

# SEMEIOTICA-BIOFISICA DEL CANCRO DELLA MAMMELLA. SCREENING DELLE PAZIENTI AD ALTO RISCHIO.

A cura di Sergio Stagnaro \*

(La lettura di un eccellente articolo di I. Mitra, M. Baum, H. Thornton e J. Houghton – *BMJ* 2000;321:1071-1073 (28 Ottobre) – ed una corrispondenza con il Prof.

M. Baum mi hanno stimolato a scrivere il seguente lavoro, ora in forma aggiornata)

Introduzione. ....	1
Discussione. ....	1
1) Terreno Oncologico: diagnosi semeiotico-biofisica “quantitativa”. ....	4
A) Valutazione del BALT ad “occhi chiusi”. ....	5
B) Valutazione della sintesi anticorpale “ad occhi chiusi”. ....	7
C) Valutazione della melatonina mediante decongestione splancnica. ....	8
2) Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica (ICAEM). ....	8
3) Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario (SISRI) di tipo “completo”. ....	9
4) Riflesso mammella-gastrico aspecifico, tipo 1 e 2. ....	9
5) Riflesso mammella-ciecale. ....	11
6) Sindrome della Sintesi Anticorpale Acuta. ....	11
7) Sindrome degli Immunocomplessi Circolanti. ....	11
8) Precondizionamento semeiotico-biofisico della mammella. ....	11
Diagnosi di Rischio del Cancro Mammario. ....	12
Valutazione di noduli linfatici. ....	12
Conclusione. ....	13
Bibliografia. ....	13

## Introduzione.

Lo *screening* del tumore della mammella riduce la mortalità in donne oltre i 50 anni di età. Per quanto, invece, riguarda le donne in età inferiore, l'evidenza di una effettiva riduzione delle morti nel lungo termine è suggestiva ma inconsistente (1). L'identificazione del cancro della mammella in *stadio precoce*, utilizzando la mammografia, può essere realizzata attraverso un più frequente e tempestivo impiego di questo metodo diagnostico, così come mediante la combinazione dell'esame clinico del seno con la mammografia (1).

Di seguito è descritto un originale metodo clinico semeiotico-biofisico utile sia nella diagnosi clinica di **cancro della mammella**, a partire dal suo *primo* stadio, che, fatto interessante, nello *screening* di massa di pazienti **a rischio reale**, consentendo anche di eseguirne la valutazione “quantitativa” e la precisa localizzazione.

A parere di chi scrive, infatti, per vincere la lotta al tumore in generale e del seno, in particolare, bisogna procedere oltre l'attuale concetto di *screening* del tumore maligno in atto, ancorché in fase iniziale: è assolutamente necessario, cioè, poter riconoscere innanzitutto il **reale rischio** e “quantificarlo”, dopo averne esattamente localizzato la sede (quadrante).

(V. anche il sito HONCode 233736, [www.semeioticabiofisica.it](http://www.semeioticabiofisica.it), <http://digilander.it/piazzetta.sfera.net>, Professione Medica, e la mia Rubrica in [www.katamed.it](http://www.katamed.it)).

## Discussione.

Nella considerazione del vasto pubblico, *screening* del cancro mammario e mammografia praticamente sono diventati sinonimi, sebbene non sia affatto vero. Da un punto di vista ideale, uno strumento per lo *screening* del **cancro della mammella** [incluso ovviamente lo *screening* del "**rischio reale**", localizzato e quantificato], dovrebbe ridurre la mortalità causata da questo tumore e, nel contempo, procurare una bassa percentuale di falso "allarme" ed essere gravato da un costo non elevato (2).

Infatti, lo *screening* non dovrebbe incidere troppo sulle risorse del Sistema Sanitario Nazionale e neppure sottrarre finanziamenti ad altre aree, ugualmente utili ed importanti ma politicamente meno influenti (3).

Un test di *screening* ideale dovrebbe essere *semplice, poco costoso*, ed infine *efficace*. Oggi sono tre le modalità di attuazione dello *screening* del **cancro della mammella**:

- a) l'autopalpazione;
- b) l'esame clinico del seno;
- c) la mammografia.

L'autopalpazione soddisfa pienamente i primi due criteri indicati. Tuttavia, i risultati di due precedenti *trials randomizzati*, condotti in Russia e Cina, dimostrano che l'autopalpazione non è efficace nel ridurre la mortalità per cancro del seno (4,5). A mio parere, questo strumento è valido nell'indurre un maggior numero di pazienti a sottoporsi alla visita medica da parte del curante con risultati certamente favorevoli.

L'indagine clinica del seno è senza dubbio alcuno relativamente *semplice e poco* costosa, ma la sua *efficacia* nel ridurre la mortalità da cancro mammario non è stata valutata direttamente nel corso di un test randomizzato (2). La mammografia è *complessa, costosa* e solo parzialmente *efficace*.

D'accordo con I. Mitra e coll. (2), ma per motivi completamente e comprensibilmente differenti, io penso che ci sono prove sufficienti a sostegno del fatto che l'esame *clinico* del seno è ugualmente efficace, se confrontato con la mammografia, nel ridurre la mortalità per cancro mammario e che ormai è giunto il momento di confrontare i due metodi di screening in modo diretto in un *trial* randomizzato (1).

Appare interessante confrontare i risultati del programma di *screening* del tumore del seno condotto dal NHS in donne in età compresa tra i 50 e 60 anni. Nella prima parte del programma (oltre 1 milione di donne sono state esaminate) poco più di 5000 cancri sono stati diagnosticati (6). Di questi, il 60% erano tumori invasivi di dimensione  $> 1$  cm. C'è da aspettarsi che questi tumori sarebbero stati identificati anche con il *solo* esame clinico della mammella, specialmente se condotto con la **Semeiotica Biofisica**.

Tumori "in situ", che rappresentano il 18% dei cancri diagnosticati con la mammografia nel programma del NHS, non sarebbero stati riconosciuti con l'esame clinico del seno (*naturalmente*, come dirò più avanti, senza l'aiuto della **Semeiotica Biofisica**), ma in tal modo riducendo la potenziale *eccessiva* diagnosi di tumore del seno, causata dalla mammografia.

Per l'identico motivo, accennato sopra, non posso essere totalmente d'accordo con I. Mitra e coll. circa il fatto che soltanto il 22% dei cancri invasivi, identificati con l'indagine mammografica, di dimensione  $< 1$  cm., non sarebbero diagnosticati con l'esame clinico (2).

Questi Autori pensano che, conseguentemente, ogni beneficio della mammografia nei confronti dell'indagine clinica deve essere fatta derivare dal 22% di tumori invasivi della mammella che presentano una grandezza  $< 1$  cm. e da un imprecisato numero di cancri duttali "in situ", che progrediscono verso il cancro invasivo se non sono diagnosticati.

Tuttavia, sostengono gli stessi Autori, sembra che questi vantaggi non siano in realtà importanti (2), in quanto il tumore deve realizzare 30 raddoppiamenti (30 divisioni cellulari) per

raggiungere la dimensione di **1 cm.**, quando il numero delle cellule è 1.000.000.000, diventando clinicamente palpabile.

Ne consegue che il vantaggio della mammografia si riduce ad *un singolo* raddoppiamento dalla discutibile importanza prognostica, che porta la dimensione del cancro da 0,5 cm. ad 1 cm., rendendolo identificabile con la indagine clinica (8). Inoltre, sembrerebbe che la mammografia sia in grado di identificare tumori con potenziale di malignità inferiore (9).

Per esprimere brevemente i motivi del mio disaccordo su questo punto, desidero sottolineare che gli Autori citati, purtroppo, conoscono *soltanto* la semeiotica fisica tradizionale ed accademica. Oggi, tuttavia, esiste anche la **Semeiotica Biofisica**, che, fortunatamente, consente al medico sia di porre *bed-side* la diagnosi del cancro mammario a partire dal suo primo stadio, che la valutazione “quantitativa” del rischio reale e la sua precisa localizzazione, ovviamente in donne con *terreno oncologico* (1) (V. Terreno Oncologico nel mio sito citato e - 17 January 2003 - sul BMJ.com . URL: <http://bmj.com/cgi/eletters/326/7381/114#28853> -“Oncological Terrain does really exist, although overlooked”). A questo punto mi corre l’obbligo di riferire i dati, ancorchè preliminari, di una mia ricerca ancora in corso impiegando melatonina-adenosina in pazienti con reale rischio di cancro nella mammella, nella prostata e nel colon (25 casi): in tutti gli individui trattati il terreno oncologico è “scomparso” (persiste soltanto una durata dei riflessi SST-RH, GH-RH, Epifisi-gastrico aspecifico di 4 sec. esatti: NN < 4) (24).

Appare interessante il fatto che i tumori diagnosticati con la mammografia mostrano una prognosi migliore di quelli identificati clinicamente. In altre parole, lo *screening* è valido nel riconoscere cancri a basso potenziale, come è stato osservato anche da altri Autori (7).

Pertanto, si sente il bisogno di spostare la diagnosi mediante *screening* ad un punto della storia naturale del cancro da costare meno sia in termini umani che finanziari. Inoltre, tale metodo deve essere maggiormente efficace nel ridurre la mortalità: l’esame clinico semeiotico-biofisico del seno è in grado di soddisfare queste condizioni (2).

Una esperienza clinica di 46 anni, mi consente di affermare che l’indagine clinica **semeiotico-biofisica** del **cancro mammario** è particolarmente sensibile e specifica, tale da permettere al medico la valutazione “quantitativa” della patologia mammaria e la sua esatta sede (1). Accanto a ciò, non bisogna dimenticare che la mammografia non è uno strumento tecnicamente adatto per riconoscere le donne a rischio reale di cancro del seno – evento indispensabile per vincere il cancro – né per lo *screening* nei paesi in via di sviluppo ed anche in ampie aree del nostro Occidente, almeno quando è realizzata a spese del Sistema Sanitario Nazionale e non **privatamente**.

Infine, dobbiamo attentamente riflettere sul fatto che una donna con un *nodo al seno*, diagnosticato rapidamente come “benigno” con l’indagine clinica semeiotico-biofisica, con serenità d’animo affronterà gli ulteriori accertamenti della semeiotica sofisticata e/o l’intervento chirurgico, che spesso impiegano lunghi tempi di esecuzione (se condotti nelle **strutture sanitarie pubbliche**), come mi consente di affermare una sicura, inconfutabile, lunga esperienza (1).

<p><b>Il metodo semeiotico-biofisico rappresenta uno strumento adatto sia per l’identificazione del cancro della mammella, ancorchè in stadio precoce, che per la selezione di donne portatrici di intenso terreno oncologico e a “rischio reale”, valutato “quantitativamente” nel suo esatto quadrante mammario.</b></p>
--

Dal punto di vista tecnico, il medico deve conoscere almeno la Percussione Ascoltata dello stomaco (Fig 1 e 2) (V. Pagina Tecnica N° 1, Cancro del seno e Appendicite, nel sito citato).

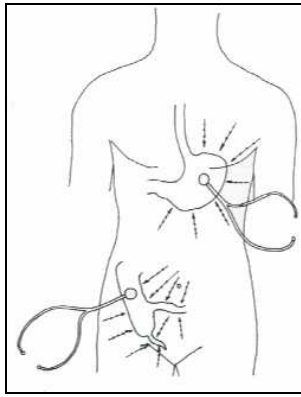


Fig. 1

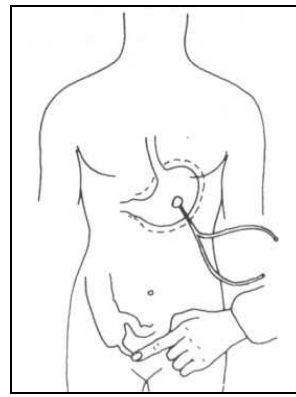


Fig. 2

In pratica, si delimita percusso-ascoltatoriamente soltanto un piccolo tratto della grande curva gastrica nella sua parte inferiore (Fig. 1, frecce verso l'alto): mentre la (il) paziente con un dito tiene saldamente fermo, a perfetto contatto della cute, il tamburo del fonendoscopio collocato ad arte sopra la proiezione cutanea dello stomaco, il medico esegue la percussione ascoltata del viscere col dito medio leggermente piegato a modo di martelletto, *direttamente* e *gentilmente*, sopra la cute, due volte di seguito sopra lo stesso punto, spostandosi dall'esterno verso il tamburo del fonendoscopio, distante ogni volta di 1 cm., procedendo lungo linee centripete e radiali.

Quando la percussione è applicata "direttamente" sopra la proiezione dello stomaco il suono è percepito chiaramente modificato, iperfonetico, intenso e sembra "*nascere vicino alle orecchie del medico*". A questo punto, è consigliabile ripetere subito la percussione una seconda volta, almeno all'inizio, quando al medico manca della necessaria esperienza, per evitare possibili errori, per esempio dovuti al passaggio di una onda peristaltica (percussione ascoltata applicata ad arte, *ma* con errata interpretazione).

Al fine di controllare la corretta applicazione del metodo, il medico può anche utilizzare il *test dell'apnea* (= il soggetto sano non respira) oppure il *test del pugile* (= il soggetto sano chiude le mani intensamente, cioè fa i pugni) oppure, infine, mediante la contemporanea esecuzione dei due tests, **manovra di Restano** (V. Glossario nel sito citato); questi *test* causano ipertono simpatico, che provoca un interessante *riflesso gastrico aspecifico*, prima di tipo simpatico e successivamente vagale, in ogni modo di breve durata: nel secondo caso, nello stomaco il fondo ed il corpo sono dilatati, mentre il giunto antro-pilorico è contratto. Infatti, nel sano, è presente un perfetto equilibrio anche nel sistema nervoso vegetativo.

Al contrario, nel tipo simpatico del riflesso gastrico-aspecifico il giunto antro-pilorico appare dilatato.

Di seguito sono brevemente descritti alcuni segni e sindromi semeiotico-biofisici, in parte auspicabilmente già noti al lettore, necessari per identificare il cancro della mammella ancorchè in stadio iniziale e per valutare "quantitativamente" il reale rischio di questo tumore in donne razionalmente selezionate, cioè portatrici di intenso terreno oncologico.

## 1) Terreno Oncologico: diagnosi semeiotico-biofisica "quantitativa".

In modi differenti per raffinatezza e precisione, il medico, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica, è in grado oggi di diagnosticare e "quantizzare" *bed-side* il **terreno oncologico** in pochi minuti (**Stagnaro-Neri Marina, Stagnaro Sergio**. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico". Travel Factory SRL., in stampa;

BiomedCentral, Stagnaro Sergio: “In Oncological Researches we must consider Oncological Terrain”; <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/2/31/comments#2351>)

Per la valutazione “dinamica”, al lettore poco esperto nell’originale semeiotica fisica è, fin d’ora, consigliabile l’impiego del semplice “*precondizionamento*” semeiotico-biofisico (V. Avanti): valutati “di base” i valori dei parametri dei numerosi segni semeiotico-biofisici, dopo una interruzione di **5 sec. “esatti”**, si procede ad una seconda valutazione, confrontando i nuovi valori parametrici raccolti con quelli precedenti.

Nel sano, dopo il *precondizionamento*, i valori parametrici dei riflessi migliorano in modo significativo, mentre nel **terreno oncologico** o rimangono invariati (*casi lievi*) oppure peggiorano nettamente, in rapporto alla gravità della “costituzione neoplastica”.

Di seguito sono descritti alcuni metodi semeiotico-biofisici, semplici, utili ed affidabili nel riconoscere il **terreno oncologico** in modo “quantitativo” (Per ulteriori informazioni, V. nel sito citato: “Terreno Oncologico”).

### A) Valutazione del BALT ad “occhi chiusi”.

Con il soggetto da esaminare seduto sul lettino, con le gambe a penzoloni, si valutano le proiezioni cutanee posteriori delle tre aree toraciche del BALT, di ds. o di sn., localizzate mediante una percussione digitale del torace di “delicata, lieve” intensità, esercitata lungo la linea angolo-scapolare e lievemente al suo interno (10, 11, 12) (Fig.2).

In pratica è sufficiente valutare la sola area ipofonetica del BALT “apicale”: collocato il tamburo del fonendoscopio subito sotto la scapola del P. seduto sul lettino, si esegue la percussione come sopra indicato, procedendo dall’esterno, per linee parallele, verso la colonna vertebrale nella regione apicale e poi dall’alto verso il basso. Quando la percussione cade sopra la proiezione del BALT “apicale” (in sede apicale-paravertebrale), il suono è percepito nettamente modificato, ipofoneticamente e “sembra nascere vicino all’orecchio di chi ascolta” (Fig.3).

A questo punto, la percussione è applicata su linee radiali e concentriche per ottenere la precisa delimitazione dell’area rotondeggiante, situata nell’apice polmonare, sede appunto del BALT apicale.

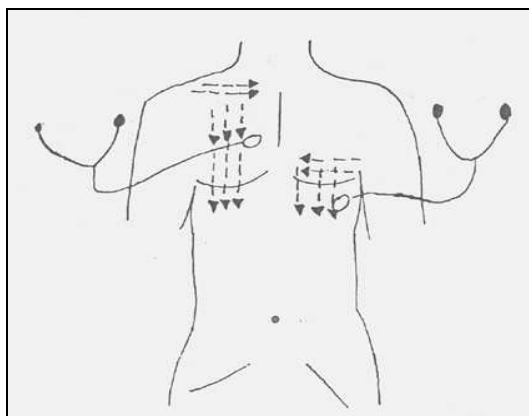


Fig.3

*Spiegazione nel testo.*

E' bene ricordare che, *nel sano*, come tutti i sistemi biologici anche il BALT mostra variazioni caotico-deterministiche dei suoi diametri (V. sito citato): **6 cicli** al minuto con periodi oscillanti tra i **9 e i 12 sec.** e con una variazione dei diametri di **0,5-1,5 cm.** (Fig.4).

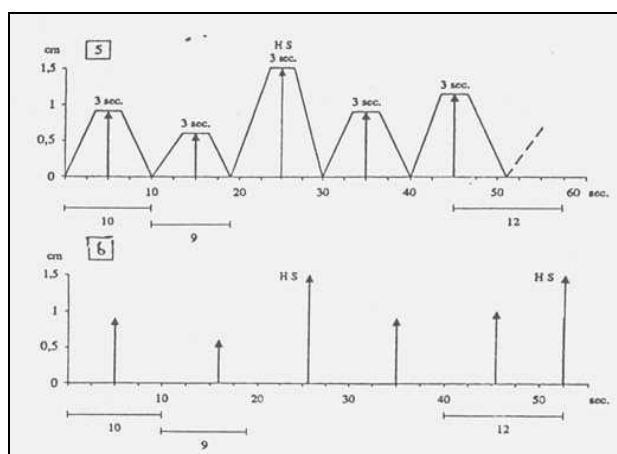


Fig.4

*Spiegazione nel testo*

Pertanto, il valore (2,5 cm., di base, cioè valutato al termine di una oscillazione e “prima” dell’inizio della successiva fluttuazione) dei diametri di ognuna di queste aree ipofonetiche polmonari oscilla, *fisiologicamente*, **6 volte al min.** mostrando il tipico comportamento caotico-deterministico, analogamente alla dinamica dei *microvasi locali*.

Per corroborare la corretta delimitazione del BALT, è utile sapere che durante il *test* dell’apnea (= ipertono simpatico: il soggetto da esaminare non respira per 5-10 sec.) la proiezione del BALT si riduce intensamente “fino a scomparire, apparentemente” (11).

A questo punto, delimitata una sede del BALT (consigliabile, in pratica, quella superiore, corrispondente alla sede “apicale” lungo la linea para-sternale e, rispettivamente, para-vertebrale, in rapporto al decubito del soggetto), se l’esaminando, psicofisicamente rilassato, respira normalmente e chiude gli occhi intensamente coprendoli con una mano, dopo un tl di appena **5-6 sec.** fisiologicamente l’area di proiezione cutanea del BALT *cessa di fluttuare* secondo il fisiologico comportamento caotico-deterministico ed aumenta in modo *netto, rapido e persistente* per la durata di **30 sec. esatti** i suoi diametri: 4-5 cm. a causa della locale *attivazione microcircolatoria associata, tipo I.* (V. [www.semeioticabiofisica.it/microangiologia](http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia)).

Al contrario, nel soggetto con **terreno oncologico**, il tempo di latenza è **> 6 sec.**, l’aumento è minimo ( $\leq 3$  cm.), si attua lentamente e persiste per un tempo **< 30 sec.**, in relazione alla gravità del **terreno oncologico**. E’ importante notare, dal punto di vista pratico, che immediatamente prima di ritornare ai valori di base (nel sano dopo **30 sec. esatti** dall’inizio della manovra, i diametri del BALT mostrano un rapido e temporaneo *aumento*, che deve coincidere con il momento finale, cioè con la fine della valutazione della durata dell’ingrandimento di questo sistema biologico.

La melatonina, liberata dall’epifisi quando gli occhi dell’esaminando sono chiusi, stimola la sintesi anticorpale e provoca *l’attivazione microcircolatoria, tipo I, associata*, del BALT, MALT, CALT (*Cerebral Associated Lymphoid Tissue*, descritto da chi scrive) (10), ecc.

Infatti, nelle stesse condizioni, le oscillazioni dei microvasi locali sono “massime”, cioè tutte *highest spikes* (Per ulteriori informazioni sulla Microangiologia Clinica, V. il sito [www.semeioticabiofisica.it/microangiologia](http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia)).

Fatto di estrema importanza, *nel sano*, nelle condizioni descritte, la durata dell'aumento della proiezione cutanea del BALT, persiste per **30 sec. esatti**, mentre nel terreno oncologico la durata è **< 30 sec.**, in rapporto inverso con la sua gravità, a dimostrazione della coerenza interna ed esterna della nostra teoria: il periodo della secrezione "pulsata" della melatonina, nel sano, è, appunto, **30 sec. esatti**.

Nella pratica quotidiana, per valutare il **terreno oncologico** è "sufficiente" ed affidabile il calcolo preciso della sola durata dell'aumento dei diametri del BALT, mentre l'esaminando chiude gli occhi coprendoli con una mano: nel sano la durata è **30 sec. esatti**.

Per evitare eventuali *falsi-negativi o falsi-positivi*, si valutano una seconda volta con un intervallo di **5 sec. esatti** – *precondizionamento* – i vari valori parametrici (in pratica, **la durata in sec. (NN = 30 sec.) dell'aumento dei diametri di una sede del BALT**) utilizzando, per esempio, i punti di *reperè* "anteriori" del BALT, ovviamente quando il soggetto è supino e psicofisicamente rilassato, in modo da controllare la corretta chiusura degli occhi, preferibilmente coperti da una mano.

**Nel sano**, i valori parametrici migliorano in modo statisticamente significativo (la durata sale a **> 30 sec.**) a differenza di quanto si osserva nel **terreno oncologico**, dove o restano immutati (casi lievi) o peggiorano nettamente, in relazione all'intensità della sottostante disfunzione del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario.

Se questa valutazione è applicata in un individuo con sintesi anticorpale di tipo *acuto* in atto (per esempio, causata da una *banale influenza*), si osserva *comunque* un lieve, ma significativo, aumento dei diametri sopra illustrati, con una durata fisiologica di **30 sec.**

Inoltre, il **tl** di base di **3 sec.** del riflesso BALT (MALT)-gastrico aspecifico (= nello stomaco il fondo ed il corpo si dilatano, mentre il giunto antro-pilorico si contrae durante pressione digitale di media intensità applicata sopra la proiezione del BALT e MALT) **resta immutato**, ma l'entità della sintesi anticorpale "fisiologicamente" è **accentuata** dalla melatonina, per cui, nel corso di un qualsiasi processo infettivo, l'intensità del riflesso gastrico aspecifico aumenta nettamente nei confronti del valore di base, a differenza di quanto si osserva nel **terreno oncologico**, dove minime sono le modificazioni parametriche del riflesso gastrico aspecifico: **1 cm.** (NN  $\geq$  2 cm. ca.).

Ne consegue che è possibile valutare presenza ed intensità della **costituzione oncologica**, *indipendentemente* dalle condizioni attuali di salute del soggetto da esaminare.

## **B) Valutazione della sintesi anticorpale "ad occhi chiusi".**

Con il soggetto supino e psico-fisicamente rilassato, si valuta di base e ad "occhi aperti", la sintesi anticorpale del MALT (per es., mediante pressione digitale sopra la proiezione cutanea del BALT, mammelle, fegato, milza, appendice se presente, vescica urinaria, meningi delle aree parieto-temporali – CALT – , ecc.): la pressione digitale di "media" intensità, applicata sopra i diversi trigger-points (proiezione cutanea del MALT), dopo un tempo di latenza (tl) del riflesso gastrico-aspecifico di **6 sec.**, nel sano, provoca un riflesso gastrico aspecifico di 2 cm., seguito dopo 3 sec. ca. dalla contrazione gastrica tonica (**CGt**): lo stomaco si contrae "in toto" (11, 12).

Al contrario, dopo 5-6 sec. che il soggetto ha chiuso gli occhi, fisiologicamente il tl si abbassa a **3 sec.**, come nel tipo *acuto* della sintesi anticorpale, e l'intensità del riflesso gastrico aspecifico diventa  $\geq$  2,5 cm. Infine, compare la **CGt**. (Fig.2)

La durata della sintesi anticorpale “acuta”, **30 sec.**, corrisponde perfettamente alla durata della secrezione pulsata di melatonina, secondaria alla chiusura degli occhi, ulteriore espressione della coerenza interna ed esterna della teoria semeiotico-biofisica, da noi illustrata.

Successivamente si alternano periodi di secrezione e di arresto secretorio (durata di 2 sec. circa), a dimostrazione che la secrezione ormonale è appunto di tipo pulsato, come noi sosteniamo sulla base della evidenza clinica e sperimentale (14).

Nel **terreno oncologico**, al contrario, i valori dei vari parametri sono correlati con quanto illustrato al punto1): tl nella prova “dinamica” 4-5 sec. (NN = 3 sec.); intensità del riflesso gastrico aspecifico < 2cm.; durata < 30 sec. in rapporto alla gravità del rischio oncologico.

A questo punto, in pratica, il terreno oncologico è diagnosticato e “quantizzato”.

### **C) Valutazione della melatonina mediante decongestione splancnica.**

La percussione ascoltata della milza, reni e pancreas è descritta nel sito citato, Pagine Tecniche (13, 14, 22, 23).

La melatonina, sia direttamente che attraverso la stimolazione della secrezione somatotropica, dopo un tl di **6 sec.**, provoca un’iniziale congestione splancnica per **≤ 5 sec.**, seguita da decongestione, che nel sano con gli occhi chiusi o durante stimolazione epifisaria diretta (V. avanti) persiste per **30 sec. esatti**. In realtà, ogni 10 sec. precisi, la decongestione è interrotta per soli **2 sec.** da un transitorio episodio congestizio.

Nel **terreno oncologico**, caratterizzato dalla diminuzione dei due ormoni (melatonina e SST), dopo un tl di **7 sec.** (NN = 6 sec.) inizia la congestione splancnica che si prolunga per **≥ 6 sec.** (NN ≤ 5 sec.), mentre la decongestione persiste per un tempo **inferiore a 30 sec.**, in relazione all’alterazione del sistema PNEI (NN = **30 sec.**).

La particolare valutazione, di relativamente semplice attuazione, può essere eseguita anche a livello renale, splenico, pancreatico: quest’ultima metodica è da noi applicata di routine. Ancora una volta è sufficiente calcolare la sola durata della decongestione splancnica.

Nelle condizioni descritte sopra, appare interessante studiare gli effetti della stimolazione del midollo osseo da parte della melatonina, con successiva liberazione di *mielopeptidi*.

Il medico deve conoscere questo fatto in quanto i parametri, relativi alla SISRI (1, 11, 18) (V. nel sito: Appendicite), risultano modificati, in senso solo apparentemente patologico, in assenza di **terreno oncologico**, se vengono ricercati quando l’esaminando ha gli occhi chiusi.

Contemporaneamente il microcircolo midollare è *attivato in modo associato, tipo I*: sia la *vasomotility* (= fluttuazioni del riflesso ureterale superiore) sia la *vasomotion* (= fluttuazioni del riflesso ureterale inferiore) midollari sono accentuate: le oscillazioni del riflesso ureterale superiore e, rispettivamente, inferiore sono massime (*highest spikes*) ed AL + PL persiste per **7-8 sec.** (NN = 6 sec.) per la durata di 30 sec. (Fig.4).

## **2) Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica (ICAEM).**

Si tratta di una citopatologia mitocondriale congenita acidosa enzimo-metabolica, *conditio sine qua non* delle più gravi malattie umane, inclusi i tumori, dove è presente nel 100% dei casi come componente fondamentale del “Terreno Oncologico” (15, 16, 17) (V. il sito citato e Medscape: <http://boards.medscape.com/forums?50@246.c0x8aeqzbuG^0@.eea9ccd>).

Il medico può riconoscere l’ICAEM e quantizzarla in modi differenti per raffinatezza, ma tutti affidabili. In breve, il riflesso cerebro-gastrico aspecifico (= la pressione digitale di “media”



intensità, applicata sopra la proiezione cutanea di un emisfero cerebrale o di un lobo cerebrale, provoca il riflesso gastrico aspecifico: dilatazione del corpo e del fondo dello stomaco, e contrazione del giunto antro-pilorico) risulta chiaramente più accentuato quando sono stimolati i *trigger-points* delle circonvoluzioni dell'emisfero destro ( $\geq 2$  cm.), dove il tl è **6 sec.**(15, 16, 17).

Infatti, il tempo di latenza del riflesso è di **6 sec.** esatti quando sono stimolati i *trigger-points* di destra, mentre sale a **7 sec.** se sono stimolati quelli di sinistra. (Per ulteriori informazioni sull'ICAEM: V. Istangiopatia Cong. Acid. E-M., Pratiche Applicazioni, nel sito indicato, e la bibliografia riferita).

<b>ITER DIAGNOSTICO DEL CANCRO DEL SENO</b>
<b>1) TERRENO ONCOLOGICO</b>
<b>2) ISTANGIOPATIA CONGENITA ACIDOSICA ENZIMO-METABOLICA</b>
<b>3) SINDROME DI IPERFUNZIONE DEL SISTEMA RETICOLO-ISTIOCITARIO</b>
<b>4) RIFLESSO MAMMELLA-GASTRICO ASPECIFICO, TIPO 1 E 2</b>
<b>5) RIFLESSO MAMMELLA-CIECALE</b>
<b>6) SINDROME DELLA SINTESI ANTICORPALE ACUTA</b>
<b>7) SINDROME DEGLI IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI</b>
<b>8) PRECONDIZIONAMENTO DELLA MAMMELLA</b>
<b>9) VALUTAZIONE DEI NODULI LINFATICI</b>
<b>10) SEGNI DI STASI LINFATICA</b>
<b>11) SEGNI MICROANGIOLOGICI-CLINICI</b>
<b>Ecc.</b>

Tab. 1

### **3) Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario (SISRI) di tipo "completo".**

Questa sindrome corrisponde alla VES ed alla elettroforesi proteica, ma di entrambe è più sensibile (1, 11, 18).

Nel sano, la pressione digitale di "media" intensità, applicata sopra la linea mediale del corpo sternale, le creste iliache e la proiezione cutanea della milza, causa il riflesso gastrico aspecifico dopo esattamente **10 sec. : SISRI di tipo "completo"**.

Al contrario, in caso di **tumore maligno** (e naturalmente in altre patologie), il tempo di latenza appare ridotto, in una relazione *indiretta* nei confronti della gravità della malattia di base, per esempio, **8 → 3 sec.**, quest'ultimo valore si osserva tipicamente nei **tumori in stadio avanzato**.

Da notare che, in stadio molto iniziale, la SISRI, apparentemente negativa di base, deve essere valutata anche con *stress tests*, come il test dell'*apnea*, *del pugile*, *la manovra di Restano* (= esecuzione simultanea dei due tests), in grado di positivarla. (V. SISRI in Appendicite e Bibliografia nel sito) (18).

### **4) Riflesso mammella-gastrico aspecifico, tipo 1 e 2.**

Si tratta di un segno di *primaria importanza* nella diagnosi del **cancro del seno** e di **reale rischio**, che è facilmente localizzato sulla base della sede mammaria dei relativi *trigger-points*. Infatti, la valutazione accurata di questo segno semeiotico-biofisico, tipo 1, è a tale punto affidabile da consentire da sola l'attuazione dello *screening* e la diagnosi *bed-side* sia di **cancro mammario**,

anche iniziale, per esempio, carcinoma *in situ*, non palpabile, sia del **reale rischio oncologico** e della sua localizzazione(1).

Il riflesso mammella-gastrico aspecifico può essere provocato sia dalla pressione digitale applicata sopra la mammella (tipo 1), che dalla sua stimolazione ungueale (tipo 2), espressione di flogosi locale.

Fisiologicamente, la pressione digitale “media-moderata” sopra una mammella e, quindi, un suo quadrante, causa il riflesso dopo **tl di 9,5 sec. esatti**. Il riflesso dura **> 3 sec. < 4 sec.** (Riserva Funzionale Microcircolatoria, RFM), scomparendo per una identica durata, corrispondente alla *dimensione frattalica* del caos deterministico dei locali microvasi: 3,81.

Si tratta di parametri essenziali, da valutare con precisione, per la ricchezza di informazioni offerte al medico (Fig.5).



Fig.5

La figura indica chiaramente i rapporti tra i vari parametri del riflesso gastrico aspecifico tipo 1 – causato da stimolazione “digitale” dei trigger-points mammari – e i differenti eventi biochimici-metabolici-microcircolatori locali. Importante, specialmente dal punto di vista diagnostico, è il dato relativo alla *dimensione frattalica del caos deterministico delle fluttuazioni microvascolari*, in pratica corrispondente alla durata della Fase C.

Nel **cancro del seno, invece**, dopo un tempo di latenza della durata di soli **3-4 sec.** (NN = 9,5 sec. esatti) dall’inizio della pressione digitale di “media” intensità sopra la mammella (o un suo quadrante), compare il riflesso gastrico aspecifico, subito seguito, subito dopo, dalla **Contrazione Gastrica tonica (CGt)**, assente nel sano: riflesso patologico (= Sindrome Autoimmune Locale, SAL).

In caso di **cancro mammario**, inoltre, ad iniziare dallo **stadio iniziale o di rischio reale**, il tl basale del riflesso mammella-gastrico aspecifico risulta *patologico* (< **9,5 sec.**); ovviamente il medico ricerca successivamente questo segno semeiotico-biofisico mediante pressione digitale sopra una piccola, circoscritta, area di un quadrante ghiandolare: il tl appare **nettamente inferiore**, per esempio < **8 sec.**, con una intensità > **2 cm.**, seguito dalla **CGt**.

I valori parametrici sono in rapporto inverso alla gravità e/o allo stadio della malattia.

Di notevole valore diagnostico è il fatto che, dopo una durata di **3 sec. esatti**, il riflesso gastrico aspecifico è seguito dalla **Contrazione Gastrica tonica** (Fig. 2). Questo dato è a tale punto *sensibile e specifico* da consentire al medico di identificare, senza dubbio alcuno, la presenza e la sede del **cancro mammario** o del suo **reale rischio** (1).

Per quanto riguarda il riflesso mammella-gastrico aspecifico tipo 2, provocato dalla stimolazione ungueale del seno, esso è sempre *patologico*, perchè indica la presenza di un *processo flogistico* in loco, magari associato al processo neoplastico: dopo un tl di **3-5 sec.** dall'inizio della stimolazione ungueale, compare il riflesso gastrico aspecifico che dura alcuni minuti, non seguito dalla CGt.

### 5) Riflesso mammella-ciecale.

I suoi numerosi parametri sono praticamente identici a quelli del riflesso mammella-gastrico aspecifico; anche il cieco si contrae analogamente allo stomaco al termine della dilatazione: **Contrazione Ciecale tonica (CCt)**. Questo segno può essere utile nella diagnostica oncologica semeiotico-biofisica nei *rari* casi di pazienti precedentemente sottoposti a gastrectomia totale (esperienze personali).

### 6) Sindrome della Sintesi Anticorpale Acuta.

La pressione digitale di “**lieve**” intensità, esercitata sopra la proiezione cutanea del MALT (per es. pressione digitale sopra la proiezione cutanea della milza, fegato, vescica urinaria, tonsille, appendice) e/o del BALT (per es. pressione digitale sulla proiezione cutanea dei lobi polmonari, per esempio, superiori), dopo esattamente **3 sec.** provoca il riflesso gastrico aspecifico, che tuttavia non aumenta se la paziente chiude gli occhi intensamente a causa del **terreno oncologico**.

Al contrario, differente risulta il comportamento nel sano, come già detto sopra: tl. di base 6 sec. e l'intensità del riflesso aumenta nettamente per **30 sec. esatti** (19).

In caso di **tumore del seno**, la mammella *colpita* dal processo morboso non produce anticorpi, a differenza di quanto si osserva fisiologicamente: segno di notevole valore diagnostico e prognostico, dopo l'intervento chirurgico.

### 7) Sindrome degli Immunocomplessi Circolanti.

Durante il *test del pugile*, dopo circa **4 sec.** dall'inizio, appare il riflesso gastrico aspecifico, seguito dopo soli **3 sec.** di durata, dalla **Contrazione Gastrica tonica** (Fig. 2).

Si tratta di un segno semeiotico-biofisico *patologico*, cioè assente nel sano, e i suoi valori parametrici si sono dimostrati correlati con la gravità della malattia.

### 8) Precondizionamento semeiotico-biofisico della mammella.

Questa originale manovra clinica svolge un ruolo di *primo piano* particolarmente nello *screening* di massa del **cancro mammario**, poichè in pochi secondi permette al medico di riconoscere in modo “quantitativo” le donne (e gli uomini, ovviamente) a **rischio “reale”**; in questi individui è presente naturalmente il *terreno oncologico*(20, 21).

**In presenza di un *fisiologico* precondizionamento della mammella, il medico è autorizzato ad escludere un tumore in atto o futuro.**

Nel sano, il tl aumenta in modo significativo dopo il *precondizionamento della mammella* (= il medico esegue una seconda valutazione dei valori parametrici del riflesso descritto dopo **5 sec. esatti** dalla valutazione di base): tl  $\geq$  **12 sec.** (Valore basale normale = 9,5 sec.).

Il suo valore “quantitativo” spiega l'importanza del ruolo svolto dal *precondizionamento della mammella* nella diagnosi e nella prevenzione anche del **cancro mammario**, cioè nella

identificazione e quantizzazione di detto rischio: quando il rischio è “lieve”, il tl del riflesso mammella-gastrico aspecifico persiste identico come intensità a quello di base, anche durante la successiva valutazione che, ripeto, deve avvenire dopo **5 sec. esatti** dalla valutazione iniziale o di base (che può risultare o normale oppure di **8-9 sec.**; NN = 9,5 sec.), mentre il tl del riflesso dopo *precondizionamento* o resta immutato oppure si abbassa in modo inverso alla gravità del rischio di tumore (per esempio, **9 → 8 → 7 → 6 → 5**).

Naturalmente, in presenza del **cancro mammario**, si osservano già di base i valori minimi del tempo di latenza, al punto che non è necessario ricorrere al *precondizionamento* (20, 21).

## Diagnosi di Reale Rischio del Cancro Mammario.

Da quanto sopra ampiamente riferito, il lettore comprende che la **Semeiotica Biofisica** permette al medico di diagnosticare il **reale rischio di cancro del seno** e di localizzare con precisione la sua esatta sede nel quadrante colpito o, più raramente, nei quadranti interessati.

Infatti, le donne con madri affette da tumore al seno sono oggi considerate a rischio di cancro del seno; se questa affermazione è “statisticamente” valida, bisogna, tuttavia, sapere che tra queste donne, quelle con caratteristiche fisiche simili al padre senza terreno oncologico generalmente non presentano la predisposizione al tumore e, quindi, non hanno il rischio per il cancro del seno.

In presenza del **Terreno Oncologico**, del **riflesso mammella-gastrico aspecifico** tipo I indicante la presenza di rischio tumorale (tl 8-9 sec., *precondizionamento* mammario di tipo I – persistenza di un tl immutato – con durata del riflesso < **5 sec.**), ma in assenza di SISRI “completa”, sindrome autoimmune, immunocomplessi circolanti, e di flogosi), il medico esercita la pressione digitale sopra i quadranti delle due mammelle. La sede del rischio è caratterizzata dalla comparsa dei valori parametrici patologici, *identici* a quelli offerti dalla globale valutazione del seno colpito, quando la mammella è compressa dalla mano del medico e fatta leggermente ruotare.

La valutazione *dinamica*, utile nel riconoscere i soggetti ancorchè apparentemente sani alla valutazione di base (falsi negativi), comprende l’impiego di numerosi *test* sensibilizzanti l’indagine dei differenti segni semeiotico-biofisici illustrati: apnea *test* della durata di 5-7 sec., il *test* del pugile, la manovra di Restano (contemporanea esecuzione delle prove precedenti (apnea *test* della durata di soli 5-7 sec.), il *test* del picco acuto di secrezione insulinica, il *test* da secrezione di GH, ecc.

## Valutazione di noduli linfatici.

L’esame obiettivo semeiotico-biofisico deve procedere con la valutazione del modo di essere del locale sistema linfatico, almeno per quanto concerne la presenza di metastasi linfonodali.

Per quanto riguarda l’identificazione di eventuali *linfonodi colpiti dal cancro*, per esempio in sede mammaria o ascellare, il metodo semeiotico-biofisico è identico a quello sopra descritto al punto 4). La pressione digitale, applicata sopra un linfonodo sede di metastasi, provoca il riflesso linfonodo-gastrico aspecifico con le identiche caratteristiche sopra riferite. Si tratta di una indagine semplice, rapida ed affidabile, ripetibile al bisogno.

Per poter valutare in modo sicuro, completo e quantitativo, altri numerosi segni semeiotico-biofisici del rischio del **tumore mammario** ed ovviamente per diagnosticarlo a partire dallo stadio iniziale, il medico deve possedere necessariamente sicure conoscenze di **Semeiotica Biofisica** e di **Microangiologia Clinica** (V. il sito citato e [www.semeioticabiofisica.it/microangiologia](http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia)), che gli consentono, al letto (del) della paziente, di raccogliere un gran numero di dati microcircolatori, sensibili, specifici e pertanto affidabili, ai fini sia della valutazione “quantitativa” del rischio di **cancro del seno** che della diagnosi di questa malattia, ad iniziare dallo stadio *veramente* iniziale,

quando il tumore non è ancora palpabile, come mi consente di affermare una esperienza clinica di 45 anni.

## Conclusione.

Il **cancro della mammella**, ancorchè in stadio iniziale, o di cancro “in situ”, assolutamente non palpabile, e il **reale rischio di cancro mammario**, possono oggi essere valutati *clanicamente* in modo “quantitativo”, cioè con l’aiuto di un fonendoscopio, mediante numerosi segni semeiotico-biofisici e mocoangiologici clinci, in parte descritti sopra, tra cui il *precondizionamento della mammella* (Tab.1).

Essenziali sono il **Terreno Oncologico** (100% dei casi), basato sopra l’**Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica**, il **Riflesso Mammella-Gastrico Aspecifico tipo 1**, la **Sindrome della Sintesi Acuta di Anticorpi**, assente in modo caratteristico nella sede del cancro, il **Precondizionamento della mammella** o di una **piccola area**, i cui valori parametrici sono inversamente correlati con la gravità della malattia, e i segni aspecifici di infiammazione.

Per quanto riguarda la diagnosi della malattia in atto, è necessario sottolineare il *ruolo primario* svolto dal tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico tipo 1, che risulta  $\leq 8$  sec. (NN = 9,5 sec. esatti), seguito dopo soli 3 sec. dalla **Contrazione Gastrica Tonica**, che sicuramente consente di identificare di per sé il **“reale” rischio di cancro mammario ed il tumore in atto.**

\* \* **Dott. Sergio Stagnaro**

**Member NYAS.**

**Via Erasmo Piaggio 23/8 16037 Riva Trigoso (Genova) Italy.**

[dottsergio@semeioticabiofisica.it](mailto:dottsergio@semeioticabiofisica.it)

## Bibliografia.

- 1) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Cancro della Mammella: Prevenzione Primaria e Diagnosi clinica precoce con la Percussione Ascolata. Gazz. Med. It-Arch. Sci.Med. 152, 447-457, 1993.
- 2) Mitra I., Baum M., Thornton H., Houghton J. Is clinical breast examination an acceptable alternative to mammographic screening? BMJ,321, 1071-1073, 2000.
- 3) Skrabanek P. Mass mammography. The time for reappraisal. Int.J. Technol. Assess Health Care, 5, 423-430,1985, Medline.
- 4) Semiglazov V.F., Sagaidak V.N., Moiseyenko V.M., Mikhailov E.A. Study of the role of breast self-examination in the reduction of mortality from breast cancer. The Russian Federation/World Health Organisation study. Eur. J. Cancer, 29 A, 2039-2046, Medline.
- 5) Thomas D.B., Gao D.L., Self S.G., et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results. J. Natl. Cancer Inst. 89, 355-365, 1997.
- 6) Patnick G. 98 review NHS breast screening programme. Sheffield: NHS Breast Screening Programme, 1998, Medline.
- 7) Miller A.B., To T., Baines C.J., Wall C. Canadian national breast screening study-2: 13 years results of a randomised trial in women aged 50-59 years, J.Natl. Cancer Inst. 92, 1490-1498.
- 8) Mitra I. Breast cancer screening by physical examination. In: Jatoi I, ed. Breast cancer screening. Austin, TX: Landes Biosciences,97-110, 1997.
- 9) Hakama M., Holli K., Isola J. et al. Aggressiveness of screen-detected breast cancers. Lancet, 221-224, 1995 (Medline).
- 10) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell’anticorpoiesi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25,1997

- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Ruolo della Percussione Ascoltata nella Diagnosi e nel Monitoraggio terapeutico della Pertosse. *Biol. Med.* 9, 1,1987
- 12) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica biofisica: Valutazione quantitativa del rischio oncologico, *Il Medico delle Ferrovie*, n. 2/3, 63-64,1996
- 13) Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. *Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere*. Vol. XXXIV,1978.
- 14) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: valutazione clinica del picco precoce della secrezione insulinica di base e dopo stimolazione tiroidea, surrenalica, con glucagone endogeno e dopo attivazione del sistema renina-angiotensina circolante e tessutale – *Acta Med. Medit.* 13, 99,1997
- 15) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica condizione necessaria non sufficiente della oncogenesi. XI Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolaz. Abstracts, pg 38, 28 Settembre-1 Ottobre, Bellagio,1983
- 16) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. *Atti*, 61. 6-7 Novembre, Siena,1981
- 17) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. *Gazz Med. It. – Asch. Sci, Med.* 144, 423,1985.
- 18) Stagnaro S., Sindrome percusso-ascoltatoria di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario. *Min. Med.* 74, 479, 1983 (**Pub-Med indexed for Medline**).
- 19) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Appendicite. *Min. Med.* 87, 183, 1996 (**Pub-Med indexed for Medline**)
- 20) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic Chaos, Preconditioning and Myocardial Oxygenation evaluated clinically with the aid of Biophysical Semeiotics in the Diagnosis of ischaemic Heart Disease even silent. *Acta Med. Medit.* 13, 109, 1997.
- 21) Stagnaro-Neri M, Stagnaro S., Precondizionamento semeiotico-biofisico dei sistemi biologici. *Il Medico delle Ferrovie*. 3, 51 ,1999.
- 22) Stagnaro S., Aritmia splenica, segno attendibile di patologia bilio-duodenale. *Min. Med.* 76, 1426, 1985 (**Pub-Med indexed for Medline**)
- 23) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Auscultatory Percussion in Detection Focal Liver Lesions even Clinically Silent. *Acta Med. Medit.* 8, 89-94, 1992.
- 24) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. *Il Terreno Oncologico*. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004 ([info@travelfactory.it](mailto:info@travelfactory.it)).

