

# Postilla Conclusiva Scientifica ai due articoli sulla Diagnosi precoce di Cancro del Pancreas a partire dal suo Reale Rischio Congenito.

Nella mia *Lectio magistralis* durante il Convegno di Napoli del settembre 2014, dissi che nessun Medico né ora né mai si deve sentire autorizzato ad affermare di conoscere perfettamente la **Semeiotica Biofisica Quantistica**, spiegandone i molti perché.

Nei due articoli sulla originale diagnosi clinica del Reale Rischio Congenito di Cancro del pancreas e del tumore in atto, [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), ho scritto che la stimolazione “intensa” dei *trigger points* pancreatici, come si usa nella ricerca del **Segno di Siniscalchi** per riconoscere i **Cinque Stadi Diabetici**, in presenza del cancro del pancreas, ad iniziare dal Primo Stadio di Reale Rischio Congenito, provoca **simultaneamente** il Riflesso gastrico Aspecifico, subito seguito dalla tipica **Contrazione Gastrica Tonica**.

In realtà accade proprio questo!

Tuttavia, il segno potrebbe **NON evidenziare** il Cancro del Pancreas ma quello di una ghiandola **Parotide!**

La spiegazione è semplicissima: sia la parotide sia il pancreas esogeno, un tempo definito “ghiandola salivare addominale”, derivano da identiche cellule staminali. Ne consegue che, nella realtà non-locale messa in atto ed utilizzata dalla stimolazione “intensa” dei *trigger points*, sono stimulate anche le due parotidi:

Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. L'Esperimento di Lory. Scienza e Conoscenza, N° 23, 13 Marzo 2008. <http://www.scienzaeconoscenza.it/articolo.php?id=17775>

Per risolvere il problema mediante la corretta Diagnosi Differenziale, si procede con la valutazione del pancreas e delle ghiandole parotidi mediante la stimolazione “moderata-media” (400-600 dine /cm<sup>2</sup> circa) dei relativi *trigger points*, notoriamente assai più ricca di informazioni.