

Originale Diagnostica Clinica basata sull'Infiammazione Cronica secondaria al Rimodellamento Microcircolatorio, tipico dei Reali Rischi Congeniti.

Sergio Stagnaro

In un precedente articolo didattico (1) ho scritto che negli ultimi due decenni, pubblicati sulle più gettonate *peer-reviews* e consegnati alla Letteratura, innumerevoli articoli, scritti in modo perfetto, i cui dati sono stati rielaborati statisticamente in modo raffinato, dotati di un impressionante numero di riferimenti bibliografici, firmati da Autori illustri, "dimostrano" il rapporto tra infiammazione cronica di lieve grado e insorgenza di CVD, T2DM, Osteoporosi e Cancro, senza saperne spiegare il motivo. Tutti questi articoli sono fondamentalmente non aggiornati e pertanto fuorvianti ed incapaci di riconoscere la vera causa di queste epidemie in continuo aumento (2-4).

Fino a quando gli Autori e soprattutto le cosiddette Autorità competenti per l'insegnamento della Medicina, non si decideranno a familiarizzare con i progressi della semeiotica fisica degli ultimi sessant'anni, in particolare con la Microangiologia Clinica e la Diagnostica Psicocinetica, non usciremo dal presente, ingannevole, Medio Evo della Medicina e le attuali epidemie di CVD, T2DM, Osteoporosi e Cancro continueranno ad aumentare, nonostante le "progressive e meravigliose sorti" della Medicina serva dell'economia (5-9).

Krogh aveva ragione (10): la sicura conoscenza della Microangiologia permetterà al Medico di diagnosticare non solo le patologie vascolari, ma tutte le malattie, incluse quelle più frequenti e mortali, sopra ricordate.

In numerosi lavori, alcuni dei quali volutamente didattici, sul Reale Rischio Congenito, Dipendente dalle relative Costituzioni Semeiotico-Biofisico-Quantistiche (SBQ), caratterizzato dal Rimodellamento Microcircolatorio locale, ho illustrato il mio punto di vista sulla natura della precoce insorgenza dell'infiammazione cronica lieve (ICL), già presente alla nascita, diagnosticata con un semplice fonendoscopio, eliminata con non costosa Terapia Quantistica, e il suo reale ruolo nella patogenesi di CVD, T2DM, Osteoporosi e Cancro (9, 11, 12).

Esiste una forte corroborazione della mia interpretazione della patogenesi dell'ICL secondaria al Rimodellamento Microcircolatorio tipico del RRC, causa di ipertensione nel versante venulare dell'unità microvascolotessutale. Riflettiamo sulla seguente evidenza sperimentale.

Nel sano, il riflesso gastrico aspecifico infiammatorio, provocato con pressione ungueale moderata-media ($500-700 \text{ dyne/cm}^2$) applicata sopra i *trigger points* di una mano, è presente dopo un Tempo di Latenza di 10 sec. Tuttavia, se con un manicotto si esercita sopra il braccio una pressione poco inferiore alla pressione arteriosa minima (= occlusione di vene e linfatici) per la durata di circa 30 secondi, compare il riflesso gastrico aspecifico infiammatorio appare dopo meno di 10 sec. (Fig.). Tutti i valori parametrici del riflesso infiammatorio sono inversamente correlati con la gravità della locale infiammazione Jatrogenetica (= acidosi istangica). Questa evidenza sperimentale corrobora quanto da me affermato sull'origine dell'ICL.

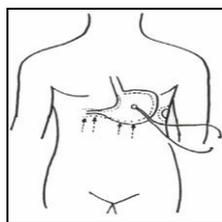


Fig.1

E' interessante il fatto che la pressione ungueale medio-moderata, applicata sopra la cute sana provoca il tipico riflesso infiammatorio dopo un Tempo di Latenza di 10 sec.

Al contrario, se si provoca una infiammazione *in loco* il riflesso compare dopo un tempo di latenza inferiore a 10 sec., correlato inversamente con la gravità dell'infiammazione.

A questo punto è facile comprendere che se l'infiammazione cronica di lieve intensità è secondaria all'aumento pressorio nel versante efferente del microcircolo, causato dal rimodellamento microcircolatorio

tipico dei reali rischi congeniti (1), allora si apre una originale e assai promettente via alla diagnostica clinica.

Come gli altri riflessi semeiotico-biofisico-quantistici, anche quello infiammatorio può essere provocato mediante stimolazione moderata-media, sopra riferita, o con pressione *intensa* (1000 dyne/cm²). Nel secondo caso, trattandosi di un riflesso di simultaneità, l'informazione è a 2 bit: presente/assente, Si/No.

Al contrario, il riflesso infiammatorio, valutato con pressione medio-moderata, è ricco di informazione (Fig. 2).

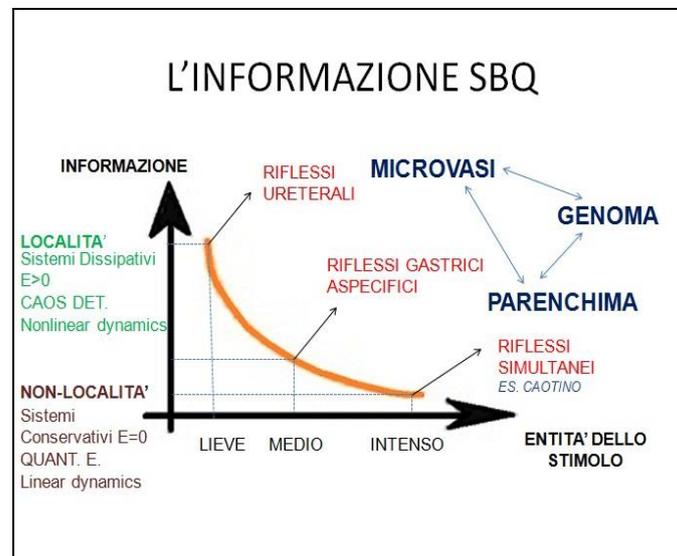


Fig. 2

In altre parole, l'informazione è scarsa nel riflesso da simultaneità, anche se importante per orientare il decorso diagnostico, come dimostra il caso seguente.

Se un bambino è colpito da Reale Rischio Congenito di mielopatia, per esempio, **Leucemia Mieloide**, la pressione ungueale *intensa* sopra un qualsiasi punto della linea mediale del corpo sternale provoca *simultaneamente* il Riflesso gastrico aspecifico infiammatorio, assente invece nel sano, e la cui intensità correla quella della malattia midollare, al momento sconosciuta.

A questo punto, il Medico preciserà il tipo di Reale Rischio Congenito - diagnosi differenziale - mediante numerosi segni specifici semeiotico-biofisico-quantistici (SBQ), che informano sulla gravità della patologia midollare sottostante

E' opportuno ricordare che i dati così raccolti al letto del malato sono già forniti dai numerosi segni sbq. simultanei e non. Tuttavia, per questa forte coerenza interna della teoria SBQ, che non è sinonimo di verità scientifica ma ne rappresenta la necessaria *conditio sine qua non*, affermo che la Semeiotica Biofisica Quantistica rappresenta una svolta epocale nella Storia della Medicina.

Nel sano, l'intensa stimolazione ungueale della cute soprastante il giugulo, come avviene nel **Segno di Stagnaro** "classico" (13, 14), provoca simultaneamente il riflesso dell'infiammazione in presenza di qualsiasi patologia, magari iniziale (RRC), dell'apparato digerente, come la Calcolosi della Colecisti o Cancro del Pancreas: in entrambi i casi, la Contrazione Gastrica tonica segue il riflesso infiammatorio (15, 16).

Da quanto sopra riferito, come dimostrano i pochi esempi riportati, appare chiaro che l'introduzione dell'originale diagnostica clinica si configura come uno strumento prezioso nell'orientamento del processo diagnostico-clinico, nel monitoraggio terapeutico e nella ricerca.

Bibliografia

- 1) Stagnaro Sergio (2015). L'Infiammazione cronica che precede ed accompagna CVD, T2DM, Osteoporosi e Cancro corrobora l'Esistenza dei relativi Reali Rischi Congeniti semeiotico-biofisico-quantistici. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/11/28/linfiammazione-cronica-che-precede-ed-accompagna-cvd-t2dm-osteoporosi-e-cancro-corrobora-lesistenza-dei-relativi-reali-rischi-congeniti-semeiotico-biofisico-quantistici/>
- 2) Alex Dregan¹, Judith Charlton, Phil Chowienczyk, Martin C. Gulliford. Chronic Inflammatory Disorders and Risk of Type 2 Diabetes Mellitus, Coronary Heart Disease, and Stroke: A Population-Based Cohort Study CIRCULATION, AHA.114.009990 Published online before print June 26, 2014. MEDLINE
- 3 Cruz NG, Sousa LP, Sousa MO, Pietrani NT, Fernandes AP, Gomes KB. The linkage between inflammation and Type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 2013 Feb;99(2):85-92. doi: 10.1016/j.diabres.2012.09.003. Epub 2012 Dec 14. [Medline]
- 4) Joachim Spranger, Anja Kroke, Matthias Möhlig, et al. Inflammatory Cytokines and the Risk to Develop Type 2 Diabetes. Results of the Prospective Population-Based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Potsdam Study. Diabetes. March 2003 vol. 52 no. 3 812-817.
- 5) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, <http://www.travelfactory.it>, Roma, 2009.
- 6) Sergio Stagnaro (2012). Valutazione Semeiotico-Biofisico-Quantistica dell'Attività Funzionale dei Sistemi Biologici. Il Ruolo dei Dispositivi Endoarteriolar di Blocco, fisiologici e neoformati-patologici tipo I, sottotipo a) e b). <http://www.sisbq.org/libri-e-articoli.html>, e-book, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/valutazione_attivit_biolog_2012.pdf.
- 7) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 8) Stagnaro S., West PJ., Hu FB., Manson JE., Willett WC. Diet and Risk of Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2002 Jan 24;346(4):297-298. [Medline]
- 9) Stagnaro S. Reale Rischio Congenito di Infarto miocardio- Fondamentali Aspetti Teorici. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rrcima2014_sstagnaro.pdf
- 10) Sergio Stagnaro. Angiobiopatia: Krogh Aveva Ragione ! <http://www.fcenews.it>, 21 gennaio, 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/krogh.pdf> e alla URL <http://www.mednat.org/krogh.pdf>
- 11) Sergio Stagnaro (2012). Teoria Microcircolatoria SBQ dell'Aterosclerosi. Evidenza Sperimentale del Ruolo Centrale dei Vasa Vasorum, Journal of Quantum Biophysical Semeiotics. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/evidenze_at.pdf
- 12) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Key Role of Vasa Vasorum Inherited Remodeling in QBS Microcirculatory Theory of Atherosclerosis. Frontiers in Epigenomics and Epigenetics. http://www.frontiersin.org/Epigenomics_and_Epigenetics/10.3389/fgene.2013.00055/full [MEDLINE]
- 13) Sergio Stagnaro. I nodi elettro-magnetici cutanei SBQ: Il Segno di Stagnaro variante. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/nodiemcutaneisbq.pdf>
- 14) Sergio Stagnaro. Stagnaro's *Sign in detecting every gastrointestinal Disorder, even initial or symptomless. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/stagnarosign.pdf>
- 15) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La "Costituzione Colelitiasica": ICAEM-a, Sindrome di Reaven variante e Ipotonia-Ipocinesia delle vie biliari. Atti. XII Settim. It. Dietol. 20, 239, 1993.
- 16) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La sindrome dispeptica funzionale da discinesia delle vie biliari. Diagnosi percusso-ascoltatoria. Cin. Ter. 127, 363, 1988. [Medline]
- 17) **Sergio Stagnaro (2015)**. Early bedside Diagnosis of Pancreas Cancer, starting from its Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/norimbergasign_pancreascancer.pdf ; Slide Presentation at URL http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropancreas_2015.pdf