

Diagnosi Clinica di Cancro Cerebrale e del suo Reale Rischio Congenito: Segno di Dellepiane *

(Sergio Stagnaro**)

Quello che gli Urologi sanno.

I tumori del cervello (BC) possono essere di due tipi, benigni e maligni. Inoltre, questi ultimi possono avere una differente origine: i BC primari, noti come Gliomi o Meningiomi, sono tumori che iniziano nel cervello. Al contrario, i tumori cerebrali metastatici originano da lesioni maligne di altri sistemi biologici e successivamente colpiscono il cervello.

Negli Stati Uniti, l'incidenza annuale del cancro cerebrale si aggira intorno ai 15-20 casi per 100.000 individui. Nei pazienti in età inferiore ai 35 anni il tumore del cervello è la principale causa di morte. Il tumore cerebrale primario rappresenta il 50% dei tumori intracranici. Circa 17.000 persone negli Stati Uniti sono diagnosticati affetti da cancro primitivo ogni anno e circa 13.000 muoiono a causa di questa malattia. Nei bambini l'incidenza annuale del tumore cerebrale primitivo è di circa 3 casi ogni 100.000 individui.

Il tumore secondario è presente nel 20-30% dei pazienti con metastasi e la sua incidenza aumenta con l'età. Negli Stati Uniti, circa 100.000 casi di cancro secondario del cervello sono diagnosticati annualmente.

Tutti i medici, inclusi i neurologi, sono d'accordo sul fatto che soltanto la diagnosi precoce può produrre i migliori risultati. Purtroppo, oggi la diagnosi di BC avviene troppo spesso tardivamente, quando è presente la sintomatologia clinica, cioè, ostruzione del flusso di liquido cerebro-spinale (CSF), che esita nell'idrocefalo, e nell'aumento della pressione intracranica, nausea, vomito e cefalea. Il BC può danneggiare vie neurologiche vitali e compromettere il tessuto cerebrale. I sintomi si sviluppano nel tempo e sono dipendenti dalla sede e dimensioni della patologia.

Il tumore cerebrale nel lobo frontale può causare i seguenti segni: modificazioni del comportamento e dell'emozione, compromissione del giudizio critico, alterazioni della percezione degli odori, perdita di memoria, emiplegia, ridotta capacità mentale, turbe della visione e papilledema.

Nessuno conosce la causa esatta dei BC. Raramente i medici sono in grado di spiegare perché una persona sviluppa il cancro del cervello ed un'altra no, come ammette il National Cancer Institute.

Quello che i Neurologi non sanno.

Nel mondo della comunicazione al suo vertice è paradossale e desolante per un ricercatore la difficoltà di comunicare i progressi scientifici originali, innovativi, significativi, anche se in rete in celebri siti, come www.ilpungolo.com (V. i miei numerosi articoli in Scienza), *The Lancet*, *Ann. Int. Med.*, *PLOS* e *Science* (1-6).

A mia conoscenza, non esiste urologo ed oncologo al mondo che, ignorando la Semeiotica Biofisica Quantistica, sia in grado di riconoscere il Terreno Oncologico ed il Congenito Reale Rischio Oncologico di BC! (6-10)

A questo proposito, ho chiesto via e-mail a stimati oncologi italiani e stranieri, tra cui l'*American Cancer Society* e il *British Journal Cancer* Editorial Office, se conoscono questi nuovi progressi dell'oncologia, su cui è fondata la futura prevenzione primaria del cancro, solido e liquido, su vastissima scala e in individui razionalmente selezionati (V. anche in questo sito: Lettera Aperta al Ministro G. Sirchia). La mia ben motivata convinzione non è mai stata falsificata da numerosi urologi italiani e stranieri.

Purtroppo, i medici credono erroneamente che tutti gli individui nel corso della loro vita possano essere colpiti dal tumore maligno, solido o liquido, magari con differente probabilità. Tra le conseguenze nefaste di questa presupposizione, da me più volte denunciata, sono gli infiniti esami inutili e costosi, l'evitabile terrorismo psicologico jatrogenetico ed il crescente numero di tumori maligni.

Una ormai lunga e sicura esperienza clinica mi permette di affermare che il paziente predisposto al BC, analogamente a quanto avviene in tutti gli altri tumori maligni, solidi e liquidi (7-11), a partire dalla nascita è positivo per il Terreno Oncologico ed è colpito dal Reale Rischio Oncologico Congenito in una precisa area cerebrale. Personalmente non ho mai visto più rischi di BC nello stesso individuo, il che non esclude ovviamente questa possibilità.

La diagnosi clinica, quantitativa, di queste alterazioni del sistema psico-neuro-endocrino-metabolico e del secondario rimodellamento microvascolare nell'area istamica sede del Reale Rischio Congenito richiede pochi secondi al medico esperto in Semeiotica Biofisica Quantistica.

Interessante il fatto che l'assenza del Terreno Oncologico, escludendo senza dubbio alcuno la possibilità di oncogenesi, indirizza in modo razionale l'esame obiettivo sulla base delle eventuali costituzioni semeiotico-biofisiche del paziente: non ha alcun senso, per esempio, perdere tempo nel ricercare il diabete mellito nell'individuo privo della Costituzione Semeiotico-Biofisica Diabetica (12).

Il lettore comprende facilmente che quanto riferito a proposito del BC vale anche per i tumori in sistemi biologici (V. di seguito) (21).

Il Segno di Dellepiane nella Diagnosi Clinica del Reale Rischio Congenito di Cancro Cerebrale.

Per riconoscere nel modo più semplice possibile, ma anche affidabile, il Reale Rischio Congenito del BC, o di altre sedi della trafila urinaria, naturalmente, è indispensabile la conoscenza della semplice Percussione Ascoltata dello stomaco, che consente di valutare i diversi valori parametrici del riflesso gastrico aspecifico (= nello stomaco, il fondo ed il corpo sono dilatati, mentre il giunto antro-pilorico è contratto) (Fig.1) (V. www.semeioticabiofisica.it, Pagina Tecnica N° 1; (1, 7-11).

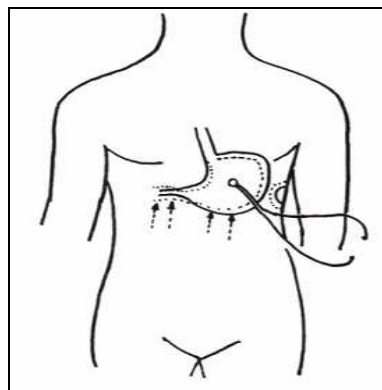


Fig. 1

Riflesso gastrico aspecifico

L'esatta comprensione, invece, di quanto segue è correlata alla conoscenza sicura di Semeiotica Biofisica Quantistica, riferite in una ormai vasta letteratura (14.21). Infatti, in numerosi articoli, in gran parte scritti in collaborazione con l'amico Paolo Manzelli, ho dimostrato l'esistenza della realtà non-locale, accanto a quella locale, nei sistemi biologici (14-19).

La stimolazione "lieve-moderata" mediante pizzicotto cutaneo persistente dei *trigger-points* cerebrali (in pratica, il cuoio capelluto) è sufficiente per studiare il modo di essere e di funzionare a

riposo del “relativo” segmento. Certamente la valutazione del riflesso ureterale superiore, medio ed inferiore, offre informazioni più precise ed in modo elegante

Nel sano, supino e psicofisicamente rilassato, con gli occhi aperti (= ridotta secrezione di melatonina), dopo un tempo di latenza di 8 sec. esatti dall’inizio della stimolazione “lieve-moderata”, compare il riflesso gastrico aspecifico con durata inferiore a 4 sec. Si tratta di un valore diagnostico essenziale, correlato con la fisiologica attivazione della locale Riserva Funzionale Microcircolatoria (RFM), a sua volta in relazione con l’anatomia e la funzione del locale parenchima, secondo la teoria dell’Angiobiopatia, cioè del solo distretto istangico relativo (10, 21). Infatti, l’indagine clinica del microcircolo fornisce preziose informazioni sull’attività biologica del parenchima corrispondente (10, 21).

Al contrario, nel Reale Rischio Congenito di BC, stimolando in modo “lieve-moderato” i relativi *trigger-points*, il tempo di latenza nella fase iniziale può essere ancora di 8 sec, ma la durata risulta sempre patologica, cioè di 4 sec. Infatti, i due valori parametrici si modificano, in modo indiretto e rispettivamente diretto, con le varie fasi evolutive dell’oncogenesi.

Fatto importante dal punto di vista diagnostico e diagnostico-differenziale, il riflesso è seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica (= contrazione dello stomaco “in toto”), espressione della natura oncologica della lesione: **SEGNO di DELLEPIANE.**

Nel sano, se la stimolazione dei *trigger-points* cutanei cerebrali è “intensa” (= aumento della vasomozione nel parenchima cerebrale corrispondente, e, in successione, della Energia Vibratoria e della Energia-Informazione, pura, catalitica), in conseguenza della realtà non locale nei sistemi biologici, il tempo di latenza del riflesso fisiologicamente sale da 8 sec. a 16 sec., mentre la durata rimane identica, cioè inferiore a 4 sec., informando però sulla situazione anatomo-funzionale di “tutto” il tessuto cerebrale, sia dell’emisfero di destra che di sinistra, così come delle restanti componenti del midollo spinale, in accordo con il tipo di informazione “simultanea”, tipica della realtà non-locale (13-20).

In breve, nel sano, nelle condizioni sperimentali sopra descritte, l’assenza del simultaneo riflesso gastrico aspecifico permette in un solo secondo di escludere qualsiasi lesione cerebrale, incluso il cancro ed il suo Reale Rischio Congenito.

Nell’individuo con Terreno Oncologico e colpito da Reale Rischio Congenito di BC (o del midollo spinale), la pressione digitale persistente, “intensa”, a livello di un singolo *trigger-point* del cranio, stimolando “simultaneamente” entrambi gli emisferi cerebrali (in realtà, come sopra riferito, la stimolazione “intensa” interessa anche il midollo), provoca “simultaneamente” il riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è correlata alla gravità della patologia sottostante. La durata del riflesso è 4 sec. o più, espressione del locale rimodellamento microcircolatorio, secondario all’alterata attività delle cellule parenchimali dipendente da mutazioni geniche del mit-DNA e n-DNA (11, 22).

Al contrario, come scritto sopra, in presenza di lesione neoplastica in atto, il riflesso gastrico è rapidamente seguito dalla caratteristica Contrazione Gastrica tonica, assente nel sano e in tutte le altre patologie, con la sola esclusione di Appendicite, Diverticolite e Connettiviti, dove intensa è l’acidosi istangica (= i differenti i *trigger-points* specifici facilitano la diagnosi differenziale!):

SEGNO di DELLEPIANE.

Riconosciuto questo tipico segno di lesione neoplastica potenziale, il medico procede immediatamente alla localizzazione della sede esatta del Reale Rischio (1), utilizzando la stimolazione selettiva e “lieve-moderata” dei *trigger-points* cutanei cerebrali. Infine, ricordo l’importanza diagnostica delle prove dinamiche, come il Precondizionamento Cerebrale, altrove ampiamente illustrate (1, 7).

Il Segno di Dellepiane nella Diagnosi Clinica del Cancro Cerebrale in atto, ancorché iniziale.

In presenza di un BC (o di altro tumore midollare), indipendentemente dallo stadio evolutivo e quindi dalle sue dimensioni, la stimolazione “intensa” mediante pressione digitale persistente anche

di un solo *trigger-point* cerebrale – cuoi capelluto – provoca “simultaneamente” un intenso riflesso gastrico aspecifico, seguito dopo circa 2 secondi da rapida ed intensa Contrazione Gastrica tonica, tipico della malattia neoplastica: **Segno di Dellepiane**.

Pertanto, in 5 secondi è possibile riconoscere il BC o una neoplasia nel tratto midollare, la cui sede precisa verrà rapidamente identificata mediante stimolazione “lieve-moderata” dei relativi *trigger-points*.

Subito dopo il riconoscimento della presenza di una lesione tumorale nel sistema nervoso centrale, il medico corrobora la diagnosi sulla base dei numerosi segni specifici ed aspecifici della Semeiotica Biofisica Quantistica: Sintesi Anticorpale Acuta, SISRI completa, aumentata produzione delle Proteine della Fase Acuta, diagramma neoplastico dell’unità microvascolotessutale del polpastrello digitale, Sindrome Autoimmune Locale, cioè a livello del rene colpito (della vescica oppure della prostata), attivazione surrenalica, aumentata produzione prolattinica, caratteristiche modificazioni della microcircolazione nella sede tumorale (= Attivazione Microcircolatoria tipo III, dissociato, con DEB neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a) neoplastici), ecc. (7-16)

Da quanto precede risulta la possibilità di ottenere *bedside* dati veramente utili nella lotta ai tumori maligni del rene e delle vie urinarie, con un metodo clinico originale, applicabile su vasta scala.

Per quanto riguarda la terapia del Reale Rischio Congenito Oncologico, indipendentemente dalla sua sede, si sono dimostrati efficaci in una lunga esperienza cicli personalizzati di NIR-LED, associati alla terapia con Melatonina-Coniugata, secondo Di Bella-Ferrari, ed appropriata dieta, intesa in senso etimologico. Il monitoraggio della lesione, inizialmente bisettimanale, quindi mensile, infine semestrale, permette di modificare eventualmente sia la posologia che la condotta terapeutica. Questa terapia trasforma la maggior parte dei casi di Reale Rischio, oncologico e non, in Reale Rischio Residuo, innocuo, perchè la locale ossigenazione è superiore a quella fisiologica, a seguito del favorevole rimodellamento microcircolatorio (7)

* **Segno di Dellepiane**, in memoria del mio caro amico, dott. Bruno Dellepiane, Neurologo.

**Dott. Sergio Stagnaro

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Riva Trigoso (Genova)

www.semeioticabiofisica.it

Bibliografia

1. Stagnaro S., Auscultatory percussion of the cerebral tumour: Diagnostic importance of the evoked potentials, *Biol. Med.*, 7, 171-175, 1985
2. Stagnaro Sergio. Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. *The Lancet*, January 28, 2008.
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608601014/comments?action=view&totalComments=2>
3. Stagnaro Sergio. (7 February 2008). Bedside diagnosing prostate cancer inherited oncological real risk and its therapy. *Annals of Internal Medicine*.
<http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200803180-00209v1>
4. Stagnaro Sergio. Bedside evaluating Co Q10 deficiency syndrome in CFS. *The Lancet* January 01, 2008,
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606680732/comments?action=view&totalComments=1&page=2&prev=1#1393>
5. Stagnaro Sergio. Oncogenesis is possible exclusively in individuals Oncological Terrain-positive.
www.thescientist.com 2007. <http://www.the-scientist.com/blog/print/53498/>
6. Stagnaro Sergio. Mitochondrial Genome of the Mastodon highlights Human Constitutions. *PLOS Biology*, (01 August 2007) <http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pbio.0050207#r1725>
7. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004.
http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm 2004
8. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del “Reale Rischio” Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it/>
9. 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/>
10. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Ed. Travel Factory, Roma, 2005.
http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm
11. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
12. 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]
13. Stagnaro Sergio. Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Sep;61(9):1143-4. Epub 2007 Feb 7. [MEDLINE]
14. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
15. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d’Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
16. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica di Epatopatia . Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
17. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
18. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Limiti della Medicina Ufficiale. L’Esperimento di Lory. 03 Gennaio 2008, www.ilpungolo.com
<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5267>

18. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
19. Stagnaro Sergio. Esperimento di Lory e Crisi dei Fondamenti della Medicina Occidentale.
www.ilpungolo.com. 17 Febbraio 2008 <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5387&IDS=13>
20. Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008.
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47
21. Stagnaro Sergio. Reale Rischio Congenito di Cancro Renale Diagnosticato con la Semeiotica Biofisica: il Segno di Pollio. www.ilpungolo.com, 25 Marzo 2008,
<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5480&IDS=13>
22. Stagnaro Sergio. Biological System Functional Modification parallels Gene Mutation.
www.Nature.com, March 13, 2008,
http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/03/gout_gene.html

