

NODO POLMONARE RADIOGRAFICAMENTE ACCERTATO: BENIGNO O MALIGNO?

*Sergio Stagnaro**

"L'atteggiamento scientifico e quello poetico coincidono: entrambi sono atteggiamenti insieme di ricerca e di progettazione, di scoperta e d'invenzione".
Italo Calvino.

Un individuo in apparente pieno benessere, per motivi sportivi, assicurativi, lavorativi, check-up – oggi di moda – o per altri scopi, si sottopone fiducioso all'indagine radiografica del torace. Del tutto inatteso, nel referto è segnalato un nodo di 2,5-3 cm. in una ben definita sede di un lobo polmonare.

Terrorismo Psicologico Jatrogenetico.

Purtroppo, nell'impossibilità di fare la diagnosi definitiva di una iniziale lesione sulla base del semplice dato radiografico e della semeiotica fisica accademica, il Medico finora consiglia ulteriori accertamenti diagnostici del Dipartimento delle Immagini: TAC (spirale, digitale, multistrato, etc.), RNM, PET, SPECT, visita pneumologica per broncoscopia e biopsia, da eseguirsi magari anche mediante agoaspirato Rx-TAC guidato o nel caso di neoformazioni che giungano a contatto con la parete toracica biopsia eco-guidata, come purtroppo dimostra l'esperienza clinica.

Inizia il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, una desolante epidemia da me spesso denunciata:

<http://www.masterviaggi.it/detail.php?IdArt=35706>

<http://www.fceonline.it/docs/terrorismo.pdf>

http://www.mednat.org/terrorismo_mediatico.htm

http://www.theflucase.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1701%3Amany-italian-doctors-reject-swine-flu-vaccine&catid=1%3Alatest-news&Itemid=64&lang=en

<http://www.italybyvitalynews.it/detail.php?IdArt=34553&CatId=50>.

Quanti lettori hanno vissuto in prima persona, oppure indirettamente, questa terribile situazione, che coinvolge familiari, parenti ed amici dell'interessato, ugualmente coinvolti dal punto di vista psicologico.

La successiva indagine, che in genere è realizzata dopo giorni o settimane dall'accertamento del nodo polmonare, è diretta anche all'apparato digerente, dato che la sospettata lesione maligna polmonare può essere una metastasi a partenza da sistemi biologici a localizzazione splancnica, sede della neoplasia primitiva, come accade nel 40 % circa dei casi.

A questo punto, il lettore, auspicabilmente in ottime condizioni fisiche, deve sapere - per riferirlo a sua volta a parenti, amici e conoscenti - che grazie alla Semeiotica Biofisica Quantistica (V. <http://www.semeioticabiofisica.it>, www.sisbq.org), è possibile oggi risolvere *bedside* rapidamente ed in modo affidabile simili circostanze diagnostiche inquietanti, a patto che il medico curante sia in grado di eseguire l'esame obiettivo in maniera aggiornata, cioè con l'aiuto della nuova semeiotica fisica, da utilizzare sempre accanto a quella ortodossa, tradizionale ed accademica.

Iter clinico, diagnostico e diagnostico differenziale, per il Medico di Medicina Generale.

Il medico curante, se si aggiorna quotidianamente *motu proprio* anche sui progressi della semeiotica fisica – senza attendere l'improbabile invito delle autorità in materia di Educazione Medica Continua – presa visione dei radiogrammi del torace e, solo dopo, del referto del radiologo, se non è già precedentemente informato, inizia *l'iter diagnostico e diagnostico-differenziale* accertandosi se il soggetto è positivo o meno al Terreno Oncologico. Infatti, l'assenza del Terreno Oncologico, inclusi i casi "latenti", cioè i falsi negativi, eliminati mediante le prove da sforzo semeiotico-biofisico-quantistiche, consente al curante di tranquillizzare immediatamente il paziente escludendo la natura maligna della lesione (1).

D'altra parte, come ho scritto in precedenti articoli reperibili anche nella Bibliografia dei siti citati sopra, la presenza della costituzione tumorale, valutabile *quantitativamente*, non permette affatto di concludere che tutti i sistemi biologici di un dato individuo, nel presente caso il polmone, sono sede del reale rischio congenito oncologico, condizione necessaria, sebbene non sufficiente, della insorgenza del cancro.

In altre parole, il nodo polmonare inaspettatamente segnalato dal radiologo, non deve preoccupare sempre il soggetto positivo per il Terreno Oncologico (1), ma negativo per il reale rischio congenito tumorale nel polmone, dove sono presenti i più importanti, tipici *marcatori clinici* di malattia, i Dispositivi Endoarteriolar di Blocco, tipo I, sottotipo a), neoformati-patologici, ignorati dalla quasi totalità dei medici, oggi Laboratorio- e Dipartimento delle Immagini-dipendenti (2). Da quanto precede deriva che il soggetto esente da costituzione tumorale, o positivo per il Terreno Oncologico ma privo del reale rischio congenito oncologico polmonare, è senza indugio rassicurato dal suo medico curante, escludendo in modo affidabile la natura maligna della lesione, in assenza dei ricordati segni clinici. Infatti, nel polmone sano esistono solo DEB tipo II, cioè fisiologici (2).

In un secondo tempo, secondo scienza e coscienza, il curante prescriverà gli ulteriori accertamenti, nel rigoroso rispetto delle Linee Guida, al momento purtroppo basate soltanto sulla (Statistically, Evidence B(i)ased Medicine e non sulla Single Patient Based Medicine, certamente più ricca di affidabili informazioni sul "singolo" individuo (3, 4).

Ruolo diagnostico del Segno di Baserga "variante".

Consideriamo purtroppo il caso di una neoplasia polmonare "iniziale", magari nel suo stadio di Reale Rischio Congenito in iniziale evoluzione, scoperta casualmente in un individuo solo apparentemente sano.

Il medico rapidamente può formulare *bedside* la corretta diagnosi sulla base di numerosi segni semeiotico-biofisico-quantistici, presenti a partire dall'inizio dell'oncogenesi, in particolare il Segno di Baserga *variante*, fondato sulla presenza dei DEB neo-formati patologici (5, 6).

In una lunga esperienza clinica, nel cancro polmonare ho osservato positivo il segno di Baserga, che denomino *variante* per distinguerlo da quello *classico*, affidabile nel riconoscere la sindrome da carenza di ferro.

In realtà, nel segno di Baserga classico, notoriamente l'eritropoietina endogena, liberata mediante intensa stimolazione mediante pizzicotto cutaneo prolungato dei *trigger-points* renali, non è in grado di stimolare fisiologicamente il midollo osseo a causa appunto della carenza di Fe. (1, 7) Ho congetturato che la stimolazione dei *trigger-points* polmonari, o di altro sistema biologico ovviamente, relativi alla sede sia del reale rischio congenito oncologico sia del cancro in atto, potessero liberare ipotetiche sostanze, mielopeptidi eritropoietina-simili, atti a stimolare in modo vicariante il midollo, depresso in simile situazione.

Diceva Born che una teoria deve essere sufficientemente "pazza" per essere vera. Nel sano ho, infatti, osservato che la pressione digitale cutanea (stimolazione dei *trigger-points* polmonari) sopra la proiezione dei diversi lobi polmonari non modifica il tempo di latenza (tl) della

Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario (8). Infatti, il Tempo di Latenza del riflesso sterno-gastrico aspecifico (= la pressione digitale medi-intensa (700 dyne/cm^2), applicata sopra la linea mediale del corpo sternale, o sopra le creste iliache, causa la dilatazione il Riflesso Gastrico Aspecifico: nel sano, il Tempo di Latenza è 10 sec.) resta invariato, cioè simile a quello basale, cioè 10 sec., anche dopo una stimolazione dei *trigger-points* polmonari.

Al contrario, in caso di reale rischio congenito oncologico o di tumore polmonare in atto (questo vale per qualsiasi localizzazione del cancro) nelle stesse condizioni riferite sopra (= pressione digitale mirata, esercitata sopra la proiezione cutanea della lesione polmonare) per 15-20 sec. provoca la riduzione statisticamente significativa del Tempo di Latenza della SISRI: da 10 sec. a 6 sec.

In queste condizioni, in un primo tempo il Medico valuta il Tempo di Latenza (NN = 8 sec.), la durata (NN = inferiore a 4 sec.: valore parametrico di notevole valore diagnostico) del Riflesso Pneumo-Gastrico Aspecifico, sempre seguito dalla *patologica* Contrazione Gastrica tonica. (CGt).

Appare interessante il fatto che nelle fasi iniziali del reale rischio congenito di tumore polmonare, il Tempo di Latenza può risultare ancora nella norma (NN: tl. 8 sec.), ma la durata risulta di 4 sec. o più, dato patologico ricco di informazione (NN inf. a 4 sec.). Subito dopo compare la *patologica* CGT lieve ma significativa: valori parametrici rivelatisi essenziali nella prevenzione primaria del cancro polmonare.

Inoltre, utili dati sono offerti dal preconditionamento polmonare (1) e dalla valutazione della sintesi anticorpale locale e della circolazione polmonare sia regionale sia globale (9) Nel cancro polmonare, il tempo di latenza appare ridotto già di base, cioè inferiore a 8 sec., la durata prolungata, 4 sec. o maggiore, ed intensa la patologica CGt, in relazione alla gravità della sottostante patologia. Questi valori parametrici sono aggravati dal preconditionamento (1).

A questo punto, ricordo una manovra assai utile nella diagnosi differenziale e nell'accertamento rapido del reale rischio congenito, sia aspecifico sia oncologico: la Manovra di Terziani (10). Nel reale rischio congenito oncologico, il Riflesso Gastrico Aspecifico, che compare dopo 3 sec. dalla intensa stimolazione di un polpastrello digitale, mostra l'intensità di 0,5 cm. , mentre nel reale rischio congenito non-tumorale, l'intensità è inferiore a 0,5 cm.

Della essenziale importanza diagnostica dei congeniti Dispositivi di Blocco Endoarteriolari neofornati-patologici, tipo I, sottotipo a), tipici del reale rischio tumorale ed ovviamente della neoplasia (dove sono aumentati di numero) (2), ho già riferito sopra.

Non si comprende perché gli Editori e Referenti di *peer-reviews*, i Docenti universitari, i Primari Ospedalieri, gli Oncologi, i Medici di MG., come risulta da mia ricerca, non conoscono dal punto di vista "clinico" e quindi non sanno riconoscere e valutare *bedside* queste strutture microvascolari, essenziali nella regolazione della *flow-motion* se fisiologiche, ma di notevole ostacolo al rifornimento di sangue ai capillari nutrizionali in caso di DEB neofornati-patologici, da me scoperti e descritti (1, 2).

Quanto sopra riferito brevemente si è rivelato affidabile ed utile in una ormai lunga esperienza, da un lato, consentendo di tranquillizzare i numerosi pazienti sani, ma resi temporaneamente ansiosi da referti radiologici allarmanti, e dall'altro influenzando favorevolmente la lotta al tumore polmonare,

mediante la prevenzione primaria e l'impiego della Terapia Quantistica Mitochondriale Ristrutturante:

http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tq_italian_english_agg.pdf .

*** Dott. Sergio Stagnaro**

Fondatore della Semeiotica Biofisica.

dottsergio@semeioticabiofisica.it

Bibliografia

- 1) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 2) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolari di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 3) **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
- 4) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005. http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm
- 5) **Stagnaro Sergio.** Variant Baserga's Sign in bedside Diagnosing Lung Cancer Inherited Real Risk, from initial Stage. *Postgrad Med J*, 2009. <http://pmj.bmj.com/content/85/1008/515/reply>
- 6) **Sergio Stagnaro.** 'Classical', 'Variant' and 'Quantum Entanglement' Baserga's Sign - *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*. 5 August, 2011. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/baserga_signs.pdf
- 7) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.** Percussione Ascoltata della Sindrome Ferro-Carenziale. *Med. Praxis* 17, 4, 1, 1986.
- 8) Stagnaro S., Sindrome percusso-ascoltatoria di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario. *Min. Med.* 74, 479, 1983 (MEDLINE).
- 9) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpoiesi acuta e cronica. *Acta Med. Medit.* 13, 25, 1997.
- 10) **Sergio Stagnaro.** 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_updated.pdf; Slide Presentation at URL http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropancreas_2015.pdf
- 11) **Sergio Stagnaro.** Prevenzione Pre-Primaria e Primaria, Semeiotico-Biofisico-Quantistica, del Cancro del Seno. Conferenza, I Festival Nazionale dell'Acqua, Porretta Terme, 19 Settembre 2014, Auditorium Hotel Santoli. Video, www.sisbq.org. <http://www.youtube.com/watch?v=xYTnTQaSXr0>