

## Early bedside Diagnosis of Pancreas Cancer, starting from its Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk.

NOTORIOUSLY, THE PROGNOSIS FOR INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH PANCREATIC CARCINOMA IS POOR, LARGELY BECAUSE IT IS ASYMPTOMATIC DURING DECADES, SO THAT THE DIAGNOSIS IS TOO LATE AND OFTEN COMES AFTER METASTASES HAVE OCCURRED. AS A MATTER OF FACTS, IN A LOT OF ARTICLES, ONE READS THAT PANCREAS CANCER DIAGNOSIS IS MADE, UNFORTUNATELY, LATER EXCLUSIVELY WITH THE AID OF LABORATORY AND IMAGE DEPARTMENT.

---

In my opinion, based on 60-year-long clinical experience, overlooking Quantum Biophysical Semeiotics, there is a fundamental bias in all researches, including Pancreas Cancer (For instance, *Gut* 2013;62:955-956 doi:10.1136/gutjnl-2012-303168 . Commentary. Early diagnosis of pancreatic cancer; looking for a needle in a haystack? **Marco J Bruno** ....) (1-8).

Since 14 years, I am suggesting unhearded the central role played by the Oncological Terrain-Dependent, INHERITED Real Risk of pancreas cancer in pre-primary and primary prevention and treatment of cancer (1-10).

Interestingly, in the normal pancreas microcirculatory bed (*or more scientifically speaking*, pancreas tissue-microvascular unit), analogously to that of lung, heart, stomach, oesophagus, breast, a.s.o., there are exclusively type II, physiological, Endoarteriolar Blocking Devices (EBD), according to S.B.Curri, bedside recognized nowadays even with a stethoscope, thanks to Quantum Biophysical Semeiotics (e.g., Stagnaro's Sign,e.g.) and Clinical Microangiology ([www.semeioticabiofisica.it/microangiology.it](http://www.semeioticabiofisica.it/microangiology.it), Physiology Page, and Pathology Page) (1-14).

Numerous ureteral reflexes as well as the "simple", advisable, from the practical viewpoint, Gastric Aspecific Reflex, allow doctor to evaluate with a common stethoscope structure and function of microcirculatory bed diverse components.

**In health**, we cannot observe newborn-pathological, type I, subtype a) oncological, and b) aspecific, EBD, but only type II EBD in small arteries, according to Hammersen, the only ubiquitous, in above-mentioned biological systems, including pancreas.

**On the contrary**, in individuals, positive for Oncological Terrain "**and**" involved by oncological or other Inherited Real Risk (e.g., pancreas, coronary, oesophagous, breast, stomach, lung, prostate cancer or inflammatory-degenerative real risk) with the aid of Biophysical Semeiotics we recognize also newborn-pathological, type I, subtype a) oncological, and/or b), aspecific, common to all other disorders, EBD, facilitating **since birth** the proper diagnosis of whatever inherited real risk, including pancreas cancer inherited real risk, namely the very first stage of disease, that plays a pivotal role in pre-primary and primary prevention (1-14).

To summarize, exclusively in individuals involved by pancreas cancer inherited real risk, “intense” stimulation (=no-local Realm in biological systems) of the related trigger-points (i.,e., VI Thoracic Dermatome) by lasting cutaneous pinching or digital pressure, brings about **symultaneously** aspecific gastric reflex (= stomach dilates and than contracts, Gastric Tonic Contraction, indicating the oncological nature of the disorder).

Interestingly, if the trigger-point is stimulated in a moderate manner, the Reflex appears after a latency time of 12 sec. in post-absorptive state (as regards pancreas, of course), but showing a pathological duration of more than 4 sec. (NN = lower than 4 sec.: interesting parameter value, correlated with Microcirculatory Functional Reserve, and consequently with presence and number of newborn-pathological EBD, according to my Angiopathy theory) (2).

**Typically, in cancer inherited real risk the reflex is followed by pathological tonic Gastric Contraction**, absent in health and in all other non-oncological inherited real risk, including T2DM (7, 9).

In addition, under identical experimental condition, exclusively when stimulation is “intense”, the physicians, skilled in Quantum Biophysical Semeiotics, observe middle ureteral reflex, lasting 20 sec. exactly, of 2 cm. of intensity, which disappears for 6 sec. precisely.

Such as type I, sub-type a) oncological, newborn-pathological, EBD-dependent middle ureteral reflex persists characteristically even under “really intense” stimulation, indicating characteristically its oncological nature.

On the contrary, under identical condition, illustrates above, type I, subtype b) aspecific, newborn-pathological EBD-dependent middle ureteral reflex, typical of biophysical-semeiotic inherited real risk of all other common and severe human disorders (e.g., T2DM), but not of malignancy, disappears almost completely (minus 2/3 of size) if stimulation becomes rapidly more intense, showing EBD different smooth muscle cell structure (7, 9, 10).

Fortunately, under the same condition, physicians may gather easily useful clinical data in above-described easy, reliable, and rapid way, evaluating the gastric aspecific reflex (1-14).

Rinaldi’s Sign proved to be a paramount clinical tool both in recognizing Oncological Terrain, or in excluding it in one second, (15).

## REFERENCES.

1) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico. Travel Factory SRL., Roma, 2004.

[http://www.travelfactory.it/semeiotica\\_biofisica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm)

2) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche.Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004.[http://www.travelfactory.it/semeiotica\\_biofisica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm)

3) Stagnaro S., Il dolore nella pancreatite acuta edematosa interstiziale. Com. IV Congr. Naz. AISD. Chieti-Pescara. Atti,1,V,3, 1980.

4) Stagnaro S. Genes and Cancer: a clinical view-point. The Oncological Terrain. BioMed Central Informatics.2004. <http://www.biomedcentral.com/1471-2105/5/21/comments#10454>

- 5) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Pancreatite Acuta Edematosa Interstiziale. Diagnosi percusso-ascoltatoria. *Acta Med. Medit.* 3, 14
- 6) Stagnaro Sergio. Bed-Side Prostate Cancer Detecting, even in early stages (“Real Risk” of Cancer): *BMC Family Practice*, 6:24 doi:10.1186/1471-2296-6-24 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/24/comments#202466>
- 7) Stagnaro Sergio. Clinical tool reliable in bedside early recognizing pancreas tumour, both benign and malignant. *World Journal of Surgical Oncology* 2005, 3:62 doi:10.1186/1477-7819-3-62
- 8) **Stagnaro S. New bedside way in reducing mortality in diabetic men and women. *Ann. Int. Med.*** <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 9) Sergio Stagnaro Mitochondrial Bed-Side Evaluation: a new Way in the War against Cancer (21 December 2005). *Cancer Cell International* <http://www.cancerci.com/content/5/1/34/comments#218502>
- 10) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, [www.travelfactory.it](http://www.travelfactory.it), Roma, 2009.
- 11) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Oncological Terrain, conditio sine qua non of Oncogenesis:** [http://www.gutjnl.com/cgi/eletters?lookup=by\\_date&days=60](http://www.gutjnl.com/cgi/eletters?lookup=by_date&days=60)
- 12) **Stagnaro Sergio.** Without Oncological Terrain oncogenesis is not possible. *CMAJ*. 23 March 2007 <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/176/5/646>
- 13) **Stagnaro Sergio.** Oncological Terrain and Inherited Oncological Real Risk: New Way in Malignancy Primary Prevention and early Diagnosis. *International Seminars in Surgical Oncology*, 2007. <http://www.issoonline.com/content/4/1/25/comments#290565>
- 14) Caramel S., Stagnaro S. The role of mitochondria and mit-DNA in Oncogenesis. [http://ilfattorec.altervista.org/mitDNA&oncogenesis\\_english.pdf](http://ilfattorec.altervista.org/mitDNA&oncogenesis_english.pdf); [http://www.quantumbiosystems.org/admin/files/QBS%20\(1\)%20250-281.pdf](http://www.quantumbiosystems.org/admin/files/QBS%20(1)%20250-281.pdf).
- 15) Bedside Recognizing Oncological Terrain, and Oncological Inherited Real Risk: Rinaldi’s Sign. *Lectio Magistralis* at II National Conference of International Society of Quantum Biophysical Semeiotics, Chiusi (Siena), 28-29 Mai, 2011.
- 16) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013).** The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Oncological Primary Prevention. *Bentham PG., Current Nutrition & Food Science* ISSN (Print): 1573-4013; ISSN (Online): 2212-3881. VOLUME: 9, ISSUE: 1; DOI: 10.2174/1573401311309010011; <http://www.benthamscience.com/contents-JCode-CNF-Vol-00000009-Iss-00000001.htm>

## **Il Segno di Norimberga\*. La facile Diagnosi Clinica, Semeiotico-Biofisico-Quantistica di Cancro del Pancreas, ad iniziare dal suo Reale Rischio Congenito.**

“Tutti sanno che una cosa è impossibile da realizzare,  
finché arriva uno sprovveduto che non lo sa e la  
inventa”.

Einstein.

### **Premessa.**

Per poter comprendere e attuare quanto segue, il Medico deve conoscere almeno la **Percussione Ascoltata dello Stomaco** e il **Riflesso Gastrico aspecifico**. Pertanto, consiglio di impararla mediante la descrizione, esemplare, dal punto di vista didattico, fatta da Simone Caramel, Presidente della SISBQ, nel suo magistrale Manuale, noto a chi ha studiato la Semeiotica Biofisica Quantistica (1).

### **Introduzione**

**Fonte, AIRC, <http://www.airc.it/tumori/tumore-al-pancreas.asp#nav8>: “Ogni anno sono oltre 10.000 le persone colpite dal tumore del pancreas, con un aumento dei casi proporzionale all'età ed equamente distribuito tra i due sessi. Si stima infatti che ogni anno si manifestino in Italia 5.500 casi tra i maschi e 5.900 tra le donne (stime Registro tumori italiano 2012). La prevalenza che si è registrata per molti anni a favore degli uomini, infatti, era dovuta al fatto che questi fumavano in proporzione maggiore rispetto alle donne e che il fumo è un fattore di rischio importante: oggi, al contrario, le donne fumano quanto e più degli uomini”.**

Fino ad oggi, Giugno 2015, per generale ammissione, la diagnosi di **Cancro del Pancreas** era di notevole difficoltà e quindi tardiva, spiegando in parte la prognosi infausta di questo tumore maligno. Grazie alla Semeiotica Biofisica Quantistica, questa diagnosi è stata resa clinica, facile, rapida, a partire dal I Stadio di Reale Rischio Congenito (2).

### **Il Segno di Norimberga recita un ruolo centrale nella Diagnosi di Cancro del Pancreas.**

A seguito dei miei due articoli sulla “facile” e rapida diagnosi di **Cancro del Pancreas**, è quanto mai urgente aprire una discussione critica ed onesta sulla base fragile dell'attuale metodo per l'attribuzione della reale importanza ad un lavoro scientifico. Com'è noto, oggi il valore di un

articolo dipende principalmente dalla *peer-review* che lo pubblica a pagamento, in genere sponsorizzato da case farmaceutiche!

Contro una simile posizione, criticabile e sospetta, usuale nella Medicina Serva dell'Economia, da sempre sostengo che anche uno scritto di poche righe, un semplice commento, pubblicato solo su internet in un sito ignorato dalla maggior parte di chi non ne conosce la metodica, come il presente articolo sul **Segno di Norimberga**, descritto per la prima volta, è ben più valido, importante ed utile, dal punto di vista scientifico, di Editoriali e articoli che finora non hanno potuto scalfire la difficoltà della diagnosi tempestiva di cancro del pancreas, una epidemia in aumento, ad iniziare dal suo primo stadio di Reale Rischio Congenito, che la Medicina accademica non conosce affatto perché non conosce la **Semeiotica Biofisica Quantistica**.

E' inconfutabile l'affermazione che, dal giugno 2015, chi afferma che la diagnosi di cancro del pancreas è difficile non è aggiornato.

L' *iter diagnostico* inizia con la ricerca del **Terreno Oncologico** mediante il **Segno di Rinaldi** (3, 4). Se la valutazione di base della predisposizione al tumore maligno – Terreno Oncologico – risulta negativa, è necessario ripeterla utilizzando prove da sforzo per escludere i falsi negativi (10%) . L'importanza di questo inizio dell'esame obiettivo è dovuta al fatto che senza il Terreno Oncologico non può insorgere il cancro in generale e quello del pancreas in particolare (3, 4, 9).

Diagnosticato il Terreno Oncologico, si procede ricercando un possibile **Reale Rischio Congenito Oncologico** mediante la **Manovra di Terziani** (5), consistente nella pressione "intensa" (circa 1000 dine/cm<sup>2</sup>) applicata sopra un polpastrello digitale. A seguito della realtà non-locale esistente nei sistemi biologici, tutte le unità microvascolotessutali sono stimulate, per esempio, quelle sedi di **Reale Rischio Congenito Oncologico**.

Nel sano, *simultaneamente* non compare il Riflesso Gastrico aspecifico, che si manifesta esattamente dopo 10 sec.

Al contrario, in tre secondi il Medico è informato dalla comparsa di un riflesso Gastrico aspecifico di 0,5 cm, circa della presenza di un **Reale Rischio Congenito di tumore maligno**, senza ovviamente poterne al momento precisare la localizzazione. Infatti, la risposta data dalla manovra è *binaria*, del tipo a "due bit", SI' o NO.

A questo punto, per evidenziare nell'Apparato Digerente la sede del Reale Rischio Congenito di cancro, il Medico ricorre al **Segno di Stagnaro** (6). Il pizzicotto intenso della cute sopra il giugulo, *trigger-point* del passaggio faringo-esofageo, data la nota realtà non-locale nei sistemi biologici, provoca *simultaneamente* il Riflesso Gastrico aspecifico in presenza di qualsiasi lesione del digerente, indipendentemente dalla sua natura.

Interessante dal punto di vista diagnostico, in caso di **Appendicite, Diverticolite e Cancro**, il riflesso gastrico aspecifico è seguito immediatamente dalla caratteristica Contrazione Gastrica Tonica, la cui intensità informa sulla gravità della patologia sottostante!

Infine, per localizzare nel pancreas la sede del **Reale Rischio Congenito di cancro** il medico ricorre al **Segno di Siniscalchi**, positivo in qualsiasi lesione pancreatica, come nei Cinque Stadi del Diabete Mellito tipo 2, che rappresentano i nove decimi della positività di questo segno (7, 8).

Tuttavia, esclusivamente nel **cancro del pancreas** il riflesso gastrico aspecifico è subito seguito dalla Contrazione Gastrica tonica, la cui intensità è correlata allo stadio del cancro: **Segno di Norimberga\***.

Nel **Reale Rischio Congenito di cancro pancreatico** l'intensità della Contrazione Gastrica tonica non supera 1 centimetro, mentre nel cancro pancreatico questo valore è superato in relazione al suo stadio di sviluppo. A differenza di quanto si osserva **nel cancro in atto**, tutti i segni dell'infiammazione sono assenti nel primo stadio: SISRI completa, PCR, Sintesi Acuta anticorpale, Diagramma Digitale dell'unità microvascolotessutale, etc. (9).

A questo punto, il Medico stimola i *trigger-points* pancreatici ma usando una stimolazione "moderata-media" (400-600 dine/cm<sup>2</sup> circa) e valuta il Tempo di Latenza del Riflesso Gastrico aspecifico (NN 12 sec. lontano dal pasto) e la durata (NN < 3 sec. – 4 sec. <).

In caso di **Reale Rischio Congenito di Cancro Pancreatico** il Tempo di latenza può inizialmente essere normale ma la Durata è patologica (4 sec. o più) ed è seguita dalla Contrazione Gastrica tonica, segno caratteristico della malignità della pancreopatia.

L'impiego della **Manovra di Alice** è utile per corroborare la diagnosi di malattia pancreatica (10)

Nel sano, la pressione digitale "intensa", applicata sopra la proiezione cutanea del pancreas, provoca *simultaneamente* attivazione micro circolatoria di tipo I, associato, nel fegato, per cui il suo margine inferiore rapidamente si abbassa di circa 4 cm. Per la durata esatta di 10 sec.

Al contrario, indipendentemente dalla natura della lesione del pancreas, l'abbassamento del margine inferiore epatico si realizza dopo un tempo di latenza di 1-3 sec., non è né rapido né intenso e dura meno dei fisiologici 10 sec. L'alterazione dei valori parametrici riferiti è in rapporto alla gravità della malattia sottostante.

Naturalmente, la conoscenza sicura della **Semeiotica Biofisica Quantistica**, della **Microangiologia Clinica**, ([www.semeioticabiofisica.it](http://www.semeioticabiofisica.it)) e della **Diagnostica Psicocinetica** (11) permettono una diagnosi clinica più raffinata del Cancro del Pancreas attraverso, per esempio, la valutazione dei locali glicocalici (12-15) e del rimodellamento microcircolatorio nella sede della lesione, dove sono presenti dalla nascita i caratteristici Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco, neoformati patologici di tipo a), oncologici, nelle piccole arterie, secondo Hammersen (16-18).

Prima di concludere, ricordo che il **Reale Rischio Congenito di Cancro**, a differenza del cancro ormai in atto, scompare sotto la non costosa **Terapia Quantistica**, <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/tq.pdf> (5, 17-19).

\* **Segno di Norimberga**. Questo segno lo dedico alla città di Norimberga, in Franconia, sede del Tribunale in cui, dopo l'ultima grande guerra, furono processati e poi condannati, nazisti che commisero crimini contro l'umanità.

## Bibliografia.

- 1) Simone Caramel. Manuale di Percussione Ascoltata dello Stomaco, secondo Sergio Stagnaro. [www.sisbq.org, 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)
- 2) Sergio Stagnaro. Early bedside Diagnosis of Pancreas Cancer, starting from its Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk. *La Voce di SS*. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/06/17/early-bedside-diagnosis-of-pancreas-cancer-starting-from-its-oncological-terrain-dependent-inherited-real-risk/>
- 3) **Sergio Stagnaro**. Il Segno di Rinaldi nella Diagnosi del Terreno Oncologico di Di Bella e del Cancro, solido e liquido, in atto. Il Convegno Nazionale della SISBQ, Chiusi (Siena), 28-29 maggio 2011. Versione italiana: <http://www.sisbq.org/atti-del-secondo-convegno.html>, [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign\\_it.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign_it.pdf) ; english version: <http://www.sisbq.org/proceedings-2.html> [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign\\_eng.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign_eng.pdf)
- 4) **Sergio Stagnaro**. Ordine Implicato e Ordine Esplicito nel Segno di Rinaldi, simultaneo ed istantaneo: dal Terreno Oncologico all'Oncogenesi. [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org), [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldi\\_simultaneo\\_2014.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldi_simultaneo_2014.pdf)
- 5) **Sergio Stagnaro (2014)**. Prevenzione Pre-Primaria e Primaria, Semeiotico-Biofisico-Quantistica, del Cancro del Seno. Conferenza, I Festival Nazionale dell'Acqua, Porretta Terme, 19 Settembre 2014, Auditorium Hotel Santoli. Video, [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org). <http://www.youtube.com/watch?v=xYTnTQaSXr0>
- 6) Sergio Stagnaro. La "facile" Diagnosi Clinica di Appendicite: Segno di Stagnaro, di Berti-Riboli e di Bella. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2012/01/24/la-facile-diagnosi-clinica-di-appendicite-segno-di-stagnaro-di-berti-riboli-e-di-bella/>

- 7) **Sergio Stagnaro.** Siniscalchi's Sign. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus. 24 December, 2010, <http://www.sci-vox.com>, <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-12-25siniscalchi%27signi.bedside++diagnosing+type+2+dm.html>; [www.sciphu.com](http://www.sciphu.com); <http://wwwshiphusemeioticscom-stagnaro.blogspot.com/> Italian version: <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodisiniscalchi.pdf>
- 8) **Sergio Stagnaro.** Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito: Nosografia e Patogenesi. <http://www.fcenews.it> 17 novembre 2010. [http://www.fceonline.it/images/docs/diagnosi\\_diabete.pdf](http://www.fceonline.it/images/docs/diagnosi_diabete.pdf); [http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance\\_prevenzionet2dm.pdf](http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance_prevenzionet2dm.pdf)
- 9) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. [http://www.travelfactory.it/semeiotica\\_biofisica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm)
- 10) Sergio Stagnaro. Diagnosi Differenziale Clinica, Semeiotico-Biofisico-Quantistica, in 10 Secondi, tra Nodo Benigno e Maligno. *La Voce di SS*, <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2014/10/09/diagnosi-differenziale-clinica-semeiotico-biofisico-quantistica-in-10-secondi-tra-nodo-benigno-e-maligno/>
- 11) **Sergio Stagnaro.** Semeiotica Biofisica Quantistica. Diagnostica Psicocinetica. E-book in rete nel sito [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org); [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp\\_libro.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp_libro.pdf)
- 12) **Sergio Stagnaro.** Il Glicocalice nella Diagnosi Semeiotico-Biofisico-Quantistica di Terreno Oncologico di Di Bella. 15 febbraio 2011, [www.melatonina.it](http://www.melatonina.it), <http://www.melatonina.it/farma/approfondimenti.php> ; <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/glicocaliceoncologico.pdf>; <http://www.fcenews.it>, [http://www.fceonline.it/images/docs/glicocalice\\_oncologico\\_valutazione.pdf](http://www.fceonline.it/images/docs/glicocalice_oncologico_valutazione.pdf)
- 13) **Simone Caramel and Sergio Stagnaro** Quantum Biophysical Semeiotics of Oncological Inherited Real Risk of Myelopathy: The diagnostic role of glycolyx.

[http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/qbs\\_myelopathy\\_glycocalyx\\_english.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/qbs_myelopathy_glycocalyx_english.pdf) **Sergio**

- 14) **Stagnaro**. Glycocalix Quantum-Biophysical-Semeiotic Evaluation plays a Central Role in Demonstration of Water Memory-Information. [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org). 19 July, 2011. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/wmi\\_glycocalyx.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/wmi_glycocalyx.pdf)
  
- 15) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2011)**. Skeletal Muscle Cell Glycocalix Evaluation during CFS Treatment corroborates Andras Pellionisz's Recursive Fractal Genome Function Principle. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cfsglycocalyx.pdf>
  
- 16) **Stagnaro Sergio**. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, [www.travelfactory.it](http://www.travelfactory.it), Roma, 2009.
  
- 17) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel**. BRCA-1 and BRCA-2 mutation bedside detection and breast cancer clinical primary prevention. Front. Genet. | doi: 10.3389/fgene.2013.00039. [http://www.frontiersin.org/Cancer\\_Genetics/10.3389/fgene.2013.00039/full](http://www.frontiersin.org/Cancer_Genetics/10.3389/fgene.2013.00039/full) [**MEDLINE**]
  
- 18) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013)**. The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Oncological Primary Prevention. Bentham PG., **Current Nutrition & Food Science** ISSN (Print): 1573-4013; ISSN (Online): 2212-3881. VOLUME: 9, ISSUE: 1; DOI: 10.2174/1573401311309010011; <http://eurekaselect.com/106105>
  
- 19) **Simone Caramel, Marco Marchionni, Sergio Stagnaro (2015)**. Morinda citrifolia Plays a Central Role in the Primary Prevention of Mitochondrial-dependent Degenerative Disorders. Asian Pac J Cancer Prev, 16 (4) 1675

# 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.