada; há tudo por se fazer. Durante epidemias tais como cólera, tifo, poliomielite e outras, teremos que aprender a atribuir pelo menos tanto significado à orgonicidade do organismo como o fazemos com o estímulo específico da doença. Já que se estabeleceu agora que microorganismos específicos podem se desenvolver *de maneira autógena, através da degeneração de células corporais*, o bacilo pode ser considerado um resultado da doença sistêmica, bem como sua causa.

Os tumores do aparelho genital de nossa paciente, que necessitaram de extirpação total do útero, e a tendência à destruição dos tecidos por supuração tornam esse caso semelhante ao caso 4. Os ataques de febre e os estados de exaustão indicam um distúrbio severo no equilíbrio da energia biológica. É verdade que, exceção feita aos tumores genitais, os sintomas pré-cancerosos eram mínimos, porém suficientemente pronunciados para justificar a opinião de que a paciente teria morrido de câncer. Exatamente como o orgonoterapeuta psiquiátrico infere o desenvolvimento de uma psicose a partir de ataques agudos de angústia, mesmo antes de seus sintomas se tornarem visíveis, na patologia do câncer pode-se inferir o desenvolvimento de uma biopatia do câncer quando seus precursores começam a se mostrar. Uma das tarefas da prevenção do câncer será o reconhecimento mais precoce possível e a eliminação desses precursores da doença. A orgonoterapia física e psiquiátrica está especialmente bem equipada para essa tarefa.

Agora, vamos às reações da paciente na orgonoterapia: o tórax era tipicamente imóvel, a respiração rasa, a musculatura do pescoço tensa, a coluna vertebral com lordose, a pelve "morta". Sua expressão facial se caracterizava por um sorriso rígido que parecia fixado na posição de uma careta torcida. Não era difícil perceber a existência de uma profunda depressão e um impulso para chorar.

A eliminação da inibição respiratória superficial imediatamente despertou impulsos corporais que consistiram em movimentos de empurrar violentos, desajeitados. Essa reação de empurrar logo se manifestou como uma defesa contra o ataque sexual e se fez acompanhar por uma expressão facial de ódio. *O reflexo de orgasmo*

servia, paradoxalmente, para expressar o ódio aos movimentos sexuais. Quando criança, entre os seis e dezesseis anos de idade, a paciente havia sido abusada sexualmente com frequência por seus irmãos mais velhos, o que sempre a dilacerara entre a excitação e a repulsa. A excitação a compelira a permitir que fosse molestada vezes sem fim; a repulsa ancorou-se somaticamente no "empurrar para fora". O reflexo orgástico assumiu assim sua forma especial.

Desconsiderarei os muitos detalhes de sua história infantil e me limitarei à anorgonia. Não é realmente importante saber que experiências primárias determinam a anorgonia, já que não há causas específicas para a moléstia. A anorgonia é uma reação puramente biológica ao bloqueio crônico da função do orgasmo. O único elemento específico da anorgonia é provavelmente a **contradição** entre impulsos genitais muito poderosos, naturais, e rupturas igualmente poderosas no reflexo orgástico. Eu suporia que crianças que não desenvolveram uma orgonicidade genital especialmente forte também tendem a ser menos vulneráveis a ataques anorgonóticos. Todavia, devo enfatizar a natureza hipotética desta afirmação.

Voltando à nossa paciente: enquanto as contrações do corpo expressaram ódio, o trabalho prosseguiu pelas vias habituais. A mudança chegou quando as contrações se suavizaram, ficaram mais dóceis e, portanto, prazerosas. Ao mesmo tempo que a expressão de ódio dava lugar à de prazer, o movimento da pelve reverteu sua direção. Anteriormente, a pelve tendia a se mover para trás durante a contração, "afastar"; agora ocorriam movimentos da pelve *para frente*. Não durou muito até que sensações pré-orgásticas pudessem ser sentidas no assoalho pélvico. Ao mesmo tempo, a inflamação da mucosa vaginal retrocedeu e o exame microscópico da secreção vaginal mostrou uma diminuição no número de parasitas tricomonas, que estavam agora preponderantemente imóveis e até em desintegração. Dali em diante eu pude observar, por um período de meses, como a frigidez genital se fazia acompanhar por uma formação intensificada de protozoários e, inversamente, como as excitações vaginais se faziam acompanhar por uma diminuição na formação de protozoários. Esta descoberta está de acordo com a afirmação da

biofísica orgone de que só se formam protozoários quando há fraqueza orgonótica nos órgãos afetados e que eles desaparecem quando a orgonicidade é forte. O fato de que protozoários como os tricomonas se desenvolvam a partir do epitélio vaginal ou cervical em desintegração bionosa torna compreensível sua relação com a potência orgonótica do tecido⁵.

Enquanto as correntes plasmáticas na vagina ainda estavam fracas, o tratamento de nossa paciente não diferiu de modo algum daquele adotado em outros casos, mas a situação mudou quando a paciente experimentou o primeiro ímpeto forte de excitação sexual. Em uma ocasião, ela soltou-se muito mais do que comumente. Uma onda intensa de excitação correu pela parte inferior de seu corpo e ela não conseguiu se mexer. Sua voz falhou e ela não respondeu quando argüida. Não conseguia se levantar. Apareceu uma paralisia flácida das extremidades. O quadro geral era alarmante. A pele do pescoço e da parte superior do corpo estava lívida e manchada, como que em choque vegetativo, e não havia reação a estímulos, como beliscar. Todavia a paciente não estava inconsciente. Quando o ataque anorgonótico passou, disse que tudo tinha ficado "preto" ao seu redor; subitamente, não conseguira sentir o corpo de modo algum e acreditou que estivesse "morrendo".

O ataque mostrou todos os sinais de anorgonia aguda. Os reflexos, a percepção tátil e a dor estavam todos presentes, porém a motilidade havia desaparecido. A anorgonia durou cerca de quarenta minutos. Sentei a paciente, mas ela caiu para trás, desamparada. Depois de uma hora, conseguiu se sentar sozinha, mas com esforço. Quando tentou ficar em pé, suas pernas cederam. Foi necessária mais uma hora de repouso antes que ela finalmente estivesse em condições de ir sozinha para casa.

Na sessão seguinte, a couraça estava novamente muito forte, mas, depois de ter sido afrouxada com sucesso, a anorgonia voltou, tendo durado menos tempo desta vez e assumido uma forma

5. A organização de *Tricomonas vaginalis* a partir do epitélio da mucosa vaginal foi demonstrada e gravada em filme.

menos intensa. A paciente descreveu o ataque como “desmaiar”. A partir daquele ponto, pude induzir a anorgonia de acordo com minha vontade. Por exemplo, eu podia produzi-la movendo sua cabeça para um lado ou para trás.

É importante notar que os ataques aconteceram sem angústia. Gradualmente, a relação da anorgonia com a corrente orgonótica ficou clara. A paciente usava sempre brincadeiras superficiais como defesa contra emoções sérias. Ela também conseguia “se fazer de morta” quando suas emoções ficavam fortes demais. O ataque anorgonótico agora sobrevinha como um terceiro mecanismo.

A futilidade caracterológica e o embotamento afetivo eram couraças superficiais. A anorgonia foi e permaneceu sendo o verdadeiro mecanismo profundo. Ficou perfeitamente claro durante os meses subsseqüentes que a evidência de anorgonia sempre havia estado presente. Era responsável pelos estados de fraqueza e muitos dos processos supurativos da paciente. A anorgonia não apareceu quando a paciente se permitiu experimentar excitação sexual, porém surgia abruptamente sempre que a excitação não podia seguir seu curso, isto é, quando era detida ainda na subida.

A anorgonia se fazia acompanhar de vertigens e angústia de cair. Podia prosseguir “superficialmente” e prolongar-se por alguns dias, ou “profundamente”, isto é, de modo imediato e completo. Como no caso 4, a crise de fraqueza podia ser muitas vezes superada no acumulador de orgone. A liberação do reflexo de orgasmo também a aliviava.

O mecanismo da anorgonia neste caso corresponde plenamente aos casos descritos anteriormente: *O organismo reage à excitação plasmática forte e desconhecida com um bloqueio na motilidade que se manifesta como “fraqueza”, “colapso”, “desmaio”, distúrbio de equilíbrio e angústia de cair. É como se a expansão orgonótica começasse, mas fosse incapaz de seguir seu curso plenamente, como se o impulso de expansão sumisse de repente.*

Durante o período em que estava em tratamento, a paciente relembrou diversas situações da infância em que ataques de fraqueza como estes se instalaram. Por exemplo, sentia-se “paralisada”

sempre que tinha o impulso de mostrar afeição pelo seu pai. Um estudo dos detalhes destes incidentes não deixou dúvidas de que a paralisia se devia a uma excitação sexual excessivamente forte desencadeada dentro dela. Seu pai era um homem duro, frio. Sentir a sensação de corrente sexual na sua presença era uma experiência horrenda. *Sua paralisia expressava o desamparo de uma criança que queria mostrar afeição, mas não conseguia tolerar a sensação física que acompanha a expressão da afeição.* O resultado era um bloqueio na motilidade e um ataque de fraqueza.

Consegui localizar onde ocorreu o bloqueio. À medida que o reflexo orgástico se intensificava e expandia a partir do tórax em direção ao abdômen, a paciente apresentava uma ação reflexa estranha. Ela literalmente cindia do umbigo para baixo; as pernas se dobravam de repente para cima e o tronco jogava-se para frente. Ela agarrava seu abdômen com as duas mãos, como se estivesse com dor. Gradualmente, ficou claro – e foi confirmado posteriormente pela palpação do abdômen – que a onda de excitação orgonótica que se dirigia aos genitais havia sido bloqueada por um espasmo dos intestinos precisamente no lugar em que a fístula que supurara tinha atravessado a parede abdominal. (Nesse meio-tempo, a própria fístula havia sido curada pelo tratamento com orgone.) É evidente que os órgãos abdominais tornaram-se espasmódicos tão logo as ondas orgonóticas de excitação pressionaram na direção dos genitais. Isso causou dores abdominais, cólicas, diarreia e constipação. O que não fica tão claro é como tais espasmos assumiram a forma histológica de tumores uterinos ou intestinais. No entanto, não pode haver dúvida alguma sobre o desenvolvimento de tumores benignos nos genitais, provenientes de condições espasmódicas dos órgãos abdominais.

Foram necessárias duas semanas de trabalho intensivo para remover este bloqueio no abdômen. O reflexo orgástico perdeu sua qualidade áspera, desajeitada, e, ao contrário, ganhou um movimento fluido. As sensações fluidas, agradáveis, de “corrente” logo apareceram no abdômen e, pela primeira vez na vida, a paciente experimentou, durante o ato sexual, as sensações pré-orgásticas de

corrente nos genitais. Depois que o bloqueio da motilidade foi removido, os ataques de anorgonia aguda também cessaram. Os estados superficiais, prolongados de fraqueza, continuaram a resurgir até poucos meses depois, quando também desapareceram.

Assim, o conceito de anorgonia foi confirmado pelo processo terapêutico.

Sintomática e dinamicamente, a condição de paralisia anorgonótica foi agora definida de maneira satisfatória. Ela inclui aqueles estados que até então levaram uma vida de Cinderela na patologia, como "paralisia funcional". Nós os concebemos agora como distúrbios no funcionamento de uma energia biológica concreta, em vez de estados "histéricos" ou lesões mecânicas dos tratos nervosos.

É mais difícil diferenciar a anorgonia resultante de encolhimento plasmático gradual da anorgonia que se instala de modo agudo. A pergunta é: *a anorgonia é produzida por uma perda de conteúdo de orgone no corpo ou é meramente o resultado de um bloqueio na motilidade do conteúdo normal de orgone?* A fraqueza anorgonótica moderada pode ser facilmente diferenciada dos ataques agudos de anorgonia. O mecanismo é presumivelmente o mesmo nos dois casos. Devemos supor que a anorgonia do tipo que se manifesta em ataques agudos pode se transformar em um processo de encolhimento crônico e que, inversamente, a anorgonia crônica pode culminar em paralisia funcional aguda. Se forem bloqueados os impulsos de expansão, o organismo pode se resignar e, como resultado final, encolher. Se o corpo estiver sujeito a uma perda gradual de energia orgone, pode parar de se expandir. *O que as duas condições têm em comum, em termos biofísicos, é a inibição da expansão, ou, expresso psicologicamente, a inibição da experiência de prazer.*

A próxima pergunta é: até onde vai este distúrbio na história pregressa de desenvolvimento do paciente? Em todos os cinco casos, havia indicações de ataques anorgonóticos brandos e transitórios que datavam da primeira infância. Porém esse fato não responde à pergunta. *O início da anorgonia deve ocorrer muito cedo, uma vez que as funções orgonóticas do corpo adquirem sua individualidade provavelmente durante o desenvolvimento fetal. Isto não significa "dis-*

posição hereditária”, mas *simplesmente muda o problema para o período antes e imediatamente depois do nascimento*. É importante ter em mente que a constituição de um organismo é um processo formativo e não algo que aparece “de bate-pronto”. Seu desenvolvimento continua indubitavelmente depois do nascimento até, aproximadamente, o fim do primeiro ano de vida.

Assim como a prevenção de doenças nunca começa cedo demais, também a pesquisa da constituição biofísica deve remontar à formação do embrião. Graças ao nosso conhecimento de muitas funções do orgone, é possível fazer isto agora.

O avanço da ciência consiste na redução de dados empíricos a causas primárias e na unificação progressiva destas causas. A psicopatologia freudiana, através da descoberta do desenvolvimento libidinal na primeira infância, reduziu consideravelmente a importância do “vale-tudo” da “hereditariedade”. As afirmações da psicopatologia estão baseadas em observações clínicas de crianças a partir dos dois anos de idade. A pesquisa de orgone busca mais atrás. A orgonoterapia para esquizofrênicos, por exemplo, não deixa dúvidas de que os mecanismos centrais da doença se estabelecem durante *as primeiras semanas de vida*. A linguagem do movimento, a linguagem dos órgãos e a linguagem da expressão emocional utilizadas na orgonoterapia são, do ponto de vista filogenético e ontogenético, mais antigas que a linguagem das palavras e idéias, que é o instrumento da psicologia profunda. A linguagem do movimento e da expressão corporal não começa em uma determinada idade e não está limitada ao animal humano, como a linguagem da palavra e da idéia. A linguagem da expressão corporal é uma função geral do mundo animal, mesmo que nós não tenhamos ainda aprendido a compreendê-la. Ao utilizá-la, a física orgone ganha acesso às funções vitais no homem e no animal *antes do primeiro ano de vida*, porque emoção e movimento expressivo estão ligados à pulsação plasmática.

Eu gostaria de comentar as percepções que podem ser obtidas a partir da orgonoterapia experimental com esquizofrênicos em outro momento e concluir este relato sobre anorgonia com a descrição da linguagem expressiva de uma criança recém-nascida. Será

demonstrado que podemos efetivamente procurar e encontrar os primeiros indícios de anorgonia no período anterior ao nascimento e logo depois dele.

3. ANGÚSTIA DE CAIR EM UM BEBÊ DE TRÊS SEMANAS

Tive recentemente a oportunidade de observar o desenvolvimento da angústia de cair em um bebê de três semanas. Esta observação preencheu uma lacuna na investigação da biopatia do câncer.

O bebê em questão nasceu em um ambiente em que a linguagem expressiva do organismo é compreendida e utilizada profissionalmente. Foi, portanto, ainda mais desconcertante que os pais se sentissem desamparados quando confrontados com a linguagem gestual do bebê. Eles tinham a impressão de que *não se sabe absolutamente nada sobre a vida emocional de uma criança recém-nascida*. Obviamente, as necessidades emocionais do bebê não são satisfeitas de modo algum através de cuidados puramente mecânicos. O bebê tem apenas *uma* forma de comunicar suas necessidades, a saber, *chorando*. Esta única forma cobre um sem-número de necessidades grandes e pequenas, desde a irritação com uma dobra de fralda até cólicas. A linguagem expressiva do bebê não encontra resposta do ambiente.

Evitarei discutir aqui aqueles tipos prejudiciais de cuidado de bebês que a educação moderna já eliminou do mundo ou ainda está combatendo: divisão rígida das porções de alimento e adoção inflexível de horários de alimentação, ao modo de Pirquet; extensão forçada das pernas em cuciros apertados, como era feito trinta anos atrás; negar o peito durante as primeiras vinte e quatro horas, como ainda é praticado em muitos hospitais; excesso de aquecimento dos berçários; tratamento de rotina em grandes instituições; prática de deixar os bebês "berrando", e assim por diante. Medidas compulsivas deste tipo expressam as atitudes hostis de pais e médicos com relação à vida. Seu efeito é o impedimento imediato da auto-regulação biológica do organismo após o nascimento, criando base para uma biopatia posterior, que é então interpretada erroneamente

como defeito hereditário. Tudo isto é conhecimento comum hoje em dia, mesmo que ainda não tenha tido impacto sobre a prática comum no cuidado de crianças.

Eu gostaria de me limitar aqui a uma influência prejudicial específica nas primeiras semanas de vida que tem sido negligenciada até agora: *a ausência de contato orgonótico, de natureza diretamente física ou psicológica, entre o bebê e a pessoa que toma conta dele.* A capacidade de compreender a linguagem da expressão emocional do bebê depende diretamente da proximidade deste contato: quanto mais completo o contato orgonótico, melhor a compreensão.

Os lugares mais significativos de contato do corpo do bebê são a boca e a garganta, altamente carregadas do ponto de vista bioenergético. Este órgão do corpo se lança em busca de gratificação desde o começo. *Se o mamilo da mãe reagir aos movimentos de sucção do bebê de maneira biofisicamente normal, com sensações de prazer, ficará fortemente ereto e a excitação orgonótica do bico se fundirá com a excitação da boca do bebê, até que ambas se tornem uma coisa só, de modo semelhante ao que ocorre no ato sexual orgasticamente gratificante, em que os genitais do homem e da mulher luminam e se fundem orgonoticamente.* Nada há de "anormal" ou "nojento" nisto. Qualquer mãe saudável experimenta a sucção como um prazer e cede a ele.

Todavia, cerca de 80% de todas as mulheres sofrem de anestesia vaginal e frigidez. De modo correspondente, os seus mamilos são anorgonóticos, isto é, "mortos". A mãe pode desenvolver uma angústia ou aversão como resposta àquilo que seria naturalmente uma sensação de prazer despertada no peito pela sucção do bebê. É por este motivo que tantas mães não querem amamentar seus filhos. Além do mais, um seio anorgonótico funciona fisiologicamente pouco; isto é, a produção de leite fica perturbada. Assim, a boca excitada do bebê depara quer com um mamilo "morto", o que o impede de experimentar satisfação, quer com o bico de borracha não-excitável de uma garrafa a que o bebê ficou restrito por causa da fobia da mãe.

A debilitação do funcionamento plasmático na região da boca, pescoço e ombro que encontramos nas biopatias não deixa dúvidas

de que os severos danos à orgonicidade do bebê na região da cabeça e pescoço são causados por estes distúrbios da mãe. Distúrbios da fala, falta de expressão emocional, espasmos nos músculos do pescoço, distúrbios alimentares, vômitos espasmódicos histéricos, medo de beijar, depressão, gagucira, mutismo e muitos outros são conseqüências de um funcionamento orgonótico precário dos órgãos da boca e do pescoço. Assim se dá o primeiro contato fisiológico do bebê com o mundo.

Abordemos agora o contato emocional, diretamente determinado pelo contato orgonótico. O bebê não tem outros meios de expressão à sua disposição senão as diversas formas de movimento (caretas, movimentos dos braços, pernas e tronco, expressões dos olhos) e o choro. No início, a mãe capta a expressão dos gestos do bebê através do contato orgonótico (pela identificação, em termos psicológicos). Se seu próprio organismo estiver livre e emocionalmente expressivo, ela compreenderá o bebê. Porém, se for encorajada, rígida caracterologicamente, tímida ou inibida de qualquer outra maneira, ela não conseguirá compreender a linguagem do bebê e, portanto, o desenvolvimento emocional da criança será exposto a diversos tipos de influências prejudiciais. As necessidades do bebê só podem ser satisfeitas se suas expressões forem compreendidas. Contudo o que exatamente ele quer nem sempre é fácil de saber.

Toda criança recém-nascida possui sua individualidade, seu próprio tom de expressão emocional, que deve ser reconhecido para que suas reações emocionais individuais sejam compreendidas. O bebê, neste caso particular de angústia de cair, se caracterizava por um "olhar esperto". Essa "forma de olhar" estava totalmente desenvolvida poucos minutos depois do nascimento, isto é, os olhos do bebê recém-nascido estavam bem abertos e davam a impressão de "estar vendo". Ele pegou o peito imediatamente, e com vigor. Durante a primeira semana, não chorou muito. Na segunda semana, no entanto, chorou com freqüência, e nenhuma das pessoas que cuidavam dele era capaz de conceber o que o levava a chorar. Quem tentava pacificá-lo nem sempre conseguia silenciá-lo, e muitas vezes eu tinha a sensação de que a criança queria algo *bem definido*. Mas o

quê? Duas semanas depois, entendi que o que ele queria era *contato corporal*. Terei que explicar este ponto.

Durante as poucas horas em que estava acordado, o bebê seguia com os olhos as espirais vermelhas pintadas nas paredes do seu quarto. Ele claramente preferia a cor vermelha à azul ou verde: seu olhar se fixava por muito mais tempo no vermelho, com uma expressão muito mais intensa.

Com duas semanas de idade, o bebê experimentou sua primeira excitação orgástica na boca. Aconteceu enquanto ele mamava: os globos oculares viraram para cima e para os lados, a boca começou a tremer, a língua estremeceu. Então as contrações se espalharam por todo o rosto. Depois de cerca de dez segundos, elas cederam e a musculatura da face relaxou. Essa excitação pareceu perfeitamente natural para os pais, mas sabemos por experiência que muitos pais ficam alarmados quando seu filho experimenta o orgasmo oral. Nas quatro semanas seguintes, esses movimentos convulsivos ocorreram diversas vezes.

Ao término de sua terceira semana de vida, o bebê experimentou um ataque agudo de angústia de cair quando era tirado do banho e colocado sobre uma mesa de costas. Não ficou claro imediatamente se o movimento de deitá-lo teria sido muito rápido ou se o esfriamento da pele desencadeou a angústia de cair. Seja a causa qual for, *o bebê começou a gritar violentamente, esticou os braços para trás como que para obter apoio, tentou trazer a cabeça para frente, mostrou um pânico absoluto nos olhos e não pôde ser acalmado.* Teve que ser tomado nos braços. Tão logo foi feita nova tentativa de deitá-lo, a angústia de cair reapareceu com a mesma violência. Só foi possível acalmá-lo tomando-o nos braços.

Nos dias que se seguiram, a escápula direita e o braço direito ficaram retraídos e menos móveis do que o braço esquerdo. A contração da musculatura do ombro direito era bastante nítida e sua conexão com a angústia de cair, clara. *Durante o ataque de angústia, a criança puxou os dois ombros para trás como que se protegendo da queda. Essa atitude muscular se manteve; não conseguiu relaxar mesmo durante períodos livres de angústia.*

Acredito agora que há um grande significado ligado a este incidente. Todavia, é possível excluir as seguintes explicações:

Não poderia se tratar de uma angústia de orgasmo genital do tipo que acontece depois da puberdade. Nem poderia ser um medo racional, já que um bebê com três semanas de idade não formou os conceitos de "cair", "altura" ou "profundidade". Também não poderia ser o caso de angústia de cair *psiconeurótica*, já que não existem conceitos antes do desenvolvimento da língua falada e não pode haver fobia sem conceitos.

A explicação psicanalítica de "angústia instintiva" oferecida habitualmente em tais casos não é satisfatória, pois a pergunta então seria: que tipo de pulsão do ego estava sendo evitada? Não há algo como um ego moral nesta idade e, de acordo com a teoria psicanalítica, quando não há defesa moral, também não pode haver angústia instintiva. Não há "ego" para "sinalizar" uma irrupção pulsional por meio da crise de angústia.

Portanto, nem as explicações racionalistas nem as psicológicas oferecem resposta. *Como é possível ocorrer um ataque agudo de angústia em um bebê de três semanas, que não possui nem consciência do perigo de cair nem um sinal instintivo de defesa do ego contra a angústia? Recorrer à noção de uma "angústia instintiva, arcaica, inata" seria totalmente ocioso e nada provaria. Uma crise de angústia é um distúrbio funcional e só pode ser compreendida em termos das funções corporais orgonóticas.*

Tentemos uma interpretação biofísica: se o medo do perigo e a defesa contra um instinto tiverem de ser excluídos, o que permanece é o mecanismo de prazer-angústia do sistema orgonótico corporal, que funciona desde o primeiríssimo movimento do plasma. Em "Psychischer Kontakt und vegetative Strömung"* (1934), tive que fazer a afirmação de que a sensação de queda é uma ocorrência puramente biofísica desencadeada por um retraimento rápido da energia biológica da periferia para o centro vegetativo do organismo. É o mesmo tipo de

* "Contato psíquico e corrente vegetativa", texto incluído em 1944 como o capítulo XIII do livro *Análise do caráter*, de Wilhelm Reich (Martins Fontes). [N. do R. T.]

sensação cinestésica de órgão que acontece na queda real, no susto, e quando ocorre inibição súbita da expansão orgástica. Como mostrei clinicamente, a angústia de cair está sempre na raiz da angústia do orgasmo. *A pulsação rápida e extrema do orgasmo é experimentada como queda se não puder seguir seu curso sem impedimentos.* Em contraste, a contração orgástica não inibida conduz à sensação de *flutuar ou voar.*

O retraimento da bioenergia da periferia do corpo representa uma anorgonia das extremidades; a perda do sentido de equilíbrio acompanha a anorgonia dos órgãos que lhe dão suporte.

A angústia de cair não é, portanto, uma "formação psíquica", mas a simples expressão de anorgonia súbita naqueles órgãos que sustentam o equilíbrio do corpo em oposição à atração gravitacional. Quer a angústia de cair e a anorgonia sejam induzidas pela súbita investida da angústia de orgasmo, pela queda real ou por uma contração de susto, o mecanismo continua o mesmo: *perda da motilidade plasmática periférica, acompanhada de uma perda do sentido de equilíbrio e do equilíbrio em si.* A experiência de angústia é uma reação biofísica imediata à contração repentina do sistema plasmático. A contração orgonótica, todavia, está relacionada à *perda da motilidade plasmática na periferia e, por esse motivo, se manifesta como medo de cair.*

Se a imobilização acontece como resultado de um bloqueio de prazer secundário ou por causa de uma contração de angústia primária, isso não importa. O efeito é o mesmo: *a sensação de queda é a percepção interna imediata da imobilização da periferia do corpo e da perda de equilíbrio.* O equilíbrio do corpo no campo gravitacional é, portanto, uma função da pulsação orgonótica plena na periferia do sistema orgonótico.

Devo relatar um incidente que fortalece esta interpretação. Um garoto que eu conhecia havia pego um esquilo e o estava segurando em sua mão. Fiquei surpreso com o fato de que o esquilo estava deitado completamente flácido na sua mão, sem lutar, sem morder e sem se remexer, na verdade sem se mover de modo algum. Estava completamente *paralisado de susto* e sofrendo de um *ataque anorgo-*

nótico agudo. Depois de alguns minutos, o garoto colocou o esquilo no chão. No início ficou deitado ali como se estivesse morto, isto é, totalmente sem movimento. Então tentou levantar, mas caiu. Em termos de física, não podia superar a atração da gravidade. Suas tentativas de ficar apoiado sobre suas próprias pernas continuaram fracassando durante cerca de quinze minutos. Porém não estava ferido, pois mais tarde correu e pulou muito bem. O distúrbio do sentido de equilíbrio e as quedas sucessivas produziram uma angústia crescente e isso causou mais quedas. Durante vários segundos, o esquilo convulsionou, apresentando contrações súbitas tão fortes que o projetaram de 10 a 20 cm no ar. Finalmente, o animal recuperou-se do ataque e rastejou até uma moita, onde repousou durante um bom tempo antes de fugir precipitadamente.

Voltemos ao nosso bebê. Será possível inferir uma *causa* para o ataque anorgonótico? Penso que sim. *Pois durante as duas primeiras semanas de vida, aproximadamente, houve pouco contato orgonótico da mãe com a criança*. Obviamente, houve fortes ímpetos de contato corporal por parte da criança que não foram satisfeitos. Então ocorreu o orgasmo oral, uma descarga totalmente natural da intensa excitação na região da cabeça e garganta. Isto intensificou a necessidade de contato ainda mais. A ausência de contato levou a uma contração, um retraimento da energia biológica, como consequência dos vãos esforços para estabelecer contato. Se fosse para empregar uma terminologia de psicologia nesse caso, diríamos que a criança "se resignou" (que ficou "frustrada"). Porém a "resignação biológica" fez emergir a anorgonia e sobreveio a angústia de cair. Essa situação faz lembrar o caso 5, em que a biopatia obedeceu ao mesmo mecanismo.

Por tentativas de ensaio e erro, consegui vencer a angústia de cair do bebê. Presumindo que minhas conclusões estivessem corretas, achei que seria necessário adotar três procedimentos:

1. *Pegar a criança no colo quando gritava*. Foi útil, e a angústia de cair cessou cerca de três semanas depois. O medo de estranhos surgiu com a angústia de cair. Antes do primeiro ataque, a criança ia alegremente nos braços de qualquer estranho; depois do ataque, ela

começava a chorar de medo. Ela também reagiu certa vez com angústia ao súbito aparecimento de um cachorro.

2. *Os ombros, mantidos em posição "retraída", foram suavemente movidos para a frente, de modo que eliminasse esse primeiro surgimento de uma couraça caracterológica na região.* Fiz isso em tom de brincadeira, rindo e fazendo sons que a criança adorou. O procedimento foi adotado diariamente durante cerca de dois meses, sempre como se fosse brincando.

3. *A criança realmente tinha que receber a "permissão de cair" para se acostumar com a sensação de queda.* Era pega pelas axilas, levantada e abaixada com delicadeza, lentamente no começo, depois cada vez mais rápido. No início, reagiu chorando, mas com o passar do tempo começou a gostar dos movimentos. Logo ela desenvolveu uma brincadeira a partir dessa rotina de ser levantada e abaixada. Quando conseguia manter-se na vertical, começava a fazer "movimentos de andar" com as pernas. Ela se inclinava encostando no meu peito e olhava para cima, em direção à minha cabeça. Compreendi. *Ela queria me escalar.* Quando chegava ao topo de minha cabeça ela gritava de alegria. Nas semanas seguintes, o subir e "cair" tornou-se sua brincadeira predileta.

Felizmente a primeira reação biopática fora superada. Durante os seis meses seguintes, não observamos nenhum sinal da angústia de cair.

É importante seguir o desenvolvimento desse bebê em uma área diretamente ligada ao encolhimento biopático: *se o encolhimento carcinomatoso do organismo adulto se assenta na contração e resignação crônicas adquiridas em idade precoce, pode-se concluir que a prevenção da biopatia de encolhimento depende do desenvolvimento sem perturbações dos impulsos vitais nos primeiros meses de vida.*

Sem dúvida, seria mais simples e mais popular desenvolver um remédio contra o processo de encolhimento no câncer, mas, já que é impossível, não temos alternativa senão nos concentrarmos na *educação econômico-sexual de um bebê recém-nascido.* Até onde posso ver não há outra saída, apesar das graves implicações sociais envolvidas nesse curso de ação.

Começamos com a falta de compreensão do adulto em relação à linguagem expressiva de bebês recém-nascidos. Esta lacuna tem graves conseqüências e é bastante generalizada. Os pais do bebê acreditavam, neste caso, serem particularmente compreensivos por permitir que o bebê regulasse por si os horários e a quantidade de alimentos ingeridos. Porém, e já na quarta semana de vida, observamos uma angústia que se manifestava em choros repetidos. No começo, não entendemos. Lentamente, a simples observação nos revelou que é extremamente enfadonho ficar deitado sozinho num berço durante horas, dia após dia, com paredes altas dos dois lados e coberto na parte de cima.

A vivacidade do bebê recém-nascido requer vivacidade de seu ambiente. O bebê prefere cores vibrantes a tons cinzentos ou opacos e objetos que se movem, em vez de objetos parados. Ao colocarmos o bebê no carrinho de modo que as paredes não obstruam mais sua visão e tirarmos a parte de cima, ele pode ver tudo ao seu redor sem dificuldade e exibirá um interesse vivaz pelas pessoas que passam, pelas árvores, arbustos, postes, muros, e assim por diante.

O conceito de "autismo da criança", de ser ela "voltada para dentro", é tão errôneo quanto difundido. O autismo do bebê é um *artefato* causado pelo comportamento dos adultos. É gerado artificialmente pelo rígido isolamento do bebê, pela couraça caracterológica dos adultos responsáveis por cuidar dele e também pelos teóricos do cuidado infantil. É bastante compreensível que o bebê não saia *dele mesmo* – ou só o faça com a maior dificuldade – nas situações em que só depara com regras inflexíveis e comportamentos não autênticos, em vez de calor humano.

É verdade que, hoje em dia, os bebês recém-nascidos, em sua maioria, são silenciosos e retraídos. Porém a lordose ou a neurose de angústia serão naturais só por serem comuns? Enquanto familiares, médicos e educadores abordarem os bebês com comportamentos falsos e rígidos, opiniões inflexíveis, condescendência e intromissão em vez de contato orgonótico, os bebês continuarão sendo silenciosos, retraídos, apáticos, "autistas", "esquisitos" e, posteriormente, "animaizinhos selvagens", que os doutos sentem que devem "domesticar".

Este mundo não mudará, apesar de todos os discursos políticos, enquanto os adultos não conseguirem se dar ao trabalho de evitar seu próprio entorpecimento, resultante da influência que exercem no sistema plasmático ainda incólume do bebê.

Um bebê não reage com movimento expressivo a “conversas de bebê” meladas ou à linguagem restrita dos adultos. *Ele só reage à entonação e ao som de uma voz, a uma linguagem relacionada à sua própria.* Em um bebê de apenas poucas semanas é possível evocar um prazer entusiasmado e respostas vivazes quando se fala com ele nos seus sons guturais, fazendo seus movimentos e, acima de tudo, mantendo um contato vívido com ele. O comportamento falso do adulto força a criança a se voltar para si mesma inevitavelmente. Não há exagero em afirmar que 90% dos adultos ainda estão completamente desatentos a essa questão específica, e, por este motivo, se produzem constituições biopáticas a cada dia.

Deficiências extremamente interessantes relativas à secreção interna e às funções enzimáticas são resultados e sintomas, não as causas das posteriores doenças do biosistema. Isto deve estar certo se o ponto de vista mecânico-químico da biologia estiver incorreto – e é incorreto. O estado de saúde miserável da população deste planeta já é prova suficiente.

O modo horrendo como hindus, japoneses e qualquer outro tipo de asiático autoritário educam bebês não deveria ser uma surpresa tão grande para nós. Não somos muito melhores por aqui, no “Ocidente” culto. Só são diferentes os métodos de “domesticar os animaizinhos selvagens”. O espírito de velha solteirona, intolerante com qualquer coisa que estiver viva ao seu redor, seja o que for, é o mesmo. Dentro de vinte ou cinquenta anos, será lugar-comum a idéia de que as pessoas que cuidam de crianças devem elas mesmas ter a experiência do amor e seus organismos devem conhecer a sensação de convulsão orgástica antes que possam entender uma criancinha. Estou bem consciente de quão repugnante isso possa soar para determinados ouvidos hoje, mas, mesmo assim, na experiência diária, continua sendo verdade que o maior perigo ao desenvolvimento da criança consiste de educadores orgasticamente impotentes.

O assim chamado autismo da criança de tenra idade – sua imobilidade, sua palidez, seu retraimento – é um artefato da educação, um produto de nossa total infelicidade social. A diarreia, a anemia e outras doenças logo serão colocadas nessa categoria também, uma afirmação que pode parecer exagerada, mas não é. Se a função intestinal é vegetativa por natureza, o que é um fato, então o desenvolvimento emocional (isto é, biofísico e orgonótico) perturbado da criança deve ter um papel crucial também na diarreia, na palidez, na anemia, e assim por diante. Não há sentido em falar de “infelicidade social” atualmente porque, analisando essa infelicidade social em última instância, ela mesma resulta de um mundo de animais humanos embrutecidos, de um mundo em que há sempre dinheiro mais do que suficiente para guerras, mas nunca há o suficiente – nem mesmo uma fração mínima do que é gasto para pagar os custos de *um dia* de guerra – para assegurar a proteção da vida. Isso existe porque seres humanos embrutecidos, enrijecidos, não têm uma compreensão do que é vivo; na verdade, eles o temem. Não há espécie de infelicidade social que iguale a infelicidade dos bebês de pais biopáticos.

Há uma concepção errônea difundida de que os atos de agarrar, engatinhar, andar e outras funções similares simplesmente aparecem um dia, de que uma criança simplesmente começa a agarrar com *x* semanas, engatinhar com *y* semanas e andar com *z* semanas. É surpreendente que os pediatras não tenham elaborado um esquema de quantos passos um bebê deva dar por dia, exatamente como determinaram o número diário de calorias que ele deve consumir. Um mamilo erogenamente vitalizado e um contato caloroso com a mãe são muito mais eficazes do que quaisquer prescrições de substâncias químicas para estimular a digestão e o funcionamento total do corpo do recém-nascido. Uma vez estabelecido o contato entre o bebê e um ambiente caloroso, compreensivo, então – e somente então – podem ser observados os processos naturais, em vez dos produtos artificiais de uma educação patológica. Os próprios educadores precisam se tornar sexualmente saudáveis para que suas afirmações científicas sobre crianças possam ser precisas.

Na minha opinião, qualquer afirmação deveria ser – e não há dúvidas de que será, um dia – julgada *de acordo com a estrutura de caráter da pessoa que a pronuncia*, exatamente como se julga um livro pela sua elegância estilística ou um cirurgião pela destreza de suas mãos.

É preciso primeiro estabelecer um quadro de referência para se chegar a observações precisas. Se o contato orgonótico está presente, é possível observar as diversas funções manifestando-se no bebê bem antes que elas tenham um “propósito”. O olho, por exemplo, segue uma mão em movimento. O movimento de fechar da mão se desenvolve bem antes de o bebê realmente agarrar qualquer objeto e nada tem a ver com o “reflexo de agarrar” mecânico. *O agarrar com propósito se desenvolve gradualmente pela fusão de muitas funções, isto é, pela coordenação articulada de movimentos de órgãos não coordenados anteriormente.* A visão com propósito, por exemplo, se estabelece quando o olho entra em contato com algo que se move no ambiente e isso induz ao prazer. Depois de realizar o ato de ver, a função, já complicada, busca *novos* assuntos agradáveis nos quais fixar o olhar. Estímulos desagradáveis produzem contrações e não desenvolvem o ato de olhar. A quantidade excessiva de angústia e desprazer experimentada pelos nossos bebês leva posteriormente a “olhos sem brilho”, “miopia”, restrição de movimentos das pálpebras e, com ela, a expressão “morta” nos olhos.

Diante desses fatos, o que se pode fazer com o engano mecanicista de que “ver é a resposta da retina a um raio de luz”? *É claro*, mas a reação da retina é apenas um veículo, um meio de enxergar. *Será a dança de uma criança “apenas” o contato dos pés com o chão ou “apenas” tal ou qual seqüência de contrações de músculos?* Nesse exemplo, revela-se com muita clareza o vazio de todas as interpretações mecanicistas da vida.

A criança olha para você de um jeito quando você sorri para ela e de outro quando você franze as sobrancelhas. *Portanto, o elemento crucial é a expressão motora do plasma*, não os estímulos, reações e contrações musculares individuais, e assim por diante. O raio de luz que atinge a retina sempre envolve o mesmo processo de comprimentos de ondas estabelecidos. Todavia, o olho do bebê pode estar

brilhando ou entorpecido, dependendo da *turgidez do tecido*, que aumenta com o prazer e é inibida pela ansiedade.

Uma pessoa que estabeleceu um bom contato com o bebê pode encorajar suas funções. Sempre que eu me aproximava, o bebê que eu estava observando fazia movimentos de andar enquanto deitado, para me indicar seu desejo de "andar". Quando estava com três meses e meio, ficava em êxtase quando eu o pegava por baixo dos braços e o deixava colocar os pés ritmicamente no chão e se mover. Ele olhava continuamente para as paredes ou para o teto para se convencer de que realmente havia movimento, isto é, que os objetos se moviam e passavam por ele.

Crianças passam por uma fase de desenvolvimento caracterizada pela atividade vigorosa da musculatura da voz. A alegria que o bebê tira de ruídos altos (gritar, guinchar e formar uma variedade de sons) é considerada por muitos pais como agressividade patológica. Em consequência, as crianças são admoestadas a não gritar, a ficar "quietas". Os impulsos do aparelho vocal são inibidos, sua musculatura torna-se cronicamente contraída e a criança fica quieta, "bem educada", e se retrai. O efeito dessa educação equivocada logo se manifesta em distúrbios de alimentação, apatia geral, palidez da face e outros. Distúrbios da fala e retardos no seu desenvolvimento têm presumivelmente essa causa. No adulto, vemos os efeitos de tal tipo inadequado de educação na forma de espasmos na garganta. A contração automática da glote e da musculatura profunda da garganta, com subsequente inibição dos impulsos agressivos da cabeça e pescoço, parece ser particularmente característica. A experiência clínica nos ensinou que se deve permitir às crianças pequenas que "berrem" quando o berro é inspirado pelo prazer. Isto pode não agradar certos pais, mas as questões de educação devem ser decididas *exclusivamente com vistas aos interesses da criança*, não dos adultos.

Quero deixar claro que vejo a origem do processo de encolhimento biopático como *dependente de funções psíquicas e físico-químicas da atividade bioemocional do organismo no começo de seu desenvolvimento*. Aqui, e só aqui, serão encontrados os meios para a prevenção deste processo, não em remédios ou teorias culturais de sublimação.

Tenho enfatizado a dependência que têm as funções psicossomáticas das funções bioenergéticas da pulsação plasmática. *A atividade pulsatória vivida desde o primeiro momento do nascimento é a única prevenção que se pode conceber contra a contração crônica e o encolhimento prematuro.*

A pulsação bioenergética é uma função completamente dependente das estimulações do ambiente e do contato com ele. A estrutura de caráter dos pais forma uma parte crucial desse ambiente, principalmente a da mãe, *que proporciona o ambiente desde o momento em que se forma o embrião até o momento do nascimento.*

Eu gostaria agora de discutir os poucos entendimentos que temos sobre o desenvolvimento *pré-natal* do organismo. Eles não são muitos nem são decisivos. Haverá muito mais que se aprender antes que seja possível desvendar o obscuro problema da hereditariedade. Porém as notas que se seguem – nada são além disso – se constituem em um começo que pode conduzir a um conhecimento prático mais adiante.

Se for para situar o surgimento de uma biopatia de encolhimento no estágio embrionário do desenvolvimento, a próxima indagação dirá respeito à influência do sangue materno no embrião, isto é, o efeito da orgonicidade do organismo da mãe, especialmente a condição bioenergética dos órgãos genitais dela, no embrião.

As contrações do embrião de galinha, que foram demonstradas em filme, confirmam a natureza clônica pulsatória do crescimento embrionário. *A vitalidade de um embrião se manifesta nessas contrações.* A própria forma de bexiga mostra que operam aqui as funções bioenergéticas características da *protusão protoplasmática*, que pode ser mais bem estudada observando o fluxo das amebas. É preciso supor que um útero livremente contrátil oferece um ambiente muito mais favorável para o embrião que um útero espástico e anorgonótico. Em um útero orgonoticamente vigoroso, a circulação de sangue e fluidos corporais é mais completa, tornando mais eficiente o metabolismo energético. Além disso, *a capacidade de carga do tecido materno é transmitida ao embrião.* Esta é, afinal, uma parte funcional da mucosa uterina.

Compreende-se perfeitamente, portanto, que os filhos de mulheres orgasticamente potentes sejam tão mais vitalizados que os filhos de mulheres frígidas, encouraçadas – uma afirmação que pode ser facilmente confirmada. A assim chamada “hereditariedade de temperamento” fundamentalmente nada mais é do que o efeito do tecido materno no embrião. Concebido dessa forma, pode-se ter acesso a parte do problema da “hereditariedade do caráter” pela primeira vez. Como as funções emocionais são determinadas pelas funções orgonóticas da energia, é compreensível que o caráter seja inicialmente apenas uma questão do grau de atividade energética. Em outras palavras, *o temperamento é uma expressão da quantidade de atividade pulsatória do sistema orgonótico corporal.*

Assim, o “fator hereditário” seria tangível em princípio como um fator quantitativo da energia. É simplesmente lógico que um sistema rico de energia se resigne menos facilmente que um sistema empobrecido de energia. A legítima conclusão é que o nível de energia de um embrião é determinado pelo nível de energia dos órgãos genitais maternos. Quantitativamente, a deficiência de energia pode ser compreendida como uma diminuição da orgonicidade e compreendida funcionalmente como atividade pulsatória reduzida do plasma. É bem provável que a redução da pulsação plasmática no embrião possa causar anorgonia secundariamente. Assim, não podemos supor automaticamente que o próprio embrião seja de início anorgonótico, embora a mãe possa ter sofrido de uma diminuição do metabolismo da energia orgone. É preciso considerar duas possibilidades: a anorgonia interna do embrião e a anorgonia resultante da anorgonia do aparelho genital materno.

Prossigamos nessa linha de raciocínio mais um pouco. Naturalmente, as observações concretas corrigirão ou ampliarão o que está agora obscuro.

Durante o ato sexual dos pais, o embrião participa da contração orgástica do útero. Não pode ser de outro modo, por causa da situação fisiológica e anatômica. Antes do nascimento, também ocorrem *contrações do desenvolvimento* que não se podem distinguir bioenergicamente das contrações estimuladas pelo orgasmo da mãe.

Se, além disso, o organismo da mulher possuía uma alta orgonicidade antes da gravidez, então as condições bioenergéticas para a orgonicidade do embrião são favoráveis. Essas condições são posteriormente qualificadas pela estrutura de caráter genital dos pais, que continua na dimensão do desenvolvimento psíquico aquilo que foi estabelecido pela função bioenergética no embrião. Depois do nascimento, o bebê recém-nascido experimenta contrações orgásticas independentes na cabeça e no pescoço.

Como a alta orgonicidade conduz a uma atividade instintiva forte, expansiva, evita-se a anorgonia. Assim, a propensão para uma biopatia de encolhimento carcinomatosa ou uma anorgonia torna-se improvável, embora não inteiramente impossível. Posteriormente, influências destrutivas podem forçar até o organismo mais vigoroso à resignação e ao encolhimento.

Mas voltemos ao nosso bebê recém-nascido: a partir do quinto mês de gravidez, os movimentos da criança foram extraordinariamente vigorosos; na verdade, tão vigorosos que a mãe chegou a sentir dor muitas vezes. O obstetra percebeu que o batimento cardíaco da criança também era de uma força incomum. O parto foi difícil – uma primeira gravidez com ruptura prematura das membranas e vinte horas de trabalho de parto. Mesmo assim, não houve asfixia no nascimento. O sangue da mãe permaneceu orgonoticamente forte e livre de bacilos T durante toda a gravidez.

Recapitulando: os pré-requisitos biossociais para uma forte orgonicidade da criança no útero são alta orgonicidade e potência orgástica dos pais, ausência de anorgonia no útero, ausência de bacilos T e não haver excesso de CO₂ no sangue materno.

Inversamente, baixa orgonicidade e impotência orgástica nos pais, anorgonia do útero, distúrbios na respiração do tecido interno, bacilos T no sangue materno, hiporgonia do sangue e encorajamento muscular criam, juntos, as perturbações de funcionamento agora reconhecidas como possível causa de uma anorgonia posterior na criança.

A teoria mecanicista e mística da hereditariedade perde, assim, mais terreno para a patologia funcional. O problema não é mais o do “dano embrionário herdado” incontrolável, “predispondo” a criança

ao “câncer hereditário”; em vez disso, estamos lidando com funções vitais mutáveis, com quantidades de energia e distúrbios da pulsação. De fato, estes distúrbios criam uma tendência para a anorgonia, porém essa tendência não precisa se desenvolver se circunstâncias favoráveis de vida erradicarem o dano inicial. O organismo vivo é muito adaptável, tanto às más como às boas condições de vida.

Na biofísica orgone, considera-se o período que vai desde a formação do embrião até mais ou menos o final do primeiro ano de vida como um período crítico, em que a “constituição do sistema orgonótico de funcionamento” se estabelece. Essa constituição, medida em termos de orgonicidade e capacidade pulsatória dos tecidos, determina o grau de atividade plasmática do impulso.

O desenvolvimento embrionário deveria ser pensado como algo que termina não no nascimento, mas sim na época – dez a doze meses de idade, *grosso modo* – em que todas as funções biológicas se fundem em um *biosistema* unificado, coordenado. Esse breve espaço de tempo da vida é decisivo para o funcionamento bioenergético posterior. O período crítico do desenvolvimento psíquico situa-se aproximadamente entre o terceiro e o quinto ano de vida. O que dele resulta é profundamente influenciado pelo progresso do período crítico *biofísico* anterior. É esse período anterior que detém a solução para o misterioso fato de que, depois do tratamento, mesmo quando todos os mecanismos patológicos foram trabalhados, *algo* intangível sempre permanece: um desânimo constante na atividade vital, uma quietude no organismo, uma irritabilidade – em suma, o que a psiquiatria clássica denomina habitualmente “disposição inata”.

Muitas coisas permanecem obscuras quanto à angústia de cair e à anorgonia. Nem a angústia nem a raiva são uma manifestação patológica do sistema vital. É natural que uma criança sinta medo quando cai ou quando um cão a ataca e é natural que um bebê recém-nascido expresse raiva quando não são gratificadas suas necessidades.

Porém a angústia de cair é mais do que um medo do perigo. Pode aparecer muito antes de qualquer consciência do perigo. Está relacionada às contrações rápidas do aparelho vital e, com efeito, é

produzida por essas contrações. Assim como a queda real causa contração biológica, também a contração causa a sensação de cair. Pode-se, portanto, compreender por que uma *contração* que ocorre no processo de *expansão* orgástica precipita a angústia de cair. E pode-se igualmente compreender por que a angústia de cair aparece quando se perfura a couraça muscular e são sentidas as primeiras correntes plasmáticas. *Uma contração que ocorre em meio à expansão plasmática perturba o senso de equilíbrio.* Mas ainda há algo que permanece sem explicação. Tentemos assinalá-lo, mesmo que não possamos explicá-lo.

Uma função básica do sistema orgonótico vivo é que ele se opõe e supera a atração gravitacional da terra. A haste *morta* de uma folha está completamente sujeita à força da gravidade; a haste *viva* cresce na direção *oposta* à força da gravidade. (Esse fenômeno não pode ocorrer simplesmente por causa dos processos de tensão mecânica, claro, já que uma haste morta permanece caída no chão e não se eleva, mesmo se for preenchida com água.) O vôo dos pássaros depende da superação da força da gravidade. A postura vertical do homem requer uma enorme quantidade de equilíbrio *contra* a atração da gravidade. Sabemos que esse equilíbrio falha quando a unidade das funções motoras do corpo é perturbada de algum modo. Esse distúrbio motor pode ser puramente mecânico, como um ferimento na perna ou a degeneração nervosa por sífilis, porém também pode ser *funcional*. Anorgonia do corpo inteiro ou de órgãos essenciais do corpo significa perturbação na capacidade de equilíbrio, daí uma tendência para cair e a correspondente angústia de cair. Até aqui o processo está claro, mas a manifestação da angústia de cair em um bebê de três semanas (precipitada, sabemos agora, pelo esfriamento da pele depois de um banho) permanece misteriosa. É verdade que a função de contração vascular rápida já existe, porém a *experiência* de cair não. De onde, então, se origina a *expressão* “angústia de cair”? Recorrer a uma “experiência filogenética” nada explicaria, porque uma experiência filogenética só é relevante quando ancorada na realidade. A função de memória não existe sem um mecanismo real.

Neste ponto, devemos desistir de tentar entender completamente a anorgonia e a angústia de cair e nos contentarmos em compreender a relação entre o bloqueio da pulsação orgonótica e a perda da sensação de órgão e do equilíbrio. A relação da orgonicidade e da anorgonia com a força da gravidade está clara. No estado anorgonótico, os membros estão “pesados” e só se pode realizar um movimento com grande esforço. No estado de alta orgonicidade, por outro lado, a pessoa se sente “leve”, “flutuando”. Tomemos estas figuras de linguagem ao pé da letra e com seriedade. *Na anorgonia, há menos energia biológica livre e ativa. A massa inerte do organismo torna-se maior e, assim, mais pesada com relação à energia ativa que tem que mover o corpo. Na alta orgonicidade, há mais bioenergia livre e ativa e a massa do organismo torna-se mais leve com relação a ela.* Estamos lidando com uma relação genuína, *passível de alteração*, entre massa e energia no biosistema.

Não é possível ir mais além no presente momento sem invocar o construto metafísico que supostamente pensa, sente, age e reage no pano de fundo das funções vitais. Isso não leva a lugar algum. Preferimos, portanto, esperar por uma oportunidade mais favorável para finalmente resolver o que permanece sem explicação. Por ora, basta entender quão cedo e em que funções orgonóticas se instala o processo de encolhimento carcinomatoso e sua anorgonia.

Capítulo X

A biopatia do câncer como um problema de sociologia sexual

Serão necessários muitos anos de experiência clínica antes de compreendermos por inteiro as devastações causadas no sistema vital pela peste emocional. Essa condição é ainda mais aflitiva porque se negligencia continuamente a economia sexual estilhaçada dos pacientes de câncer, devida essencialmente à peste emocional, embora ela seja perfeitamente óbvia: privados da função sexual natural, os potenciais pacientes de câncer desenvolvem uma resignação caracterológica geral.

Primeiro aparecem “distúrbios” locais inofensivos, como úlceras estomacais ou talvez hiperacidez gástrica apenas, hemorróidas, espasmos na garganta, entorpecimento genital, problemas menstruais, enrijecimento da musculatura do peito, e assim por diante. O distúrbio crônico do funcionamento biológico mina cada vez mais a respiração e a pulsação dos tecidos, que começam a se desintegrar lentamente e apodrecer. Surgem os bacilos T e aceleram o processo, que se estende por alguns anos. Finalmente, crescem e proliferam protozoários até que o tumor se torne palpável e visível.

Mesmo o diagnóstico mais precoce de um tumor de câncer local é claramente *muito tardio*, porque a biopatia já completou sua devastação do organismo. A tarefa da terapia do câncer deve ser, portanto, influenciar *a perturbação geral da função do biosistema*,

para incrementar a reação B do organismo. Resumindo em um simples pensamento, isto significa que, *enquanto a educação continuar produzindo resignação caracterológica e encorajamento muscular generalizado, a erradicação do flagelo do câncer estará fora de questão.* Claro, será possível eliminar alguns tumores e salvar algumas vidas. Porém, pensar que o câncer possa algum dia ser superado com qualquer tratamento único, seja ele um medicamento, uma cirurgia ou energia orgone, é uma ilusão perigosa.

Eu mesmo já tive essa ilusão outrora. Quando vi pela primeira vez os efeitos da irradiação orgone em tumores cancerosos de camundongos, dei um suspiro de alívio. Finalmente, disse a mim mesmo, o caminho para uma terapia do câncer está aberto; agora podemos começar a curar o câncer e talvez até aprender a evitá-lo. Senti um secreto deleite diante da perspectiva de me livrar finalmente do "maldito problema sexual" e escapar com segurança para a atmosfera da patologia orgânica "pura", livre de sexo. Mas eu estava enganando a mim mesmo. Os fatos estavam ali; era preciso fazer justiça a eles, que logo me tiraram da cômoda ilusão de ter encontrado uma saída fácil. Grandes problemas não podem ser resolvidos facilmente. A dificuldade do caminho é meramente um reflexo da dificuldade do problema. Não escapei da "maldita" economia sexual, e devo agradecer o caráter incontestável dos fatos por isso.

Meus pacientes de câncer aguçaram minha atenção para o que estive observando durante os últimos vinte e quatro anos, *a devastação dos distúrbios sexuais.* Não havia como escapar desse fato, por mais que eu tentasse: *o câncer é uma putrefação dos tecidos que ocorre enquanto o corpo ainda está vivo e é causado pela privação de prazer do organismo.* Não foram simplesmente métodos de pesquisa inadequados ou erros terapêuticos em biologia os responsáveis pela desconsideração deste fato extremamente simples. Deparei com ele somente porque tinha que permanecer coerente como economista sexual; tive que seguir as conseqüências dos distúrbios sexuais onde quer que conduzissem. O verdadeiro responsável por esse descuido é toda a nossa maneira de olhar para a vida: nosso moralismo, a incapacitação sexual de nossas crianças e jovens, os pre-

conceitos moralistas na medicina e na educação, em suma, nosso medo da vida e nossa cegueira para com ela, atitudes que transmitimos de geração a geração durante milhares de anos. Nós banimos a função vital mais importante; a rotulamos de pecaminosa, e até mesmo criminosa, e lhe negamos qualquer proteção social. Mais ainda, perpetramos um ato imperdoável: toleramos no passado e continuamos tolerando a presença das coisas que impedem a vida amorosa natural – a pornografia, o boato sexual e a difamação, a compulsão sexual e leis sexuais medievais. Fantasias obscenas, sejam elas hipocritamente moralistas ou abertamente sádicas e pornográficas, ainda ditam a educação de nossas crianças e determinam com quem deveríamos ter relações. Perdemos nossa confiança nas leis naturais da vida e, agora, estamos começando a conhecer as conseqüências.

A vitalidade e a resiliência do organismo humano é de espantar. Considerando as devastações às quais se é sujeito continuamente pelos mecanicistas e pelo misticismo, é surpreendente que o organismo humano não pereça mais rapidamente. Nossa esperança se assenta precisamente nesta resiliência. Se um organismo maltratado pode sobreviver durante décadas antes de desenvolver tumores locais, então nosso atual terror do câncer pode acabar, mas somente se abordarmos o problema sem ilusões, recusando-nos acima de tudo a aceitar as idéias neuróticas de uma humanidade infestada de peste.

O *Almanaque Mundial de 1942* contém um resumo estatístico para o estado de Nova York da freqüência das doenças que denominamos *biopatias*. Cito os dados tal como foram apresentados em um artigo escrito por um colega¹. Enquanto a porcentagem de doenças de natureza não-biopática (pneumonia, difteria, e assim por diante) caiu consideravelmente entre os anos de 1921 e 1940, as porcentagens de doenças *biopáticas* (doenças mentais, hipertensão cardiovascular, câncer, suicídio, criminalidade, e assim por diante) mostraram um aumento extraordinário no mesmo período:

1. Ver W. F. Thorburn, "Medicina mecanicista e as biopatias", *International Journal of Sex-economy and Orgone Research*, vol. I, nº 3 (1942).

MORTES, CAUSAS PRINCIPAIS – ESTADO DE NOVA YORK
(índices para cada 100.000 pessoas)

DOENÇAS NÃO BIOPÁTICAS

TUBERCULOSE PULMONAR		PNEUMONIA		DIFTERIA	
<i>Mortes</i>	<i>Índice</i>	<i>Mortes</i>	<i>Índice</i>	<i>Mortes</i>	<i>Índice</i>
9.503	88,6	10.645	99,3	1.702	15,9
9.162	78,9	13.571	116,8	1.001	8,6
8.146	64,6	12.908	102,4	656	5,3
6.847	52,4	11.018	84,4	102	0,8
5.793	42,9	6.143	45,5	15	0,01

DOENÇAS BIOPÁTICAS

	CARDIOVASCULARES		CÂNCER	
	<i>Mortes</i>	<i>Índice</i>	<i>Mortes</i>	<i>Índice</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

INSANIDADE MENTAL NO ESTADO DE NOVA YORK
(índices para cada 100.000 pessoas)

	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Total</i>	<i>Índice</i>
1921	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
1940	45.870	43.393	89.263	664,2

CONDENAÇÕES POR CRIME NO ESTADO DE NOVA YORK

	<i>Total</i>
1921	40.691
1925	77.202
1930	175.530
1935	363.743
1940	1.155.986

SUICÍDIOS NO ESTADO DE NOVA YORK
(índices para cada 100.000 pessoas)

	<i>Total</i>	<i>Índice</i>
1921	1.442	13,5
1925	1.664	14,3
1930	2.135	17,2
1935	2.180	16,7
1940	2.188	16,2

Estes dados não mostram apenas que as biopatias são fundamentalmente diferentes das doenças não biopáticas, mas também indicam que não são compreendidas. A medicina mecanicista, não orientada pela economia sexual, não tem acesso a essa compreensão. *As biopatias são doenças que resultam de distúrbios da pulsação biológica do aparelho autonômico vital, reduzindo assim a potência orgonótica.* Elas são determinadas socialmente e resultam da *estase sexual*. O número de biopatias está crescendo constantemente. A situação é extremamente séria, pede uma investigação e, espera-se, uma solução.

A economia sexual e a física orgone oferecem à medicina e à pedagogia algumas percepções importantes que poderiam ajudar, embora não do modo que se poderia pensar. Não descobrimos nenhuma substância química todo-poderosa que, aplicada em grande escala, fosse capaz de acabar de repente com o flagelo das doenças biopáticas. Não é tão simples. A luta contra as biopatias será uma das tarefas mais difíceis jamais enfrentadas pela sociedade humana. Eu até chegaria a formular a hipótese de que nenhum esforço humano, nem mesmo a vitória sobre as pragas na Idade Média, pode se comparar com esta tarefa em magnitude, profundidade e perigo. Sua resolução irá certamente requerer a maior revolução no pensamento e na ação que o homem jamais teve que realizar. Será uma conquista não de indivíduos, mas da sociedade como um todo.

As biopatias são uma doença endêmica da população terrestre. O fato de que o número de pessoas mentalmente doentes dobrou no estado de Nova York em um período de vinte anos (um dado válido para qualquer estado ou país) é uma estatística que fala por si mesma em termos inequívocos. É impossível esperar que as biopatias sejam eliminadas de maneira rápida, fácil e inócua; o conhecimento necessário não está aqui, ou, se estiver, não está organizado o bastante, e ainda há um número excessivo de doutrinas fundamentais erradas. Só estamos começando a ter um primeiro vislumbre do desastre colossal de que vem sofrendo a raça humana há milhares de anos e pelo qual parece prestes a ser tragada. Esse desastre não pode ser compreendido ou superado por pequenos remédios medicinais, ideologias, *slogans* políticos ou rezas. Estes métodos só ser-

vem para aprofundá-lo. As primeiras prioridades devem ser a preservação da percepção a que se chegou, o fomento e a proteção da verdade sob quaisquer circunstâncias, a coragem de entender a enormidade do desastre social e uma confiança na função vital natural. Um aspecto essencial desta infelicidade biopática é o fato de que se ignora, teme e reprime a função natural da vida em todos os lugares. Entretanto, ela é e continuará sendo a única esperança. Está e permanecerá vinculada à função sexual natural da espécie animal "homem". Não há como escapar dessa conclusão e isto também é bom.

Dr. Friedrich Lönne, médico-chefe no Theresienhospital em Düsseldorf, escreveu no seu tratado *Wirksame Krebsbekämpfung* [Tratamento eficaz do câncer] (1937): "Temos que reconhecer o fato de que na Alemanha, a cada ano, cerca de 15.000 mulheres morrem de câncer de útero e vagina e cerca de 3.500 a 4.000 morrem de câncer de mama. Das 15.000 que morrem de câncer de vagina e útero, mais de 12.000 têm câncer no colo do útero...".

O câncer nos órgãos genitais e o câncer de mama são de longe mais comuns que o câncer em qualquer outro órgão. A natureza sexual biopática do câncer se destaca inequivocamente neste fato. Se considerada em conjunção com a prevalência da frigidez sexual nas mulheres, essa descoberta é meramente uma expressão, nas estatísticas relativas ao câncer, dos distúrbios das funções sexuais, que eram conhecidos de longa data por nós na prática clínica da economia sexual. É precisamente essa relação entre patologia sexual e estatísticas sobre o câncer que leva a uma importante conclusão: *O processo de câncer local é a manifestação de uma economia sexual perturbada do organismo. Conseqüentemente, a eliminação do câncer requer uma mudança radical de toda a higiene sexual da população.* Diante dessa conclusão, as afirmações de muitos especialistas em câncer não soam lá muito lógicas. Dada sua impotência na batalha contra o câncer, eles se apegam a teorias antigas, erradas. Em vez de chegar às mesmas conclusões que nós, baseados na predileção dos tumores de câncer pelos órgãos sexuais, escrevem o seguinte tipo de coisa:

A pesquisa científica do câncer hoje em dia é de opinião que, além das causas locais de crescimento do câncer, deve-se presumir um segundo

fator sistêmico, a saber, a fraqueza do sistema antiblástico. [O sistema antiblástico, não compreendido até agora, na realidade nada mais é do que nossa "reação B", isto é, a "potência orgonótica" do organismo.] No tratamento *prático* do câncer temos, por razões de ordem clínica, que nos ater à teoria da origem *local* do câncer. Pois se tivéssemos que superar uma doença sistêmica já presente *antes* do aparecimento do tumor de câncer local, então até a melhor operação ou a melhor forma de irradiação seria apenas uma solução parcial, e bastante questionável. Médico e paciente perderiam, ambos, sua confiança na possibilidade de curar o câncer, pois um método de tratar uma doença sistêmica, se é que ela existe de fato, não é do nosso conhecimento [de *Krebskrankheiten* [Doenças cancerígenas] (Leipzig, 1937)].

Em outras palavras, se não conhecemos uma maneira de curar a *biopatia* do câncer, então ela simplesmente não existe e devemos ficar com a teoria da origem *local* do tumor canceroso, caso contrário tanto o paciente como o médico perderão a confiança! *Que confiança? Confiança em quê?* Confiança em uma ilusão, uma ilusão que bloqueia o caminho para compreender e eliminar a biopatia carcinomatosa. O argumento de Lönne é similar àqueles de muitos psiquiatras: eles negam a origem social da repressão sexual e a natureza sexual-biopática das neuroses e psicoses porque, se fossem estabelecer conexões dessa ordem, entrariam em forte conflito com muitas instituições sociais e seriam *forçados* a defender publicamente fatos impopulares. Em geral, tais táticas nada têm a ver com a medicina e tampouco com a ciência em geral. São *estritamente* motivadas por interesses comerciais e pela preocupação com o próprio sustento.

O leitor entenderá melhor agora por que o primeiro caso de câncer que escolhi descrever foi uma biopatia de encolhimento carcinomatosa sem tumores malignos diagnosticáveis, e por que, no decorrer deste relato da doença, enfatiza-se antes o *cenário biopático do que o tumor local*.

Afirma-se na literatura sobre estatísticas de câncer que o aumento das mortes por câncer durante as últimas décadas deve ser atribuído a diagnósticos mais precisos, tanto no organismo vivo como após a morte; em outras palavras, que o aumento é um artefato.

Com o intuito de sustentar a “natureza puramente hereditária do câncer”, nega-se que populações primitivas, que ainda levam uma vida sexual natural, estão relativamente livres de câncer e que o aumento no registro estatístico de mortes por câncer corresponda a um crescimento real da doença.

Abaixo se encontra uma tabela que oferece as estatísticas de morte por câncer na Noruega entre 1853 e 1925 (segundo Gade):

	<i>Mortes de câncer por 100.000 habitantes</i>	<i>Número de médicos no país</i>	<i>Porcentagem de certidões de óbito de câncer expedidas pelos 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	1.066	82,7
1910	93	1.177	88,3
1920	105	1.281	92,4
1925	118	1.496	98,5

Compreende-se a interpretação destas estatísticas pelos teóricos da hereditariedade da seguinte forma: a mística da hereditariedade não admite que o ambiente social influencie fatores hereditários. Embora esteja correta, a doutrina da hereditariedade de características adquiridas não ganhou até hoje aceitação prática. Temos razões para duvidar do caráter científico racional da doutrina da hereditariedade. No entanto, não pode haver sombra de dúvida de que um fator emocional tem um papel completamente incontrolado em todas as considerações sobre hereditariedade. É exatamente este fator emocional na teoria mística da hereditariedade que exclui a influência do ambiente social e eterniza as características herdadas. De acordo com essa teoria, doenças herdadas já estão presentes na “base hereditária” e são, portanto, inacessíveis do ponto de vista da profilaxia. Conseqüentemente, considera-se a mudança do ambiente social uma medida errada e supérflua. Realmente, já que se encontra câncer em plantas e animais, em outras palavras, por toda a natureza em geral,

não há diferença, deste ponto de vista, entre populações primitivas que vivem em estreita relação com a natureza e o homem mecanizado. Portanto, o tumor canceroso corresponde a uma "malformação embrionária" e é tratado em manuais de hereditariedade em conjunção com os teratomas. Segue-se dessa abordagem hereditária que não pode haver um aumento genuíno nas mortes por câncer, só um aumento artificial, explicado pela idéia de que as melhores técnicas de diagnóstico e um maior número de médicos produziram um aumento no número de tumores cancerosos diagnosticados.

O objetivo secreto de todos estes argumentos hereditários é tentar impedir que a teoria errada da base hereditária inalterável seja suplantada pelo conceito vivo, funcional da interação entre plasma e ambiente. Não surge um só pensamento produtivo sobre a questão da influência médica sobre as assim chamadas doenças hereditárias na teoria mecanicista, metafísica da hereditariedade. Um pensamento deste tipo conduz diretamente à idéia mística do super-homem e do homem inferior hereditários, isto é, às idéias da peste emocional. Entretanto não deveríamos ficar surpresos, porque este tipo de pensamento representa a função conservadora da teoria da hereditariedade, em que os trabalhos de Darwin, De Vries, Freud e outros mal tiveram impacto. A teoria da hereditariedade não é uma ciência, é um álbi ético.

Pelas razões que delineei, é difícil fazer qualquer comentário sobre estatísticas falsificadas tais como aquelas apresentadas há pouco. O número de médicos na Noruega aumentou consideravelmente desde 1853, tornando a avaliação dos dados extremamente difícil neste caso. No entanto, não se pode sustentar de modo convincente que o aumento de mortes por câncer no estado de Nova York entre 1921 e 1940 seja simplesmente atribuível a melhores métodos diagnósticos. Pouco se aprendeu sobre o diagnóstico de câncer desde 1921, e não houve um aumento marcante no número de médicos. Todavia, no decorrer de vinte anos, o índice de morte por câncer aumentou em Nova York de 104,1 para 158,4 para cada 100.000 habitantes.

O argumento de que o aumento de mortes por câncer é uma estatística artificial ou que pode ser explicado pelo aumento da

expectativa de vida média torna-se **inválido se não se isolar a biopatia do câncer de outras biopatias sexuais, mas, ao contrário, considerá-la junto com o aumento paralelo de mortes por biopatia cardiovascular e o crescente número de casos de esquizofrenia, criminalidade e suicídios. Feita essa relação e compreendidos os antecedentes sociais e de economia sexual em comum, silencia-se este discurso vazio. Seremos confrontados então com a verdade nua e crua do efeito mortífero da peste emocional e da ignorância de médicos e educadores em questões relativas à vida sexual natural de crianças e adolescentes. Nenhuma outra negligência cometida pela medicina pode se comparar a esta indesculpável indiferença geral para com as doenças de privação sexual. Não é culpa da medicina e da pedagogia as centenas de milhares de mortes por peste bubônica, nem o número incontável de mulheres mortas de febre puerperal. Os agentes causadores dessas doenças eram desconhecidos. Porém, em última análise, as biopatias mortíferas são socialmente produzidas pelas reações irracionais de pessoas sexualmente patológicas. A evitação dos problemas sexuais ou o julgamento moralista compulsivo que se faz em relação a eles são uma reação automática por parte dos médicos e educadores. A oposição desses grupos sociais à luta contra as biopatias sexuais é prova desta afirmação.**

Entretanto, uma forte esperança confronta estas realidades desoladoras. Uma vez entendido que há **doenças biopáticas do aparelho vital que podem ser simultaneamente a causa e o resultado de males sociais, o quadro, no princípio perturbador e complicado, agora se simplifica. É verdade que não há ser humano capaz de atuar sozinho como um salvador: não pode haver redentor, não importa o quanto a massa espere por um. Porém o aprofundamento constante da infelicidade social fará acontecer o que nenhum indivíduo jamais poderia realizar: as massas humanas, que sofrem tanto, biopática e socialmente, serão levadas a pensar racionalmente e ter contato, de novo, com seu ser biológico fundamental.** Esta revolução será provavelmente um dos resultados mais significativos da peste emocional do século XX. Já existem muitos sinais positivos desse tipo de desdobramento.

Dez ou vinte anos atrás, o interesse pela sexualidade da criança e do adolescente era tabu, quase tanto para o cientista quanto

para o leigo. Hoje em dia não é mais assim e isso tem ocorrido cada vez menos. O sofrimento sexual tornou-se por demais óbvio e presente por toda parte. As tentativas – ainda predominantemente não oficiais – de lidar com este problema estão se tornando mais numerosas e insistentes. Ainda não foram incluídas em um programa político, mas, pela primeira vez na história humana, os próprios programas políticos estão sendo examinados com muito cuidado no que diz respeito à sua utilidade e racionalidade. Já ouvimos sendo formulada a pergunta de se a própria política não é uma doença social. A consciência das exigências naturais da vida está ocupando um lugar cada vez mais central, não como um desafio ou um sonho de indivíduos, mas como uma realização da sociedade humana.

O leitor perguntará o que estas questões sociais gerais têm a ver com o câncer. A resposta é: muito; na verdade, tudo! O propósito central deste livro é demonstrar de modo convincente que o câncer, como uma forma especial de biopatia, está relacionado *inseparavelmente* ao problema da sexualidade e à estrutura de nossa sociedade. Além disso, o câncer continua sendo um problema não resolvido até hoje porque nem a causa sexual, nem a social foram levadas em consideração. O que a patologia orgânica tem a ver com a sociologia? Esta é uma pergunta que ouvimos com frequência. Mas procurar entender o que tem a ver a vida sexual das massas com a política e a sociologia não é mais algo de se estranhar, como era anos atrás, na Europa. Quanto a este assunto, a economia sexual conseguiu derrubar o muro do pensamento tradicional. Hoje não há mais uma sexologia “não política”, como ainda havia no Terceiro Congresso Mundial da Liga Mundial para a Reforma Sexual em Viena, em 1930. Hoje se sabe bem no campo da biopsiquiatria que a sexualidade e a sociologia só podem ser tratadas uma com relação à outra. Não demorará muito para que *a patologia orgânica, ao avaliar uma lesão tecidual, investigue suas causas sociais e sexuais*. Os seres humanos são organismos *biossexuais* e *sociais* que desenvolvem distúrbios nas funções tissulares exatamente como o fazem nas suas vidas emocionais.

Quem está familiarizado com os dados sobre o aumento da biopatia do câncer terá se perguntado *por que* esta doença específi-

ca se espalhou tanto. Anos atrás, os psiquiatras se viram confrontados com a mesma pergunta, quando foram forçados a reconhecer que as doenças psíquicas não se limitavam às pessoas que apresentavam sintomas histéricos e compulsivos e que as *neuroses de caráter* estavam crescendo continuamente e afetando cada vez mais pessoas. A resposta então foi que, antes da virada do século, a repressão sexual e o encouraçamento eram totais. De modo correspondente, a emergência de sintomas neuróticos era, portanto, restrita a manifestações tais como a histeria, e assim por diante. O indivíduo totalmente encouraçado era a "pessoa normal". Desde então, as demandas sexuais irromperam com intensidade crescente, exigindo reconhecimento e gratificação. A neurose sintomática circunscrita deu cada vez mais lugar à neurose de caráter geral: *A intensificação das demandas da vida colidiu com velhas e rígidas formas de viver, dogmas irracionais e inibições neuróticas internas.*

Os seres humanos que se conscientizam de suas necessidades sexuais por causa da mudança de costumes, mas que, ao mesmo tempo, não têm as formas e meios de descarregar naturalmente sua energia sexual e experimentar a gratificação plena, ficam necessariamente dilacerados. Eles se tornam biopaticamente doentes, sociais e criminosos. Não há caminho de volta para o passado! Estamos lidando com progresso, mesmo que seja um processo doloroso e momentaneamente perigoso. Tentar detê-lo simplesmente aumenta o infortúnio que já existe.

Para o reacionário e o místico, isto confirmará os perigos da "imoralidade" e os fará exigir um retorno ao velho e resignado modo de vida. (Na verdade, eles fazem essa exigência o tempo todo, mas nada têm de construtivo a dizer que possa aliviar o sofrimento humano.) No entanto, não há como voltar atrás para o desenvolvimento biossocial. Existe apenas a possibilidade de deixar o desenvolvimento acontecer de modos menos dolorosos e perigosos.

O que se aplica à crescente incidência da biopatia do câncer é aplicável às biopatias em geral. O desenvolvimento da sociedade começou a substituir as velhas formas de vida sexual por outras, novas. Na virada do século, uma mulher de trinta e cinco anos era uma matrona. Hoje em dia, é uma jovem mulher cheia de *joie de*

*vivre**. O mesmo se aplica a um homem de quarenta ou cinquenta anos. Porém a educação e a medicina não se mantiveram em sintonia com este desenvolvimento social. *A capacidade estrutural das pessoas para viver plenamente permaneceu muito longe de seu conhecimento e de suas demandas. A estase da energia biológica nos organismos humanos é, portanto, muito maior* do que o era vinte ou quarenta anos atrás. Por volta de 1900, uma mulher frígida encerrada dentro de casa, sem emprego e sem contato externo com homens, tinha uma probabilidade muito menor de experimentar conflito sexual consciente do que hoje em dia, quando assume papel cada vez mais ativo na vida social. O desenvolvimento industrial e a guerra em curso são as principais causas dessa situação. Podemos esperar que aconteçam provavelmente até mais mudanças revolucionárias na vida da mulher. Ninguém exigirá, com exceção dos fascistas, que ela “volte ao fogão”, e percebemos que até o fascismo foi impotente quanto a isso. Daí se segue que, *se o organismo humano se expõe a uma discrepância crescente entre aquilo que quer da vida e sua capacidade de gratificação, então, claramente, haverá aumento proporcional da estase da energia biológica.* E quanto maior a estase sexual, maior o prejuízo fisiológico e emocional do organismo. O câncer é a expressão somática mais significativa do efeito biofisiológico da estase sexual; a esquizofrenia é a expressão mais significativa na dimensão emocional. Na verdade não é uma coincidência; é lógico que o estado de Massachusetts, que possui leis severas contra a contracepção, mesmo em meados do século XX, também tenha uma das maiores taxas de morte por câncer dos Estados Unidos². A descoberta de que o câncer é uma doença causada pela privação sexual terá que ser levada a sério.

* Em francês no original: alegria de viver. [N. do R. T.]

2. “*Quais são os aspectos de saúde pública do câncer?* O câncer é responsável por mais mortes do que qualquer outra doença, com exceção da doença cardíaca. Aproximadamente uma de cada oito mortes em Massachusetts se deve a esta doença. Massachusetts possui uma das taxas de morte mais elevadas em comparação com qualquer outro estado, com relação a esta doença”. *Os quês e porquês do Câncer*, Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (1939).

O aumento enorme das biopatias é, portanto, uma expressão simples da discrepância entre o desejo de uma vida sexual e a incapacidade para essa vida sexual. O desejo de viver cresceu enormemente, porém o aumento da capacidade de viver (potência sexual, capacidade de ser responsável, auto-regulação, e assim por diante) não cresceu de modo correspondente. A conclusão não é que o anseio de vida deveria ser reduzido, mas que se deve estabelecer no organismo humano uma capacidade estrutural de viver que acompanhe o ritmo das exigências da vida. É uma tarefa essencialmente educacional e social, não médica. O estabelecimento de uma capacidade plena para a vida e o prazer irá requerer, evidentemente, a eliminação de instituições e leis restritivas, algumas delas datando de um século, outras de milhares de anos. Se, portanto, os adolescentes de ambos os sexos se envolvem em relacionamentos amorosos satisfatórios, naturais, antes de chegarem à maioridade, e passam a ficar expostos a reformatórios e ambientes anti-sociais por causa de algumas leis antiquadas, são as velhas leis que devem ser abolidas, não a sexualidade natural dos jovens. Partindo desse único exemplo o leitor pode facilmente imaginar por conta própria que forças reacionárias um experimento social desta ordem terá de enfrentar, e quão intenso será o conflito. Obviamente, a luta por uma "nova ordem mundial", pela qual se anseia em todo lugar, não será meramente teórica, porém terá de lidar de modo prático com problemas específicos da vida. São precisamente estes problemas de vida que conduziram nosso mundo perturbado ao caos, e a necessidade de soluções profundas e revolucionárias tem impedido aqueles que clamam por uma nova ordem mundial de falar concreta e francamente. A mudança na sociedade será desencadeada não por planos e discursos políticos, mas pela solução real dos problemas individuais.

O plano "orgonon": sobre a possibilidade da prevenção do câncer

Até o verão de 1942, não autorizei os pacientes a terem acumuladores de orgone em seus lares. Alguns amigos deram a suges-

tão, mas eu recusei por diversos motivos. De um ponto de vista puramente legal, não estava claro de que forma os acumuladores de orgone deveriam ser liberados para uso público. Por não ter um gosto particular por assuntos comerciais, não nutria o desejo de me tornar empresário. Todavia, deixar a fabricação e distribuição do acumulador de orgone para homens de negócio teria significado submeter a pesquisa do orgone às práticas oportunistas da indústria farmacêutica atual. Fiquei também desanimado quando pensei na feia competição que teria surgido inevitavelmente. Eu não tinha nem tempo nem inclinação para este tipo de coisa. Inscrevi-me para patentear o acumulador, mas com a notificação explícita ao Escritório de Patentes e a todos os meus colegas de que eu o estava patenteando com o único propósito de protegê-lo da exploração e especulação inescrupulosas. Como a água e o ar, a energia orgone pode ser obtida gratuitamente e está disponível em quantidades infinitas. A razão para recolhê-la no acumulador (um processo semelhante ao de encher uma bacia com água) é fornecê-la de maneira concentrada. É importante oferecer um meio de acesso à energia orgone concentrada até para as pessoas mais pobres.

Poder-se-á perguntar por que não apresentei simplesmente minha descoberta ao mundo, como se costuma fazer. Embora eu não tenha interesse em receber qualquer recompensa financeira pela descoberta, eu poderia muito facilmente ter gozado da fama resultante de torná-la pública. Porém eu devia pensar no futuro da pesquisa sobre o orgone. Nenhuma instituição social julgou necessário oferecer ao nosso Instituto o apoio econômico que qualquer trabalho experimental abaixo da média no campo da química poderia obter facilmente. Também fui influenciado pelo fato de que, na Escandinávia, os pesquisadores do orgone tinham que lidar com a insignificância e irracionalidade dos funcionários convencionais da ciência. Esses funcionários tentaram destruir o trabalho completamente porque sentiram que a física orgone era um oponente perigoso e um competidor do mecanicismo e do misticismo que dominam a ciência natural. Meus oponentes me atacaram vigorosamente na Noruega em 1937-1938; foi um alerta crucial. Tive que me livrar de toda inge-

nuidade. É perigoso esperar pela ajuda de instituições sociais que devem sua existência à falta de conhecimento. O que aconteceria se Edison tivesse que buscar apoio material junto aos fabricantes de lâmpadas a gás na construção de suas lâmpadas elétricas incandescentes? A energia orgone atmosférica é para os medicamentos químicos o que a lâmpada elétrica foi para a lâmpada a gás.

Sempre me lembro que Madame Curie não tinha dinheiro suficiente para comprar rádio para sua pesquisa e tinha que contar com donativos, enquanto, ao mesmo tempo, os barões do dinheiro estavam fazendo milhões com o rádio. Tendo visto a ética dos negócios na prática, e sabendo como a ciência comum depende deles, aprendi a prudência e a circunspeção.

Como eu não ia vender, doar ou explorar pessoalmente a patente, parecia não haver meio de tornar disponível a energia orgone de maneira geral para uso prático. Porém, como costuma acontecer com tanta frequência em situações assim, o curso natural dos eventos conduziu espontaneamente a uma solução, que descreverei agora.

Durante muitos anos, usufruí a amizade de um velho caçador de peles e pescador de setenta anos de idade no Maine, onde tenho uma casa. Eu havia montado um laboratório ali para estudar a energia orgone atmosférica. A umidade relativa alta durante os meses de verão em Nova York tornava o trabalho impossível ali, e a pesquisa em física orgone foi então transferida para o Maine.

Em fevereiro de 1942, soube pela família deste homem que ele havia adoecido de câncer na próstata e estava no hospital para um tratamento com raios X. O tumor havia sido descoberto poucos meses antes e, em novembro de 1941, seus médicos lhe deram apenas de seis a doze meses de vida.

As notícias me tocaram profundamente. Tínhamos nos tornado amigos íntimos anos atrás, quando eu lhe falara sobre a natureza dos bions. Esse homem simples revelara uma compreensão natural do processo vital que era muito mais aguçada do que aquela que a biologia ou a física acadêmica haviam alcançado. Eu estava com meu grande microscópio e perguntei àquele homem se ele

gostaria de ver a energia vital nos bions. Para minha total surpresa, meu amigo descreveu corretamente os bions antes mesmo de observá-los ao microscópio. Durante muitas décadas estivera observando, com o instinto afiado de um ser humano intimamente sintonizado com a natureza, o crescimento de sementes e o caráter do húmus da terra. Havia formado a seguinte imagem: em todo lugar, disse-me, há "bolhas" (vesículas) muito pequenas, muito delicadas; elas representam a "vida" e a partir delas tudo que tem "vida" se desenvolve; são tão pequenas que não podem ser vistas a olho nu; porém o musgo nas rochas se desenvolve a partir delas, e a rocha, quando exposta à chuva permanentemente, "amolece" na superfície e forma estas "bolhas de vida". Ele havia tentado várias vezes falar a respeito disso com visitantes acadêmicos, porém a resposta era sempre um sorriso estranho. Ainda assim, sabia que estava certo. Eu também sabia que ele estava certo, pois como poderiam "sementes" de musgo "plantar raízes" na rocha?

Quando esse homem viu, aumentadas 4.000 vezes, as vesículas cuja existência ele já supunha, experimentou o que descreveu como "o choque mais profundo de minha vida". Ele nunca acreditara que um dia pudesse realmente ver aquelas "bolhas", em que pensava cada vez que tentava conceber o verde, o crescimento, o florescimento e a fertilidade do solo ao seu redor.

Nada lhe disse sobre a energia orgone atmosférica durante os primeiros verões, porque temia que pudesse estragar nossa amizade. Mais tarde, revelou-se que também ele, temendo o mesmo, nada me dissera sobre suas idéias a respeito.

Quando retornei ao trabalho com física orgone no Maine no verão de 1942, encontrei meu amigo em estado de caquexia. Perdera muito peso, estava curvado, mal podendo trabalhar; cansava-se muito rapidamente, não tinha apetite e estava perdendo as esperanças. Sabia que não lhe restava muito tempo de vida; um médico lhe contara. Disse-me que não podia aceitar este destino. Estava, na verdade, resistindo com todas as forças. Não queria morrer; esse mundo de bosques, montanhas e lagos, onde passara quase setenta anos de sua vida, era bonito demais, era como parte de si. Era

impossível para ele conceber-se incapaz de vê-lo e usufruir dele. Adorava a solidão de seus bosques, nos quais ganhara sua vida trabalhando duramente por décadas.

O tratamento com raios X havia aliviado parcialmente suas fortes dores durante um curto período de tempo; agora, estavam voltando. Ele não tinha dinheiro, havia sido um pobre comerciante por toda a vida. Sua família estava desesperada. Os médicos não lhe deram qualquer esperança; esperava-se a morte em curto período de tempo. O homem não queria voltar para o hospital. Sentira-se infeliz ali e se rebelara contra tudo e todos. Não era apenas um mau comerciante, como um mau paciente também. Como pessoa próxima da natureza, não se adaptou facilmente aos “valores” da cultura e da civilização.

Ele sabia demais sobre natureza, amor e vida para possuir a característica altamente respeitada de “resignação ao destino”. Era profundamente religioso no bom sentido, porém desprezava os negócios da igreja. Por isso, as pessoas da região o consideravam um apóstata, embora nutrissem um grande respeito por ele. Sempre senti que, se tivesse condições financeiras, poderia ter se tornado um excepcional cientista natural. Quantos grandes talentos são perdidos porque faltam os meios materiais necessários!

Quando lhe perguntei um dia se acreditava em Deus, respondeu: “Claro, ele está em todo lugar, dentro de mim e em volta de nós. Basta olhar”. Apontou para a cor azul em frente das montanhas distantes: “Chamo a isso de vida, mas as pessoas riem de mim, então não gosto de falar disto”. Assim, também ele percebia a existência de energia orgone na atmosfera.

Durante semanas discuti com sua família a possibilidade de fazê-lo usar um acumulador de orgone. Não acreditava em nenhuma forma de medicina e, além disso, era teimoso. Não ia ser fácil persuadi-lo; sua filha hesitava em tentar.

Quando me confidenciou suas impressões e chamou de “vida” o azul na atmosfera, contei-lhe sobre minhas descobertas. Disse-lhe que ele estava completamente certo e que o que ele chamava de “vida” era na verdade a energia biológica que eu descobrira e deno-

minara "orgone". Disse-lhe que podia ser concentrada e vista lampejando como raios. Acrescentei que a aurora boreal era uma manifestação de um estado especial da energia orgone. Uma noite, mostrei-lhe a radiação de orgone no organoscópio. Ele compreendeu imediatamente a natureza dessa radiação, sem nenhuma das dúvidas compulsivas que nossos acadêmicos mecanicistas e místicos alimentam nestes casos para preservar sua douta dignidade. Conseguimos convencê-lo a construir um acumulador de orgone para seu próprio uso. Cauteloso e desconfiado, ele iniciou o trabalho. Ansiávamos para que terminasse, porque ele estava enfraquecendo rapidamente. Quando o acumulador finalmente ficou pronto e ele permaneceu dentro do dispositivo pela primeira vez, nos disse com um sorriso radiante que havia sentido uma sensação de formigamento nas mãos. Apesar disto, não pudemos persuadi-lo a usar o acumulador com regularidade. Acabei descobrindo que ele estava resistindo à própria idéia de estar doente. Uma conversa amistosa foi de pouca ajuda. Então o mau tempo levou as fortes dores a se instalarem e ele não pôde mais se mover; sentia dor e queimação na uretra e ficou a ponto de sucumbir à sua doença.

Depois de muito esforço de minha parte e com a ajuda de seu forte desejo de viver, persuadi-o a sentar-se no acumulador duas vezes ao dia, durante uma hora por vez. As dores pararam em poucos dias. O exame microscópico da urina mostrou células cancerosas em desintegração; os bacilos T estavam imóveis, embora presentes em grande número. Ele conseguiu levantar-se novamente, alimentar-se direito e caminhar. Fiz com que me promettesse que cuidaria bem de si mesmo durante um ano pelo menos, para dar ao seu organismo a oportunidade de se recuperar. Também lhe disse para não sentir vergonha de estar doente.

Os efeitos do acumulador aliados aos meus esforços psicoterapêuticos foram bem-sucedidos. Acompanhei a melhora de sua condição por várias semanas. Ele veio me fazer uma visita em minha cabana, a mais de seis quilômetros de sua casa, e fez perguntas sobre as propriedades da energia que ele chamava "vida". Intuitivamente, compreendeu tudo que eu elaborara experimentalmente. Quando

terminou o verão eu parti, convencido de que ele logo pararia de usar o acumulador regularmente, porém estava enganado. Ele acabou gostando do acumulador e reconheceu que, na época, este salvara sua vida. Escreveu que se sentia muito melhor. As dores desapareceram, ele ganhava peso e sentia-se, como disse, "jovem de novo". No espaço de dois meses, engordou mais de 3 kg. Durante um certo tempo, excretou um fluido marrom, ou seja, o detrito do tumor.

Ali estava um homem que supostamente era para ter morrido havia muito tempo. Todavia, na época em que este relato foi escrito, ele ainda estava vivo e com energia, praticamente sem dor e sem precisar usar medicamentos. Seja qual fosse seu destino, usufruía no fim da vida do poder daquilo que chamava de "Deus" e "vida".

Esse homem se chamava Herman O. Templeton. Tornou-se o primeiro administrador do Laboratório do Instituto Orgone, que instituímos sob o nome de "Orgonon", no condado de Franklin, no Maine³.

O que descreverei agora é *somente um projeto* para o Instituto Orgone. Sua realização não depende apenas do Instituto. Não sabemos quanto tempo será preciso passar até que os administradores sociais reconheçam o perigo para a existência humana resultante das biopatias sexuais. Também não sabemos quanto tempo durará a guerra, obstaculizando o avanço do desenvolvimento humano. Porém o Instituto Orgone deu, ainda assim, alguns passos decisivos para a prevenção das biopatias. Deixo agora aos leitores a tarefa de julgar se nossos esforços merecem o apoio do público. Não falo apenas de reconhecimento e louvor, mas de apoio econômico e social *concreto*⁴.

3. O Sr. Templeton morreu mais tarde de um ataque anorgonótico. [N. do Ed. Amer.]

4. Embora tenham sido alcançados muitos progressos na direção da implementação do plano descrito por Reich nas páginas seguintes (escritas em 1943), as circunstâncias que acabaram resultando em sua morte levaram gradualmente à interrupção das atividades reais de Orgonon. Hoje em dia, como parte do Wilhelm Reich Infant Trust Fund, a propriedade de Reich, Orgonon, espera por um novo apoio, que lhe possibilitará tornar-se novamente o centro de pesquisas de orgonomia. O interesse sem precedentes nesta jovem ciência nos dá esperança de que o apoio está prestes a acontecer. [N. do Ed. Amer.]

Templeton foi o primeiro paciente de câncer a ter um acumulador de orgone em sua própria casa. O benefício resultante de se tratar em casa não pode ser subestimado. Quando as dores de meu amigo aumentavam, ele não precisava esperar pela consulta médica, ou viajar 80 quilômetros para obter alguma ajuda, como precisaria antes fazer se fosse o caso. Ele podia utilizar a irradiação com orgone imediatamente e com a frequência que precisasse. Podia familiarizar-se com a radiação — se acostumar com ela. O acumulador não era algum aparelho médico em um laboratório clínico. O paciente poderia mostrá-lo aos seus conhecidos e deixá-los sentar-se dentro dele. Eles poderiam discutir os fenômenos ocorridos dentro do acumulador e confirmar suas experiências. O paciente não era mais o objeto passivo no decorrer de um tratamento, mas assumia um papel ativo. Estava aprendendo a refletir sobre a energia que o ajudava tanto e a controlá-la. Estava se tornando um novo tipo de assistente social, familiarizando as pessoas de sua própria esfera social com este assunto, independente de seu médico. Ele também estava economizando uma grande quantidade de dinheiro que, de outra forma, teria sido gasta em viagens, médico, remédios e assim por diante.

Esses efeitos médicos e sociais, produzidos pelo fato de ter o acumulador de orgone em casa, são a base do plano Orgonon. Nosso paciente de câncer em recuperação se ofereceu para assumir a construção de acumuladores. Mais tarde, sua filha o sucedeu nessa tarefa. Com o tempo, se tudo acontecesse conforme o planejado, o pedido de acumuladores aumentaria. Era, portanto, preciso um terreno onde poderíamos instalar oficinas. Porém, para comprar um terreno e construir oficinas, precisávamos de dinheiro. A pesquisa orgone requer grandes quantidades de dinheiro, que aqueles dentre nós que trabalham no Instituto não podem oferecer e que ninguém mais oferecerá. Por esse motivo, as pequenas somas cobradas para a utilização de acumuladores de orgone acabarão cobrindo não somente os custos de sua confecção, mas também todo o trabalho de pesquisa. À medida que as pessoas forem se familiarizando cada vez mais com a natureza da energia orgone, elas contribui-

rão voluntariamente com a pesquisa. Sua recompensa será o efeito saudável do acumulador de orgone.

Portanto, em vez de vender ou explorar o acumulador de orgone, o colocaríamos para trabalhar pela pesquisa orgone. Isto só poderia ser feito na forma de uma instituição pública sem fins lucrativos⁵.

O Instituto comprou uma fazenda de 150 acres no Maine por U\$ 4.000. Um professor de escola, estudante do Instituto, disponibilizou o dinheiro a título de empréstimo sem juros; o pagamento seria feito em algum momento no decorrer dos próximos anos. Havia algumas edificações antigas no terreno, onde se poderia obter material suficiente para construir as principais oficinas. Herman Templeton assumiu a administração dos projetos de construção.

O National Research Council em Washington foi informado do projeto.

Orgonon se situa a uma altitude de 488 metros e tem um clima seco e ensolarado. Portanto, é eminentemente adequado para a pesquisa experimental do orgone. Com o passar do tempo, todo o trabalho biofísico poderia ser transferido para Orgonon. A dificuldade de trabalhar em um pequeno laboratório em Nova York entulhado de instrumentos e aparelhos seria, finalmente, superada. Orgonon se tornaria o lar da pesquisa viva do orgone físico, que estivera vagando de país em país até então durante quinze anos. Merecia alguma estabilidade e paz.

Os acumuladores de orgone construídos em Orgonon permanecem sendo propriedade do Instituto. Assim como se aluga um telefone, adquire-se um acumulador de orgone pelo período desejado de tempo, como retribuição por uma contribuição mensal ao "Fundo de Pesquisa sobre o Orgone". As receitas desse fundo provêm de contribuições de estudantes, associados e outros, pagamentos pelos testes experimentais no laboratório e rendimentos mensais decorrentes da utilização dos acumuladores. O fundo é a nossa

5. A Fundação Wilhelm Reich foi criada em 1949 para este fim. Ela não está mais em funcionamento. [N. do Ed. Amer.]

única fonte de recursos para cobrir os custos correntes do projeto, os salários dos trabalhadores e os gastos com a expansão da pesquisa sobre biofísica orgone.

Como o acumulador de orgone produz uma excitação vagotônica do organismo e carrega o sangue organoticamente, aumentando dessa forma a resistência do organismo à doença, ele se tornará um instrumento indispensável na luta contra aquelas doenças que consistem em uma redução das reações biológicas de defesa do organismo e numa contração do aparelho vital. Não tenho dúvidas de que a reação inicial hesitante à novidade e simplicidade do aparelho será superada, e que as autoridades acabarão autorizando a distribuição de acumuladores de orgone. Abandonci qualquer idéia de ganho material, não por magnanimidade, mas simplesmente para eliminar qualquer suspeita de que eu pudesse estar tentando competir economicamente com a poderosa indústria farmacêutica.

Eu gostaria de enfatizar que minha pesquisa com o acumulador de energia orgone não está voltada exclusivamente para o câncer, embora a energia orgone tenha demonstrado sua eficácia inicialmente através dessa doença. Ela está voltada para a carga bioenergética do organismo. Eu sustento que a prevenção do câncer depende de sermos capazes de aumentar a potência organotica no organismo muito antes do desenvolvimento de bacilos T ou mesmo de células cancerosas. É importante que evitemos o encolhimento do aparelho vital e sua subsequente putrefação. Essa tarefa se divide em duas partes, um aspecto biofísico e outro mais amplo, médico-social.

A tarefa biofísica consiste na administração direta da energia orgone através do acumulador. A tarefa mais ampla, social, é educar as pessoas a compreender e evitar as biopatias sexuais de crianças e adolescentes, que conduzem não somente à biopatia de encolhimento carcinomatosa, mas a todo tipo de biopatia. Das duas, a primeira tarefa é bem mais fácil, embora tenha de ser empreendida no início em uma escala limitada, experimental, de uma das seguintes maneiras:

1. À medida que o número de usuários crescer, manteremos um registro exato de quantos deles desenvolvem câncer ou outras

doenças depois de três a cinco anos. Isto nos fornecerá um quadro das possibilidades de prevenção do câncer. (O fator emocional e o encolhimento do aparelho vital como resultado da resignação são incalculáveis, claro. Com toda probabilidade, só pode ser evitado pela realização da tarefa social.) Suponhamos que, por um tempo determinado, 5.000 acumuladores estarão em uso. Se os 5.000 usuários fossem desenvolver câncer com uma frequência inferior à da população em geral, esta parte da tarefa seria realizada. O princípio poderia então ser aplicado em nível nacional ou internacional.

2. Com a ajuda de organizações públicas, essa tarefa também poderia ser resolvida da seguinte forma: um distrito de um estado ou cidade de aproximadamente 10.000 habitantes receberia "um acumulador em cada lar". Os assistentes sociais manteriam registros exatos da ocorrência de casos de câncer nesse distrito. Esses registros seriam comparados aos de outros distritos em que o acumulador não tivesse sido usado. Em dois a cinco anos, seria possível extrair conclusões válidas quanto às possibilidades de uma profilaxia geral do câncer.

Este plano pode parecer fantástico a muitos leitores, porém eu lhes responderia que, se é possível mobilizar as populações de todo um planeta para a guerra, então deve ser possível mobilizar um distrito de 10.000 habitantes para um experimento crucial. Estou bem consciente de todas as circunstâncias que criarão dificuldades, porém a execução desse plano é possível. Não deve ser deixado por fazer.

APÉNDICE

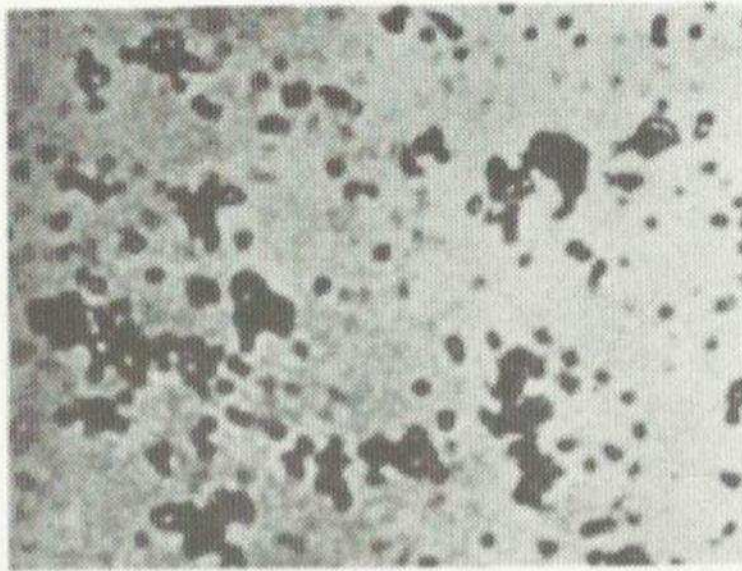


Figura 25. Bions de carvão, produzidos a partir de pó de carvão incandescente submetido a inchaço em solução de caldo de cultura e cloreto de potássio

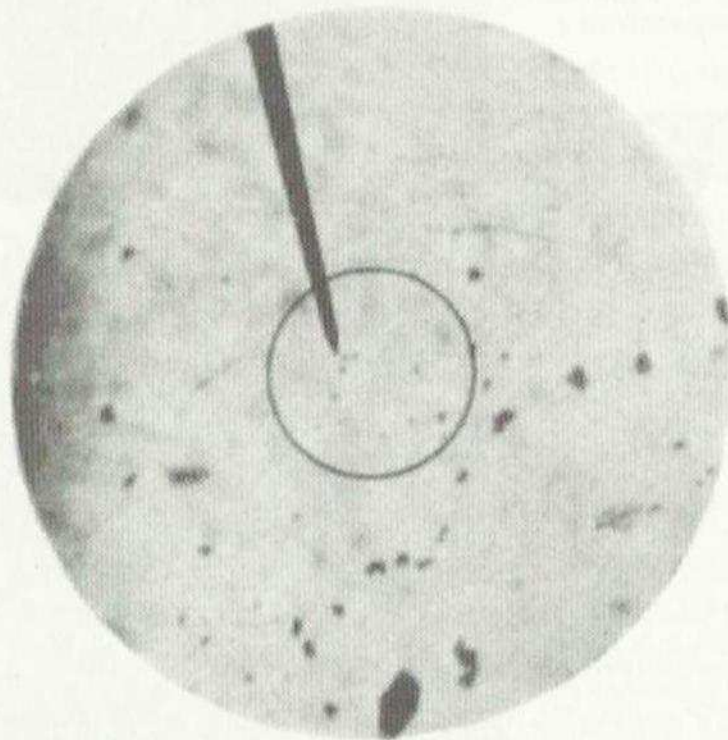


Figura 26. Três bacilos T (assinalados). Tintura de Gram (vermelha). Foto tirada imediatamente depois de um preparo de carvão vegetal. Aumentado em cerca de 5.000 vezes; tamanho real menor do que 0,25 micron. Os grandes pontos pretos são poeira fina de carvão

Figura 27. Limalha de ferro fundido seco. Aumento aproximado: 300 vezes

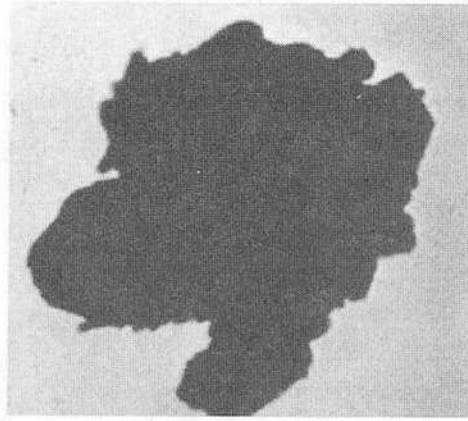


Figura 28. Limalha de ferro depois de quinze minutos em uma solução de caldo de cultura e cloreto de potássio. As vesículas, originalmente não móveis, se separaram e se ordenaram em linhas que correspondem a um campo magnético. Aumento aproximado: 500 vezes

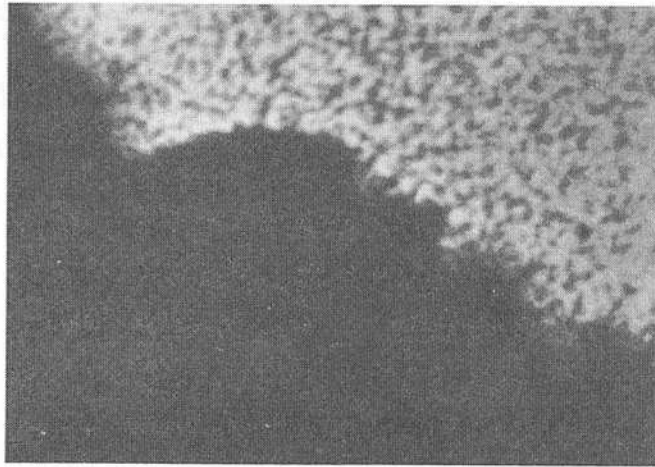
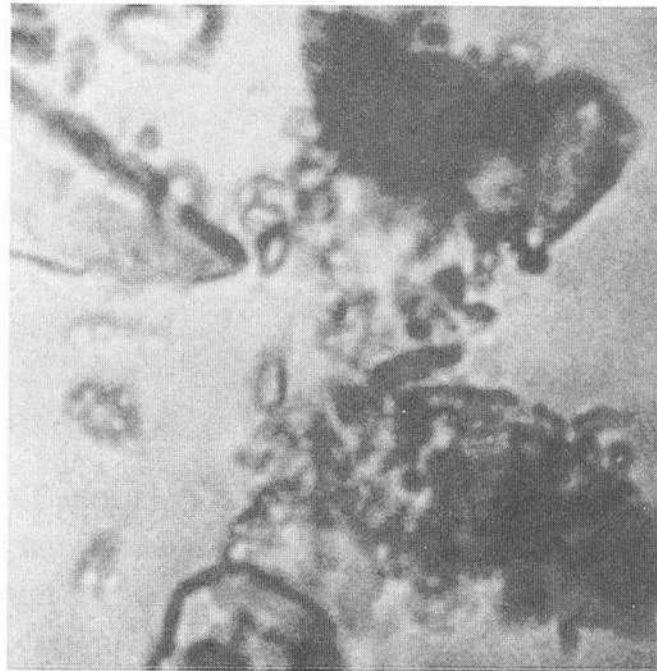


Figura 29. Vesículas de energia em partículas de terra e húmus



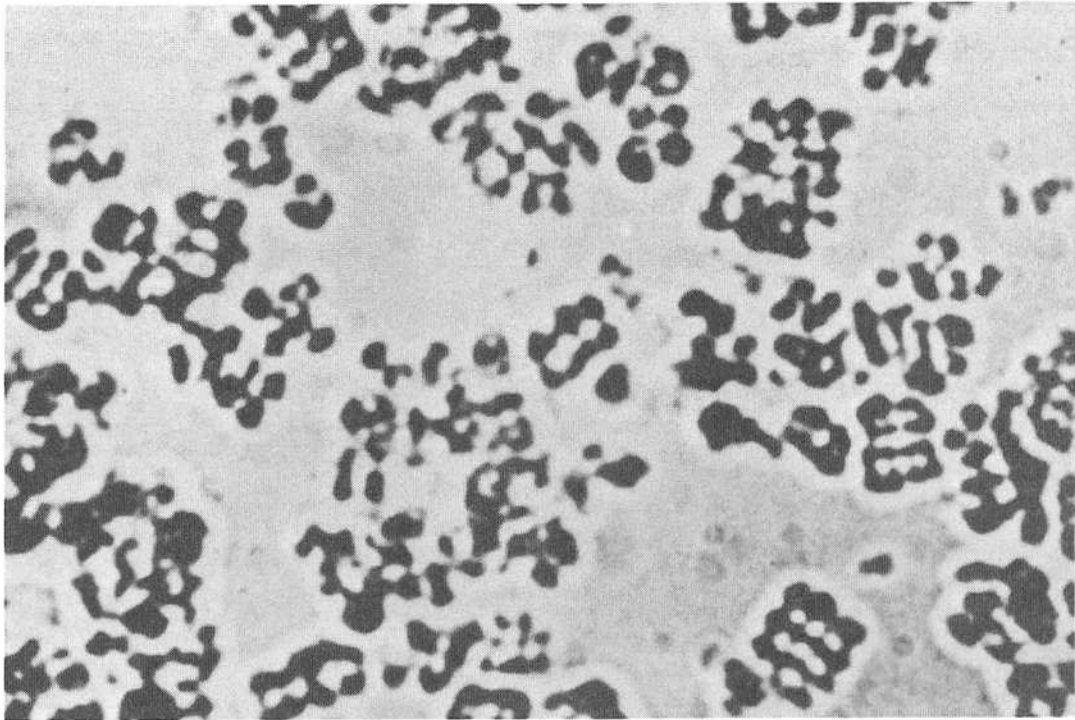


Figura 30. Cultura de bíons PA. Aumento aproximado: 3.000 vezes

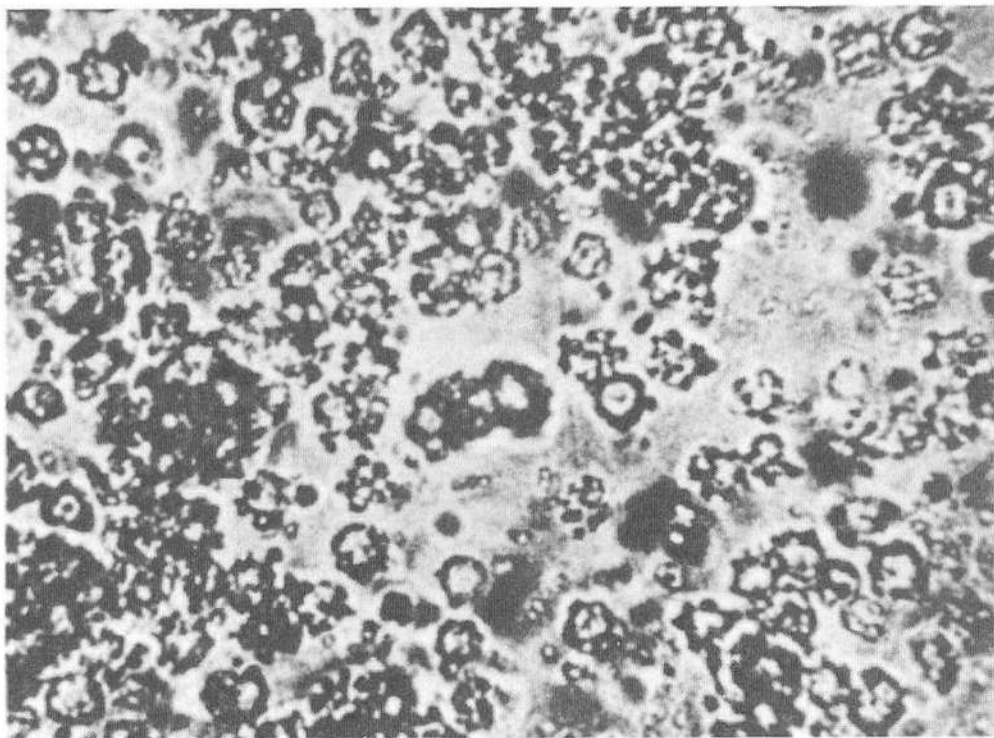


Figura 31. Bíons PA azuis provenientes de sangue humano autoclavado na preparação viva. Aumento aproximado: 2.000 vezes (Reação "B")

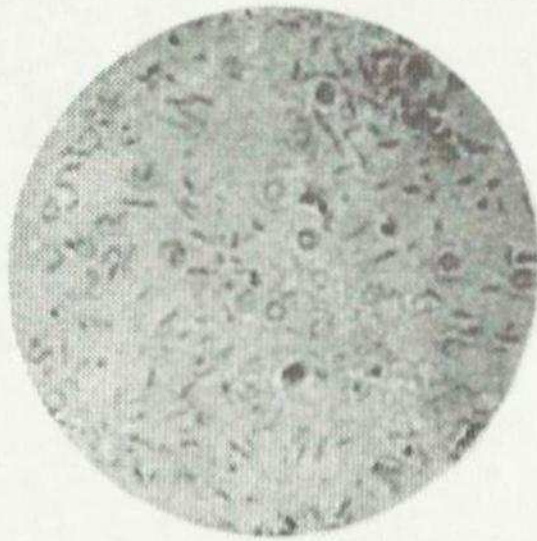


Figura 32. Bacilos T obtidos a partir de tecido sarcomatoso. Aumento aproximado: 5.400 vezes

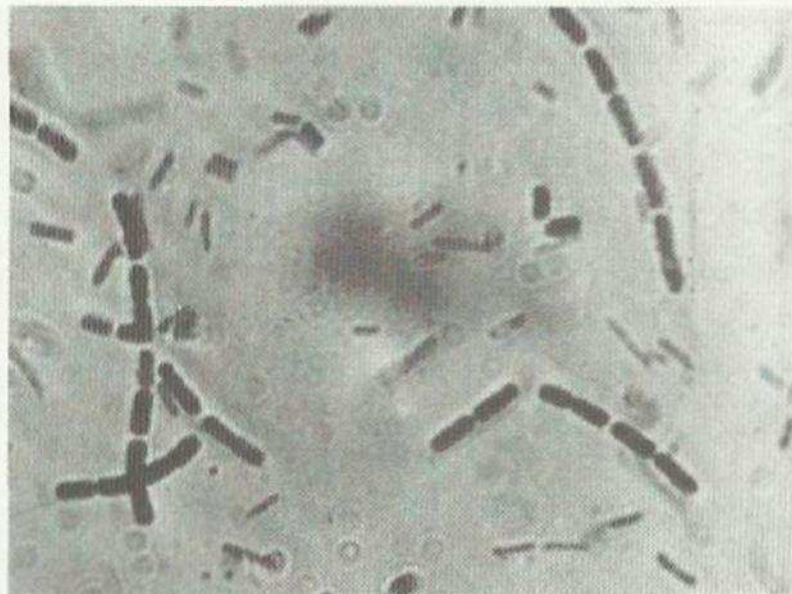
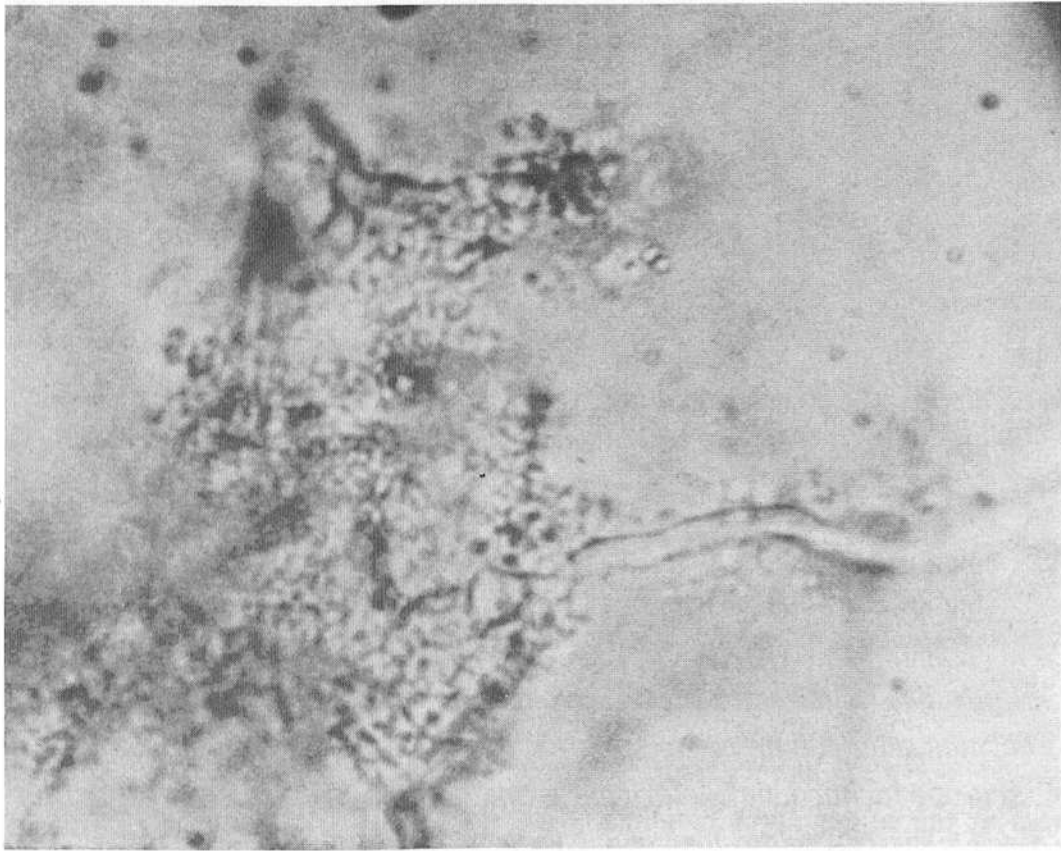
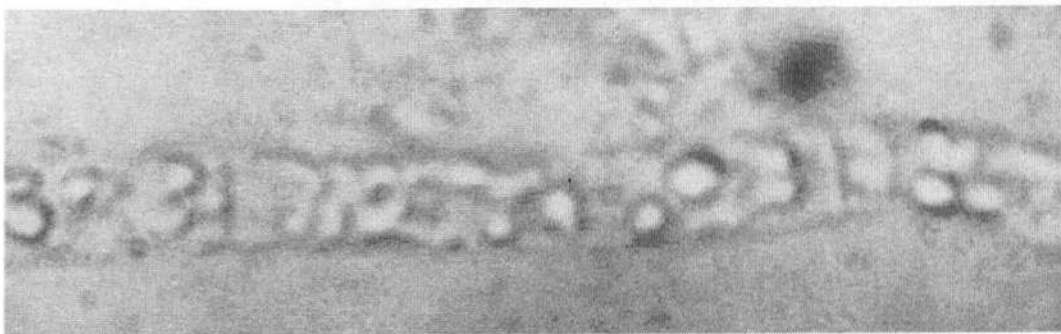


Figura 33. Bacilos obtidos através de infecção pelo ar. Aumento aproximado: 1.000 vezes. Comparar com Figura 32



*Figura 34. Desintegração vesicular (bionosa) em infusão de grama.
Aumento aproximado: 700 vezes*



*Figura 35. Vesículas bionosas que exibem intenso reflexo azul em
uma lâmina de grama. Aumento aproximado: 1.500 vezes*

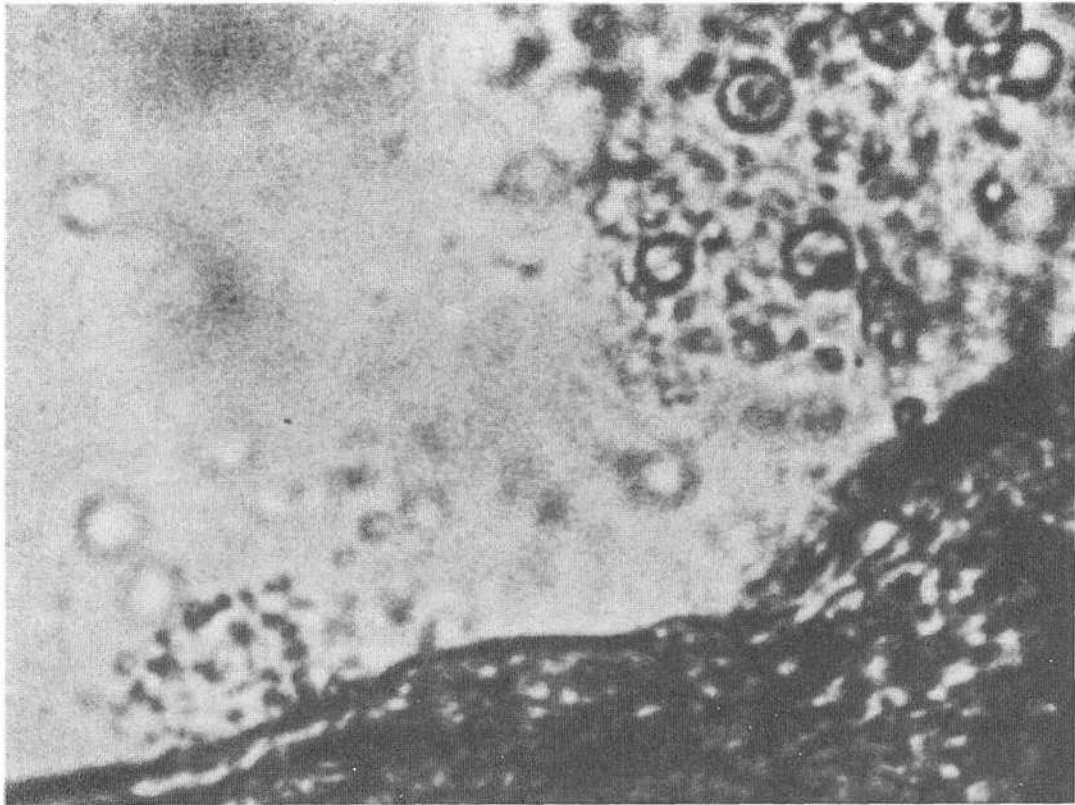


Figura 36. Uma fase inicial no desenvolvimento da Amoeba limax. Formas esféricas no canto superior direito resultantes de grama que passou por inchaço, dando origem a amebas. No canto inferior esquerdo, uma formação de protozoário. Aumento aproximado: 1.000 vezes. A fotografia com passagem de tempo foi usada para observar o processo

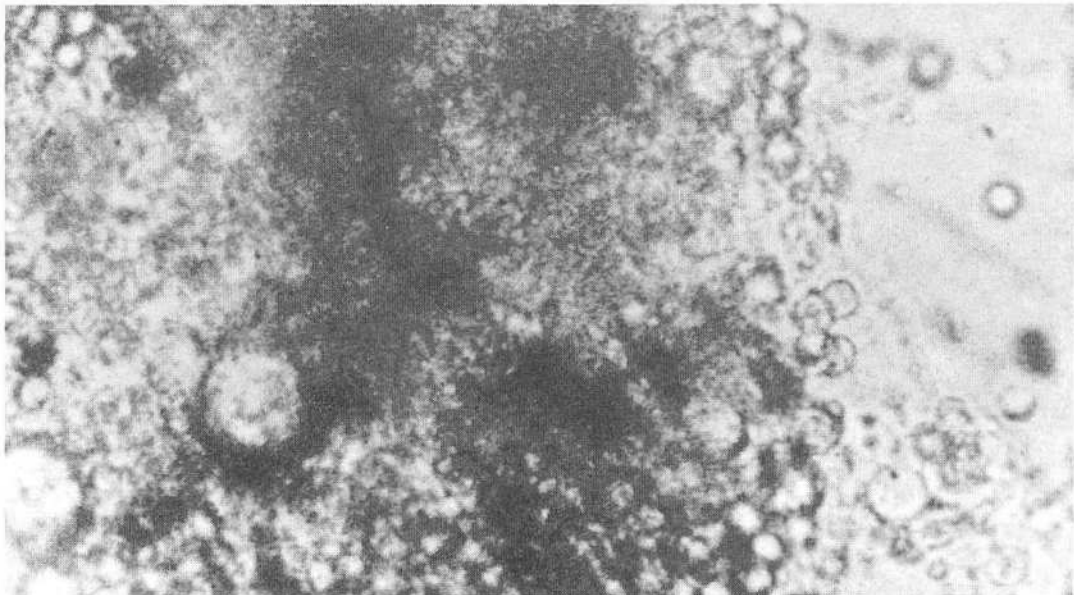


Figura 37. O mesmo preparo que o da Figura 36 em fase mais avançada. As grandes formas esféricas à esquerda em processo de transformação para amebas em movimento. Aumento aproximado: 1.000 vezes

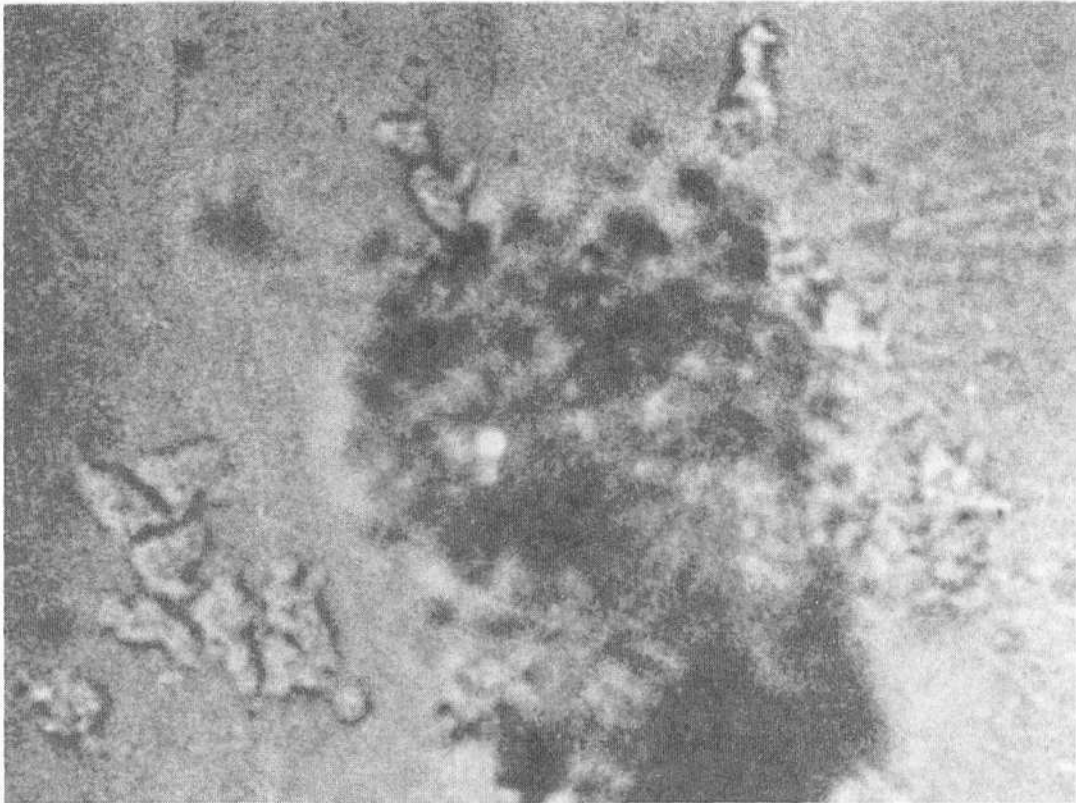


Figura 38. Germes protozoários em dissolução (ao longo da borda direita de grama desintegrada). À esquerda e acima, amebas no processo de separação

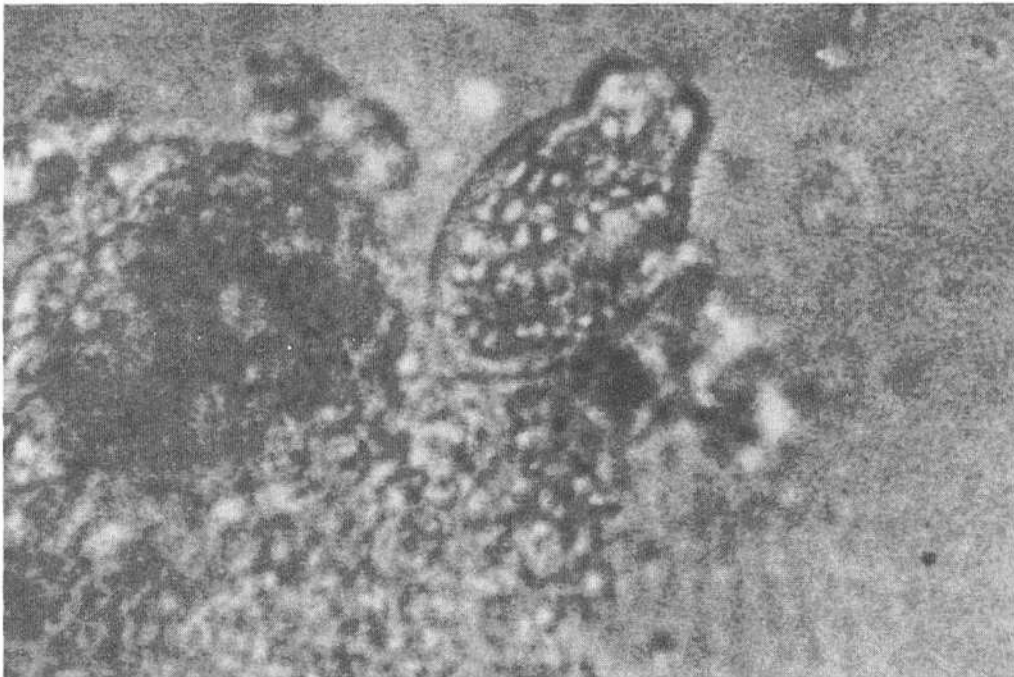
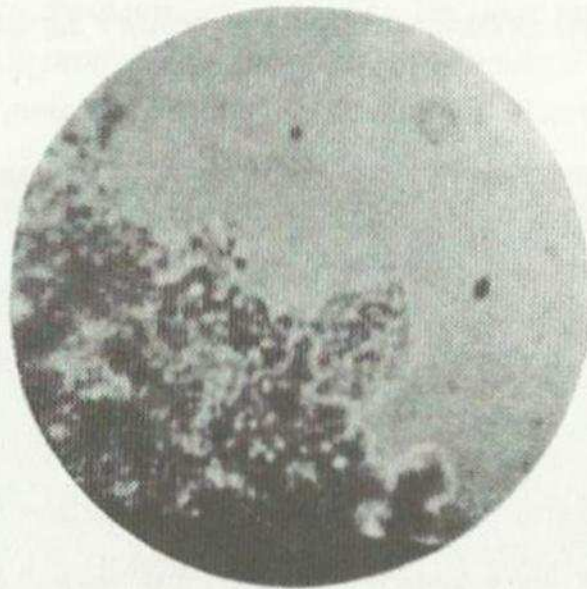


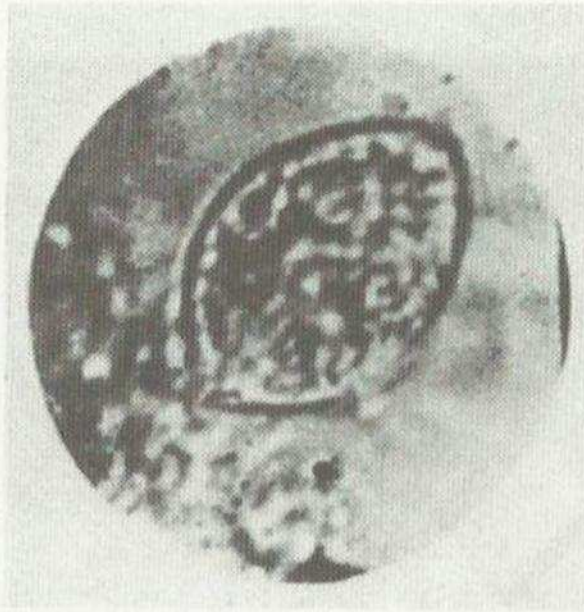
Figura 39. Agrupamento de vesículas de bíons em fase avançada de organização



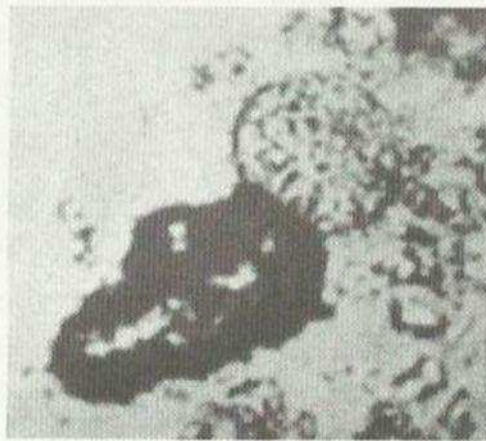
*Figura 40. Protozoário que cresce a partir de musgo.
Aumento aproximado: 3.500 vezes*



*Figura 41a. Formação protozoária inicial na borda de grama em
desintegração bionosa. Aumento aproximado: 700 vezes*



*Figura 41b. Vesículas de bíons em agrupamento organizado.
Aumento aproximado: 1.500 vezes*



*Figura 41c. Germe protozoário (vesícula bionosa) se
desenvolvendo na borda direita de grama em desintegração*

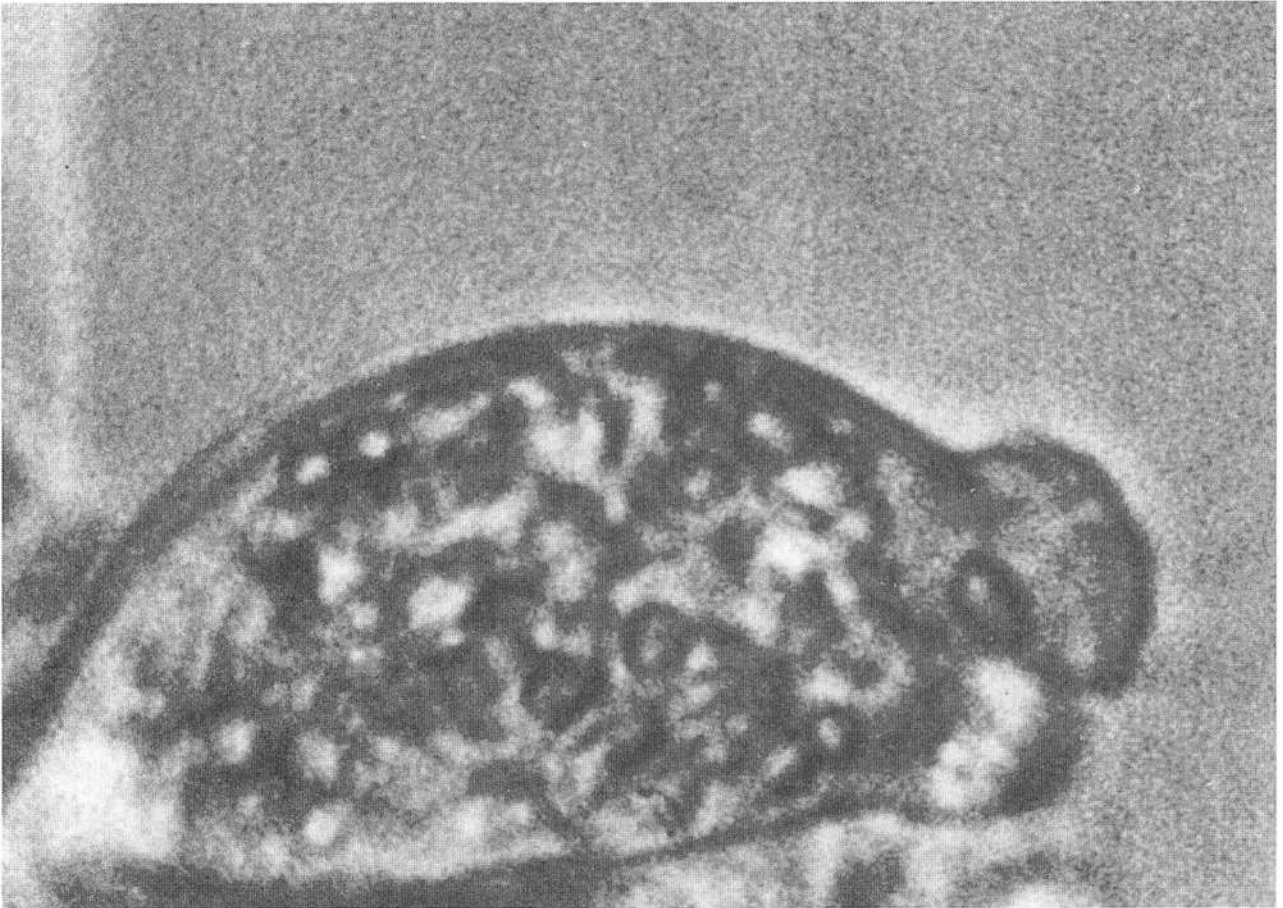


Figura 42. "Protozoário Org". Protozoário completamente organizado em estado de expansão, embora ainda não desprendido da lâmina de grama. Observar a estrutura vesicular do protoplasma. Aumento aproximado: 3.000 vezes

*Figuras 43-47. Flocos plasmáticos oriundos do Experimento XX.
Aumento aproximado: 300 vezes*

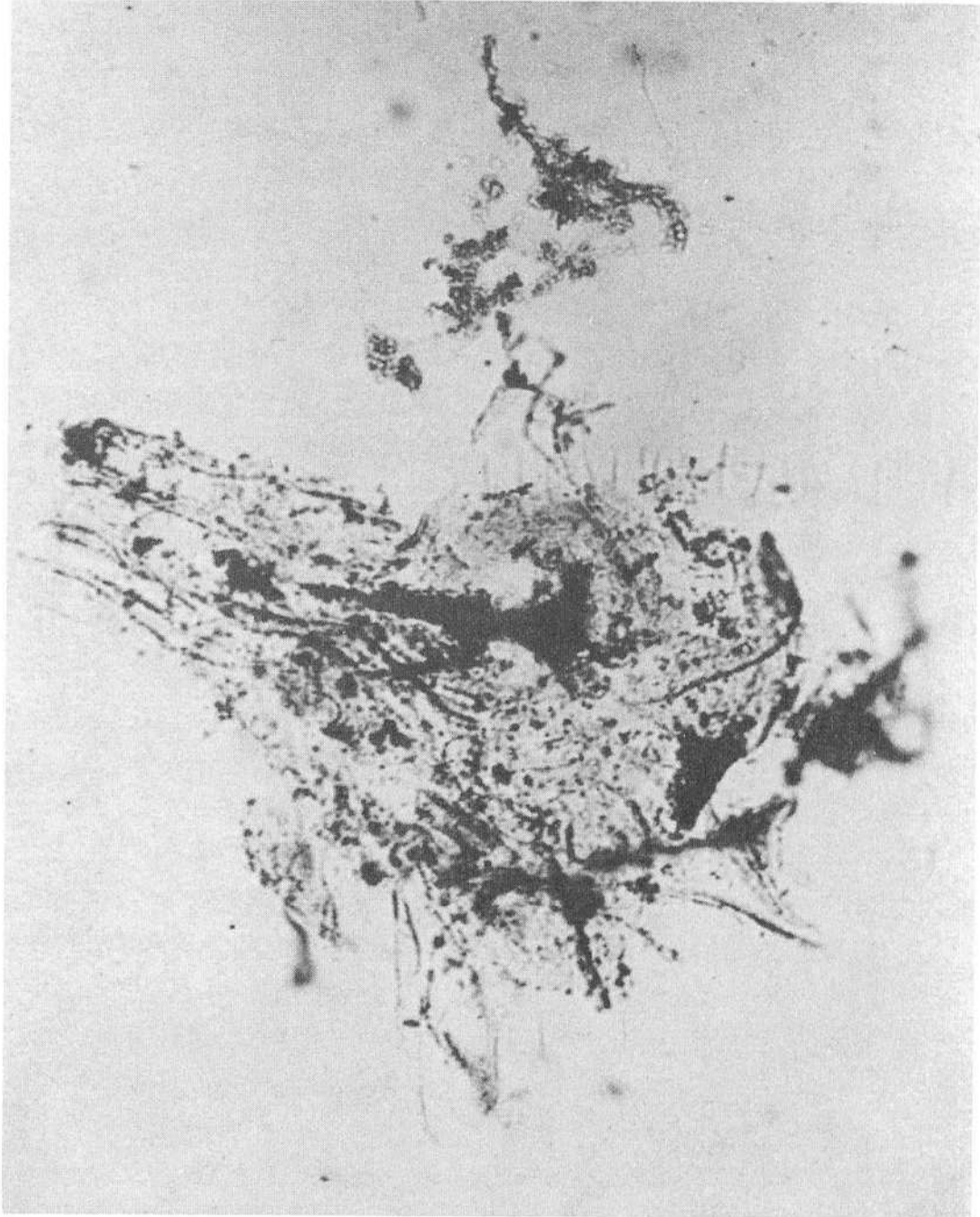


Figura 43.



Figura 44.

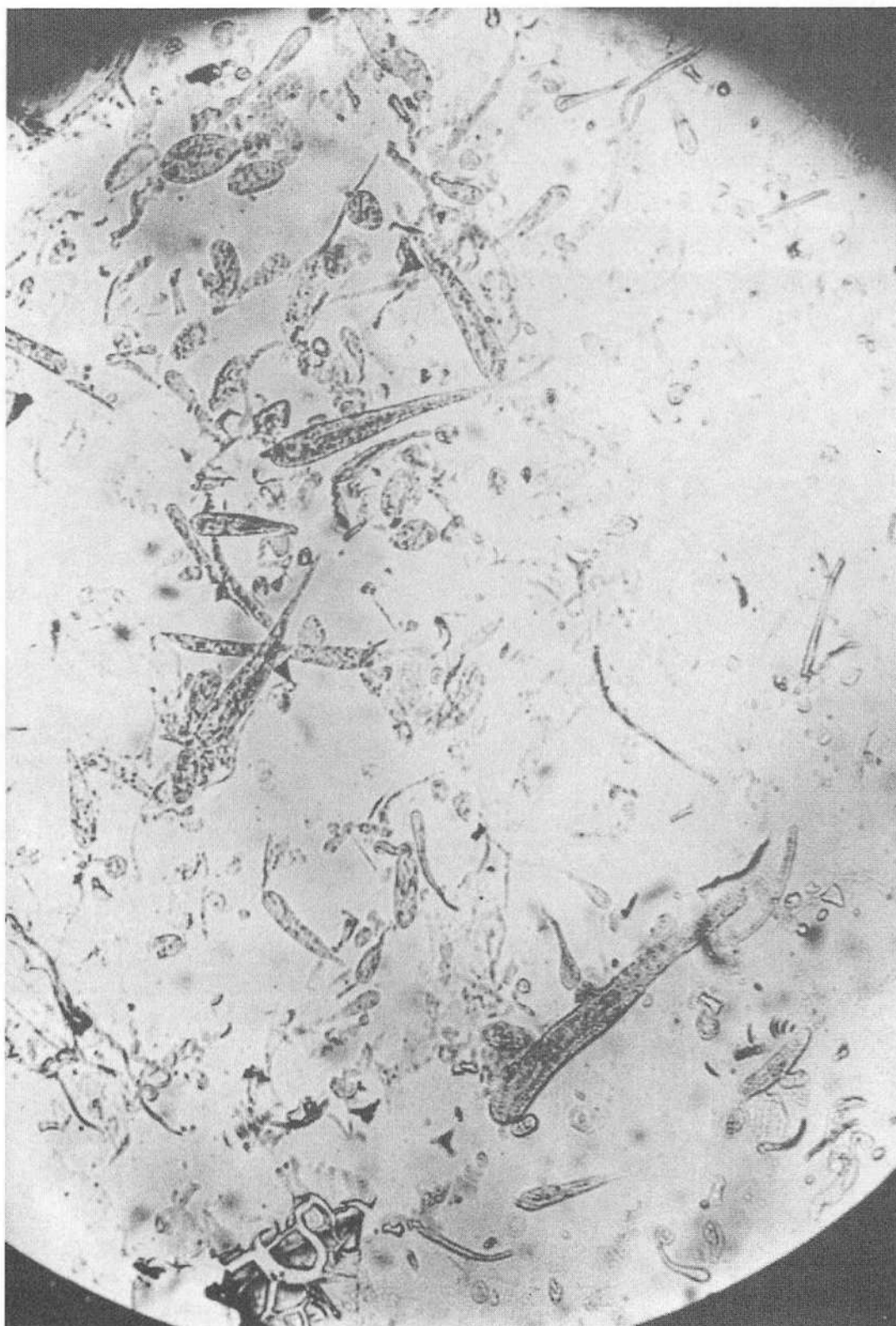


Figura 45.

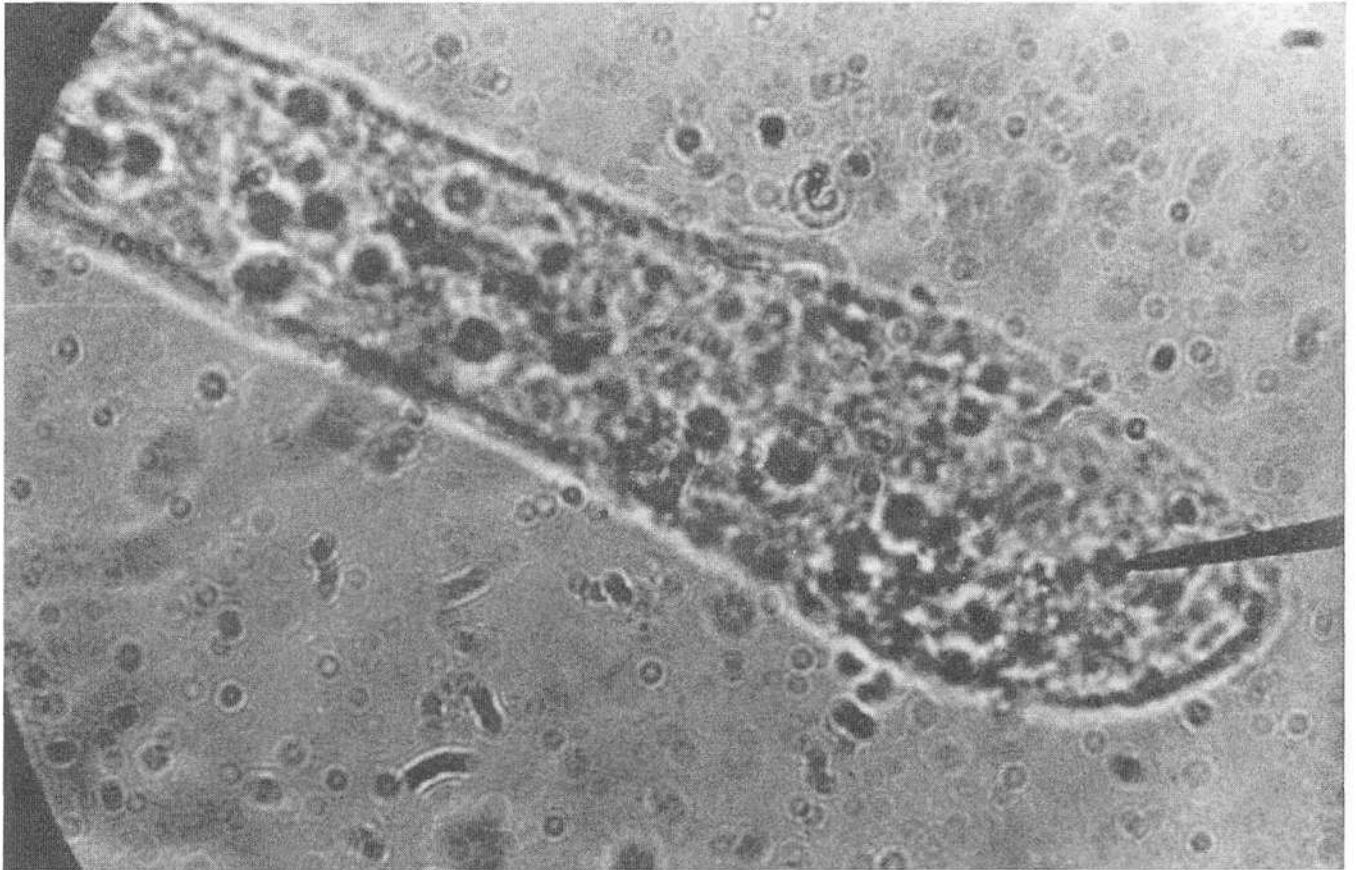


Figura 46.

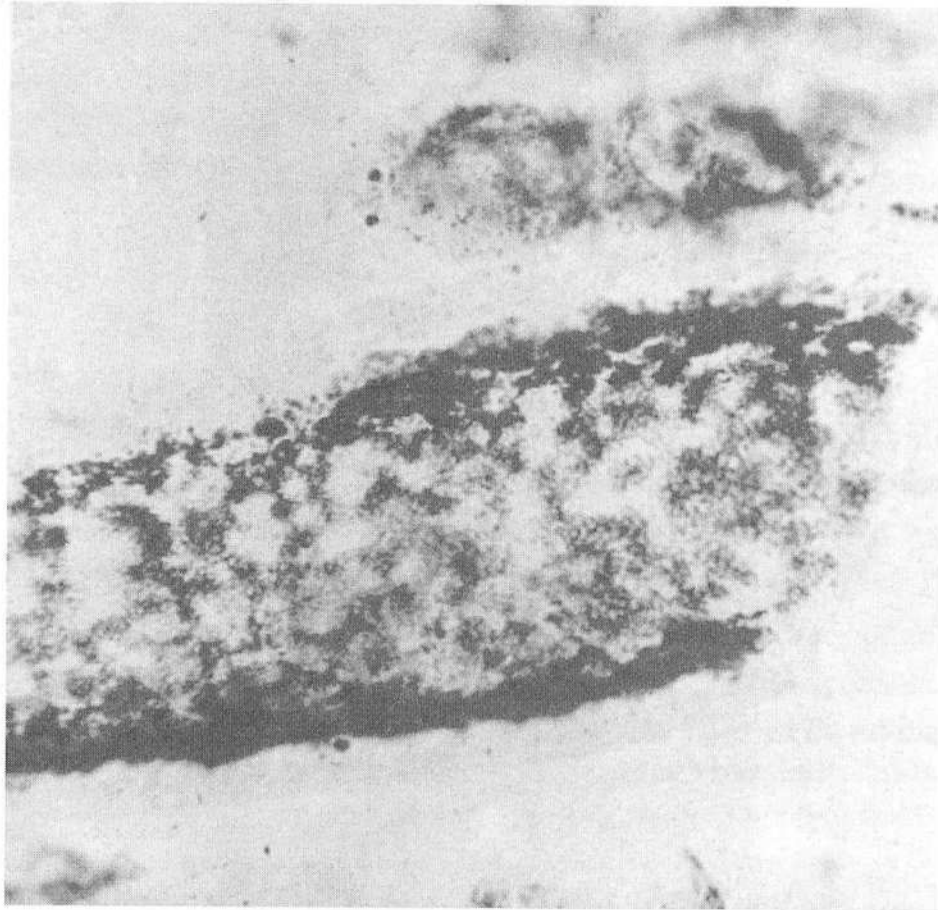
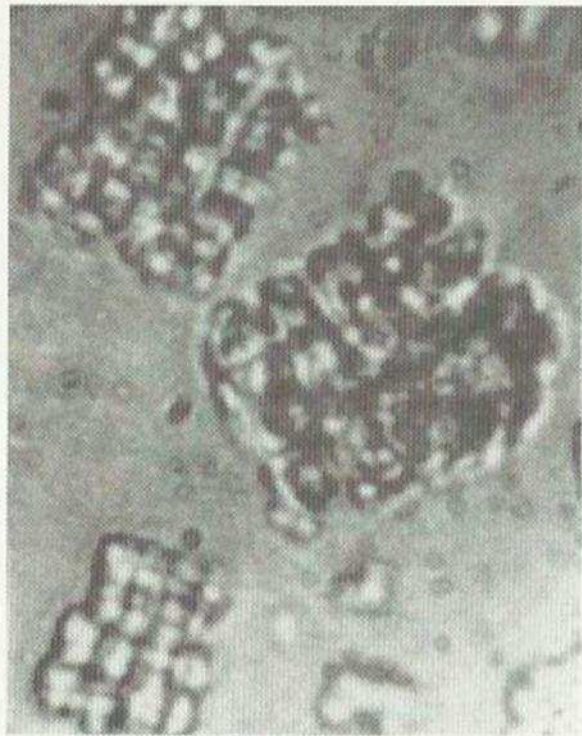
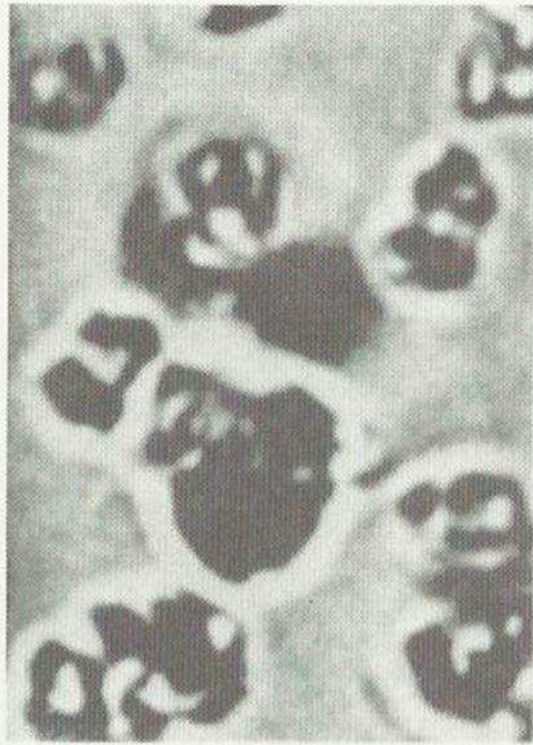


Figura 47.



Figuras 48a e b. A cultura de bíons (SAPA) revelou a existência da energia biológica orgone, 1939

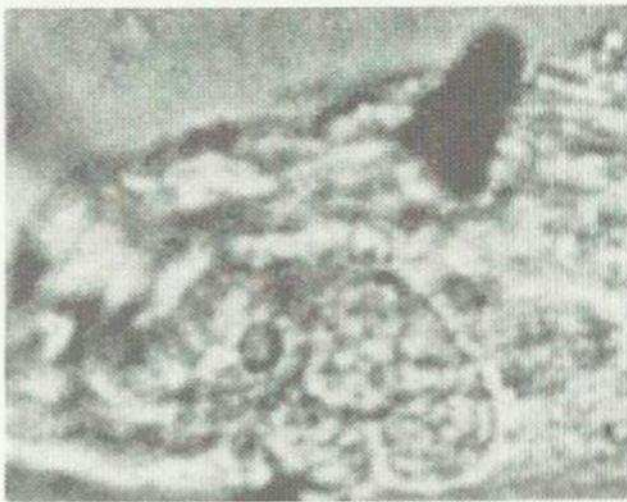


Figura 49. Câncer ósseo (fíbula) em que o tecido exhibe uma estrutura vesicular com um agrupamento de células cancerosas em estágio avançado de organização. Aumento aproximado: 1.000 vezes



Figura 50a. Formação celular pré-cancerosa com formato pontiagudo (agulha) e bíons SAPA (canto superior direito) obtidos a partir de secreção vaginal

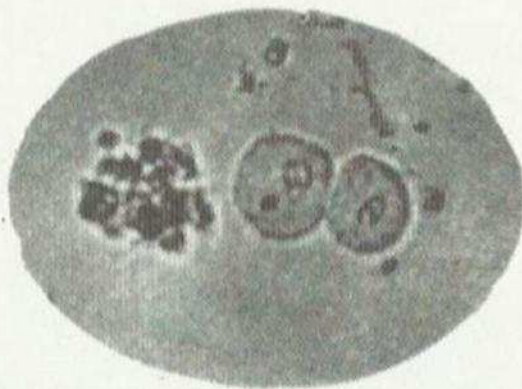


Figura 50b. Contração em formato esférico e imobilização de duas células cancerosas amebóides, oblongas e móveis, devido ao efeito de um bión SAPA

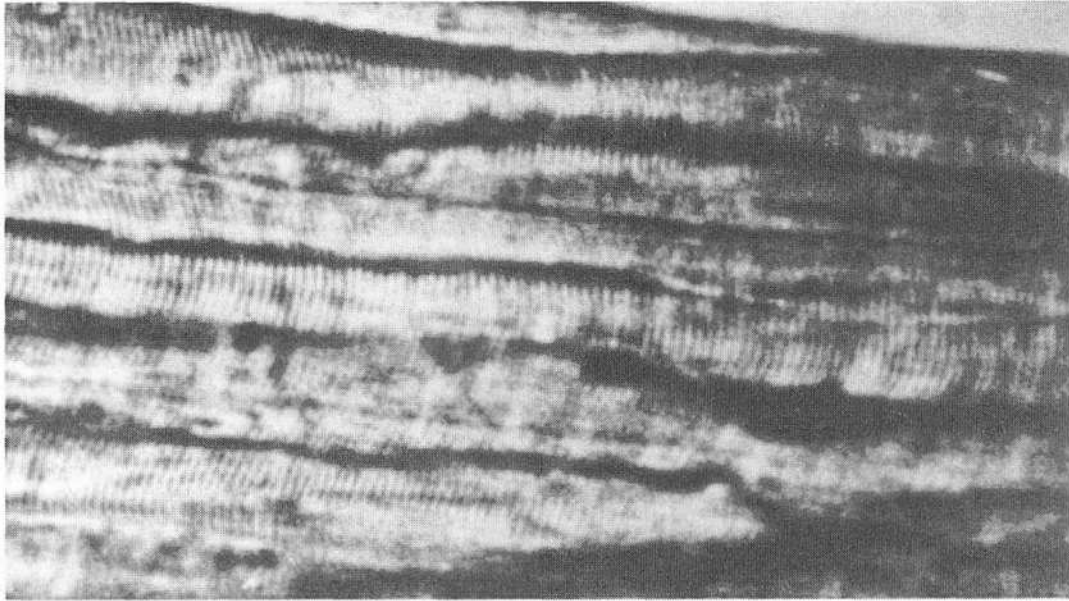
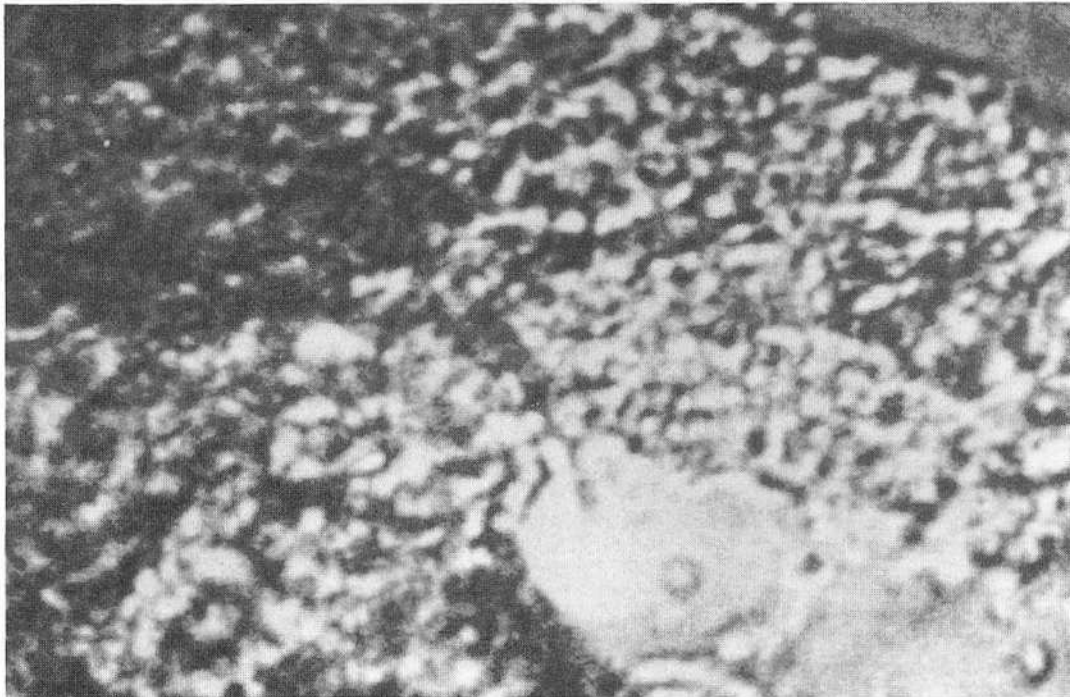


Figura 51. Tecido de músculo normal (humano) que exhibe estrutura estriada, não vesicular. Observado em estado vivo em solução fisiológica salina. Aumento aproximado: 1.000 vezes

Figura 52. Tecido muscular canceroso obtido de útero humano que exhibe estrutura bionosa. A organização protozoária aparece na margem direita. Observado em solução fisiológica salina. Aumento aproximado: 1.000 vezes



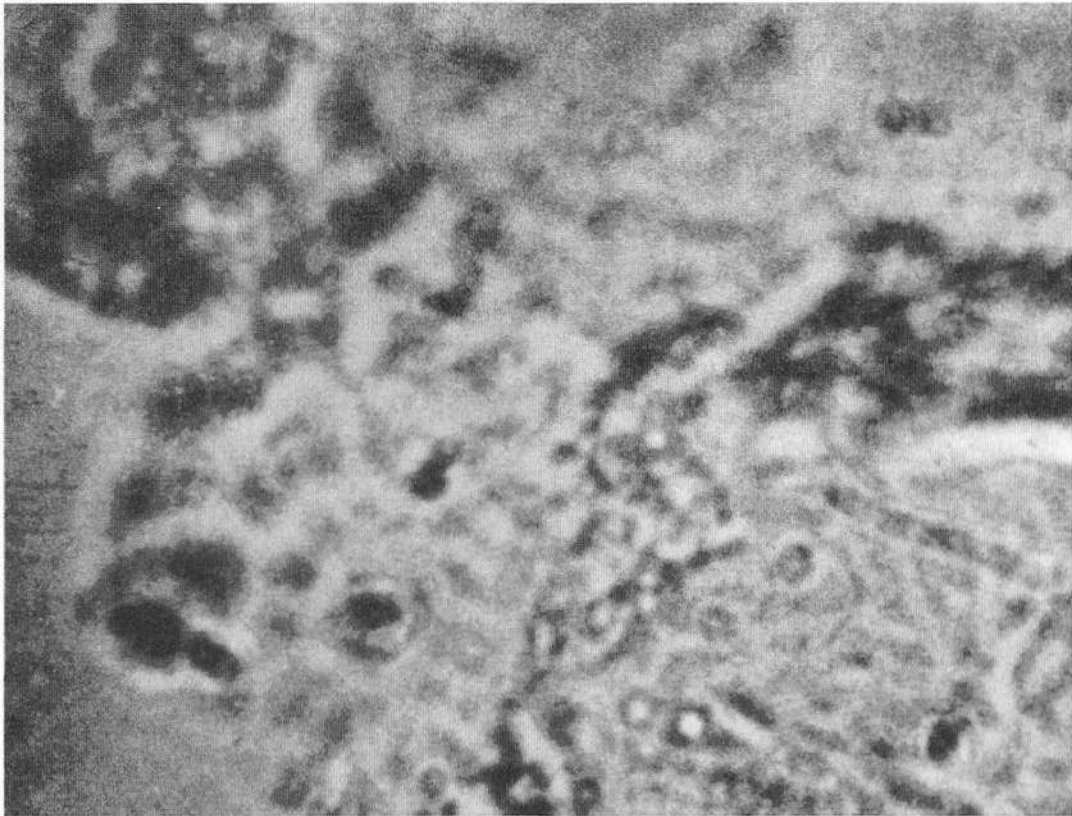
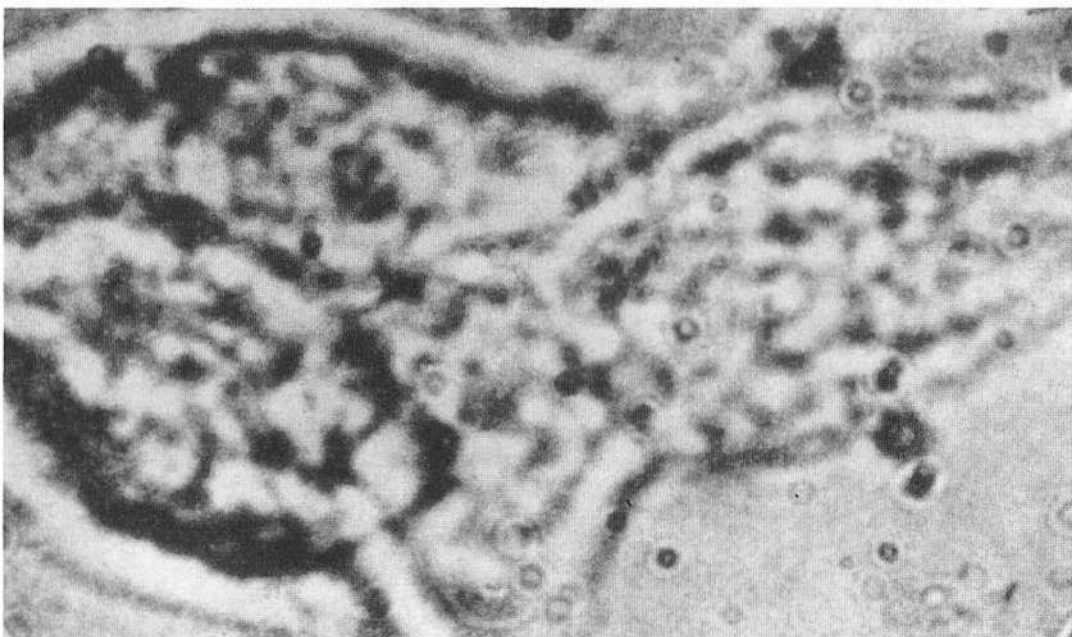


Figura 53. Células epiteliais de câncer de mama. Observadas em estado vivo sem tintura, em solução normal de NaCl, uma hora depois de mastectomia. Do lado direito inferior e superior, células epiteliais saudáveis não apresentam estrutura. Epitélio desintegrado de maneira bionosa em direção ao centro, estendendo-se para baixo. Na margem esquerda, pode-se ver agrupamentos de células cancerosas em processo de formação. Aumento aproximado: 1.000 vezes

Figura 54. Três células cancerosas com o formato típico de taco, obtidas de um tumor humano. Aumento aproximado: 2.300 vezes, ampliado



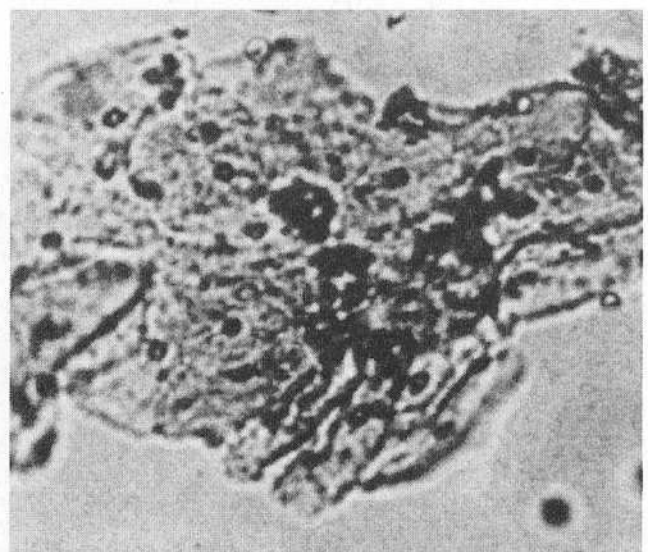
*Figura 55a. Células
epiteliais em solução de
KCl; de uma verruga
na bochecha, exibindo
mudanças
pré-cancerosas (X)*



*Figura 55b. Proliferação
(X) de célula epitelial da
mesma verruga*



*Figura 56a. Células
epiteliais pré-cancerosas
do colo do útero que
exibem corpos T e
vesículas intensamente
luminantes*



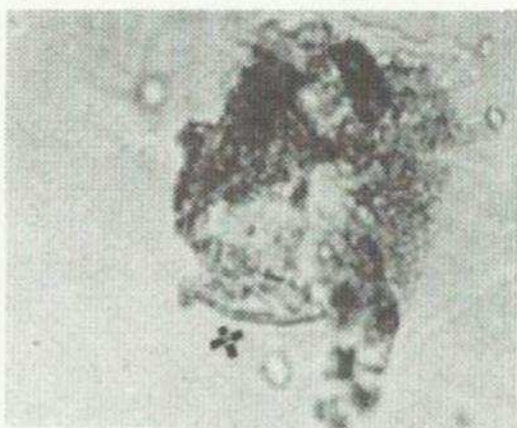
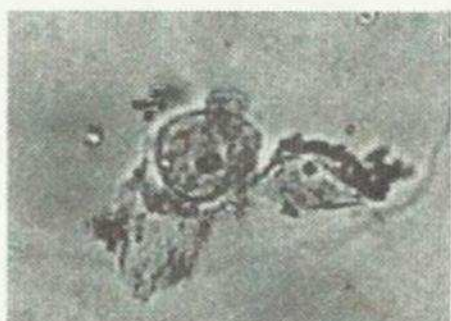


Figura 56b. Epitélio canceroso cervical que exhibe formação em fuso (X)



Figuras 56c e d. Epitélio canceroso cervical que exhibe células cancerosas em desenvolvimento (X)

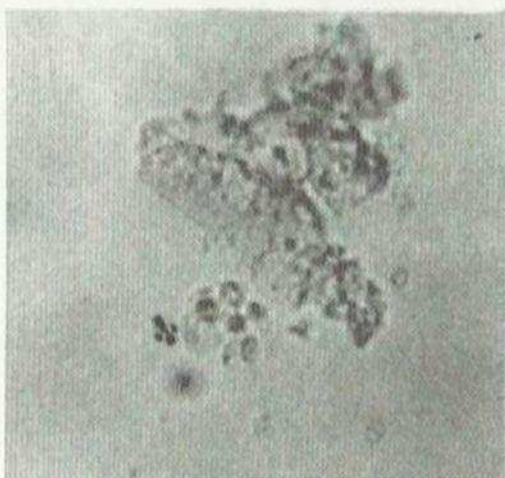
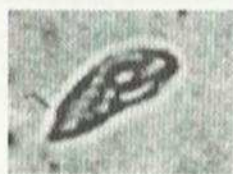


Figura 56e. Célula cancerosa com formato de fuso proveniente de secreção vaginal (CA III)



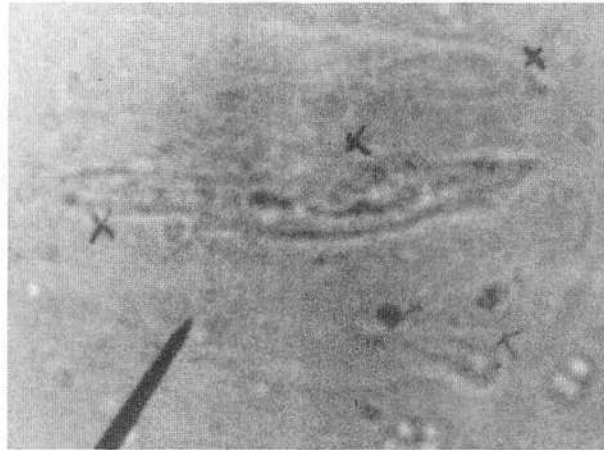


Figura 57. Formação de fusos intensamente cromáticos (X) dentro de uma célula epitelial (assinalada) obtida da secreção vaginal de uma mulher com suspeita de câncer (CA III)

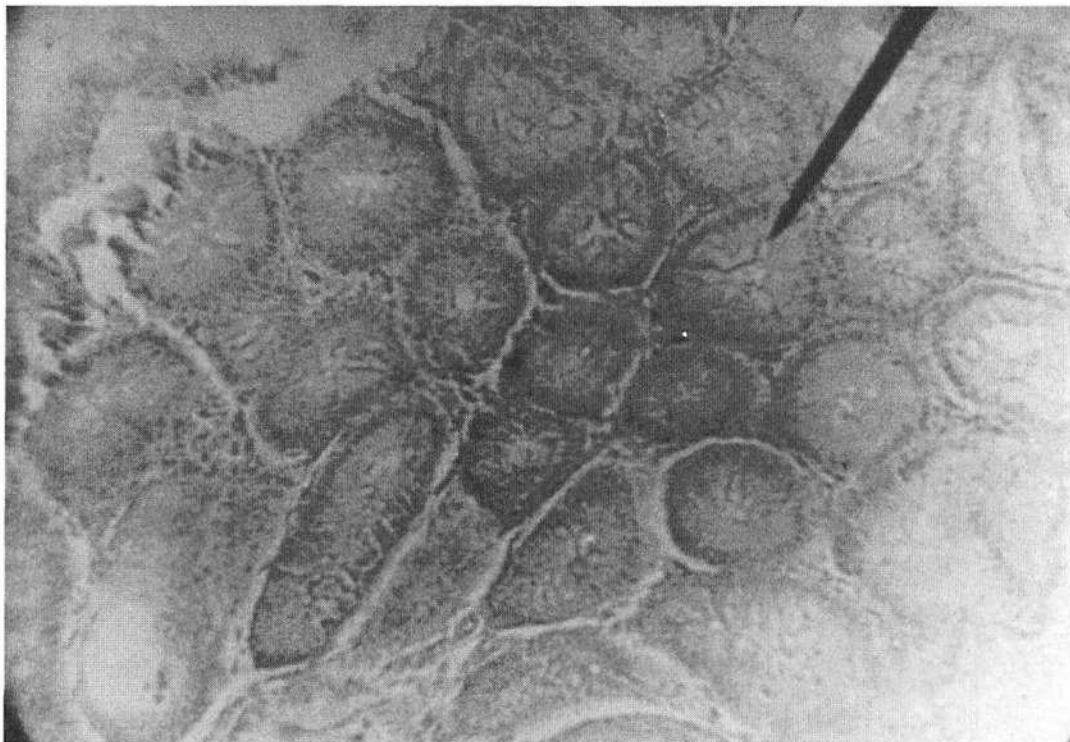


Figura 58a. Epitélio saudável, glândulas gástricas de um camundongo

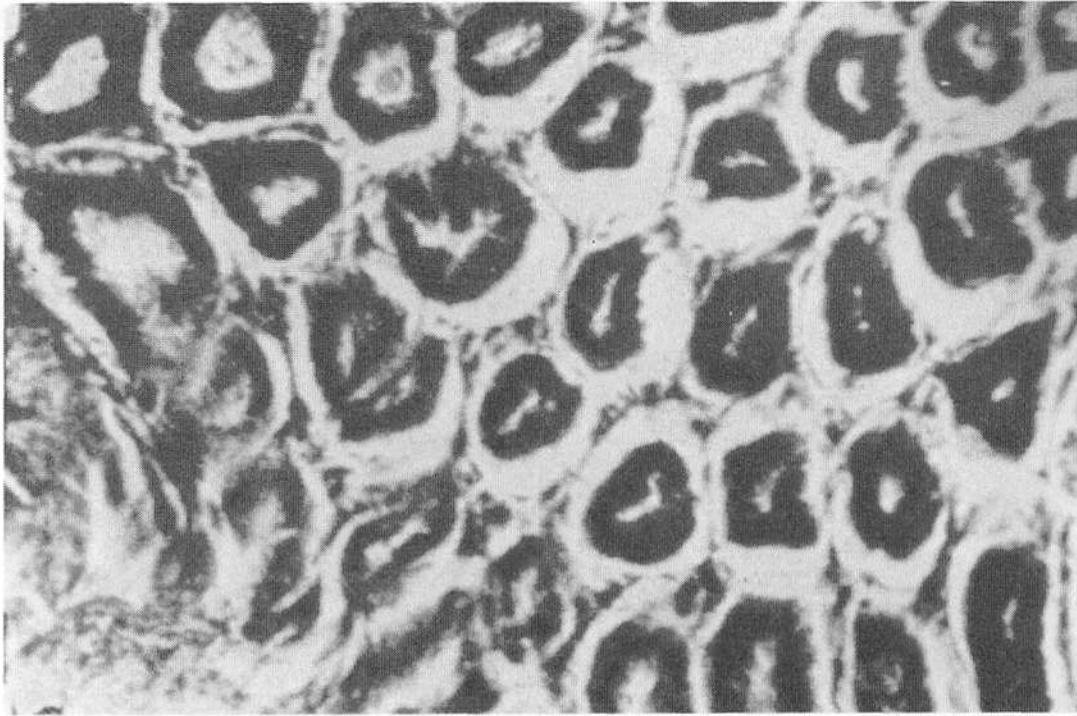


Figura 58b. Início de degeneração carcinomatosa de epitélio gástrico em camundongo T, CA II e III. Corte transversal

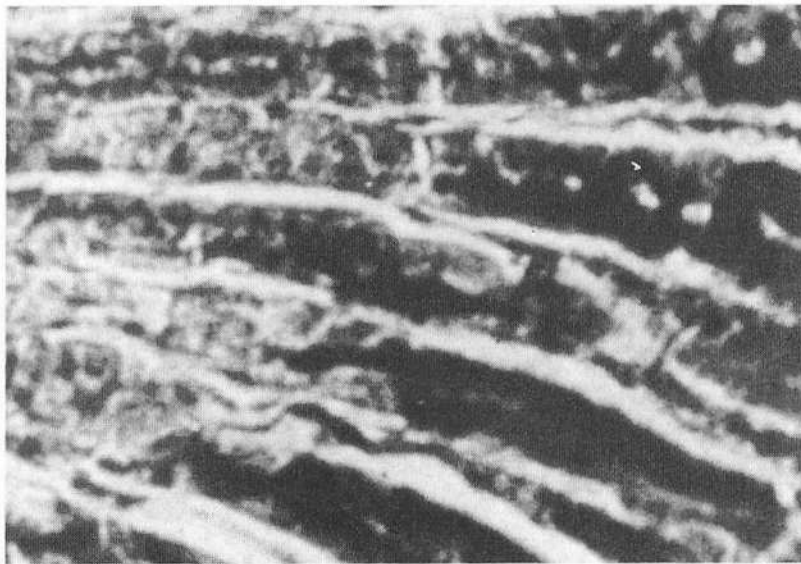


Figura 58c. Mudanças carcinomatosas em células glandulares intestinais de camundongo T (coloração escura com hematoxilina-eosina), que correspondem às formas em taco na preparação viva. Fases CA II e III. Corte longitudinal

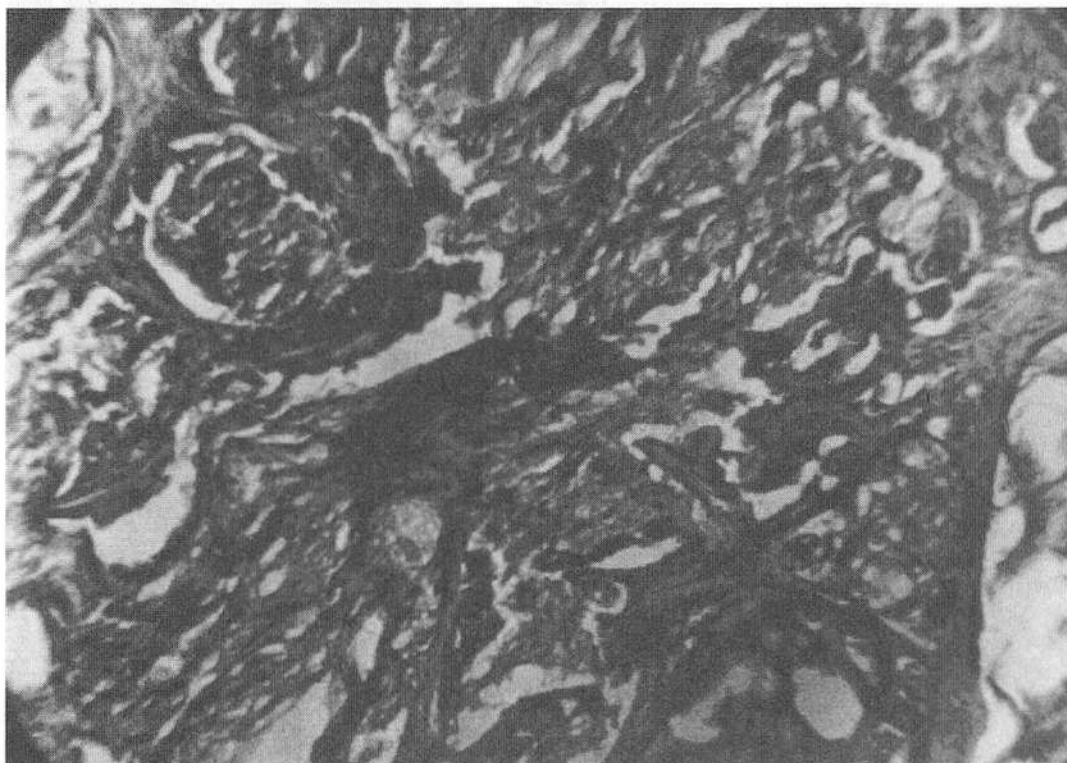


Figura 58d. Desintegração pútrida de mucosa gástrica cancerosa de camundongo T (CA V)

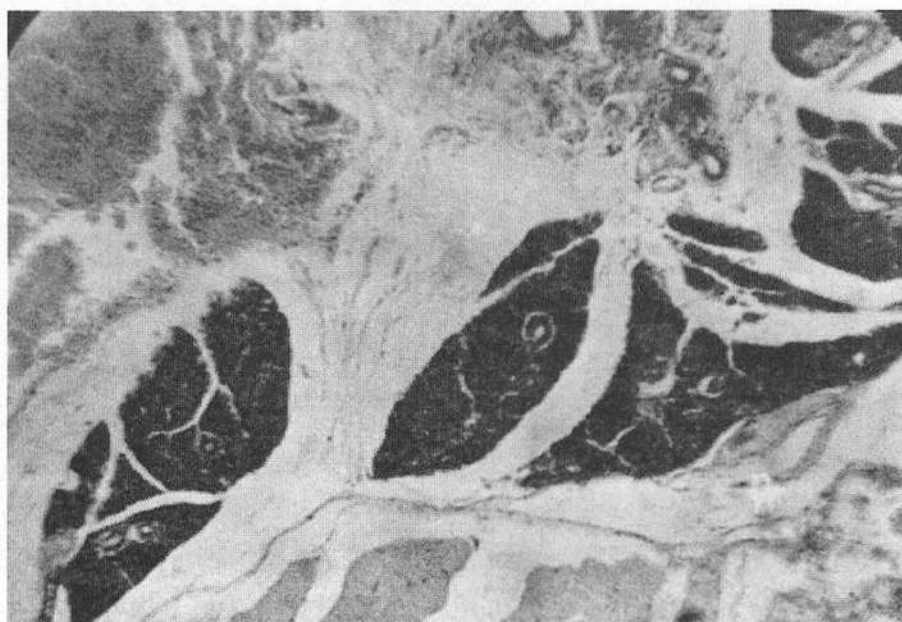


Figura 59. Metástase em tecido subcutâneo do pescoço, extraída de um camundongo T (CA III)

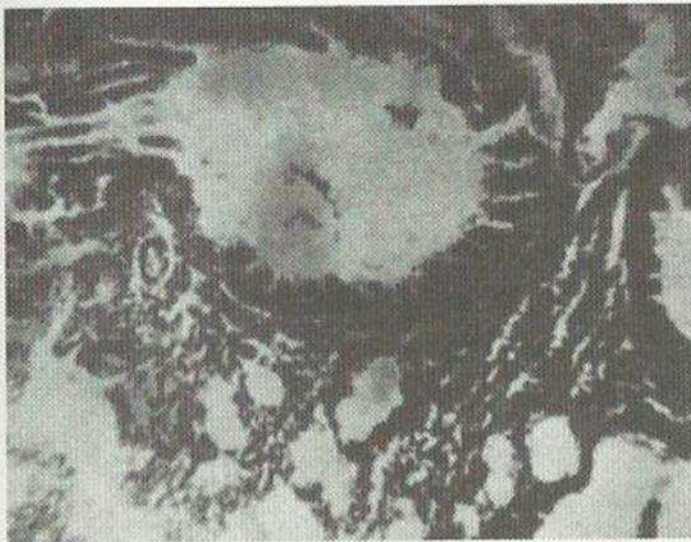


Figura 60a. Corte de pulmão de um camundongo T com tintura de hematoxilina-eosina, que exhibe células cancerosas de metástase. Aumento aproximado: 300 vezes

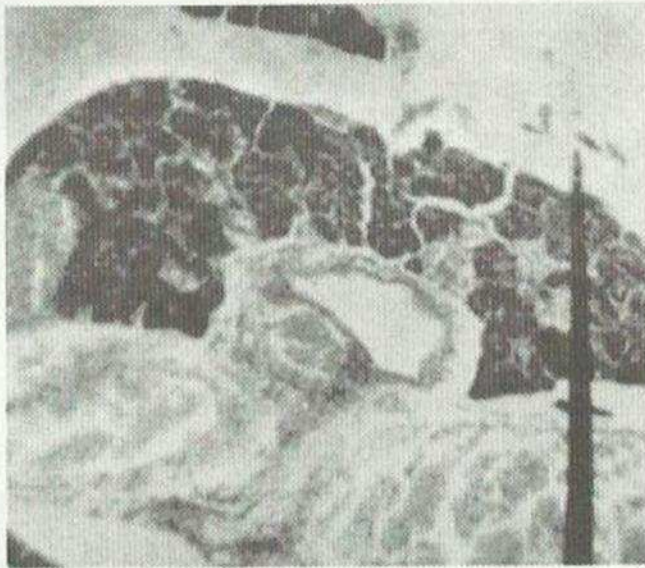


Figura 60b. Tecido subcutâneo de camundongo T que exhibe células cancerosas de metástase, com tintura de hematoxilina-eosina. A seta aponta para células em forma de fuso isoladas. Aumento aproximado: 300 vezes

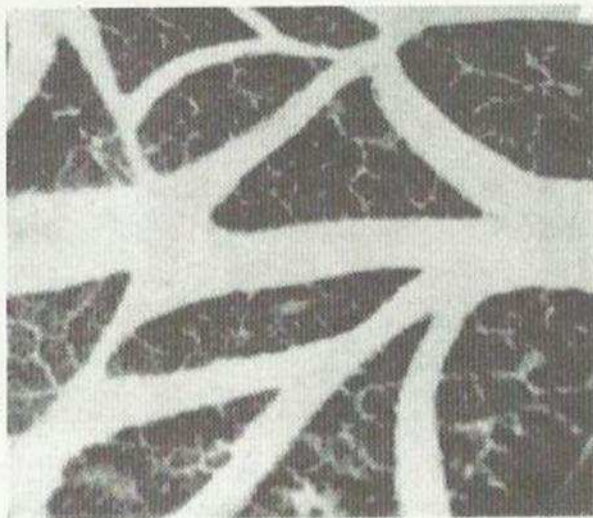


Figura 60c. Algumas células metastáticas extraídas da cavidade peritoneal de um camundongo T. Tintas com hematoxilina-eosina. Aumento aproximado: 300 vezes

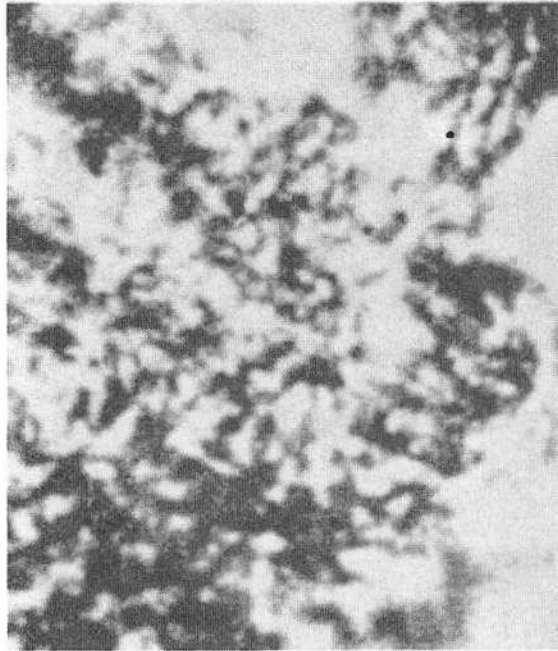


Figura 61a. Célula cancerosa modelo, experimento Número 14. Mostram-se bions de carvão penetrando o material de um meio de cultura que contém ovo. Aumento aproximado: 300 vezes

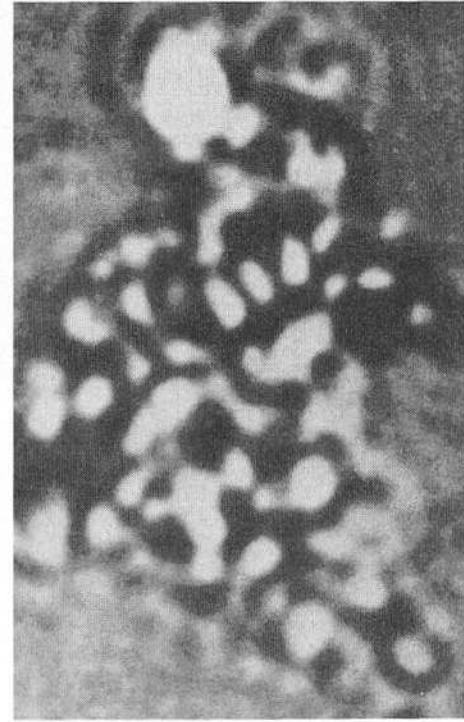


Figura 61b. O mesmo que a Figura 61a, com aumento aproximado de 2.000 vezes

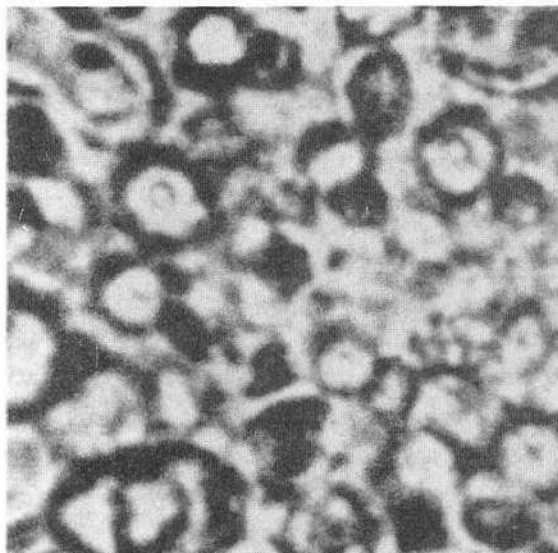


Figura 61c. Células de bions no estado vivo



Figura 61d. As mesmas células, com tintura de Gram

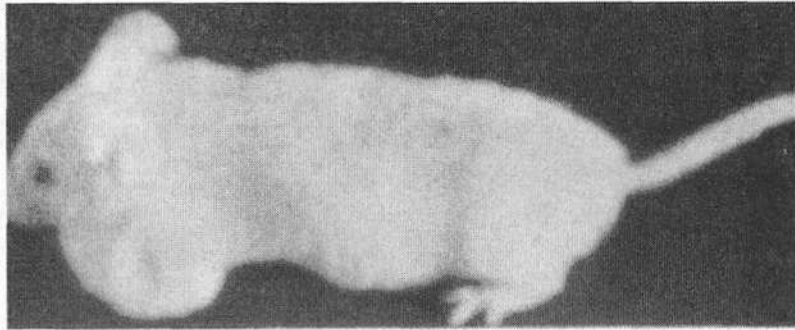


Figura 61e. Tumor produzido em um camundongo saudável pela injeção de bacilos T

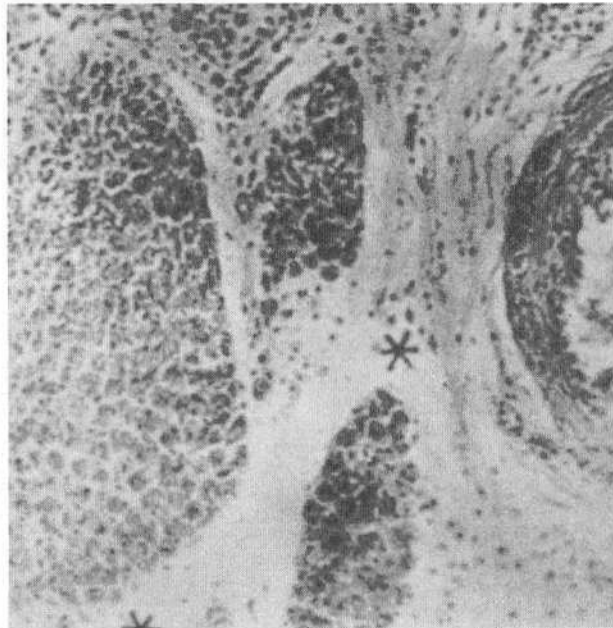


Figura 61f. Bacilos T vistos no peritônio do mesmo camundongo. Com tintura

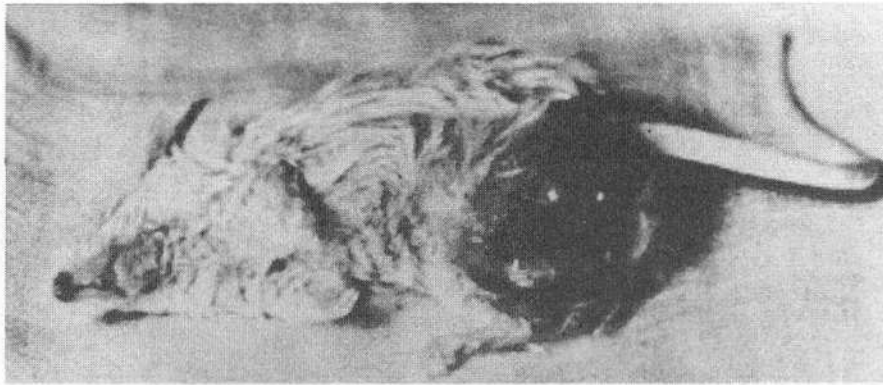


Figura 62a. Tumor canceroso na região glútea em camundongo, decorrente de injeção de bacilos T obtidos de sangue extraído de um humano saudável e que foi deixado desintegrar (10 Ge T)

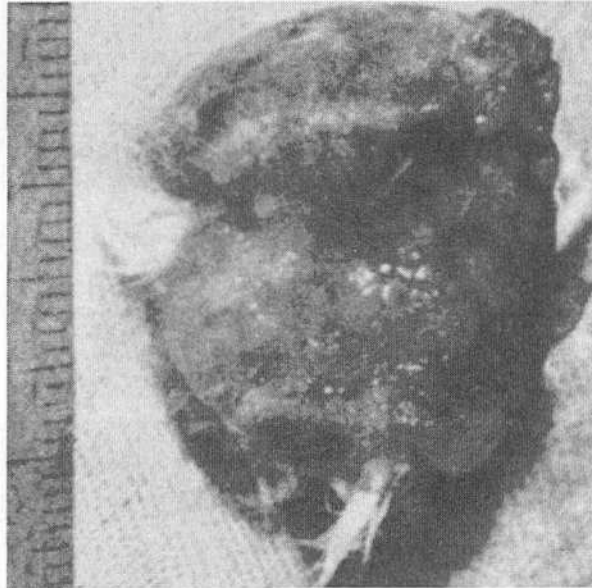
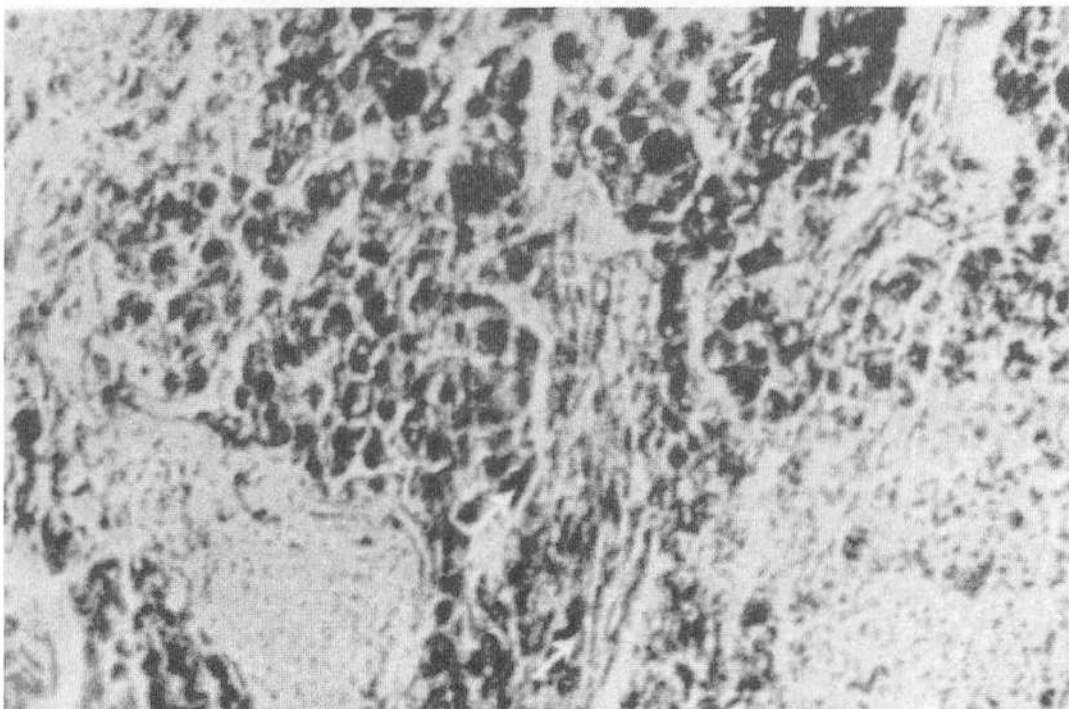


Figura 62b. O mesmo tumor, extraído do músculo glúteo

Figura 62c. Corte do mesmo tumor, com tintura, no limite entre tecido saudável e inflamado cronicamente. As setas indicam células de câncer isoladas, grandes, com intensa absorção da tintura



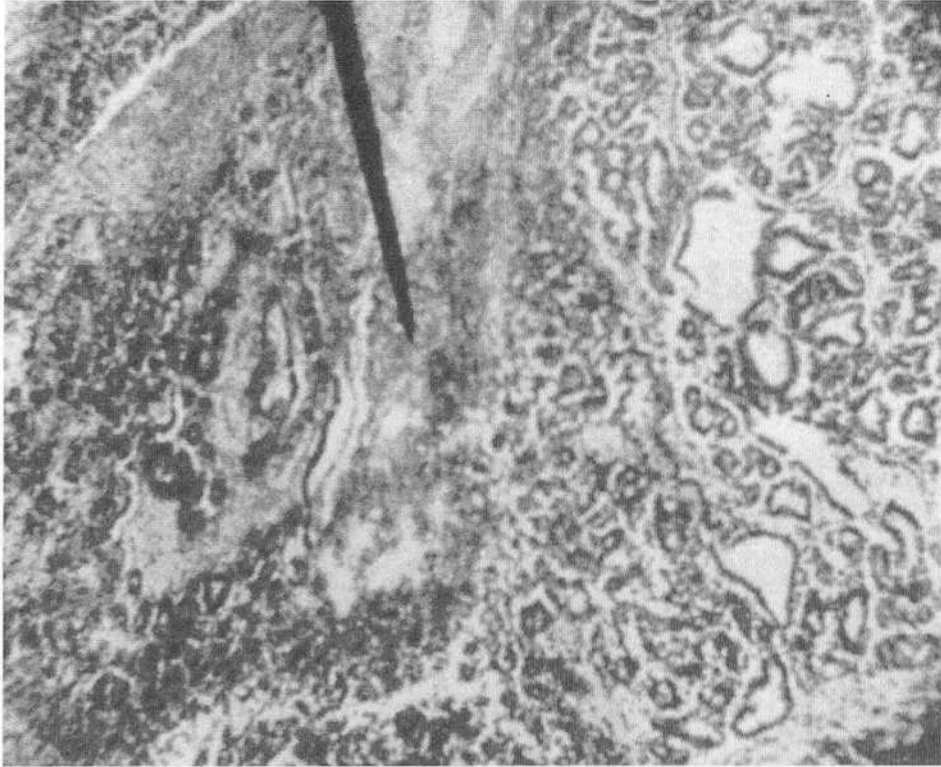


Figura 62d. Formação de cistos em corte do mesmo tumor. A seta indica a área que exibe inflamação crônica entre a musculatura saudável e o adenocarcinoma

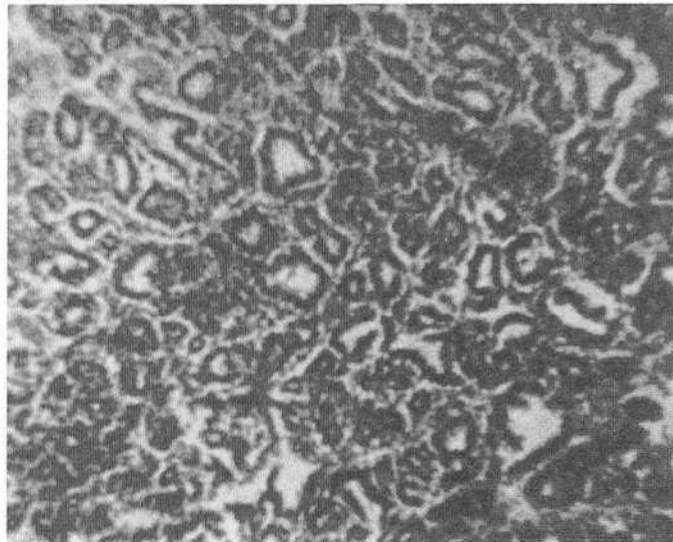


Figura 62e. Outro corte que exibe completa mudança adenocarcinomatosa no músculo

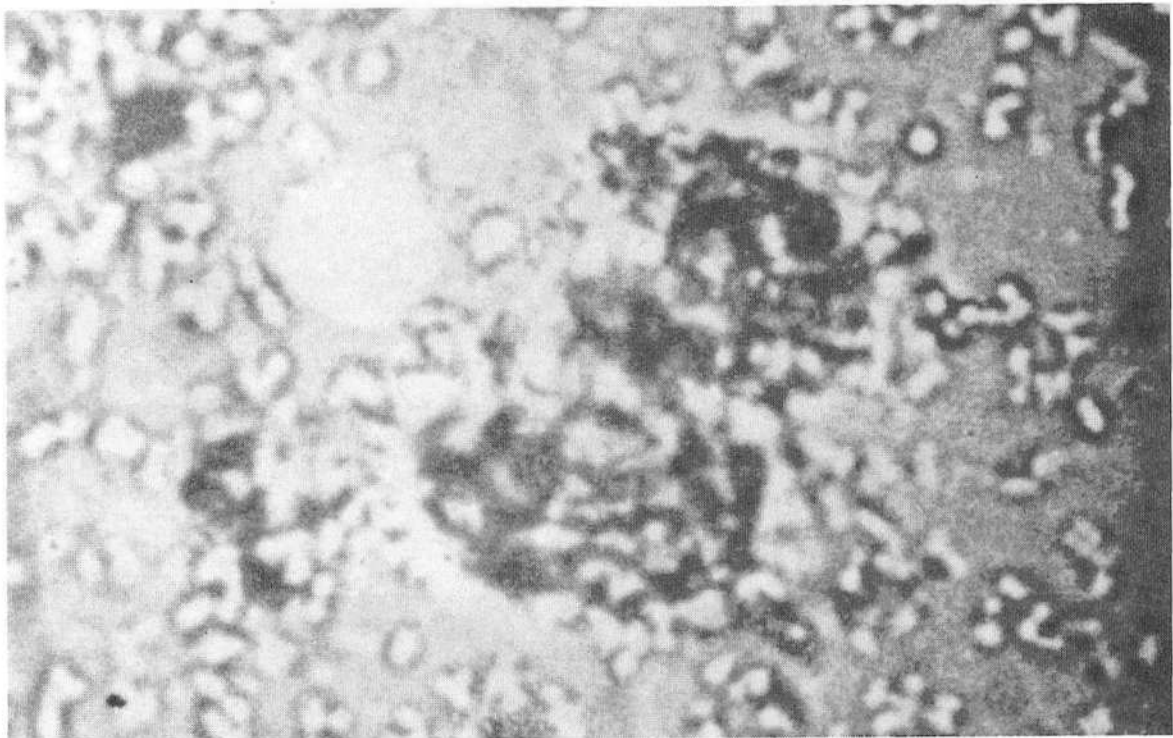


Figura 63. Bions azuis PA penetrando e destruindo massas de células de câncer. Exibido em preparo vivo. Reproduzido de um filme



Figuras 64a e b. Tumores cancerosos de mama compactos e duros, de camundongos não tratados

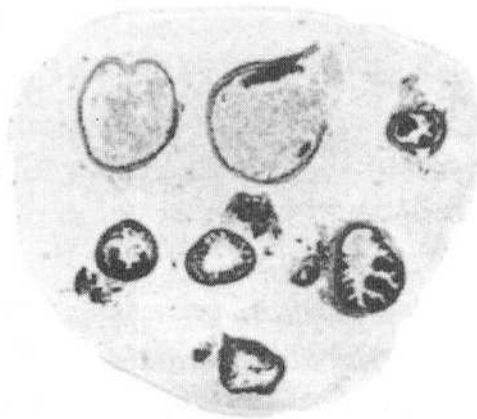


Figura 64c. Cortes de estômago e duodeno em que se produziu um câncer artificial (camundongo T). Mucosa gástrica atrófica; tumores cancerosos em forma de pólipos; massas de células cancerosas no peritônio

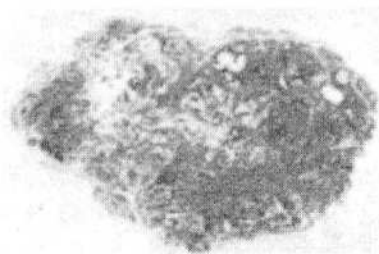


Figura 64d. Tumor de camundongo que exibe desintegração pútrida

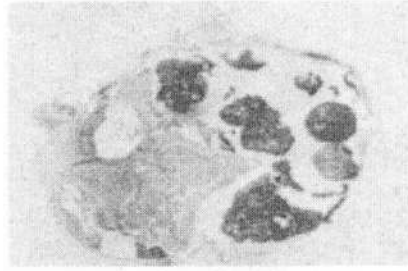


Figura 64e. Tumor extraído de camundongo tratado com energia orgone. Cavidades grandes, anteriormente preenchidas com sangue. Detrito (esquerda) que contém bacilos T mortos. Substituição por tecido conjuntivo (centro). Massas residuais de câncer (meio e direita)

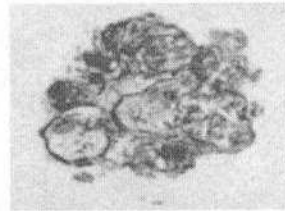


Figura 64f. Tumor de um camundongo tratado com energia orgone. Cavidades grandes, anteriormente preenchidas com sangue, que contém agora tecido canceroso e detritos que consistem de bacilos T



Figura 64g. Tumor de camundongo curado com energia orgone. Pequena quantidade de tecido canceroso desintegrado presente. Detrito, no centro, estéril. Substituição por tecido conjuntivo na parte inferior

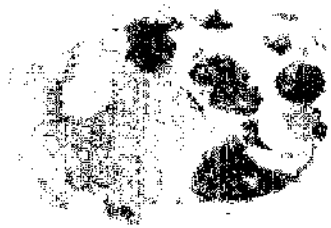


Figura 64e. Tumor extraído de camundongo tratado com energia orgone. Cavidades grandes, anteriormente preenchidas com sangue. Detrito (esquerda) que contém bacilos T mortos. Substituição por tecido conjuntivo (centro). Massas residuais de câncer (meio e direita)



Figura 64f. Tumor de um camundongo tratado com energia orgone. Cavidades grandes, anteriormente preenchidas com sangue, que contêm agora tecido canceroso e detritos que consistem de bacilos T



Figura 64g. Tumor de camundongo curado com energia orgone. Pequena quantidade de tecido canceroso desintegrado presente. Detrito, no centro, estéril. Substituição por tecido conjuntivo na parte inferior

Índice

A

- Abasia, explicação e tratamento orgonômicos, 358-62.
- Ácido láctico, em tecido canceroso, 275.
- Acumulador de orgone, efeito sobre as células vermelhas do sangue, 40, 317; efeito na infusão de grama, 42, 316-7; construção, 114-5; princípios de construção, 114-6; projeto básico, 119; e alívio da dor, 171; aumento de temperatura, 326; radiação de todo o organismo, 343; na gravidez, 347.
- Adam e Auler, 256.
- Aglutinação de bactérias, 43
- Água de bión de terra, demonstração fluorofotométrica de energia orgone aplicada, 65-71.
- Água de orgone, 351.
- "Algas" e bions, 52.
- Amebas e células de câncer, 38; fluidez (*Amoeba limax*), 56; e o processo vital; 156; no esputo de um paciente de câncer, 219-20; poder de destruição, 279; função locomotora, 59.
- Anemia, secundária, causa em câncer, 42; efeito do acumulador de orgone sobre, 344;
- Anestesia vaginal, 160.
- Angina pectoris*, acumulador de orgone no tratamento, 346.
- Angústia de cair, e excitação pré-orgástica, 184-5; na neurose de caráter e no câncer, 355; em um bebê, 393-411; explicação de biofísica orgone, 398-99; *ver também* anorgonia.
- Anorgonia, no câncer, 353-411; e encolhimento, 380; grau de orgonicidade e suscetibilidade, 387; e paralisia funcional, 391.
- Asher, 369.

Atração orgonótica, em campo de energia do acumulador de orgone, 130-1.

Autismo, infantil, 401-4.

Autoclave de células vermelhas do sangue, *ver* testes de sangue.

Auto-infecção em virtude da desintegração do tecido, 223.

B

Bacilos T, xii, 32-42, 236-8, 245-7, 250, 254-6; algumas fontes, 34; efeito em camundongos saudáveis, 34, 283, 285-92.

Bactérias pútridas no câncer, 239, 243.

Bergson, Henri, 8-9.

Bierish, R., 275.

Biogênese, xx, 51; e a origem de células cancerosas, 244, 246, 247, 251.

Bíons de ferro, preparo e exame, 26.

Bíons de terra, preparação, 28; efeito sobre eritrócitos, 44-5; aplicação em camundongos com câncer, 45; aplicação em humanos, 350.

Bíons SAPA (porções de areia), 85-94; sua aparência, 86; evidência de radiação proveniente de, 86-94; efeito sobre os microorganismos e as células de câncer, 86; tratamento de camundongos cancerosos, 302-319 s.

Bíons, 15-28, 34-8, 223, 245-6, 250-1, 255, 289-92, 301-18;

efeito nos bacilos T, 34-7; no experimento de inoculação de camundongos, 35; e plaquetas, 289.

Bíons, descoberta e definição, 15-6; degeneração, 16; e organização protozoária, 16; composição, 16; produção experimental a partir de carvão, 19; desenvolvimento de bión de carbono, 17; exame microscópico, 17-8; reação de tintura biológica, 20; origem, 21-2; formas de movimento, 23, 53-4; ferro, 26; e "algas", 52; mobilidade de agrupamentos, 53-6; cor, 21, 62; culturas e germes aéreos, 78; *ver também* bíons de terra, bíons PA, bíons SAPA.

Biopatia cardiovascular, 210

Biopatia de encolhimento carcinomatosa, 153-215.

Biopatia do câncer, requisitos para uma compreensão, xix-xx; e sociologia sexual, 413-26; *ver também* biopatia de encolhimento carcinomatosa.

Bloch, 280;

Blumenthal, Ferdinand, 256, 258-60, 272, 274-5, 280-1.

Bon, W. F., 87, 90.

Borst, Max, 272, 274.

Böwing, 369.

Burr, H. S., 323.

C

Campo de energia orgone, 116, 253-4, 323.

Câncer em crianças, fatores pré-natais, 293-4.
Câncer por alcatrão em camundongos, 280-4.
Célula de câncer, mistério da origem, 219-50; e protozoários, 54; estágios típicos no desenvolvimento, 224-7; desenvolvimento no experimento com camundongos T, 264-79; produto de uma reação de defesa, 284-92.
Cianureto e bacilos T, 260, 263, 290.
Cohnheim, O., 373.
Contador Geiger-Müller, demonstração da força motora, 151-2.
Cori, 275.
Corpos imunes, e bíons PA, e bacilos T, 37-8.
Cuidar de bebês, e contato orgonótico, 393-4.
Cura do câncer, a questão na terapia orgone, xiii-xiv, xxv-xxvi, 317-8, 327-8, 333, 337-8, 343, 366, 413-4, 417.
Curie, Marie, 428.

D

Darwin, Charles, 421.
De Vries, 421.
Deficiência de oxigênio no câncer; *ver também* Warburg, Otto.
Dellman, 280.
Descarga orgástica, sua natureza, 3-4.
Desintegração vesicular de tecido no câncer, 224.

Desintegração, vesicular, de matéria intumescida, 17-28; *ver também* bíons PA, (pre)disposição para a doença, xxi, 41, 83; *ver também* disposição para o câncer.
Doença funcional, sua natureza, 195-200.
Döflein, F., 275.
Dor de câncer, *ver* sistema nervoso autônomo.
Dreifuss, 280.
Driesch, Hans, 8.
Du Teil, Roger, 26.

E

Economia sexual e câncer, 158-63, 206, 418.
Edema no câncer, explicação de biofísica orgone, 368-75.
Einstein, Albert, 31, 123.
Élan vital, 8.
Eletricidade estática, 116.
Eletricidade, e energia biológica, 6; efeito sobre preparação de nervo do músculo, 7-8; efeito sobre o organismo vivo, 7-8.
Eletroscópio de rádio, sem efeito nas culturas de bíons SAPA, 87-8, 94.
Eletroscópio, resposta a isolantes expostos a culturas de bíons, o sol e em contato com o organismo vivo, 91-4; *ver também* orgonometria, eletroscópica; eletroscópio de rádio.
Encolhimento biopático, 156-8; na expressão caracterológica, 183-95; sem tumor, 200-15; fases, 236.

- Energia biológica, estagnação, xiii, xiv; propriedades, 12, 13.
- Energia orgone, ix-x, xiii; bions SAPA e a descoberta, 15; na atmosfera, 15; derivação do termo, 31; carga de células vermelhas com, 40; relação com oxigênio atmosférico, 41; e matéria orgânica, 94; visualização na atmosfera, 95-9; demonstração do efeito em substância orgânica e metal, 115-6; medição ao ar livre, 122-3; determinação quantitativa, 136-44; e formação do clima, 142-44; envelope do planeta, 146-8; força motora, 151-2; formas de aplicação médica, 351-2.
- Energia orgone, metabolismo da célula e função do orgasmo, 227-42.
- Energia vital, propriedades, 12-13.
- Enteléquia, 8
- Eritrócitos, na saúde e no câncer, 41-2; efeito de bions de terra, 43; "simpaticotonia", 239; estruturas fusiformes T, 238; cor, 30.
- Escaras e queimaduras, tratamento orgone local, 348.
- Espasmo e formação de tumor, 227-8.
- Espasmo muscular, no câncer, 158-60; e localização de metástases, 178-9.
- Esquizofrenia, 392, 425.
- Estafilococo, descrição bacteriológica e da biofísica orgone, xvii.
- Estase e desintegração biônica, 229.
- Estase, sexual, eliminação, 3; o denominador comum do câncer, 155; e reação T, 294.
- Etiologia específica, doutrina, x.
- Ewing, James, 279.
- Excesso de dióxido de carbono em tecido canceroso, 252.
- "excitação da célula", *ver* luminância orgonótica da célula.
- Expansão vagotônica, na terapia orgone, 169, 170; e prazer, 170.
- Experimento XX, 62-75.
- F**
- Família Kallikak, 10.
- "Fertilização" e formação de bions PA, 289-90.
- Filmagem, da organização de protozoários, 56; de radiação SAPA, 89n.; da organização de *Trichomonas vaginalis*, 388n.
- Finalismo, teleológico, 9.
- Fischer, A., 30.
- Física orgone, 114, 213.
- Flocos de orgone, natureza biológica dos, 71-3; composição química, 73; desenvolvimento de protozoários a partir de, 70-1.
- "Fome de orgone", 37, 48.
- Força motora na energia orgone, 151-2.
- Force créatrice*, 9.
- Fórmula da vida, *ver também* Fórmula T-C (tensão-carga).
- Fórmula T-C (tensão-carga), 5, 59, 61, 232.
- Fränkel, Ernst, 257.

Freud, Sigmund, 11, 48, 221, 252, 392, 421.

Funcionamento biológico, diagrama, 39, 167-8.

Fusão e interpenetração, importância orgonômica em protozoários e metazoários, 45-9.

G

Gaiola Faraday, e a visualização da radiação orgone, 109-13.

Germes aéreos, teoria, xii, xix, 51, 242-3, 245-6; absurdos, 77-85; refutação, 80-4.

Glóbulos de sangue vermelho, efeito em microorganismos patogênicos, 40, 41; seu destino em tumores de câncer, 41; *ver também* eritrócitos.

Gravidez, uso do acumulador de orgone durante a, 347.

Gurwitsch, 43, 234.

H

Havrevold, Odd, 90.

Hebefrenia, no encolhimento biopático, 215.

Heidenheim, 372.

Hereditariedade, e funcionalismo energético, 56, 406; de características adquiridas, 10; e câncer, 281, 292-5, 420-1; "hereditariedade de temperamento" e potência orgástica, 407.

Hertwig, Richard, 229.

Hipertensão, efeito do acumulador de orgone, 344.

Höber, R., 372-4.

Hoff, 369-70.

Hoppe, Walter, xx.

I

Impotência orgástica, 158, 228, 232.

Imunidade, e potência orgonótica, 285.

Infeld, Leopold, 123.

Infiltração, em tecido canceroso, 225.

Infusão de grama, desenvolvimento de protozoários, *ver* Protozoários.

Inibição respiratória, e doença sistêmica do câncer, 227-8.

Instinto de morte, refutação da hipótese de Freud, 252.

International Journal of Sex Economy and Orgone Research, xv.

Involução, e encolhimento orgânico, 236, 253.

Itschikawa, 280.

J

Jennings, 51

K

Kahane, 278.

Kammerer, Paul, 9; e hereditariedade de características adquiridas, 10.

Kenneway, 280.

Klenitsky, 234.

Koch, Robert, x.

"Kreiselwelle", *ver também* onda giratória.

Kraus, R., 257.

L

- Ladenburg, Rudolf W., 99.
Lange, Friedrich, 10.
Lapique, Louis, rejeição do plano de publicação, 25-6.
Laser, 258.
Leeuwenhoek, Anthony van, 221.
Leucemia, 240-1; caso de latente, 377-8.
Leyden, 277-8.
Lindner, 257.
Lister, Joseph L., 221.
Lönne, F., 418-9.
Lubarsch, 272, 280.
Luminância orgonótica celular, 319-27.
Luminância, e atração, 43-5; demonstração orgonótica, 148-51; em núcleos das células, 234; e radiação mitogenética, 322-3.
Luz, questão de impressões subjetivas, 101-4.

M

- Magnetismo, e atração orgonótica, 130-1.
Marburg, 369.
Materialismo, mecanicista, 9.
Mecanicismo, compreensão da doença, x.
Mecanismo de autocura no câncer, 305-7.
Medidor do campo de energia orgone, 148-51, 253, 323.
Metabolismo de câncer e anóxia, 162.
Metástase, explicação orgonômica, 240.

- Metazoário, pulsação biológica, 156.
Misticismo, e biologia mecanicista, 12, 242.
Morte por câncer em idade avançada, 253.
"movimento browniano", 28-32, 59.
Moxnes, 87-8.

N

- "Necrose pré-morte" e câncer adiantado, 279; *ver também* putrefação.
Neurose de angústia, 235.
Neurose de estase e encolhimento biopático, 185.
Neurose, causa e eliminação, 3.

O

- Onda giratória, 111.
Organoterapia, no câncer, 163-95, 251, 300; efeito sobre os eritrócitos, 173; uma terapia biológica, 197; efeito sobre o embrião, 295; experimentos com camundongos, 301-17; função do sangue na terapia, 306-7; alívio da dor com, 169-71; resultados experimentais em humanos, 319-52; comparada com raios X e radioterapia, 321, 333; eliminação de detrito de tumor, 312-13, 334-6, 341; fracassos, 324-5; relação com febre, 327; problemas de economia sexual, 336-8; métodos de aplicação, 343-52;

- aplicação local, 347-50; em doenças outras que não câncer, 342-52.
- Orgasmo, angústia; e medo de morrer, 187.
- Orgasmo, descrição orgonômica, 4.
- Orgasmo, fórmula, *ver* fórmula T-C (tensão e carga).
- Orgasmo, função, 3-6; e metabolismo celular, 227-42.
- Orgasmo, oral, 396.
- Orgasmo, reflexo, 156; no câncer, 212-3, 364-5.
- Orgone, Instituto, 319.
- Orgonometria, eletroscópica, 131-6.
- Orgonometria, térmica, 116-30; medições em local fechado, 116-30; medições ao ar livre, 122-8; medições no solo e na atmosfera, 129; conclusões experimentais, 128-30.
- Orgonomia, 74.
- Orgonoscópio, 107-8.
- Orgontin, 71-2.
- P**
- Paralisia de susto, 381.
- Paralisia, funcional, 199.
- Paramécio; origem, 56.
- Pasteur, Louis, x, 10, 221.
- Pauli, 20.
- Pêndulo, oscilações no campo de energia de esfera de metal, 145-8.
- Pesquisa de câncer, erros, 219-22, 249; mistérios, 256-84.
- Peste emocional, 413, 415, 422.
- Pfeiffer, L., 278.
- Pflüger, 9.
- Plaquetas; sangue, e bíons PA, 289.
- Podwyssozki, 278.
- Poiquilocitose, *ver* eritrócitos, espigas em T.
- Ponte radiante entre dois sistemas orgonóticos, 44-5.
- Potência orgonótica, de fluidos, 63, 65; e fluorescência, 63; de tecidos, 285, 287.
- Potencial orgonômico, 36-7, 230-1.
- Pouchet, Felix, 10.
- Pré-natal, ambiente e desenvolvimento embrionário, 406-7.
- Prevenção de câncer, xix, 291, 299, 302; plano "Orgonon", 426-36.
- Privação sexual e câncer, ix, 200-15.
- Propensão para câncer, 153, 159, 285-6; universalidade, 288.
- "propósito" na matéria viva, 60.
- Protoplasma, e instrumentos, 50-1.
- Protozoários "org", 58, 61.
- Protozoários, organização natural a partir de bíons, 16; e conceitos de germes encistado, 52; em infusões de grama, 51, 242-5; estágios no desenvolvimento de água de bion estéril, livre de partículas, 73-4; e grama outonal, 244; absorção de bíons, 58.
- Pulsção biológica, 60-1; e estase sexual, 155; e o processo vital, 156.
- Pulsção orgonótica, em matéria não-viva, 44

Pulsção, em matéria não viva,
144-6; observação na atmosfera,
146-8; *ver também* pulsção
biológica.

Putrefação, devido a encolhimento
biopático, 195; antes da morte,
no câncer, 236, 250-6, 414;
depois da morte, 254.

Q

Quadros de mortalidade por
doenças não-biopáticas e
biopáticas, 416.

Quincke, 369.

R

Radiação de orgone, 108-9; efeito
vagotônico em pacientes de
câncer, 169.

Radiação mitogênica, *ver também*
Luminância.

Rance, 369.

Reabsorção intestinal, explicação
da biofísica orgone, 371.

Reação B, 39, 289, 291-2, 294,
297-301, 414.

Reação T, 39, 294, 297-318.

Reichardt, 369.

Reid, 372.

Religião e o processo vital, 12;

Remédios, efeito adverso no
câncer, 307-8, 327, 362-3.

Resignação, xii, 167, 198, 210-11,
214-15, 264; e afeto bloqueado.

Ruffer, 278.

Russell, 280.

S

Sarcoma de Rous, 162, 257.

Sawtschenko, 278.

Schaudinn, 277, 278.

Schüller, 278-9.

"Sensação orgonótica", 354.

"Simpaticotonia" dos eritrócitos,
239.

Simpaticotonia, manifestações em
diversos sistemas de órgãos, 157,
169.

Sistema nervoso autônomo, xix;
visão tradicional e orgonômica,
156-7; e as amebas, 170; e a
função de prazer, 170; e dor de
câncer, 169-71; e a sensação de
cair, 185; e o núcleo da célula,
228-9.

Sistema orgonótico, glóbulos
vermelhos do sangue como,
40; protozoários como, 58-9;
célula como, 228-9; diagrama,
322.

Sistema plasmático, e
encolhimento biopático, 157.

T

Templeton, Herman O., 432-3.

Terapia do câncer, convencional,
153; exposição de motivos,
299-300; *ver* terapia orgone.

Termodinâmica, segunda lei, e o
processo orgonótico, 130.

Teste de sangue T, 38-42.

Testes de sangue, em biofísica
orgone, 172-4; *ver também* teste T
de sangue.

Thorburn, W., 415n.

Tratamento convencional de tumor de câncer, 237.

Tremuleios no céu, objetivados, 105-09; e névoa ou neblina, 108; e umidade, 108.

Trichomonas vaginalis, 304, 388n.; e frigidez genital, 387.

Tsutsui, 280.

Tumor de câncer, relação com a doença de câncer, 153, 228, 235; localização, 179, 188; como reação de defesa, 264.

U

Üxküll, 31-2, 49-50.

V

"vazamento natural" e o orgone atmosférico, 135.

Vegetoterapia, 187.

Vesículas de energia orgone, *ver* bíons.

Vigor biológico, 38-9; e a hemoglobina, 336.

Visão funcional da natureza, 104.

Vitalistas, 8.

Vorticelas, *ver* protozoários-org.

W

Wagner-Jauregg, Julius, 327.

Walker, 278.

Warburg, Otto, xi, xiii, 162, 275, 290.

Wilhelm Reich Infant Trust Fund, 432n.

Y

Yamagiwa, 280.