

Manovra di Moncada. Ruolo Fisiopatologico Centrale dell'Acidosi Istangica.

By Sergio Stagnaro

In un precedente articolo ho descritto la Manovra di Moncada e ho messo in evidenza la sua importanza nella rapida diagnosi differenziale tra lesioni benigne e maligne, al letto del malato (1).

L'intensa pressione digitale (1.000 dyne/cm.2), applicata direttamente sopra un nodulo, oppure indirettamente sopra il suo trigger point, solo in caso di natura maligna provoca simultaneamente Attivazione Microcircolatoria associata, di tipo I, nel centro neuronale dell'ACTH-RH e in tutto l'asse corrispondente, ipofisi anteriore e surrene, in accordo con la Reazione di Allarme di Selye (1).

In realtà, in presenza di un tumore maligno, a partire dal suo Reale Rischio Congenito, cioè dalla nascita, si osserva una lieve attivazione microcircolatori di questo sistema, in cui la diastole del Cuore Periferico, secondo C. Allegra dura 7 sec. circa (NN=6 sec.) (2, 3).

Di seguito esamino la fisiopatologia alla base della Manovra di Moncada, corroborando la mia interpretazione con l'evidenza clinica e sperimentale.

Poter disporre di affidabili strumenti clinici per differenziare rapidamente, al letto del malato, la natura benigna o maligna di una lesione rappresenta un momento importante della semeiotica fisica, le cui ripercussioni favorevoli più interessanti sono quelle sull'iter diagnostico, sul risparmio della spesa sanitaria, sulla limitazione – fatto importante - del terrorismo psicologico.

In realtà, sono numerosi i segni semeiotico-biofisico-quantistici che permettono al Medico di porre una simile diagnosi differenziale al letto del malato. Tuttavia la Manovra di Moncada sottolinea per l'ennesima volta la coerenza interna ed esterna della teoria, fatto di essenziale importanza per il riconoscimento del suo valore scientifico, dal momento che finora il Laboratorio e il Dipartimento delle Immagini sono incapaci a falsificare o corroborare moltissimi dati SBQ, come le Costituzioni e dipendenti Reali Rischi Congeniti (RRC), disattivati ed attivati. (4, 5).

Per la prima volta al mondo, usando un comune fonendoscopio, il Medico è in grado di riconoscere il momento in cui il RRC oncologico disattivato si attiva, iniziando la sua generalmente lenta evoluzione verso il cancro in atto, diagnosticando quindi il reale inizio dell'oncogenesi, un evento eccezionale in Oncologia (6).

La pressione digitale intensa (1.000 dyne/cm.2), applicata sopra un tumore maligno oppure sopra il suo trigger point, a partire dalla nascita, cioè dal suo RRC oncologico, simultaneamente attiva in modo significativo la microcircolazione nel centro neuronale della ACTH-RH e in tutto l'asse relativo, ipofisi anteriore e surrene, già lievemente attivato di base, come scritto sopra,.

In questa condizione sperimentale il Medico provoca una critica acidosi istangica esclusivamente se la locale flow-motion è intensamente ridotta a causa dei Dispositivi di Blocco Endoarteriolarali di tipo a) oncologici (7, 8). E' possibile escludere dai meccanismi fisiopatologici alla base di questo evento l'intervento dell'attuazione della Realtà Non-Locale, come accade invece nella Manovra di Cris (15), positiva tipicamente nelle lesioni benigne.

Infatti, non si può evidenziare la Realtà Non-Locale del sistema biologico esaminato a causa del basso livello di Energia Libera Endocellulare locale, presente appunto nel cancro, ad iniziare dal RRC oncologico, come dimostra il Tempo di Latenza (TL) del riflesso Gastrico Aspecifico di 7 sec. (NN=8 sec.) (9-14,). Questo dato si osserva soltanto nel RRC oncologico, ma non nei RRC

aspecifici, dove il TL è normale (NN=8 sec.) mentre la Durata del riflesso è patologica: 4 sec. (NN: > 3 sec. – 4 sec. <).

In realtà, la Manovra di Cris (15), positiva nei tumori benigni, sta ad indicare che il locale livello di Energia Libera Endocellulare nella lesione benigna è sufficiente ad attivare la Realtà Non-Locale e a stabilire l'entanglement con il centro neuronale del GH-RH. A questo punto riferisco semplicemente che in questa manovra il ruolo centrale dei meccanismi d'azione è rappresentato dall'up-regulation dei recettori per il GH, come spiegherò in un prossimo articolo.

Come ipotesi di lavoro ho assunto che l'acidosi istangica critica simultaneamente causa l'attivazione microcircolatoria nell'Asse ACTH-RH – Ipofisi Anteriore – Surreni, alla base della Manovra di Moncada.. L'evidenza sperimentale e clinica corrobora la mia interpretazione.

Notoriamente, la pressione digitale intensissima (1.500 dyne/cm.2), esercitata sopra qualsiasi tessuto sano, causa localmente acidosi istangica critica: il TL si abbassa (16). In questo preciso momento si osserva l'Attivazione Microcircolatoria nel sistema ACTH-RH—Ipofisi anteriore --- Surreni, espressione della Reazione d'Allarme di Selye.

Inoltre, nel momento di insorgenza dell'Infarto Miocardico, gli eventi microcircolatori caratteristici dell'IMA, culminanti nella critica acidosi miocardica, depongono in favore della ipotesi fisiopatologica illustrata. Infatti, solo a partire dal momento esatto dell'occlusione coronarica l'acidosi nel miocardio diventa improvvisamente critica e la Manovra di Moncada si positivizza, per negativizzarsi nuovamente quando è instaurata la corretta terapia, magari con l'impianto di uno Stent, ed è ripristinato un fisiologico pH tissutale dopo che la locale flow-motion ritorna nei normali limiti.

Da circa venti anni, dopo la scoperta dei RRC (5), è nota la maggior acidosi tissutale nella sede del RRC di cancro disattivato nei confronti del pH istangico nei RRC aspecifici, caratterizzati dai Dispositivi Endoarteriolar di Blocco (DEB), di tipo b). Questo fatto è conseguenza dei differenti tipi di DEB che ostacolano con diversa gravità la locale microcircolazione sanguigna e quindi l'apporto di materia-informazione-energia al parenchima correlate. A parere di chi scrive, è spiegata la riduzione del Tempo di Latenza del Riflesso Gastrico Aspecifico (17) esclusivamente nel RRC oncologico.

Nel seguente mio commento in rete nel sito di PLoS Medicine e di LiveScience è illustrata chiaramente la patogenesi della maggiore acidosi critica nel RRC tumorale.

<http://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments/new?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001976><http://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments/new?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001976> e <https://www.livescience.com/52344-inflammation.html>

Since 1839 (Rudolph Virchow) till now Authors have been observing inflammation in cancer and in numerous chronic degenerative disorders, without being able to explain the correct pathogenesis, in my opinion. To understand the precise role of low grade chronic inflammation in relation to a flurry of degenerative disorders, different in nature, eg., Cancer Pd, AD, T2DM, CVD/CAD, a.s.o., Authors have to know the Constitution-Dependent, Inherited Real Risks, as I and my Disceples have written previous articles (1-5). As a matter of facts, low grade chronic inflammation is the consequence of altered microcirculatory blood-flow in the precise site of any Inherited Real Risk,

characterized by the presence of newborn-pathological, type I, subtype a) oncological, or b) aspecific, Endoarteriolar Blocking Devices, causing a worsening blood-flow impairment, so that local AVA become permanently less or more open: “blood-flow centralization phenomenon”. The consequence of all this is the increased blood pressure upon endothels of the efferent, venous microvessel site, with local damage to the endothelium, i.e., functional desentdothelization, because endothelium are provided with a few mitochondria. Caused by the endothelial function impairment, one observes the arrest of the white blood cells, physiologically rolling along the healthy endothelium (ICAM-1, V-CAM-1, Selectine, a.s.o.), their passage through endothels, bringing about finally inflammation. Interestingly, physicians can now assess in quantitative way at the bedside the presence of low grade chronic inflammation ina simple way , by mean of cytochine gastric aspecific reflex (5).

In conclusion, the time has come to understand the exact role of low grade chronic inflammation in the pathogenesis of a lot of disorders, today’s growing epidemics, as T2DM, CVD/CAD, Osteoporosis, Cancer. Interestingly, the Inherited Real Risks, bedside promptly diagnosed from birth, with a stethoscope,are eliminated by inexpensive Restructuring Mitochondrial Quantum Therapy (6), that allows us to realize on very large scale the Primary Prevention of above-mentioned diseases, enrolling in a rational manner exclusively predisposed individuals.

La Manovra di Moncada, negativa nei tumori benigni, come l’adenoma prostatico, risulta negativa pure nella Leucemia Linfatica Cronica indolore, atipica, CD 200 di Spacek (17, 18).

E’ ben nota la necessità di ricorrere alla fenotipizzazione linfocitaria per la corretta attribuzione della LLC. Il fatto che la Manovra di Moncada risulti negativa nella forma leucemica linfatica cromica, sopra riferita, suggerisce la sua diagnosi differenziale con le altre forme leucemiche linfatiche, dove invece la manovra è sempre intensamente positiva.

La Semeiotica Biofisica Quantistica permette rapidamente di riconoscere la reale natura di un nodo, scoperto magari causalmente nel corso di una radiografia, ecotomografia o mammografia (19, 20). La Manovra di Moncada, corroborando la diagnosi differenziale eseguita con altri numerosi segni SBQ , merita di essere inserita nell’iter diagnostico del moderno esame obiettivo.

Bibliografia

- 1) Sergio Stagnaro (2018). Manovra di Moncada*: Diagnosi Differenziale tra Lesione Benigna e Maligna in 15 secondi. in pdf
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradimoncada.pdf>
- 2) Sergio Stagnaro. Introduzione alla Microangiologia Clinica 10 dicembre 2011. www.sisbq.org,
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/mc_intro.pdf
- 3) Sergio Stagnaro - Marina Neri Stagnaro. Microangiologia Clinica. A cura di Simone Caramel. e-book, www.sisbq.org,
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/microangiologiaclinicاسبq2016.pdf>
- 4) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche.Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/libro_costituzionisemeiotiche.htm
- 5) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolari di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory,

www.travelfactory.it, Roma, 2009.

6) Sergio Stagnaro. Appunti di uno Studente di Medicina del 2050. Il Reale Rischio Congenito di Cancro del Pancreas, disattivato e attivato. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/tag/reale-rischio-congenito-disattivato-e-attivato/>

7) Sergio Stagnaro. Il Segno di Rinaldi nella Diagnosi del Terreno Oncologico di Di Bella e del Cancro, solido e liquido, in atto. Il Convegno Nazionale della SISBQ, Chiusi (Siena), 28-29 maggio 2011. Versione italiana: <http://www.sisbq.org/atti-del-secondo-convegno.html>, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign_it.pdf ; english version: <http://www.sisbq.org/proceedings-2.html> http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign_eng.pdf

8) Sergio Stagnaro. Ordine Implicato e Ordine Esplicito nel Segno di Rinaldi, simultaneo ed istantaneo: dal Terreno Oncologico all'Oncogenesi - www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldi_simultaneo_2014.pdf

9) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. <http://www.fce.it> , 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47

10) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. L'Esperimento di Lory. Scienza e Conoscenza, N° 23, 13 Marzo 2008. <http://www.scienzaeconoscenza.it/articolo.php?id=17775>

11) Sergio Stagnaro. Dall'Esperimento di Lory alla Diagnostica Psicocinetica. Ruolo fondamentale della Realtà Non Locale in Biologia. <http://www.fcenews.it>, gennaio 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/lory.pdf>

12) Sergio Stagnaro. La Diagnostica Psicocinetica dimostra le due Dimensioni del Tempo, T1 e T2, nella Realtà non-locale dei Sistemi biologici. 6 luglio 2010, <http://www.altrogiornale.org>, <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.6275>

13) Sergio Stagnaro. Semeiotica Biofisica Quantistica. Diagnostica Psicocinetica. E-book in rete nel sito <http://www.sisbq.org>; http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp_libro.pdf

14) Sergio Stagnaro. The Sign of Raggi* In Early, and Rapid Bedside Diagnosing Bone Lesion, Including The Metastasis. 7 January, 2011. <http://www.sci-vox.com>, <http://www.sci-vox.com/stories/story/2011-01-07raggi%27s+sign.+bedside+diagnosing+bone+marrow+disorders..html>

15) Sergio Stagnaro (2018). Manovra di Cris. ottobre 18, 2018 di [dabpensiero](http://dabpensiero.com). <https://dabpensiero.wordpress.com/2018/10/18/manovra-di-cris/> e <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradicris.pdf>

16) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm

17) Martin Spacek, Josef Karban, Martin Radek, et al. CD200 Expression Improves Differential Diagnosis Between Chronic Lymphocytic Leukemia and Mantle Cell Lymphoma. Blood 2014 124:5637

18) Zoe Mongeau-Marceau, Sandra Cohen, Luigina Mollica, et al. Atypical Chronic Lymphocytic Leukemia with CD200 Expression Shares Similar Outcomes to Classical Chronic Lymphocytic Leukemia. *Blood* 2016 128:5572

19) Sergio Stagnaro. Nodo Polmonare Radiograficamente accertato: benigno o maligno? www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/nodopolmonare_2016.pdf

20) Sergio Stagnaro. Nodo Tiroideo di Natura Sospetta. Diagnosi Clinica rapida ed affidabile con la Semeiotica Biofisica Quantistica. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/nodotiroideo.pdf>