

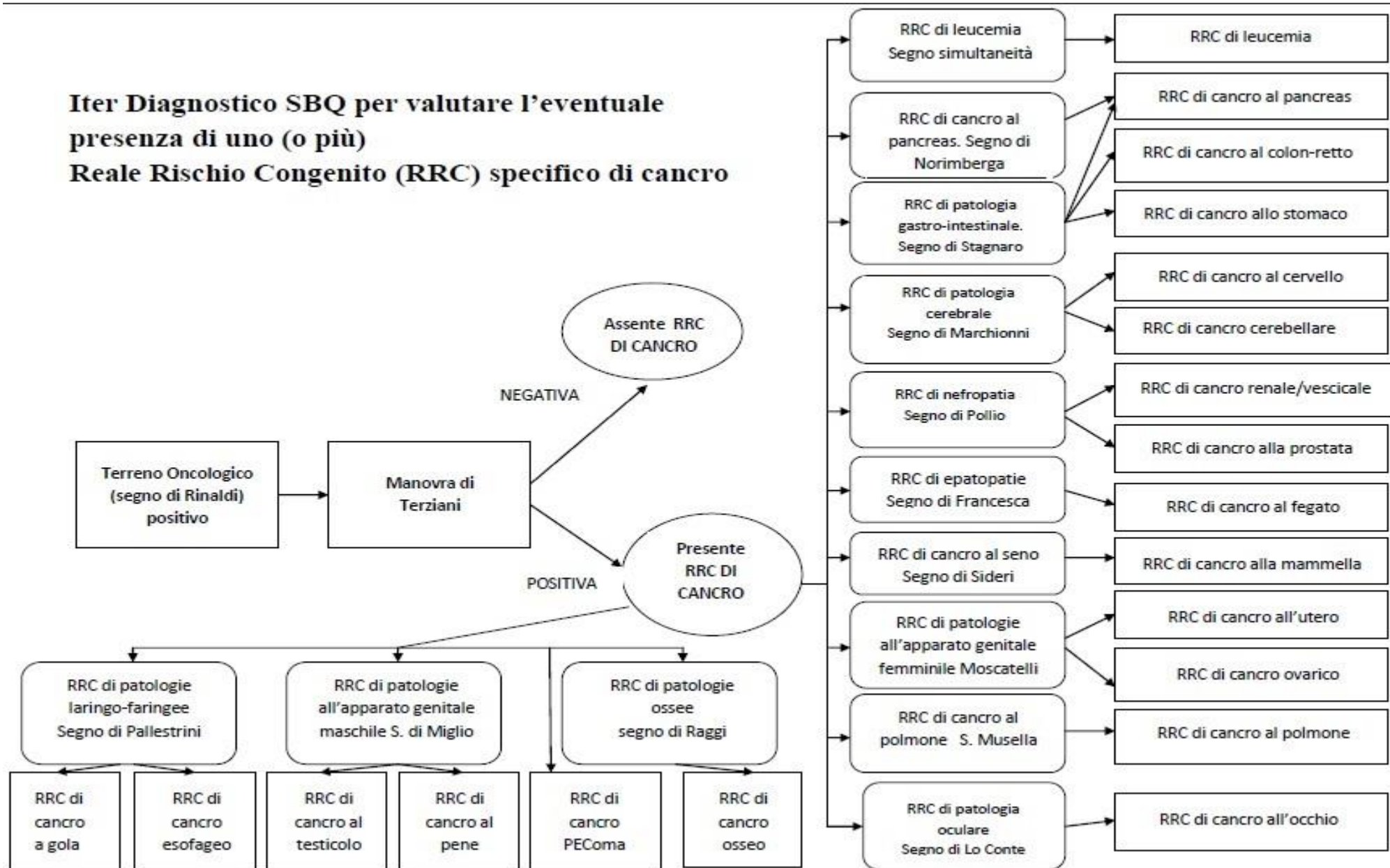
# **Iter Diagnostico Semeiotico-Biofisico-Quantistico per valutare l'eventuale presenza di uno (o più) Reale Rischio Congenito specifico di cancro**

a cura di Simone Caramel

Journal of Quantum Biophysical Semeiotics, agosto 2015

Ringraziamenti: un ringraziamento particolare va al dottor Sergio Stagnaro, fondatore della SBQ, e al dottor Mario Siniscalchi, responsabile della formazione SBQ ai medici, per la lettura, correzione e revisione dei testi e tabelle presenti in questo compendio che è pensato e scritto a beneficio di quei medici che si avvalgono del metodo della Percussione Ascoltata dello stomaco nella loro pratica professionale quotidiana

**Iter Diagnostico SBQ per valutare l'eventuale presenza di uno (o più) Reale Rischio Congenito (RRC) specifico di cancro**



## **Leggenda**

### **Diagnosi oncologica SBO di 1° livello. Il Terreno Oncologico**

**Segno di Rinaldi:** pressione digitale intensa (1000 dyn x cm<sup>2</sup>) sulla proiezione cutanea dell'epifisi o del GH - del SST-RH. **Segno di simultaneità**

### **Diagnosi oncologica SBO di 2° livello. Il polpastrello digitale**

**Manovra di Terziani:** valutazione del Riflesso Gastrico aspecifico in seguito a pressione intensa (1000 dyn x cm<sup>2</sup>) applicata sopra un polpastrello digitale.

### **Diagnosi oncologica SBO di 3° livello- I segni di simultaneità**

**Segno di Stagnaro:** pizzicotto cutaneo intenso (1000 dyn x cm<sup>2</sup>) della cute appena sopra il giugulo, lungo la linea mediale del collo. **Segno di simultaneità**

**Segno di Norimberga:** pizzicotto intenso sul sesto dermatomero toracico, proiezione cutanea del pancreas. **Segno di simultaneità**

**Segno di Marchionni:** pressione digitale intensa su qualunque punto del cranio, per esempio, sulla regione pre-frontale. **Segno di simultaneità**

**Segno di Pollio:** pizzicotto cutaneo intenso sulla regione latero-addominale, proiezione cutanea di un rene. **Segno di simultaneità**

**Segno di Francesca:** pressione digitale intensa applicata su un qualsiasi trigger-point epatico (proiezione cutanea del fegato). **Segno di simultaneità**

**Segno di Moscatelli:** pressione digitale intensa su un qualsiasi punto dell'apparato genitale femminile. **Segno di simultaneità**

**Segno di Musella:** pressione digitale intensa su un qualunque punto della proiezione cutanea polmonare. **Segno di simultaneità**

**Segno di Lo Conte:** pressione digitale intensa sul bulbo oculare. **Segno di simultaneità**

**Segno di Raggi:** pressione digitale intensa sull'osso (es. pressione sopra il terzo inferiore del radio e dell'ulna). **Segno di simultaneità**

**Segno di Miglio:** pressione digitale intensa sul testicolo. **Segno di simultaneità**

**Segno di Pallestrini:** pizzicotto con pressione medio-moderata (per evitare la simultaneità) a lato del collo; per valutare il RRC di cancro esofageo il pizzicotto di intensità medio-moderata è applicato al lato della parte superiore, media ed inferiore della proiezione cutanea dell'esofago. **Segno di simultaneità**

**Segno di Sideri:** pizzicotto intenso su qualsiasi punto della mammella. **Segno di simultaneità**

**Segno per diagnosi RRC di leucemia, mieloide e linfoblastica:** pressione digitale applicata sopra un punto qualsiasi della linea mediale dello sterno e rispettivamente della milza. **Segno di simultaneità**

## **Diagnosi oncologica di 4° livello. Il Riflesso gastrico aspecifico**

**RRC di cancro allo stomaco:** pressione digitale medio-intensa (500 - 1000 dyn x cm<sup>2</sup>) su qualsiasi punto della proiezione cutanea dello stomaco (riflesso ciecale)

**RRC di cancro al colon-retto (segno di Berretti):** pressione digitale medio-intensa (500 - 1000 dyn x cm<sup>2</sup>) sui trigger-points colon-rettali

**RRC di cancro al pancreas:** pizzicotto o pressione digitale moderata (300-400 dyn x cm<sup>2</sup>) sul VI dermatomero toracico (trigger-points pancreatici)

**RRC di cancro al cervello (segno di Delle Piane):** pressione digitale moderata su qualsiasi punto del cranio

**RRC di cancro cerebellare:** pressione digitale moderata su qualsiasi punto della regione occipitale inferiore

**RRC di cancro renale:** pizzicotto digitale moderata sul VII dermatomero toracico (premere su entrambi i quadranti laterali addominali, sinistro e destro)

**RRC di cancro alla vescica:** pressione digitale moderata sulla sinfisi pubica

**RRC di cancro alla prostata (segno di Massucco):** pizzicotto o pressione digitale medio-intensa sul XII dermatomero toracico (trigger-points prostatici)

**RRC di cancro al fegato:** pressione digitale lieve-moderata su qualsiasi punto della proiezione cutanea del fegato

**RRC di cancro alla mammella (segno di Dachà):** pressione digitale medio intensa su qualsiasi punto della mammella (valutare entrambe le mammelle)

**RRC di cancro all'utero:** pressione digitale medio intensa su qualsiasi punto della proiezione cutanea dell'utero

**RRC di cancro ovarico:** pressione digitale medio intensa su qualsiasi punto della proiezione cutanea dell'ovario

**RRC di cancro al polmone (segno di Baserga variante):** pressione digitale lieve moderata sulla proiezione cutanea di qualsiasi lobo polmonare

**RRC di cancro all'occhio:** pressione digitale lieve moderata sul globo oculare

**RRC di cancro esofageo:** pressione digitale medio intensa sulla sinistra o destra dello sterno in relazione all'area della proiezione cutanea dell'esofago

**RRC di cancro alla gola:** pizzicotto cutaneo moderato a lato del collo

**RRC di cancro al testicolo:** pressione digitale moderata (400 dyn x cm<sup>2</sup>) sui testicoli

**RRC di cancro al pene:** pressione digitale moderata sul prepuzio

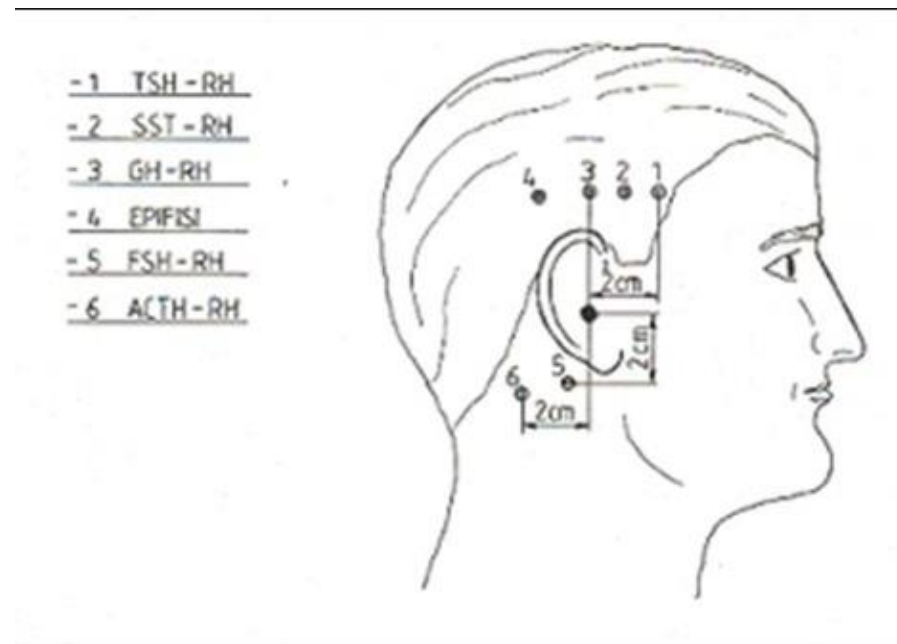
**RRC di cancro osseo:** pressione digitale moderata su un qualsiasi punto di una proiezione cutanea ossea (es. vertebra lombare)

**RRC di PEComa (metastasi ossea o perivascular epithelioid cell tumor) :** pressione digitale lieve moderata su qualsiasi punto della proiezione cutanea dell'osso

**RRC di leucemia:** pressione digitale lieve moderata su qualsiasi punto della proiezione cutanea della milza

## Segno di Rinaldi (1° livello di diagnosi oncologica SBQ)

Mediante la percussione ascoltata dello stomaco, la stimolazione di “media” intensità, con pressione digitale applicata sopra il trigger point del centro neuronale dell’SST-RH, oppure sopra la proiezione cutanea dell’epifisi (Figura 1), provoca, nel sano, il riflesso gastrico aspecifico dopo un tempo di latenza fisiologico di 8 secondi. Se la stimolazione è “intensa”, sempre nel sano, il riflesso compare dopo 16 secondi, come accade nel pre-condizionamento: segno di Rinaldi negativo. Al contrario, in soggetti colpiti dal Terreno Oncologico di Di Bella [1], il medico osserva, “simultaneamente” all’inizio della stimolazione “intensa”, la comparsa del riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è inferiore ad 1 centimetro: Segno di Rinaldi positivo [1-3]. L’intensità del segno è in relazione diretta con la gravità della sottostante patologia; in caso di cancro in atto l’intensità può raggiungere anche i 3 centimetri.



1. TSH-RH: Thyroid Stimulating Hormone - Releasing Hormone
2. SST-RH: Somatostatin - Releasing Hormone
3. GH-RH: Growing Hormone - Releasing Hormone
4. EPIFISI
5. FSH-RH: Follicle Stimulating Hormone - Releasing Hormone
6. ACTH-RH: Adrenocorticotropic Hormone - Releasing Hormone

*I trigger points presi in considerazione per la valutazione del Terreno Oncologico sono la proiezione cutanea del SST-RH (punto 2 nella figura 1), del GH-RH (punto 3 nella figura) e dell’epifisi (punto 4 nella figura).*

Figura 1. Trigger points per la diagnosi del Terreno Oncologico

## Manovra di Terziani (2° livello di diagnosi oncologica SBQ)

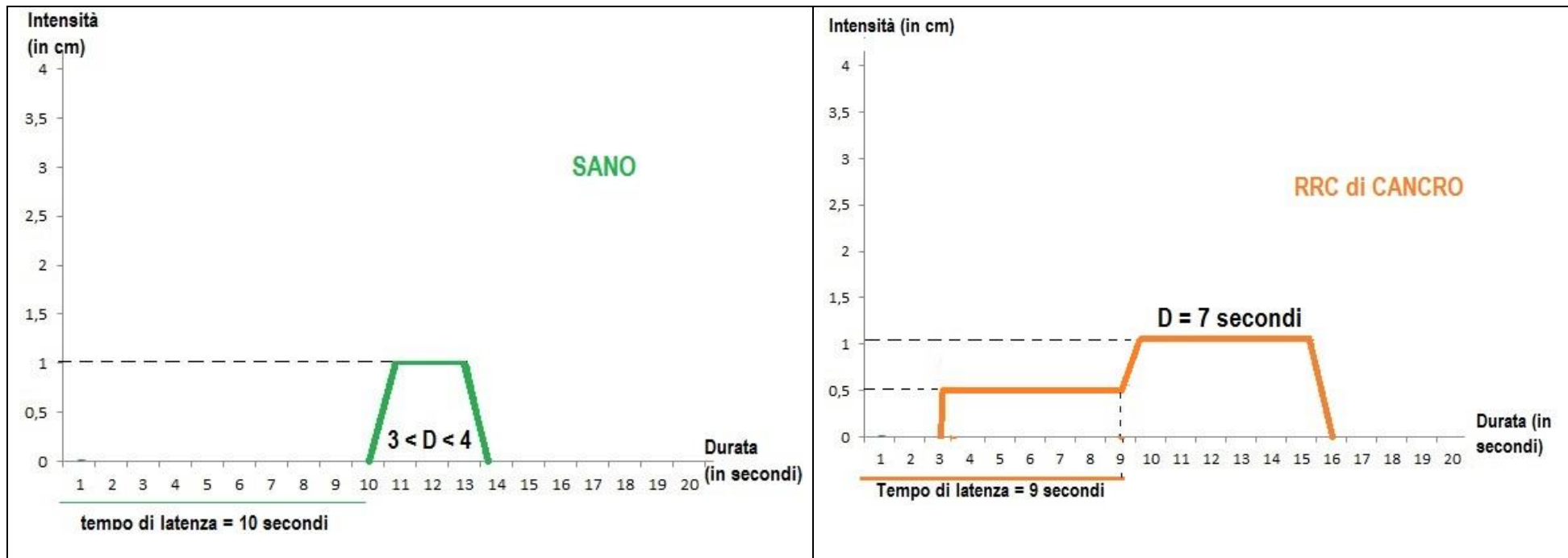


Figura 2. Terreno Oncologico con oppure senza Reale Rischio di Cancro

In caso di segno di Rinaldi positivo (Terreno Oncologico positivo) occorre verificare se ci sia anche un Reale Rischio di cancro ed eventualmente dove esso si trovi localizzato. Per diagnosticare la presenza di un generico Reale Rischio di cancro il medico ricorre alla Manovra di Terziani [4, 5]. Si preme intensamente su un polpastrello digitale (dove è ben rappresentato il microcircolo collegato a tutti i microcircoli del corpo umano) e si misurano i principali parametri del Riflesso Gastrico Aspecifico (tempo di latenza, durata ed intensità del riflesso). **Nel sano** (Terreno Oncologico positivo ma senza Reale Rischio di cancro), in seguito a pressione intensa su un polpastrello digitale, non c'è alcun piccolo riflesso dopo 3 secondi, bensì il riflesso compare dopo un tempo di latenza di 10 secondi (Figura 2, a sinistra) ed ha una durata compresa tra i 3 ed i 4 secondi (intensità inferiore a 1 cm). Al contrario, **in caso di Reale Rischio di cancro** compare un piccolo riflesso dopo 3 secondi (intensità 0.5 cm) in conseguenza della reazione del microvaso alterato e di rimodellamento microcircolatorio, mentre dopo 9 secondi (tempo di latenza) compare il riflesso gastrico aspecifico con una durata di 7 secondi (intensità 1 cm).

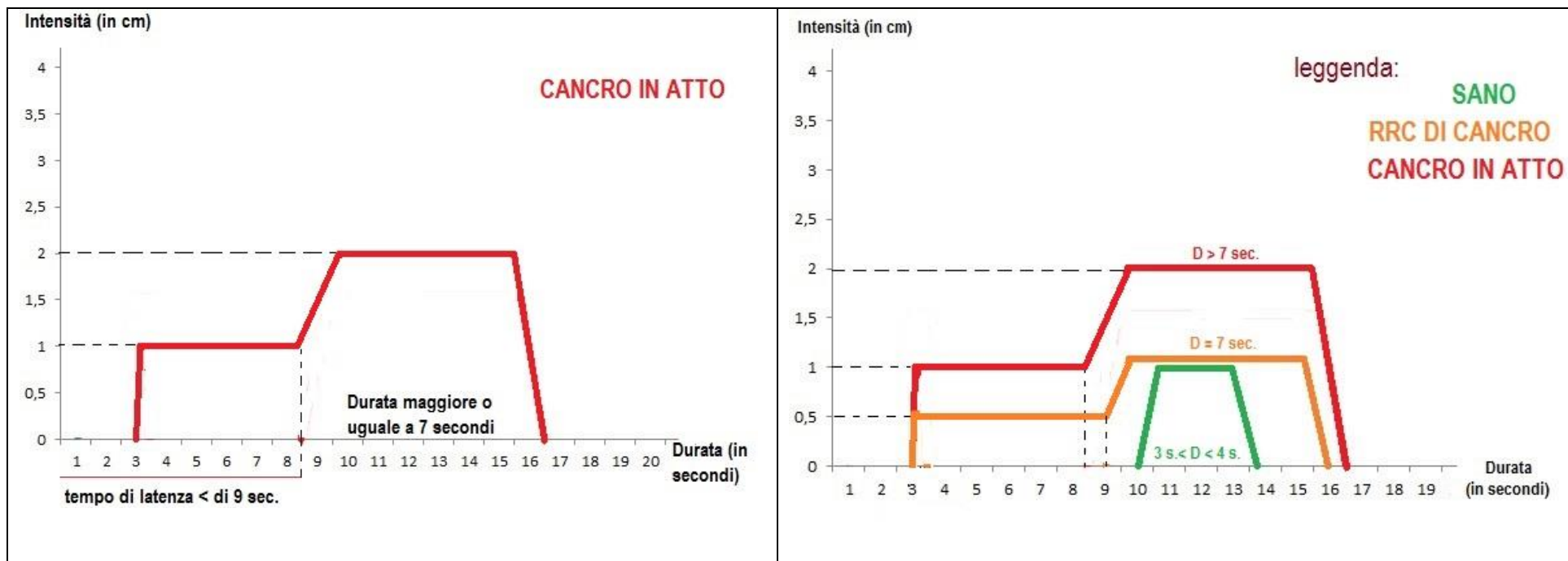


Figura 3. Cancro in atto e grafico comparativo dei tre casi

Nel **cancro in atto** compare un piccolo riflesso dopo 3 secondi, esattamente come nel Reale Rischio di cancro, ma con un'intensità doppia (1 cm) perché il rimodellamento del microcircolo ormai è notevole. Il riflesso gastrico aspecifico compare dopo un tempo di latenza inferiore a 9 secondi, mentre la durata è maggiore o uguale a 7 secondi (intensità di 2 cm). Sovrapponendo i 3 diagrammi si possono notare **le evidenti differenze** tra i 3 casi: solo nel sano non c'è il piccolo riflesso dopo 3 secondi, mentre la durata del riflesso gastrico aspecifico è notevolmente superiore (almeno 7 secondi) sia nel cancro in atto che nel Reale Rischio congenito di cancro, rispetto a quella fisiologica - tra i 3 ed i 4 secondi - del sano. La dilatazione dello stomaco (intensità) è doppia nel cancro in atto rispetto al Reale Rischio di cancro, ed il tempo di latenza del riflesso è almeno un secondo inferiore rispetto a quella fisiologica di 10 secondi (9 secondi o meno) sia nel RRC di cancro che in patologia tumorale.

## **I segni di Simultaneità (3° livello di diagnosi oncologica SBQ)**

La ricerca del Reale Rischio di cancro è un percorso a gradi di affinamento diagnostico successivo, progressivo e sempre più raffinato. Dopo aver visto come diagnosticare la presenza o meno del Terreno Oncologico (segno di Rinaldi), e verificato se il Terreno Oncologico è accompagnato anche da un qualche Reale Rischio congenito di cancro (manovra di Terziani), il medico deve approfondire l'indagine, per comprendere dove esattamente si trovi questo Reale Rischio. Le recenti scoperte dei fenomeni di entanglement nei sistemi biologici consentono di evocare facilmente dei segni di simultaneità per affinare l'indagine:

- **Segno di Stagnaro** (RRC di patologia gastro – intestinale);
- **Segno di Marchionni** (RRC di patologia cerebrale),
- **Segno di Pollio** (RRC di nefropatie);
- **Segno di Francesca** (RRC di epatopatie);
- **Segno di Moscatelli** (RRC di patologie all'apparato genitale femminile);
- **Segno di Lo Conte** (RRC di patologie oculari);
- **Segno di Raggi** (RRC di patologie ossee);
- **Segno di Pallestrini** (RRC di patologie laringo-faringee);
- **Segno di Miglio** (RRC di patologie all'apparato genitale maschile);
- **Segno di Sideri** (RRC di cancro alla mammella);
- **Segno di Musella** (RRC di cancro al polmone);
- **Segno di Norimberga** (RRC di cancro al pancreas);
- **Segno di Reale Rischio di leucemia** (RRC di leucemia).



<b>Segno</b>	<b>Stimolo - Trigger-point</b>	<b>Dilatazione simultanea dello stomaco..</b>	<b>..seguita da contrazione gastrica tonica</b>
<b>Segno di Stagnaro</b>	Pizzicotto intenso appena sopra il giugulo, lungo la linea mediale del collo	RRC di patologia gastro – intestinale	RRC di cancro gastro-intestinale
<b>Segno di Marchionni</b>	Pressione digitale intensa sulla regione pre-frontale	RRC di patologia cerebrale	RRC di cancro cerebrale o cerebellare
<b>Segno di Pollio</b>	Pizzicotto intenso sulla regione latero-addominale, proiezione cutanea di un rene	RRC di nefropatie	RRC di cancro al rene o vescicale
<b>Segno di Francesca</b>	Pressione digitale intensa su qualsiasi punto della proiezione cutanea del fegato	RRC di epatopatie	RRC di cancro al fegato
<b>Segno di Moscatelli</b>	Intensa compressione tra due polpastrelli sulla parte antero-inferiore della elica	RRC di patologie all'apparato genitale femminile	RRC di cancro all'apparato genitale
<b>Segno di Lo Conte</b>	pressione digitale intensa sul globo oculare	RRC di patologie oculari	RRC di cancro all'occhio
<b>Segno di Raggi</b>	Pressione digitale intensa sull'osso, es. terzo inferiore del radio e dell'ulna	RRC di patologie ossee	RRC di cancro osseo
<b>Segno di Pallestrini</b>	Pizzicotto con pressione medio-moderata a lato del collo	RRC di patologie laringo-faringee	RRC di cancro laringo-esofageo
<b>Segno di Miglio</b>	Pressione digitale intensa su qualsiasi punto del testicolo	RRC di patologie all'apparato genitale maschile	RRC di cancro all'apparato genitale
<b>Segno di Sideri</b>	Pizzicotto digitale intenso qualsiasi punto della proiezione cutanea della mammella	RRC di cancro alla mammella	RRC di cancro al seno
<b>Segno di Musella</b>	Pressione digitale intensa su qualsiasi punto del torace, proiezione cutanea del polmone	RRC di cancro al polmone	RRC di cancro al polmone
<b>Segno di Norimberga</b>	Pizzicotto intenso sulla proiezione cutanea del pancreas (sesto dermatomero)	RRC di cancro al pancreas	RRC di cancro al pancreas
<b>Segno di RRC di leucemia</b>	Pressione digitale intensa su qualsiasi punto della proiezione cutanea dello sterno	RRC di leucemia	RRC di leucemia

Tabella 1. Trigger-points dei segni di simultaneità per la diagnosi del RRC di cancro

## **Introduzione**

Mediante ciascuno dei segni di simultaneità riassunti nella Tabella 1 il medico è in grado di stabilire se localmente c'è un Reale Rischio Congenito di cancro. Essi danno un'informazione sì/no, c'è il Rischio /non c'è il Rischio, ma ancora non si ottengono informazioni, anche in caso di positività del riflesso, sull'esatta localizzazione, sul grado di evoluzione del Rischio sottostante e sulla severità della patologia eventualmente in atto. Per sapere questo occorre affinare ulteriormente l'indagine, mediante un 4° livello di diagnosi SBQ, misurando tempo di latenza, durata ed intensità del riflesso gastrico aspecifico con pressione di minore intensità sui trigger-points di riferimento.

**Nota bene: tutti i segni di sintetizzati nella Tabella 1, nonché il segno di Rinaldi e gli altri segni di simultaneità SBQ (vedi <http://www.sisbq.org/le-costituzioni-sbq.html>), in caso di risposta negativa (non simultaneità del riflesso) devono essere assolutamente corroborati da una delle manovra di rinforzo (es. manovra di Bardi, manovra di Restano) riassunti nel manuale della percussione ascoltata dello stomaco [24] per scongiurare i falsi negativi (circa il 10% dei casi).**

### **Il segno di Stagnaro (RRC di patologia gastro – intestinale)**

*Trigger-points: appena sopra il giugulo, lungo la linea mediale del collo.*

*Stimolo: pressione digitale intensa o pizzicotto intenso (vanno bene entrambi ma è più pratico il pizzicotto).*

Nel sano, la stimolazione "intensa" - pizzicotto sulla pelle immediatamente al di sopra del giugulo, lungo la linea mediale del collo - non è accompagnata "simultaneamente" dal riflesso gastrico aspecifico (segno di Stagnaro negativo). In questo caso il medico può escludere la presenza di malattie gastrointestinali [6].

Al contrario, in caso di qualsiasi disturbo del tratto gastrointestinale, indipendentemente dalla sua natura - infiammatoria, cistica, neoplastica, ecc. - il medico osserva il riflesso gastrico aspecifico "simultaneamente" alla medesima stimolazione, mentre l'intensità del riflesso (misura della dilatazione dello stomaco, in centimetri) è correlata con la gravità del sottostante disturbo (segno di Stagnaro positivo).

È interessante notare che, in presenza di cancro gastro-intestinale, il riflesso simultaneo è immediatamente seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica. Occorre cautela nella diagnosi, perché una contrazione gastrica tonica può essere presente anche in caso di appendicite. A questo punto, dopo aver stabilito la presenza di un disturbo gastrointestinale, il medico deve affinare la diagnosi, procedendo con l'indagine della sua posizione, discernendone l'esatta natura, basandosi su un'ampia gamma di segni, parte dei quali specifici, forniti dalla Semeiotica Biofisica Quantistica.

## **Il segno di Marchionni (RRC di patologia cerebrale)**

*Trigger points: regione pre-frontale*

*Stimolo: pressione digitale intensa.*

Nel sano, la pressione digitale "intensa" su un qualsiasi punto del cranio non è accompagnata "simultaneamente" dal riflesso cerebro-gastrico aspecifico (segno di Marchionni negativo). In questo caso il medico può escludere la presenza di patologie neurodegenerative o loro Reali Rischi congeniti: il riflesso appare solo dopo 16 secondi a causa di una fisiologica acidosi tissutale. Questo riflesso è in relazione con il comportamento quantistico non locale dei sistemi biologici.

Nelle condizioni di cui sopra, se lo stomaco invece simultaneamente si dilata (segno di Marchionni positivo), occorre valutare l'intensità della dilatazione:

- se lo stomaco si dilata fino a 1 cm (circa 0,5 cm), ciò è un segno di ICAEM positiva (il 98% dei soggetti ha ICAEM positiva);
- se lo stomaco si dilata simultaneamente per almeno 1 cm o più, ciò è un segno di Reale Rischio di patologia cerebrale o malattia già in atto;
- se la simultanea dilatazione dello stomaco di almeno 1cm o più, è seguita da una contrazione gastrica tonica, ciò è segno di RRC di cancro o di cancro in atto.

L'intensità del riflesso (misura della dilatazione dello stomaco, in centimetri) è correlata con la gravità del sottostante disturbo (Tabella 2). Questo è un segno aspecifico, ma diventa specifico se il rimodellamento microcircolatorio è presente nelle aree tipiche della relativa patologia cerebrale [7, 8].

Latency time (Lt)	tonic Gastric Contraction (tGC)	Intensity	Diagnosis
Lt = 16 seconds	No		Health
Lt = 0 seconds – the stomach dilates “simultaneously”	No	Intensity ~ 0.5 cm	CAEMH
Lt = 0 seconds - the stomach dilates “simultaneously”	No	Intensity ≥ 1 cm	IRR of Brain Disorder (positive Marchionni’s sign)
Lt = 0 seconds - the stomach dilates simultaneously	No	Intensity ≥ 1.5 cm	Overt Brain Disorder
Lt = 0 seconds - the stomach dilates “simultaneously”	Yes – after dilation the stomach contracts	Intensity ≥ 1 cm	IRR of Brain Cancer
Lt = 0 seconds - the stomach dilates “simultaneously”	Yes - after dilation the stomach contracts	Intensity ≥ 1.5 cm	Overt Brain Cancer

Tabella 2. Riflesso gastrico aspecifico cerebrale con pressione digitale intensa sui trigger-points del cranio

### **Il segno di Pollio (RRC di nefropatie)**

*Trigger points: regione latero-addominale, proiezione cutanea di un rene.*

*Stimolo: pizzicotto cutaneo intenso*

Sulla base dei fondamenti della SBQ, la stimolazione digitale con pizzicotto “intenso” applicata sui trigger-points dell'apparato urinario, VIII-X dermatomero toracico, es. i quadranti addominali laterali, o, veramente pratico, sulla proiezione cutanea renale, aumenta il livello di ATP endo-cellulare, dando origine alla condizione di risposta simultanea, a causa della realtà non-locale presente tra i sistemi biologici.

In queste condizioni, nel sano, il riflesso non appare "simultaneamente", ma dopo un fisiologico 'tempo di latenza' (Lt) di 16 secondi (Figura 4) - segno di Pollio negativo – a causa della stimolazione associata sia del parenchima che della relativa catena respiratoria mitocondriale che fornisce un'adeguata quantità di ATP. Inoltre, l'aumento del flusso sanguigno rimuove gli idrogenioni (H+) dal tessuto, evitando una riduzione del pH.

Al contrario, negli individui con qualsiasi patologia all'apparato urinario, si osserva "simultaneamente" al pizzicotto cutaneo un riflesso gastrico aspecifico ( $Lt = 0$ ), a causa dell'aumento dell'acidità tissutale dovuta all'alterata reazione microvasale in conseguenza dello stimolo; c'è infatti localmente un rimodellamento microcircolatorio: segno di Pollio positivo [9].

Solo in caso di segno di Pollio positivo e contrazione gastrica tonica, c'è un Reale Rischio Congenito (RRC) di cancro renale, alla vescica urinaria, alla prostata o una patologia tumorale già in atto.

Nelle condizioni di cui sopra, se lo stomaco simultaneamente si dilata (segno di Pollio positivo), occorre valutare l'intensità della dilatazione e la presenza o meno della contrazione gastrica tonica dopo la dilatazione gastrica simultanea (Figura 4):

- se lo stomaco si dilata simultaneamente, ma senza alcuna contrazione gastrica tonica, ciò è segno di un Reale Rischio di patologia all'apparato urinario – escluse le neoplasie – es. insufficienza renale, infiammazione alla vescica urinaria, disturbi biliari o della prostata (diagnosi da approfondire poi con altri segni specifici SBQ e con gli esami clinici);
- se lo stomaco si dilata simultaneamente e poi c'è anche una contrazione gastrica tonica, ciò è segno di Reale Rischio di cancro all'apparato urinario o patologia tumorale conclamata

L'intensità del riflesso (misura della dilatazione dello stomaco, in centimetri) è correlata con la gravità del sottostante disturbo. Questo è un segno aspecifico, ma diventa specifico se il rimodellamento microcircolatorio è presente nelle aree tipiche della relativa patologia sottostante.

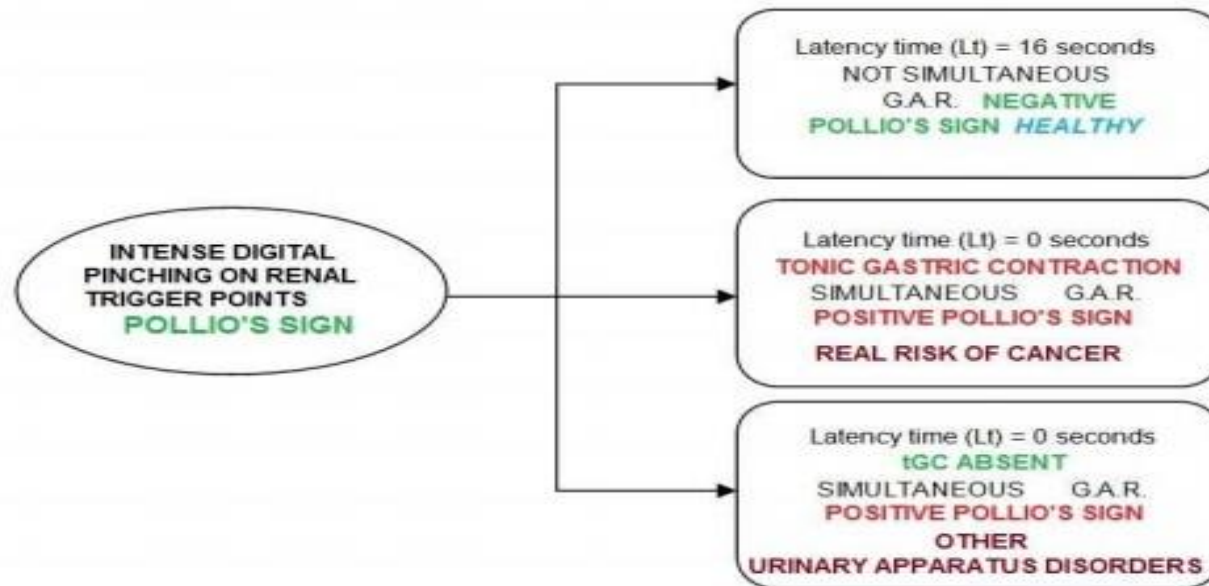


Figura 4. Il segno di Pollio

### **Il segno di Francesca (RRC di epatopatie)**

*Trigger points: qualsiasi punto della proiezione cutanea del fegato*

*Stimolo: pressione digitale intensa*

Nel sano, la pressione digitale intensa, applicata sopra un qualsiasi trigger-point epatico (proiezione cutanea del fegato), non provoca simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico: segno di Francesca negativo [10].

Al contrario, nel soggetto predisposto alla patologia epatica, incluso il cancro al fegato, nelle condizioni sperimentali sopra riferite, “simultaneamente” all’applicazione della pressione intensa, analogamente a quanto avviene notoriamente per gli altri sistemi biologici, si osserva il riflesso gastrico aspecifico, che – solo in caso di Reale Rischio Congenito di cancro – è seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica, espressione di intensa acidosi istangica, anche se circoscritta.

### **Il segno di Moscatelli (RRC di patologie all’apparato genitale femminile)**

*Trigger points: parte antero-inferiore della elica*

*Stimolo: intensa compressione tra due polpastrelli*

Il segno di Moscatelli permette al medico di riconoscere in un secondo, al letto del paziente, la presenza di eventuali disturbi del tratto genitale, sia oncologici che di natura non oncologica.

Nel sano, l’intensa compressione tra due polpastrelli della parte antero-inferiore della elica non comporta simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico: segno di Moscatelli negativo [11].

Al contrario, in caso di qualsiasi disturbo del tratto genitale, sotto la medesima condizione sperimentale appena illustrata, il riflesso gastrico aspecifico appare simultaneamente: segno di Moscatelli positivo. Se alla simultanea dilatazione dello stomaco segue una contrazione gastrica tonica, questo è segno di Reale Rischio Congenito di cancro o di patologia tumorale già in atto. Come negli altri casi, la severità della patologia o il grado di evoluzione del suo Reale Rischio Congenito si valuta osservando l’intensità del riflesso, espressa in cm. Il medico deve escludere i falsi-negativi (10% circa dei casi), utilizzando gli stress test offerti dalla diagnostica SBQ.

In caso di segno di Moscatelli positivo, il medico deve approfondire l’indagine ed effettuare la diagnosi differenziale con l’ausilio di numerosi segni specifici di Semeiotica Biofisica Quantistica.

## **Segno di Lo Conte (RRC di patologie oculari)**

*Trigger points: globo oculare*

*Stimolo: pressione digitale intensa*

La S.B.Q. permette di indagare (sul)la presenza di predisposizione al Reale Rischio Congenito di malattie oculari [12] con una semplice manovra che consiste nella compressione da applicare, ad occhio chiuso, in direzione esterno - interno, sul bulbo, valutando simultaneamente la comparsa o meno del riflesso gastrico, consistente nella dilatazione di esso di X centimetri, in relazione all'entità del rischio. La stessa manovra, variando la direzione di compressione in direzione antero-posteriore, ci informa del Reale Rischio Congenito di patologie correlate al microcircolo oculare e cerebrale. Il metodo più semplice da usare per la diagnosi SBQ del reale rischio congenito in oculistica è sempre quello usato e suggerito per le diverse costituzioni SBQ e relativi reali rischi, ossia la Percussione Ascoltata dello stomaco. Il riflesso origina con la pressione digitale sopra il lato esterno dell'occhio CHIUSO e si ascolta a livello gastrico, ossia posizionato il tamburo del fonendoscopio con l'aiuto del paziente su un qualsiasi punto della proiezione cutanea dello stomaco, e percuotendo delicatamente, seguendo linee radiali e longitudinali, dall'esterno verso l'interno dei punti della cute che vanno verso lo stomaco, contemporaneamente si preme con un dito dell'altra mano sui trigger points d'interesse: in questo caso, per la valutazione SBQ dei reali rischio congeniti, rivelatori ed anticamera delle patologie oculari, premiamo sul globo oculare come sopra illustrato. La pressione, relativamente intensa, vista la delicatezza della struttura, ci dà un'unica preziosissima informazione: c'è il Reale Rischio Congenito di Patologia Oculare, non c'è il Reale Rischio Congenito di Patologia Oculare. Si tratta di un altro segno di bio-quantum entanglement: se il riflesso appare simultaneamente alla pressione intensa sul globo oculare c'è il reale rischio, altrimenti non c'è. (Prudenza, nella pressione, soprattutto negli occhi molto miopi che hanno una sclera più sottile ed una retina più fragile). Se esiste il RRC di Patologia Oculare, occorre poi definire a cosa si riferisce. Come già detto la 1° causa di cecità in occidente è rappresentata dalla retinopatia diabetica, dunque occorre cercare la concomitante esistenza del RRC di Diabete che, se è presente, aumenta fortemente il rischio di danno oculare, soprattutto se c'è una contestuale presenza di alterazione del microcircolo oculare, senza la quale non ci può essere retinopatia. Le alterazioni oculari, infatti, necessitano di un'alterazione del microcircolo che determinino una ischemia retinica tale da promuovere la neoformazione di vasi, i quali però perdono la capacità di essere, come gli originali, impermeabili (barriera emato encefalica), permettendo il passaggio attraverso la loro parete, di liquidi, come accade fisiologicamente nel resto del corpo, ma che nell'occhio vanno a formare essudati e poi, con il peggiorare del diabete, emorragie. Se il processo continua viene coinvolto il vitreo, con proliferazioni, fibrosi, trazioni vitreo retiniche, emorragie massive e perdita della vista. Da considerare che oggi la barriera emato-encefalica può essere danneggiata da molti fattori esterni, il più comune è il cellulare! Una volta accertato che esiste un RRC aspecifico di patologia oculare con pressione intensa sul globo oculare, per capire di quale patologia oculare possa trattarsi occorre affinare l'indagine con altri segni specifici SBQ, come quello per diagnosticare il RRC di glaucoma.

### **Segno di Raggi (RRC di patologie ossee)**

*Trigger points: osso, es. terzo inferiore del radio e dell'ulna*

*Stimolo: pressione intensa*

Nel sano, la stimolazione “intensa” dell'osso, molto pratico l'impiego della pressione sopra il terzo inferiore del radio e dell'ulna, sopra illustrata, “simultaneamente” non è accompagnata dal riflesso gastrico aspecifico. Al contrario, in presenza di una lesione ossea, indipendente dalla sua natura, flogistica, cistica, reumatica, vascolare, neoplastica, ecc., “simultaneamente” alla stimolazione si osserva il riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è correlata con la gravità della sottostante patologia: segno di Raggi positivo [13]. Interessante il fatto che, in presenza di un cancro osseo, primitivo oppure metastatico, il riflesso è subito seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica.

A questo punto, accertata la sofferenza ossea, il medico deve procedere alla localizzazione dell'alterazione ossea, diagnosticandone la natura esatta, sulla base dei numerosi segni forniti dalla Semeiotica Biofisica Quantistica. La seguente evidenza sperimentale corrobora quanto sopra affermato: nel sano, il segno di Raggi è negativo. Tuttavia, se si esercita una pressione intensa sopra un qualsiasi punto del sistema osseo – escludendo la componente articolare, utile invece per la provocazione del riflesso reumo-gastrico - prolungata per almeno trenta secondi, tale da indurre sofferenza nel sottostante tessuto con liberazione di citochine e modificazioni significative del locale flusso ematico micro circolatorio, il segno di Raggi diventa transitoriamente positivo, senza essere seguito ovviamente dalla Contrazione Gastrica tonica, caratteristica delle forme tumorali e reumatiche, in caso di interessamento del sinovium.

### **Segno di Pallestrini (RRC di patologie laringo-faringee)**

*Trigger points: a lato del collo*

*Stimolo: pizzicotto con pressione medio-moderata*

pizzicotto con pressione medio-moderata (per evitare la simultaneità) a lato del collo, ma per valutare il RRC di cancro esofageo il pizzicotto di intensità medio-moderata è applicato al lato della parte superiore, media ed inferiore della proiezione cutanea dell'esofago.

### **Segno di Miglio (RRC di patologie all'apparato genitale maschile)**

*Trigger points: qualsiasi punto del testicolo*

*Stimolo: pressione digitale intensa.*

Il segno di Miglio permette al medico di riconoscere in un secondo, al letto del paziente, la presenza di eventuali disturbi del tratto genitale maschile, sia oncologici che di natura non oncologica.



Nel sano, l'intensa pressione su qualsiasi punto di un testicolo non comporta simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico: segno di Miglio negativo.

Al contrario, in caso di qualsiasi disturbo del tratto genitale, sotto la medesima condizione sperimentale appena illustrata, il riflesso gastrico aspecifico appare simultaneamente: segno di Miglio positivo [14]. Se alla simultanea dilatazione dello stomaco segue una contrazione gastrica tonica, questo è segno di Reale Rischio Congenito di cancro o di patologia tumorale già in atto. Come negli altri casi, la severità della patologia o il grado di evoluzione del suo Reale Rischio Congenito si valuta osservando l'intensità del riflesso, espressa in cm.

In caso di segno di Miglio positivo, il medico deve approfondire l'indagine ed effettuare la diagnosi differenziale con l'ausilio di numerosi segni specifici di Semeiotica Biofisica Quantistica.

### **Segno di Sideri (RRC di cancro alla mammella)**

*Trigger points: qualsiasi punto della proiezione cutanea della mammella*

*Stimolo: pizzicotto digitale intenso.*

Nel sano, il pizzicotto "Intenso" e durevole su qualsiasi punto di una delle mammelle, a causa del Realtà non locale nei sistemi biologici, non provoca simultaneamente il riflesso mammello-gastrico aspecifico (nello stomaco, sia il fondo che il corpo si dilatano, mentre la regione del giunto antro-pilorico si contrae): segno di Sideri negativo [4, 15].

Al contrario, in caso di cancro al seno, anche nella sua fase iniziale di Reale Rischio Congenito, nelle stesse condizioni appena illustrate, appare simultaneamente il riflesso mammella-gastrico aspecifico", immediatamente seguito dalla tipica Contrazione gastrica tonica: segno di Sideri positivo.

L'intensità del riflesso, misurata in cm., è parallela e correlata alla gravità della patologia sottostante o al grado di evoluzione del suo Reale Rischio. In presenza di Reale Rischio Congenito, l'intensità del riflesso è inferiore a 1 cm.

### **Segno di Musella (RRC di cancro al polmone)**

*Trigger points: qualsiasi punto del torace, proiezione cutanea del polmone*

*Stimolo: pressione digitale intensa*

Nel sano, la pressione digitale "intensa" applicata sopra un qualsiasi punto del torace, cioè sopra un punto della proiezione cutanea di uno dei due polmoni, non provoca simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico: lo stomaco non modifica la sua forma ed il suo volume rimane immutato, com'era prima dello stimolo pressorio.

Al contrario, nel Reale Rischio Congenito di cancro polmonare, nelle stesse condizioni sperimentali, “simultaneamente” appare il riflesso gastrico aspecifico - con intensità inferiore a 1 centimetro – subito seguito dalla contrazione gastrica tonica, espressione della natura tumorale maligna: segno di Musella positivo [16].

In caso di cancro del polmone in atto, “simultaneamente” appare il riflesso gastrico aspecifico – con intensità di 1 centimetro o più in rapporto alla gravità della patologia – subito seguito da una significativa contrazione gastrica tonica aspecifica.

La contrazione gastrica tonica sta ad indicare una acidosi istangica critica, come si trova appunto nel cancro, ma anche nell’appendicite acuta, perché notoriamente i vasi arteriosi appendicolari sono terminali.

### **Segno di Norimberga (RRC di cancro al pancreas)**

*Trigger points: proiezione cutanea del pancreas (sesto dermatomero)*

*Stimolo: pizzicotto intenso*

L’intensa stimolazione (pressione digitale o pizzicotto cutaneo) dei trigger-points pancreatici (es. VI dermatomero, proiezione cutanea del pancreas), non provoca nel sano la simultanea dilatazione dello stomaco, non c’è simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico, che appare invece esattamente dopo 12 secondi a causa di una indotta acidosi istangica fisiologica: segno di Siniscalchi negativo. Se l’intensa stimolazione del sesto dermatomero provoca la dilatazione simultanea dello stomaco, non seguita però dalla contrazione gastrica tonica, ciò indica la presenza di una Costituzione Diabetica: segno di Siniscalchi positivo [17, 18]. Negli individui con Reale Rischio Congenito di pancreas, sotto le stesse condizioni appena esposte, simultaneamente allo stimolo pressorio appare il riflesso gastrico aspecifico, subito seguito dalla contrazione gastrica tonica (lo stomaco si dilata e subito si contrae) che indica la natura oncologica della patologia: segno di Norimberga positivo [19].

È interessante notare che, se il trigger-point viene stimolato in maniera moderata, nel soggetto con Reale Rischio di cancro al pancreas, il riflesso appare dopo un tempo di latenza di 12 sec. in stato di post-assorbimento (relativamente al pancreas). Tale riflesso mostra però una durata patologica, ossia superiore ai 4 secondi (fisiologicamente la durata è inferiore ai 4 secondi). La durata del riflesso assume un valore parametrico interessante, perché è correlata con la Riserva Funzionale Microcircolatoria, e di conseguenza con la presenza ed il numero dei DEB neofornati-patologici, secondo la teoria dell’angiobiopatia. In genere, nel Reale Rischio di cancro al pancreas il riflesso è seguito dalla patologica Contrazione Gastrica tonica, contrazione assente nel sano ed in tutti gli altri Reali Rischio congeniti di patologia non oncologica, tra cui il RRC di diabete di tipo 2. Il segno di Norimberga positivo si differenzia infatti dal segno di Siniscalchi positivo, perché in quest’ultimo non c’è contrazione gastrica tonica (Costituzione diabetica).

### **Segno di simultaneità (RRC di leucemia)**

*Trigger points: qualsiasi punto della proiezione cutanea dello sterno*

*Stimolo: pressione digitale intensa*

Nel modo più semplice, la diagnosi di Reale Rischio Congenito (RRC) di Leucemia Mieloblastica è posta mediante la pressione digitale “intensa” – indispensabile per attuare la Realtà Non-Locale nei sistemi biologici – applicata sopra un punto qualsiasi della linea mediale dello sterno. Nel sano, simultaneamente non compare il Riflesso gastrico aspecifico [20]. Al contrario, in presenza di RRC leucemico simultaneamente appare il Riflesso gastrico aspecifico, immediatamente seguito dalla tipica Contrazione Gastrica Tonica (CGt). Analogamente a tutti gli altri RRC, l’intensità del riflesso è direttamente correlata con la gravità del rischio leucemico. Per la diagnosi di RRC di Leucemia Linfoblastica, la pressione “intensa” deve ovviamente essere applicata a livello dei trigger-points splenici. I risultati sono identici a quelli sopra riferiti.

## **I riflessi gastrici aspecifici (4° livello di diagnosi oncologica SBQ)**

Ad eccezione della diagnosi differenziale di Reale Rischio di cancro allo stomaco, per la quale non è possibile avvalersi della percussione ascoltata dello stomaco, che viene sostituita dalla percussione ascoltata del cieco (per valutare il riflesso ciecale, si mette il tamburo dello stetoscopio sopra la fossa iliaca destra (in basso nella parte destra dell'addome: si veda la Percussione Ascoltata dell'Appendice [1]. La percussione è del cieco, cioè nella parte addominale inferiore e a destra), il medico può facilmente usare il metodo della la percussione ascoltata dello stomaco per affinare l’indagine nel caso in cui i primi tre livelli di diagnosi oncologica abbiano dato esito positivo.

A titolo di esempio, supponiamo che in un soggetto sia stato trovato il Terrreno Oncologico (segno di Rinaldi positivo), e che la diagnosi SBQ di 1° livello sia stata confermata doverosamente anche dalle manovre di rinforzo per escludere i falsi negativi (es. manovra di Bardi, manovra di Restano). Il medesimo soggetto - caso reale di una paziente donna volontaria visitata dal dottor Stagnaro in occasione del 1° Festival dell’acqua di Porretta Terme, ai margini della sua Lectio Magistralis sulla “fisiopatologia, diagnosi e prevenzione primaria e pre-primaria del cancro al seno, 19 settembre 2014 [4] - è stato sottoposto dunque alla diagnosi SBQ di 2° livello (manovra di Terziani) che ugualmente ha dato esito positivo: il Terrreno Oncologico è accompagnato anche dalla presenza di un Reale Rischio Congenito aspecifico di cancro [1, 2, 21]. A questo punto, è interessante procedere alla diagnosi SBQ di 3° livello, ossia esplorare dove possa trovarsi specificamente il Reale Rischio Congenito di cancro mediante l’impiego dei segni SBQ di simultaneità. La diagnosi differenziale da i seguenti risultati: i segni di simultaneità di Stagnaro, Marchionni, Pollio, Lo Conte, Francesca, Moscatelli, Raggi, Pallestrini, Sideri, Norimberga e leucemia danno tutti esito negativo, mentre il segno di Musella – presenza di Reale Rischio di cancro al polmone - è positivo. Riassumendo, i primi tre livelli di diagnosi hanno dato la presenza di Terrreno Oncologico (segno di Rinaldi positivo), di Reale Rischio Congenito aspecifico di cancro (manovra di Terziani positiva) e di Reale Rischio Congenito aspecifico di cancro ai polmoni (segno di Musella positivo). Per finalizzare la diagnosi differenziale occorre dunque indagare la

specificità del cancro ai polmoni, ossia in quale dei due polmoni esso è presente: segno di Baserga variante [22, 23]. Per far questo il medico affina l'indagine mediante una diagnosi oncologica SBQ di 4° livello rilevando i parametri maggiormente informativi del riflesso gastrico aspecifico con stimolo adeguato, ossia pizzicotto o pressione digitale lieve-moderata (300-400 dyn x cm<sup>2</sup>) sui trigger-points polmonari (qualsiasi punto della proiezione cutanea di un lobo polmonare o pressione digitale applicata sopra la linea mediale del corpo sternale, e delle creste iliache). Lo stimolo applicato sul polmone destro provoca un riflesso gastrico aspecifico con un tempo di latenza di 8 secondi e durata inferiore ai 4 secondi: non c'è Reale Rischio Congenito di cancro al polmone destro. Lo stimolo applicato sul polmone sinistro provoca un riflesso gastrico aspecifico con un tempo di latenza di 8 secondi e durata di poco superiore ai 4 secondi: c'è Reale Rischio Congenito di cancro al polmone sinistro. In conclusione, attraverso l'iter diagnostico completo dei 4 livelli, ognuno dei quali viene approfondito se è positivo il segno di livello precedente (vedi sopra: Stagnaro positivo, Terziani positivo, Musella positivo) il dottor Stagnaro ha potuto accertare che la paziente visitata ha un Reale Rischio Congenito di cancro al polmone sinistro in evoluzione.

Si consiglia di studiare il manuale della Percussione Ascoltata dello stomaco secondo Stagnaro [24], parallelamente ad un percorso formativo adeguato teorico-pratico SBQ per l'apprendimento ad arte del suddetto metodo.

In breve, per la diagnosi differenziale di 4° livello, il medico deve guardare attentamente ai tre principali parametri del riflesso gastrico aspecifico, che sono il tempo di latenza del riflesso (espresso in secondi), la durata del riflesso (espressa in secondi) e l'intensità del riflesso (dilatazione dello stomaco misurata in centimetri). In caso di Reale Rischio Congenito specifico di cancro, il tempo di latenza può essere ancora fisiologico (es. 8 secondi, nei casi espressi nella tabella 3), però la durata non è mai fisiologica (fisiologicamente la durata di qualsiasi riflesso gastrico aspecifico, indipendentemente dal tipo di cancro o di altra patologia non oncologica, è sempre inferiore ai 4 secondi), bensì patologica (uguale o superiore ai 4 secondi). Parametro di fondamentale interesse è anche l'intensità, ossia di quanti centimetri si dilata lo stomaco quando appare il riflesso gastrico aspecifico. Fisiologicamente l'intensità è sempre piccola, sicuramente inferiore a 1 cm, mentre patologicamente è 1 cm o più.

Da notare che il livello di energia libera endocellulare è diverso da tessuto a tessuto e da parenchima a parenchima, perciò il tempo di latenza fisiologico (e conseguentemente patologico) non è sempre di 8 secondi. In particolare, esso è maggiore nel caso del riflesso gastrico aspecifico mammario (Tabella 5 e Tabella 6) e pancreatico (Tabella 4). Per la valutazione del Riflesso gastrico aspecifico dello stomaco il medico può far riferimento ai parametri riassunti nella Tabella 7, mentre i trigger-points e l'entità del rispettivo stimolo al fine della valutazione di ogni specifico Reale Rischio di cancro sono riassunti nella leggenda iniziale. E' importante sottolineare che la Contrazione Gastrica tonica in caso di cancro è sempre presente, indipendentemente dalla intensità dello stimolo usato.

**Parametri principali del riflesso gastrico aspecifico (tempo di latenza, durata, intensità) per diagnosi di RRC di cancro al colon-retto, al cervello, cerebellare, renale, vescicale, prostatico, al fegato, all'utero, ovarico, al polmone, all'occhio, esofageo, alla gola, al testicolo, al pene, osseo, PEComa e per il RRC di leucemia**

<b>Tempo di latenza (Lt) in secondi</b>	<b>Durata (D) in secondi</b>	<b>Intensità in cm</b>	<b>Diagnosi</b>
Lt = 8	$3 \leq D \leq 4$	$I \leq 1$	Sano
Lt $\leq$ 8	$D \geq 4$	$I \geq 1$	Reale Rischio Congenito di cancro (dallo stadio iniziale fino ai diversi gradi di evoluzione pre-clinica)
Lt $\ll$ 8	$D \geq 6$	$I \geq 2$	Cancro in atto

Tabella 3. Tempo di latenza, durata ed intensità del riflesso gastrico aspecifico nella maggior parte dei Reali Rischi Congeniti di cancro. Leggenda:  $3 \leq D \leq 4$  significa durata compresa tra i 3 ed i 4 secondi; Lt  $\ll$  8 significa tempo di latenza di molto inferiore agli 8 secondi; Lt  $\leq$  8 significa tempo di latenza minore o uguale ad 8 secondi;  $D \geq 4$  significa durata maggiore o uguale a 4 secondi.

**Parametri principali del riflesso gastrico aspecifico (tempo di latenza, durata, intensità) per la diagnosi di RRC di cancro al pancreas**

<b>Tempo di latenza (Lt) in secondi</b>	<b>Durata (D) in secondi</b>	<b>Intensità in cm</b>	<b>Diagnosi</b>
Lt = 12	$3 \leq D \leq 4$	$I \leq 1$	Sano
$8 \leq Lt \leq 12$	$D \geq 4$	$I \geq 1$	Reale Rischio Congenito di diabete mellito tipo 2
Lt $\leq$ 8	$D \geq 4$	$I \geq 1$	Reale Rischio Congenito di cancro (dallo stadio iniziale fino ai diversi gradi di evoluzione pre-clinica)
Lt $\ll$ 8	$D \geq 6$	$I \geq 2$	Cancro in atto

Tabella 4. Tempo di latenza, durata ed intensità del riflesso gastrico aspecifico nella maggior parte dei Reali Rischi Congeniti di cancro. Leggenda:  $3 \leq D \leq 4$  significa durata compresa tra i 3 ed i 4 secondi; Lt  $\ll$  8 significa tempo di latenza di molto inferiore agli 8 secondi; Lt  $\leq$  8 significa tempo di latenza minore o uguale ad 8 secondi;  $D \geq 4$  significa durata maggiore o uguale a 4 secondi.

**Parametri principali del riflesso gastrico aspecifico (tempo di latenza, durata, intensità) per la diagnosi di RRC di cancro alla mammella (femminile)**

<b>Tempo di latenza (Lt) in secondi</b>	<b>Durata (D) in secondi</b>	<b>Intensità in cm</b>	<b>Diagnosi</b>
Lt = 9.5	$3 \leq D \leq 4$	$I \leq 1$	Sano
$Lt \leq 9.5$	$D \geq 4$	$I \geq 1$	Reale Rischio Congenito di cancro (dallo stadio iniziale fino ai diversi gradi di evoluzione pre-clinica)
$Lt << 9.5$	$D \geq 6$	$I \geq 2$	Cancro in atto

Tabella 5. Tempo di latenza, durata ed intensità del riflesso gastrico aspecifico nella maggior parte dei Reali Rischi Congeniti di cancro. Leggenda:  $3 \leq D \leq 4$  significa durata compresa tra i 3 ed i 4 secondi;  $Lt << 8$  significa tempo di latenza di molto inferiore agli 8 secondi;  $Lt \leq 8$  significa tempo di latenza minore o uguale ad 8 secondi;  $D \geq 4$  significa durata maggiore o uguale a 4 secondi.

**Parametri principali del riflesso gastrico aspecifico per la diagnosi di RRC di cancro alla mammella (maschile)**

<b>Tempo di latenza (Lt) in secondi</b>	<b>Durata (D) in secondi</b>	<b>Intensità in cm</b>	<b>Diagnosi</b>
Lt = 12.5	$3 \leq D \leq 4$	$I \leq 1$	Sano
$Lt \leq 12.5$	$D \geq 4$	$I \geq 1$	Reale Rischio Congenito di cancro (dallo stadio iniziale fino ai diversi gradi di evoluzione pre-clinica)
$Lt << 12.5$	$D \geq 6$	$I \geq 2$	Cancro in atto

Tabella 6. Tempo di latenza, durata ed intensità del riflesso gastrico aspecifico nella maggior parte dei Reali Rischi Congeniti di cancro. Leggenda:  $3 \leq D \leq 4$  significa durata compresa tra i 3 ed i 4 secondi;  $Lt << 8$  significa tempo di latenza di molto inferiore agli 8 secondi;  $Lt \leq 8$  significa tempo di latenza minore o uguale ad 8 secondi;  $D \geq 4$  significa durata maggiore o uguale a 4 secondi.

**Parametri principali del riflesso ciecale (dilatazione e contrazione gastrica tonica) per la diagnosi di RRC di cancro allo stomaco**

<b>Intensità in cm</b>	<b>Contrazione tonica ciecale</b>	<b>Diagnosi</b>
Non c'è dilatazione del cieco. $I = 0$ cm	Non c'è contrazione tonica ciecale	Sano
Dilatazione del cieco $I < 1$ cm	C'è una piccola contrazione tonica ciecale	Reale Rischio Congenito di cancro (dallo stadio iniziale fino ai diversi gradi di evoluzione pre-clinica)
Dilatazione del cieco $I > 1$ cm	C'è una piccola contrazione tonica ciecale.	Cancro in atto

Tabella 7. Parametri di interesse del riflesso ciecale per la valutazione del Reale Rischio di cancro allo stomaco

## Articoli e relative tabelle parametriche dei principali RRC specifici di cancro

- RRC di cancro al colon-retto (segno di Berretti) [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/berretti\\_cancrocolonretto.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/berretti_cancrocolonretto.pdf)  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_colorectal\\_cancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_colorectal_cancer.pdf)
- RRC di cancro al pancreas  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_pancreaticcancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_pancreaticcancer.pdf)
- RRC di cancro al cervello (segno di Delle Piane) [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancrocerebrale\\_dellepiane.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancrocerebrale_dellepiane.pdf)  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_cerebrum\\_cancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_cerebrum_cancer.pdf)
- RRC di cancro cerebellare  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_cerebellarcancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_cerebellarcancer.pdf)
- RRC di cancro renale  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_renalcancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_renalcancer.pdf)
- RRC di cancro alla prostata (segno di Massucco)  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_prostaticcancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_prostaticcancer.pdf)
- RRC di cancro al fegato  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_livercancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_livercancer.pdf)
- RRC di cancro alla mammella (segno di Dachà) <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancrosenodacha.pdf>  
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancrodellammella.pdf>  
<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fgene.2013.00039/full> {MEDLINE}  
Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_breast\\_cancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_breast_cancer.pdf)
- RRC di cancro ovarico

Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_ovariescancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_ovariescancer.pdf)

- RRC di cancro al polmone (segno di Baserga variante) [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropolmone\\_basergavariante.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropolmone_basergavariante.pdf)

Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_lungcancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_lungcancer.pdf)

- RRC di cancro esofageo

Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_esophagealcancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_esophagealcancer.pdf)

- RRC di cancro osseo <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ilsegnodiraggi.pdf>

- RRC di cancro PEComa

Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_pecoma\\_cancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_pecoma_cancer.pdf)

- RRC di leucemia <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rrcleucemia.pdf>

Tabella: [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella\\_myeloidleukemia.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tabella_myeloidleukemia.pdf)

- Reale Rischio Congenito (RRC) di cancro allo stomaco (riflesso ciecale)

## **Bibliografia**

[1] Stagnaro S, Neri Stagnaro M. Introduzione alla Semeiotica Biofisica - Il Terreno Oncologico - Ed. Travel Factory, Roma, 2004.

[2] Stagnaro S. Le Costituzioni Semeiotico Biofisiche - Ed. Travel Factory, Roma, 2004.

[3] Stagnaro S. Il segno di Rinaldi. JOQBS, 2010. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ilsegnodirinaldi.pdf>

[4] Stagnaro S. Fisiopatologia, diagnosi e prevenzione primaria e pre-primaria del cancro al seno. Lectio Magistralis al 1° Festival dell'Acqua di Porretta Terme, 19 settembre 2014. Video: <https://www.youtube.com/watch?v=xYTnTQaSXr0>

[5] Stagnaro S. Manovra di Terziani: il grafico. Link: <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/manovraditerziani.pdf>

[6] Stagnaro S. Stagnaro's \*Sign in detecting every gastrointestinal Disorder, even initial or symptomless. JOQBS, 2011.

<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/stagnarosign.pdf>

[7] Marchionni M, Caramel S, Stagnaro S. (2013) "Quantum Biophysical Semeiotics Bedside Diagnosing Inherited Real Risk of Brain Disorders: Boezio's Sign. Neurodegenerative Disease Primary Prevention." – JOQBS, 2013.

[http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/boeziosign\\_2013.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/boeziosign_2013.pdf)



- [8] Marchionni M, Caramel S, Stagnaro S. Inherited real risk of Alzheimer's disease: bedside diagnosis and primary prevention. *Front Aging Neurosci.* 2013;5:13. [Medline] [http://www.frontiersin.org/Aging\\_Neuroscience/10.3389/fnagi.2013.00013/full](http://www.frontiersin.org/Aging_Neuroscience/10.3389/fnagi.2013.00013/full)
- [9] Stagnaro S, Caramel S. Pollio's Sign in Primary Prevention of Urinary Apparatus Disorders, including Cancer – JOQBS, 2012. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/polliosign.pdf>
- [10] Stagnaro S. Il segno di Francesca. Wordpress, 2012. Link: <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2012/03/14/il-reale-rischio-congenito-di-epatopatia-il-segno-di-francesca/>
- [11] Stagnaro S. Il segno di Moscatelli. Wordpress, 2014. Link: <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2014/07/08/moscatellis-sign-bedside-recognizing-in-one-second-genital-tract-disorders-with-a-stehoscope/>
- [12] Lo Conte N. Il segno di Lo Conte. Relazione al 3° Convegno Internazionale SISBQ, Porretta Terme, 9-10 giugno 2012. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/relazione\\_loconte\\_it.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/relazione_loconte_it.pdf)
- [13] Stagnaro S. Il segno di Raggi. JOQBS, 2011. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ilsegnodiraggi.pdf>
- [14] Stagnaro S. Il segno di Miglio. Wordpress, 2015. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/07/15/diagnosi-clinica-semeiotico-biofisico-quantistica-del-reale-rischio-congenito-di-cancro-del-testicolo-dipendente-dal-terreno-oncologico/>
- [15] Stagnaro S. Il segno di Sideri. Wordpress, 2014. <https://stagnaro.wordpress.com/2014/06/30/sideris-sign-in-bedside-recognizing-in-one-second-breast-cancer-even-in-initial-stage-of-inherited-real-risk/>
- [16] Stagnaro S. Il segno di Musella. Wordpress, 2013. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2012/12/07/il-segno-di-francesca-m-e-superiore-alla-tac-3d-a-minimo-dosaggio-nella-prevenzione-primaria-del-cancro-del-polmone/>
- [17] Stagnaro S. Il segno di Siniscalchi. JOQBS, 2010 <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodisiniscalchi.pdf>
- [18] Stagnaro S, Caramel S. Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2013;4:17. [Medline] <http://www.frontiersin.org/Diabetes/10.3389/fendo.2013.00017/full>
- [19] Stagnaro S. Il segno di Norimberga. JOQBS, 2015. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/norimbergasign\\_pancreascancer.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/norimbergasign_pancreascancer.pdf)
- [20] Stagnaro S. Il Reale Rischio Congenito di leucemia. JOQBS, 2015. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rrleucemia.pdf>
- [21] Stagnaro S. Reale Rischio Semeiotico Biofisico - Ed. Travel Factory, Roma, 2009.
- [22] Stagnaro S. 'Classical', 'Variant' and 'Quantum Entanglement' Baserga's Sign. JOQBS, 2011 [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/baserga\\_signs.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/baserga_signs.pdf)
- [23] Stagnaro S. Il segno di Baserga variante. JOQBS, 2011. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropolmone\\_basergavariante.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropolmone_basergavariante.pdf)
- [24] Caramel S. Percussione Ascoltata dello Stomaco, secondo Sergio Stagnaro - Manuale in italiano, 2014. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cardiogarap\\_manuale\\_it.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cardiogarap_manuale_it.pdf)