

IL SEGNO DI DACHÀ *. IL REALE RISCHIO DEL CANCRO DEL SENO.

Sergio Stagnaro **

Introduzione.

Lo *screening* di qualsiasi malattia non deve essere considerato sinonimo di prevenzione primaria. 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).

Prima dell'impiego della Semeiotica Biofisica Quantistica nella lotta al cancro del seno era impossibile individuare il "reale rischio congenito" di cancro del seno in uno o più quadranti della mammella, nonostante il progresso della semeiotica di laboratorio e per immagini (V. Lettera aperta al **Ministro della Salute, Prof. Sirchia, sulla prevenzione primaria "clinica" del cancro mammario** nei seguenti URL:

<http://www.katamed.it/Notizia.asp?id=8094&lingua=IT&idcat=999>

<http://digilander.iol.it/piazzetta.sfera.net>

http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters?lookup=by_date&days=1#72216 27 August 2004

<http://www.numedionline.it/apps/essay.php?id=2380>

<http://www.numedionline.it/apps/essay.php?id=2379>

http://www.mednat.org/cancro/terreno_oncologico.htm

Di seguito è descritto un originale segno clinico semeiotico-biofisico-quantistico, il **Segno di Dachà**, utile sia nella diagnosi clinica di cancro della mammella, a partire dal suo *primo* stadio, che, fatto interessante, nella prevenzione primaria su vasta scala di pazienti di entrambi i sessi, a reale rischio **congenito** del tumore del seno, consentendo *bedside* di eseguirne la valutazione "quantitativa" e la precisa localizzazione con positive ripercussioni sul monitoraggio terapeutico. Una esperienza clinica di 55 aa. mi permette di affermare che per vincere la lotta al tumore in generale e a quello del seno in particolare, bisogna procedere oltre l'attuale concetto di *screening* del tumore maligno, già in atto, sebbene in fase iniziale.

Detto altrimenti è assolutamente inevitabile poter riconoscere innanzitutto il reale rischio oncologico, "quantificarlo", procedendo infine alla sua esatta localizzazione in un ben definito quadrante della mammella (o raramente in più quadranti). (V. anche il sito www.semeioticabiofisica.it, <http://www.piazzettamedici.it/>, Professione Medica.

Discussione.

Nella considerazione del vasto pubblico, e purtroppo non solo di questo, *screening* e prevenzione primaria del cancro mammario praticamente sono diventati sinonimi, senza alcuna valida giustificazione. Inoltre, 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" con 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*.

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 cancro 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 cancro 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 Quantistica**), 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 sul fatto che soltanto il 22% dei cancro invasivi, identificati con l'indagine mammografica, di dimensione < 1 cm., non sarebbero diagnosticati con l'esame clinico (2).

Si pensa 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 cancro 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 Quantistica**, 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), recentemente da me denominato di Di Bella (27)

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 tumori 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 50 anni, mi consente di affermare che l'indagine clinica **semeiotico-biofisico-quantistica 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 (o un uomo!) con un *nodo al seno*, diagnosticato rapidamente come "benigno" con l'indagine clinica semeiotico-biofisicoquantistica,

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).

Il metodo semeiotico-biofisico-quantistico 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.

Dal punto di vista tecnico, il medico deve conoscere almeno la Percussione Ascoltata dello stomaco (Fig 1 e 2) (1, 2, 13).

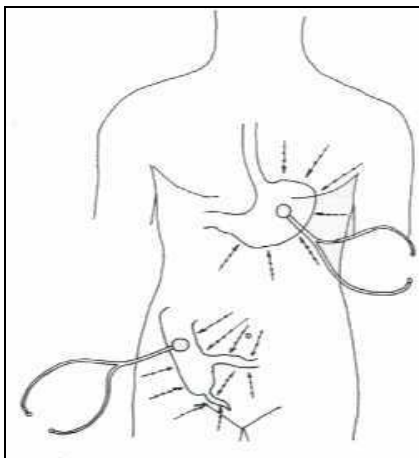


Fig. 1

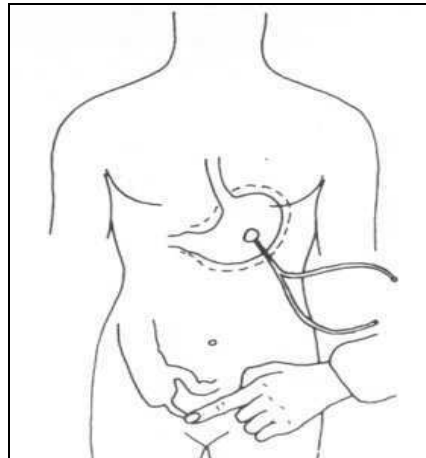


Fig. 2

In pratica, per ricercare "quantitativamente" il Segno di Dachà si delimita percussoascoltatoriamente soltanto un piccolo tratto della grande curva gastrica nella sua parte inferiore (1, 2, 13) (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 fà 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 semeioticobiofisici, 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.

Terreno Oncologico: diagnosi semeiotico-biofisico-quantistica “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 (1, 2, 27)

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” (1, 2, 27).

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 somatotropinica, 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. ($NN \leq 5$ 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. (www.semeioticabiofisica.it/microangiologia).

ITER DIAGNOSTICO DEL CANCRO DEL SENO

- 1) TERRENO ONCOLOGICO
 - 2) ISTANGIOPATIA CONGENITA ACIDOSICA ENZIMO-METABOLICA
 - 3) SINDROME DI IPERFUNZIONE DEL SISTEMA RETICOLO-ISTIOCITARIO
 - 4) SEGNO DI DACHÀ, TIPO 1 E 2
 - 5) RIFLESSO MAMMELLA-CIECALE
 - 6) SINDROME DELLA SINTESI ANTICORPALE ACUTA
 - 7) SINDROME DEGLI IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI
 - 8) PRECONDIZIONAMENTO DELLA MAMMELLA
 - 9) VALUTAZIONE DEI NODULI LINFATICI
 - 10) SEGNI DI STASI LINFATICA
 - 11) SEGNI MICROANGIOLOGICI-CLINICI
- Etc.

Tab. 1

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 positivizzarla. (V. SISRI in Appendicite e Bibliografia nel sito) (18).

Il Segno di Dachà.

Si tratta di un segno di *primaria importanza* nella diagnosi sia del **cancro del seno**, ancorchè iniziale, sia di **reale rischio**, che è facilmente e precisamente localizzato sulla base della

sede mammaria dei relativi *trigger-points*.

Infatti, la valutazione accurata di questo segno semeiotico-biofisico è a tale punto affidabile da consentire da sola l'attuazione della prevenzione primaria, dello *screening* e di diagnosticare *bed-side* sia il **cancro mammario**, anche iniziale, per esempio, carcinoma *in situ*, non palpabile, sia del **reale rischio oncologico** precisandone la localizzazione(1, 24-26).

Il Segno di Dachà può essere provocato sia dalla pressione digitale applicata sopra la mammella o dalla trazione del capezzolo (tipo 1), sia 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 t_l di **9,5 sec. esatti**. nella donna e dopo **12,5 sec.** nell'uomo (differente l'ossigenazione tessutale e l'incidenza del cancro!). Il riflesso dura **> 3 sec. < 4 sec.** (Riserva Funzionale Microcircolatoria, RFM: segno di estrema importanza diagnostica), scomparendo per una identica durata, corrispondente alla *dimensione frattalica* del caos deterministico dei locali microvasi: 3,81: assente il **Segno di Dachà**.

Si tratta di parametri essenziali, da valutare con precisione, per la ricchezza di informazioni offerte al medico (Fig.3).

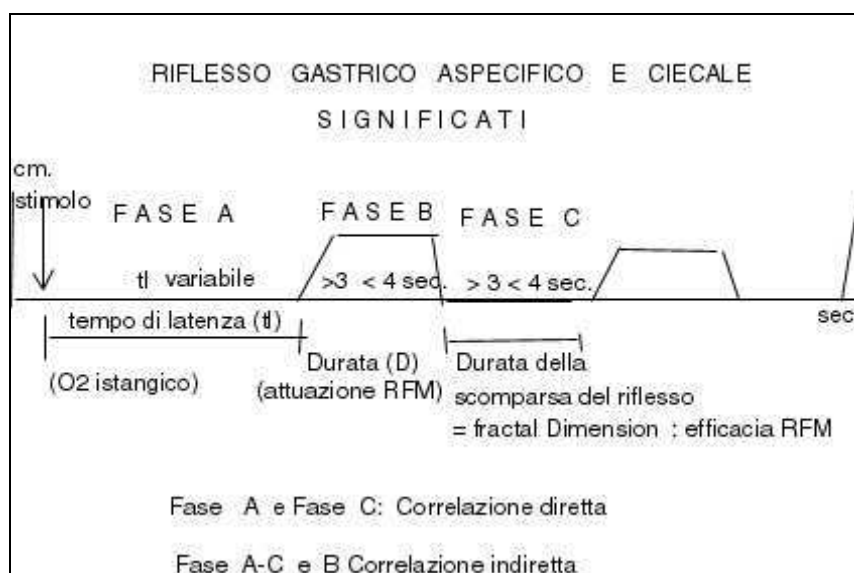


Fig.3

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. e 12,sec. nella donna e rispettivamente nell'uomo) dall'inizio della pressione digitale di “media” intensità sopra la mammella (o un suo quadrante), o dall'inizio della trazione del capezzolo, compare il riflesso gastrico aspecifico, subito seguito dalla Contrazione Gastrica tonica (CGt), assente nel sano.

Inoltre, interessante è il fatto che nel reale rischio oncologico e nei tumori del seno iniziali, il t_l basale del riflesso mammella-gastrico aspecifico può risultare ancora nella norma (**9,5 sec. e rispettivamente 12,5 sec.** nella donna e nell'uomo) oppure lievemente diminuito. Tuttavia la durata del riflesso è sempre patologica **4 sec. o più** (NN < 4 sec.); segue la Contrazione Gastrica tonica: : **Segno di Dachà positivo**.

Ovviamente il medico ricerca successivamente il **Segno di Dachà** mediante pressione digitale sopra una piccola, circoscritta, area di un (o più) quadrante(i) ghiandolare (i). I valori parametrici sono in rapporto inverso alla gravità e/o allo stadio della malattia. Di notevole valore diagnostico è il fatto che, nella patologia in atto e nel reale rischio oncologico, 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.

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: il Segno di Dachà infatti è assente.

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 = **19 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 (tl **4 sec.**; NN = 9,5 sec.), mentre il tl del riflesso dopo *precondizionamento* è meno del doppio e comunque 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. Dal punto di vista della Microangiologia Clinica, il reale rischio è caratterizzato dalla comparsa di Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco, tipo I neoformati, da me descritti, causa di intensa sofferenza istamica acidotica (2, 15, 24, 25).

Le donne con madri affette da tumore della mammella 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 in circa il 50% dei casi 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 escuzione 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), 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, ed 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 microangiologici clinici, in particolare col **Segno di Dachà** (Tab.1). Essenziali sono il Terreno Oncologico (100% dei casi), basato sopra l'Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica, il **Segno di Dachà**, la valutazione della Prolattinemia, sempre patologicamente aumentata nel cancro, il Precondizionamento della mammella e/o di una piccola area, i cui valori parametrici sono inversamente correlati con la gravità della malattia, e, infine, i segni semeiotico-biofisici aspecifici di infiammazione.

Per quanto riguarda la diagnosi della malattia in atto, è necessario sottolineare il *ruolo primario* svolto dal tempo di latenza del segno descritto, tipo 1, che risulta ≤ 8 sec. (NN = 9,5 sec. nella donna e 12,5 sec. nell'uomo, esattamente), con durata superiore a 4 sec. (NN < 4sec.), seguito dalla Contrazione Gastrica Tonica, che sicuramente consente di identificare di per sé il "reale" rischio di cancro mammario ed il tumore in atto.

* In memoria del chirurgo genovese Prof. Ugo Dachà.

* * **Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8,
16039 Riva Trigoso (Genoa) Italy
Founder of Quantum Biophysical Semeiotics,

Honorary President of International Society of
Quantum Biophysical Semeiotics (SISBQ)
Who's Who in the World (and America)
since 1996 to 2010
Ph 0039-0185-42315
Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it ;
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) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm.
- 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'anticorpopoiesi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25,1997
- 11) 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/semeiotica_biofisica_2.htm
- 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., 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
- Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. Atti, 61. 6-7 Novembre, Siena,1981
- 16) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica 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 (**Medline**).
- 19) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Appendicite. Min. Med. 87, 183, 1996 (**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 (**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. 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

25) Stagnaro Sergio. *Teoria Patogenetica Unificata*, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.

25) Stagnaro S. Il "Reale Rischio" Semeiotico-Biofisico. <http://piazzetta.sfera.net/>.

URL:<http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>

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

27) Sergio Stagnaro. Il Terreno Oncologico di Di Bella. www.fce.it, 11 ottobre 2010,

<http://www.fceonline.it/images/docs/terreno%20oncologico.pdf>; [http://www.luigidibella.it/cmsweb/upl/doc/Documenti-inseriti-dal-2-11-](http://www.luigidibella.it/cmsweb/upl/doc/Documenti-inseriti-dal-2-11-2007/II%20Terreno%20Oncologico%20di%20Di%20Bella.pdf)

[2007/II%20Terreno%20Oncologico%20di%20Di%20Bella.pdf](http://www.fceonline.it/images/docs/terreno%20oncologico.pdf);

<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend>.

