

II Convegno della Società Internazionale di Semeiotica Biofisica Quantistica.
Chiusi (Siena), 28-29 Maggio 2011.

Il Segno di Rinaldi nella Diagnosi del Terreno Oncologico di Di Bella e del Cancro, solido e liquido, in atto.

(Sergio Stagnaro)

“not to autumn I will yield, not to winter even”.
(W.B. Yeats).

Riassunto.

La prevenzione primaria dei tumori maligni, una epidemia in continuo aumento, è possibile se il medico è in grado di riconoscere su vastissima scala, utilizzando quindi un fonendoscopio, ed in modo quantitativo, gli individui a reale rischio congenito di tumore, permettendo di rivolgere, in modo razionale, le strategie diagnostiche e terapeutiche attualmente a disposizione e rivelatesi efficaci.

Nel lavoro sono descritti numerosi metodi diagnostici, incluso il **Segno di Rinaldi**. In una lunga e sicura esperienza clinica, questa metodica diagnostica, semeiotico-biofisico-quantistica, si è rivelata affidabile nel riconoscere il Terreno Oncologico di Di Bella, o costituzione oncologica, *conditio sine qua non* dell'insorgenza dei tumori maligni, solidi e liquidi, e nella diagnosi del cancro in atto, a iniziare dallo stadio precoce.

Introduzione.

Il cancro è una delle principali cause di morbilità e mortalità in tutto il mondo, con oltre 1,4 milioni di casi negli Stati Uniti nel 2005, e con una incidenza simile in Europa. Nella società occidentale, una persona su quattro muore di cancro.

Prima di illustrare la Microangiologia Clinica dei tumori maligni, liquidi e solidi, è necessario descrivere dettagliatamente il terreno oncologico di Di Bella, costituzione oncologica o stadio pre-oncologico, ed il dipendente Reale Rischio Congenito, nei quali è sempre presente l'Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica-a (ICAEM), *conditio sine qua non* delle più comuni e gravi malattie umane, incluso il terreno oncologico e, quindi, dei tumori maligni, altrove ampiamente illustrata (1-14) (V. I miei siti [LINK](#), [LINK](#) e Bibliografia).

L'ICAEM, citopatia mitocondriale funzionale, congenita, ereditata quasi esclusivamente per via materna, persiste per tutta la vita dell'individuo colpito, sebbene con variabile intensità in rapporto con lo stile di vita, la dieta, etimologicamente intesa, e l'impiego di prodotti bioattivi e farmaci istangioprotettori, in particolare la melatonina coniugata, secondo Di Bella-Ferrari (1).

Il terreno oncologico di Di Bella, quindi, insorto sulla base dell'ICAEM, può ridursi a terreno oncologico “residuo”, non pericoloso, oppure essere aggravato da sfavorevoli condizioni ambientali e/o dietetiche, etimologicamente intese, che agiscono negativamente sull'ICAEM e sui sistemi biologici di controllo della oncogenesi.

In altre parole, il terreno oncologico, reso possibile dalla ICAEM, è inducibile in caso di Terreno Oncologico “latente”, ma anche fortunatamente reversibile ad una forma non dannosa, mediante opportuna dieta, etimologicamente intesa, e terapia istangioprotettiva (V. Avanti)

La Semeiotica Biofisica Quantistica consente di riconoscere e quantizzare lo stato pre-oncologico in modi differenti per semplicità, praticità, raffinatezza e ricchezza di informazioni.

L'utilità di queste metodiche cliniche semeiotico-biofisico-quantistiche nella pratica quotidiana è sottolineata dal fatto che l'assenza attuale del terreno oncologico fa escludere la possibilità di una neoplasia in atto, incidendo in modo notevole nell'iter diagnostico, nella prevenzione primaria di massa e nel monitoraggio terapeutico, evitando l'inutile Terrorismo Psicologico Jatrogenetico a pazienti negativi magari per il solo reale rischio tumorale in un dato sistema biologico (1, 16).

Infatti, l'età, il sesso, la familiarità perdono il loro attuale e scarso valore nella prevenzione oncologica in quanto "soltanto" l'accertamento clinico del terreno oncologico e, quindi, del "reale rischio" in un determinato tessuto orienta la successiva richiesta di indagini strumentali in individui razionalmente e tempestivamente selezionati, dopo l'accertamento semeiotico-biofisico della attivazione microcircolatoria tipo II, dissociata [= preconditionamento patologico], in una area di un determinato sistema biologico, dove il preconditionamento è patologico, in presenza dei numerosi segni della originale semeiotica.

Nel corpo umano ci sono circa 10.000.000.000.000 cellule: non tutte, ma quasi tutte, possono degenerare in senso neoplastico in qualsiasi momento per mutazioni che avvengono durante la riproduzione cellulare. Ne consegue che una cellula degenerata sfugge molto raramente ai sistemi biologici di controllo, poiché il tumore è un evento altamente improbabile. Il tumore, quindi, può insorgere ed insorge solamente quando il sistema psico-neuro-endocrino-immunitario di controllo è alterato in modo significativo. Ai fini della prevenzione primaria e della diagnosi clinica oncologica è fondamentale la domanda:

"Che cosa caratterizza clinicamente il terreno oncologico?".

Infatti, per una efficace prevenzione di massa occorre che le alterazioni del sistema biologico di controllo siano osservabili e quantificabili sul piano clinico con l'impiego del semplice fonendoscopio e non di semeiotiche sofisticate, di limitata applicazione e a disposizione di un ristretto numero di medici.

Alla risposta affermativa segue una seconda importante domanda:

"Il terreno oncologico è reversibile e non soltanto inducibile?".

Evidentemente è indispensabile conoscere se esiste la possibilità di far regredire e scomparire le modificazioni psico-neuro-endocrino-immunitarie che rendono possibile l'insorgenza del tumore, con provvedimenti farmacologici e la dieta intesa in senso etimologico, corroborando così il "Principle of recursive genome function" secondo il Dr. Andras J. Pellionisz (17).

Istangiopatia congenita acidotica enzimometabolica- α (ICAEM) e sindrome di iperfunzione del sistema reticolo-istiocitario (SISRI).

Iniziamo ad affrontare la problematica relativa al terreno oncologico trattando della patologia funzionale mitocondriale che lo rende possibile quando è particolarmente intensa (ICAEM) (1, 3, 4, 5, 8-15).

L'ICAEM, *conditio sine qua non* anche del terreno oncologico, rappresenta una grave alterazione della fosforilazione ossidativa mitocondriale (sintesi di ATP) e della sostituzione nucleofila, di intensità differente da individuo ad individuo, da tessuto a tessuto e da parte a parte nello stesso tessuto.

Sul piano morfologico, come ormai noto, l'ICAEM è caratterizzata dalla prevalenza dell'emisfero cerebrale ds., o più correttamente, del Planum temporale destro, notoriamente situato tra il giro di Heschl e la parte posteriore della fessura di Silvio.

Il modo più semplice e rapido per evidenziare bedside l'ICAEM sulla base della bioquantistica è il seguente: la pressione digitale "intensa", applicata sopra un punto qualsiasi del cranio non è "simultaneamente" accompagnata dal Riflesso gastrico aspecifico (FIG.1) nel sano senza ICAEM.

Al contrario, nel soggetto colpito dalla citopatia mitocondriale, nelle identiche condizione sperimentali, appare "simultaneamente" il riflesso gastrico aspecifico la cui intensità è inferiore a 1 cm.

Successivamente, il medico può corroborare i dati raccolti, specialmente quando ancora manca la necessaria esperienza, nel modo seguente:

in un soggetto supino, psico-fisicamente rilassato, applicata la mano sn. prima sopra la regione temporo-parietale ds. e, poi, sn., mentre il soggetto da esaminare comprime l'indice contro il pollice prima di sn. e, poi, di ds., il medico valuta i PCE somato-sensoriali.

In pratica è sufficiente valutare il tempo di latenza (tl) del riflesso gastrico-aspecifico (Rifl. g.a.), indicato nella figura 1.

In presenza di ICAEM, il tl del Rifl. g.a. è 6 sec. con *trigger point* sull'emisfero cerebrale destro e 7 sec. a sinistra, dove l'intensità del riflesso è inferiore. I valori sono ovviamente invertiti nella prevalenza dell'emisfero cerebrale sinistro.

A questo punto, trattando del passaggio dalla ICAEM al terreno oncologico, è necessario ricordare, ancora una volta, una interessante sindrome semeiotico-biofisico-quantistica, molto utile al medico di medicina generale nella sua quotidiana attività: la Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo Istiocitario (SISRI), oggi noto come Sistema Monocito-Macrofagico, nei suoi tre differenti tipi: completa, intermedia e incompleta (6) (Tab.1).

Per quanto concerne il suo significato clinico, la SISRI corrisponde alla VES aumentata ed alla elettroforesi alterata, ma di entrambe è nettamente più sensibile, specifica e, quindi, affidabile. Infatti, in caso di banale influenza, per es., questi due esami di laboratorio risultano sempre normali, così come in caso di neoplasie avanzate, mentre la SISRI "incompleta" è costantemente presente ab initio, anche in forme clinicamente asintomatiche, magari ricercata con l'impiego della Manovra di Restano, rivelandosi di notevole valore diagnostico (V. Glossario nella Home-Page). In un individuo giovane e sano, supino e psico-fisicamente rilassato, la pressione digitale, applicata sopra la linea mediale del corpo sternale, creste iliache e proiezione cutanea della milza, provoca il riflesso gastrico-aspecifico (Fig.1), dopo tl di 10 sec.

In caso di infezione batterica, malattie virali contagiose dell'infanzia, connettiviti (AR, LES, etc.), RAA, tumori maligni, etc., il tempo di latenza scende a 6 sec.: SISRI "completa". Nelle flogosi virali, invece, come nella comune influenza, la pressione sopra la proiezione cutanea della milza non provoca il Rifl. g.a., in quanto in queste condizioni i centri germinativi bianchi della

polpa splenica non sono attivati: SISRI “incompleta”. Al contrario, nell’Herpes Zoster e nelle comuni malattie infettive virali della infanzia la SISRI è di tipo “completo”.

Infine, nelle infezioni batteriche, causate da gram-negativi, come nella banale cistite da E. coli e nella antrite da H. pylori, la SISRI è “intermedia”.

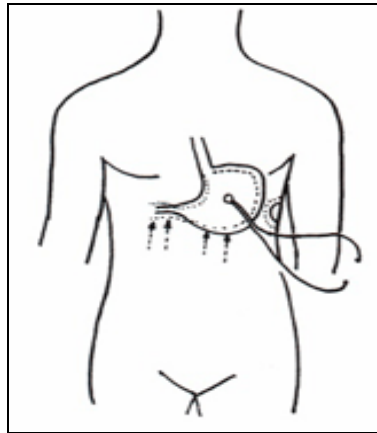


Fig.1

Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo Istiocitario: dilatazione del fondo e del corpo dello stomaco e contrazione del giunto antro-pilorico(= riflesso gastrico-aspecifico), quando la pressione digitale medio-intensa è applicata sopra la linea mediale del corpo sternale, creste iliache e, nella forma “completa” anche sopra la proiezione cutanea della milza.

SISRI: Tipi e Significati

Tipo “completo”	Trigger points: sterno, creste iliache, milza	Flogosi batteriche, malattie virali contagiose della infanzia, reumatite, tumori maligni, etc.
Tipo “intermedio”	Il trigger point splenico provoca un riflesso g.a. di intensità ridotta	Flogosi da gram-negativi (Cistite da Esch. coli; antrite da HP)
Tipo “incompleto”	La milza non è trigger point	Virosi influenzale

Tabella 1

La SISRI consente il monitoraggio terapeutico obiettivo. Infatti, il valore quantitativo del tl è del tl del rinforzo informano sul decorso morboso. Importante il fatto che solo quando nel corso di una influenza, per es., la SISRI da “incompleta” diventa “completa”, è necessaria la tempestiva somministrazione di antibiotici.

Sulla base dei dati raccolti in una ormai lunga esperienza, mi sento autorizzato ad affermare che è relativamente facile identificare *bed-side*, con la Semeiotica Biofisica, gli individui ICAEM-positivi a reale rischio congenito oncologico e di quantificarne la probabilità di malattia (1, 11, 13,14).

Manovra di Restano, tipo A e tipo B.

In una ormai lunga esperienza, nell’85% dei tumori maligni, solidi e liquidi, in fase iniziale e nel 100% in fase conclamata la SISRI è “completa” con un caratteristico tempo di latenza (tl) di appena 3 sec. e un tempo di latenza del rinforzo di $5,5 \pm 0,5$ sec.

Al contrario, nelle flogosi virali delle comuni malattie dell’infanzia e in quelle batteriche, nelle connettiviti, RAA, etc., il tl è di 6 sec. e il tl del rinforzo $8,5 \pm 0,5$ sec.; $p < 0,001$.

Nei pazienti operati con successo per tumore maligno il tempo di latenza è 10 sec. (NN=10sec.), ma dopo 5 sec. o più di apnea e contemporaneo *test del pugile* (chiusura stretta delle mani) - Manovra di Restano - il tempo di latenza (tl) scende a 3 sec. e il tl del rinforzo a 8 ± 1 sec. (Tab. 9 e 10).

Nel sano senza familiarità per patologia tumorale, la Manovra di Restano provoca una lieve modificazione del tl di base che si riduce a $8,5 \pm 0,5$ sec. con un tl del rinforzo di $9,5 \pm 0,5$ sec.

Infine, fatto di estremo interesse, nel 15% dei tumori maligni iniziali e nei pazienti a rischio oncologico, mentre i valori di base sono del tutto normali dopo la Manovra di Restano i valori osservati sono patologici, ovviamente di diversa intensità (Tab. 9).

Manovra di Restano e SISRI (in parentesi i valori di base)		
	tl	tl del rinforzo
85% P. con neoplasia iniziale e P. con neoplasia conclamata	3 sec. (3 sec.)	$5,5 \pm 0,5$ sec. ($5,5 \pm 0,5$ sec.)
P. operati di tumore maligno con successo	3 sec. (10 sec.)	$8,5 \pm 0,5$ sec. (>10 sec.)
Sani senza familiarità per tumore e ICAEM- α -neg.	$8,5 \pm 0,5$ sec. (10 sec.)	$9,5 \pm 0,5$ sec. (>10 sec.)
P. ICAEM- α -positivo, ma a rischio oncologico e 15% P. con neoplasia iniziale	3 sec. (10 sec.)	7 ± 1 sec. (>10 sec.)

Tabella 2

Manovra di Restano.

tipo A: tl 3 sec del riflesso midollo-gastrico- aspecifico	$I \leq 1$ cm.	tl II ≥ 9 sec.
tipo B: tl 3 sec. del riflesso gastrico aspecifico	$I > 1$ cm.	tl II $\geq 6 \leq 8$ cm.

Tabella 3

Occorre ricordare il ruolo svolto dalla M. di Restano nel passaggio dalla ICAEM- α alla insorgenza del tumore. La M. di Restano rappresenta l'attivazione del Sistema Reticolo-Istiocitario oggi definito Sistema Monocito-Macrofagico; essa si suddivide in tipo A e tipo B. Per osservare e quantificare la manovra si invita il soggetto da esaminare, supino e psico-fisicamente rilassato, a non respirare per 10 sec. (apnea test), oppure si comprime l'arteria brachiale per 10 sec. (M. di Restano variante) e a tenere i pugni chiusi in modo persistente (= ipertono simpatico). Prima che il soggetto riprenda la normale respirazione, il medico applica la pressione digitale sopra la linea mediale dello sterno (o la cresta iliaca, o la proiezione cutanea della milza) per valutare la Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario (lavori citati) = Riflesso Gastrico-Aspecifico, dilatazione del fondo e corpo dello stomaco e contrazione del giunto antro-pilorico (Fig: 1). I parametri da esaminare sono: il tempo di latenza I (tl I) che precede il Rifl.g.a.; tl II prima del rinforzo del Rifl. g.a.; intensità (I) del I Rifl.g.a. (Tab. 1).

Come detto precedentemente, la M. di Restano evidenzia l'attivazione in atto del Sistema Reticolo-Istiocitario o Sistema Monocito-Macrofagico. Infatti nel corso, per esempio, di una malattia infettiva compare prima il tipo A, quindi il tipo B ed infine la Sindrome di Iperfunzione del Sistema Retico-Istiocitario (SISRI), "completa", "incompleta", "intermedia", a seconda dell'eziologia. Quando la malattia regredisce si osserva la scomparsa della SISRI, poi del tipo B, la ricomparsa del tipo A, che non è più rilevabile a guarigione avvenuta.

La positività della manovra di Restano tipo B, cioè l'attivazione del sistema reticolo-istiocitario, si spiega con il fatto che il midollo cellule mononucleate, che migrano verso il timo e i tessuti linfatici, e mielopeptidi, attivatori della sintesi anticorpale, con il risultato finale di un aumento delle difese biologiche. Quanto appena affermato è dimostrato dalla seguente evidenza sperimentale: nel sano la pressione digitale intensa sui *trigger-points* della SISRI (linea mediale del corpo sternale e creste iliache) dopo 20 ec. ca. incrementa la sindrome semeiotico-biofisico-quantistica dell'anticorpopoiesi, che da "cronica" (tl 6 sec. del riflesso gastrico aspecifico durante pressione digitale sopra la proiezione del MALT) diventa "acuta" (tl 3 sec.).

Al contrario, nel terreno oncologico la stimolazione della anticorpopoiesi è del tutto assente oppure non è statisticamente significativa (tl 5-6).

Accanto a ciò nel sano la pressione sopra la linea mediale del corpo sternale provoca, dopo 20 sec.ca. l'aumento dei diametri della proiezione cutanea del BALT (\uparrow 3 cm.) con accentuazione della sintesi di anticorpi, mentre nel terreno oncologico l'aumento è \leq 1 cm.

A dimostrazione della coerenza interna ed esterna della nostra teoria sta il fatto che, contemporaneamente alla M. di Restano tutte le sedi di anticorpopoiesi (MALT) mostrano il quadro semeiotico biofisico della iperemia attiva segno di fase acuta della sintesi anticorpale, ovviamente di variabile intensità in rapporto all'agente causale. Corrobora quanto da noi sostenuto il fatto che la iniezione sottocutanea di un vaccino desensibilizzante alla Besredka fa comparire nel sano prima il tipo A, poi il tipo B ed infine la SISRI. Mentre contemporaneamente alla M. di Restano tipo A è sempre evidenziabile la sindrome di Selye d'intensità variabile, nel tipo B si osserva una caratteristica modificazione del Sistema Psico-Neuro-Endocrino-Immunitario sempre presente nei tumori maligni solidi e liquidi e nei pazienti operati con successo per neoplasia. Definiamo questa interessante situazione dei sistemi biologici di difesa antitumorale come *terreno oncologico*.

Per quanto riguarda la valutazione dei neuro stimolatori, neuromodulatori, neuromodulatori ormonali, radicali liberi, sideremia, e la attuazione del preconditionamento vedere nel mio sito, Bibliografia.

Terreno Oncologico di Di Bella.

La semeiotica biofisica consente al medico di evidenziare e quantificare *bed side* il terreno sul quale può insorgere il tumore maligno(Tab. 4, 5, 6).

Aumentati:	G. H.	I.G.F. _s	PRL	RL	Insulina-Insulinoresist.
Diminuiti:	SST, Mel	Oppioidi	Vit. A, E	Co. Q 10	Carnetina

Tabella 4

TERRENO ONCOLOGICO DI DI BELLA: DIAGNOSI E QUANTIZZAZIONE

ICAEM	PRESENTE (100%) Rifl. G. aspecifico > 2 CM.
BALT - OCCHI CHIUSI - TL > 3 SEC. I < 3 CM. D < 30 SEC.	
SINTESI ANTICORPALE TL > 5 SEC. I < 2 CM. D < 30 SEC.	
MELATONINA, DEC.SPLANCN. TL > 3 SEC. I < 2 CM. D < 30 SEC.	
SST-RH "IDEM" TL > 3 SEC. I < 2 CM. D < 25 SEC.	
GH-RH "IDEM" TL > 3 SEC. I < 2CM D < 20 SEC.	
MELATONINA, SST,GH,OPPIOIDI ENDOGENI E VELOCITA' ONDA PERISTALTICA T < 10 SEC.	

Tabella 5

Oncological Terrain

Epiphysis - Gastric Aspecific Reflex (Ep. G. A. R.) intense digital pressure on cutaneous projection of epiphysis

Latency time (Lt) in seconds	MFR in seconds	fD & equilibria	EBD	Preconditioning	tCG	Diagnosis
Lt = 16 Negative Rinaldi's Sign	3 < MFR < 4 normal MFR, associated activation, outcome +	fD ≥ 3 (ideal value fD=3.81) stange attractor	Normal EBD physiological function	Type I Physiological tissue microvascular unit	Absent	Health

Lt = 0 positive Rinaldi's Sign	MFR = 4 compromised MFR, dissociated activation, outcome \pm	$2 < fD < 3$ limit cycle	Normal, slightly modified EBD function, small number of pathological EBD	Type II A Intermediate tissue microvascular unit	tonic Gastric Contraction - tGC - local autoimmune syndrome - accompanied by gallbladder - and splenic contraction - decongestion: positive tCG	Oncological Terrain (see tables about different types of cancer to refine the diagnosis)
Lt = 0 positive Rinaldi's Sign	$4 < MFR \leq 5$ growing compromised MFR, dissociated activation, outcome \pm	$1 < fD \leq 2$ limit cycle	Modified EBD function, increasing number of pathological EBD	Type II B Intermediate tissue microvascular unit	tonic Gastric Contraction - tGC - local autoimmune syndrome - accompanied by gallbladder - and splenic contraction - decongestion: positive tCG	Inherited Real Risk of Cancer (see tables about different types of cancer to refine the diagnosis)
Lt = 0 positive Rinaldi's Sign	MFR > 5 absent MFR, dissociated activation, outcome -	fD = 1 fix point	Normal EBD function pathological, large number of pathological EBD	Type III Pathological tissue microvascular unit	tonic Gastric Contraction - tGC - local autoimmune syndrome - accompanied by gallbladder - and splenic contraction - decongestion: positive tCG	Overt Cancer (see tables about different types of cancer to refine the diagnosis)

Table 1. Legend: MFR (Microcirculatory Functional Reserve); EBD (Endoarteriolar Blocking Device); CAD (Coronary Artery Disease); fD (fractal Dimension); Lt (Latency time) Caramel S., Stagnaro S.

Tabella 6

La completa valutazione del Sistema Psico-Neuro-Endocrino-Immunitario e delle sostanze di cui alla Tab. 4, con la Semeiotica Biofisica Quantistica richiede ovviamente un lungo studio ed esperienza con questa originale semeiotica. Per motivi di spazio rimandiamo il lettore interessato ai lavori citati.

A questo proposito ricordiamo, tuttavia, che uno dei modi più semplici per individuare la presenza del terreno oncologico è il seguente: nel sano, supino e psicofisicamente rilassato, durante la ritmica palpazione della mammella (TSS: test della suzione simulata) la durata del Rifl.g.a. è di 7 sec. esatti.

Al contrario nel terreno oncologico questa durata sale a 8-9 sec. ($p < 0,01$) a causa dell'aumento della prolattinemia. Inoltre, dopo pressione digitale di 30 sec. applicata 2 cm. sopra il meato uditivo esterno (proiezione cutanea del centro neuronale del GH-RH) nel sano la durata del Rifl.g.a. durante TSS è < 10 sec. mentre nel terreno oncologico è ≥ 10 sec.

Infatti, in questa condizione vi è netta sproporzione tra attività frenante e stimolante la secrezione di PRL da parte dei numerosi ormoni e neurotrasmettitori in favore dei secondi. In realtà, il TSS, di semplice valutazione, svolge un ruolo importante nella individuazione delle complesse modificazioni dei sistemi biologici di difesa antitumorale, che costituiscono il terreno oncologico.

Nel sano, dove il TSS di base è di 7 sec., la stimolazione mediante la pressione digitale del n. mandibolare per 30 sec., attraverso la secrezione di oppioidi endogeni, riduce la durata del Rifl.g.a. durante TSS a ≤ 6 sec. (7).

Al contrario, il test dell'apnea (10 sec.), mediante l'attivazione del simpatico con secrezione di A e NA, fa aumentare il TSS a 12 sec. In presenza di terreno oncologico, a causa dei livelli ormonali e neurotrasmettitoriali alterati, la durata del Rifl.g.a. non si riduce in conseguenza della diminuzione degli oppioidi endogeni e della somatostatina, mentre aumenta ben oltre i 12 sec. a causa dell'incremento della prolattina. Ne consegue che la Semeiotica Biofisica consente *bed side* di corroborare la relazione esistente tra immunità e Sistema Psico- Neuro Endocrinologico (7).

Esistono altri numerosi, semplici e rapidi modi per accertare *bed-side* la presenza del terreno oncologico senza dovere ricorrere alla “diretta” valutazione della secrezione di GH-RH, ACTH-RH, SST-RH e melatonina e alla “quantizzazione” degli oppioidi endogeni, con notevole facilitazione diagnostica e, quindi, dello *screening* di massa.

1) Valutata di base la dimensione della proiezione cutanea di una area del BALT, il paziente è invitato a chiudere intensamente gli occhi, coprendoli con una mano; a partire da 5 sec. questa area aumenta i suoi diametri in diretto rapporto alla intensità della secrezione di melatonina: nel sano, l'area praticamente raddoppia, raggiungendo il diametro di 6 cm. ca. mentre nel terreno oncologico ($tl > 5$ sec.) l'aumento è ≤ 1 cm.

2) In perfetta correlazione con quanto appena descritto, il riflesso BALT-gastrico aspecifico fisiologicamente mostra un tl di base di 6 sec. - sintesi anticorpale cronica – che scende a 3 sec. dopo la chiusura degli occhi (> 5 sec.) con intensità maggiore a quella iniziale. Al contrario, nel terreno oncologico tl ed intensità del riflesso si modificano lievemente in rapporto alla gravità della patologica situazione biologica della sintesi anticorpale, sempre compromessa.

3) Il test dell'apnea riduce di $1/3$ il diametro della proiezione cutanea del BALT nel sano, mentre nel terreno oncologico la diminuzione è di $2/3$.

Test della Suzione Simulata e Terreno Oncologico di Di Bella.

La valutazione del terreno oncologico mediante il test della suzione simulata (TSS) e contemporaneo preconditionamento della mammella è interessante e pratico: si valuta di base la durata del TSS - ritmica palpazione della mammella e durata del riflesso gastrico aspecifico – (NN = 7 sec. esatti) e, poi, si ripete il test per almeno una seconda volta con intervallo di 5 sec.

Nel sano la durata scende progressivamente a 6 sec. e poi a 5 sec., poiché il tono dopaminergico dell'asse diencefalo-ipofisario fisiologicamente risulta incrementato, con conseguente riduzione della secrezione prolattinica.

Al contrario, nel terreno oncologico la durata di base è 8 sec. e, quindi, a ≥ 12 sec. Notoriamente in questa condizione e nei tumori maligni il tono dopaminergico dell'asse ipotalamo-ipofisario è ridotto con conseguente aumento della secrezione prolattinica. Pertanto, il valore diagnostico del TSS è notevole sia per accertare il terreno oncologico che per diagnosticare il tumore maligno.

Nei tumori maligni, solidi e liquidi, il TSS di base è ≥ 10 sec. Si osserva lo stesso valore nelle fasi iniziali del tumore, nei pazienti operati con successo e negli individui a rischio. Sotto i 65 anni il TSS è indipendente dall'età e dal sesso (NN = 7 sec.). Dopo 10 sec. di apnea (apnea test) il TSS sale da 12 a 20 sec. (NN = 10 sec. circa). Un TSS di base di 12 sec. in individui sotto i 65 a. è di per sé espressione di un particolare terreno in cui il sistema immunitario è attivato.

Dalla ICAEM- α alla M. di Restano tipo A e, quindi, tipo B, di varia intensità, espressione attuale del terreno oncologico, il passaggio è lento e graduale. Una lunga esperienza consente di affermare che la dieta, normocalorica e ben equilibrata, e il regime di vita, illustrato nel decalogo della Società Europea per lo Studio e Prevenzione del Tumore e, infine, l'impiego di farmaci istangioprotettivi (Co. Q 10, Carnetina, Vit. A ed E, Finasteride, Bioflavonoidi, Moexipril, Capsaicina, ma specialmente la Melatonina coniugata) sono in grado di far scomparire il terreno oncologico.

Sul piano pratico appare del tutto inutile ricercare la presenza del tumore maligno in un paziente che non presenti i segni semeiotico-biofisici del terreno oncologico, per esempio il tipo B della M. di Restano. Questo procedimento rappresenta pertanto un risparmio di tempo per il medico e della spesa sanitaria, nell'interesse primario del paziente, così tranquillizzato. Infine, là dove è evidenziata la turbata armonia dei sistemi biologici di controllo della riproduzione cellulare, si dovrà escludere con ogni mezzo e tempestivamente la presenza di un tumore in atto, dopo di che verrà istituita la opportuna terapia farmacologica e la corretta dieta, etimologicamente intesa, al fine di riportare nei valori normali i parametri relativi alla SST, GH, IGS, oppioidi endogeni, RL, antiossidanti, Co Q 10, Insulinemia-Insulinresistenza e melatonina.

Valutazione Semeiotico-Biofisico-Quantistica della Secrezione Epifisaria di Melatonina.

Per la prima volta clinicamente è possibile valutare con la Semeiotica Biofisica la secrezione epifisaria di melatonina, N-acetil-5-metossi-triptamina, che notoriamente stimola l'anticorpopsi indirettamente mediante i recettori oppioidi, da essa stimolati ed inibisce la crescita di cellule normali o neoplastiche (1).

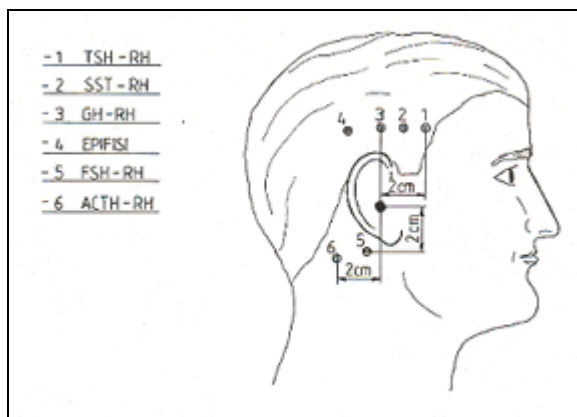


Fig. 2

Diversi sono i metodi semeiotico-biofisici di valutazione della melatonina, facilmente applicabili *bed-side*, attendibili e di rapida esecuzione:

1) nel sano, la chiusura intensa degli occhi provoca dopo 5 sec. ca., se assente, od intensifica, se già presente, la sintesi anticorpale. Di conseguenza, la proiezione cutanea del BALT raddoppia il diametro e, contemporaneamente, la velocità dell'onda peristaltica, per esempio nello stomaco, appare nettamente rallentata, impiegando ≥ 12 sec. a percorrere la grande curvatura (NN = 5 sec.). La durata di questi segni è 30 sec., identica alla durata della secrezione di melatonina (V. sotto);

2) la pressione digitale medio-intensa, esercitata sopra la proiezione cutanea dell'epifisi, 2 cm. sopra e 2 cm. posteriormente il meato uditivo esterno (Fig. 2), dopo 5 sec. ca. provoca gli stessi segni descritti al punto 1) e con identica durata, a dimostrazione della coerenza interna ed esterna della teoria semeiotico-biofisico-quantistica;

3) fisiologicamente la pressione digitale intensa, applicata sopra il ramo mandibolare del nervo trigemino provoca dopo ≥ 15 sec. l'aumento degli oppioidi endogeni, attivazione microcircolatoria tipo I, associata, nella epifisi, incremento della sintesi anticorpale (tipo "acuto") e contemporaneamente rallenta la velocità dell'onda peristaltica, che da 5 sec. sale a ≥ 12 sec.

Nel terreno oncologico la secrezione di melatonina è compromessa anche se, ovviamente, con intensità differente da individuo ad individuo, come è facile osservare valutando i parametri sopra illustrati.

A dimostrazione che l'attività epifisaria è valutabile con la Semeiotica Biofisica, in modo rapido ed affidabile, sta la seguente evidenza sperimentale: fisiologicamente la stimolazione del nervo mandibolare libera oppioidi endogeni (7) in quantità tale da rallentare la velocità dell'onda peristaltica, cosicché il tempo impiegato dall'onda a percorrere la grande curva gastrica sale da 5 sec. a ≥ 12 sec. Contemporaneamente, la intensità del riflesso cerebro-gastrico aspecifico dei potenziali cerebrali somato-sensoriali evocati (1-15) scende da 2,5 cm. a $\geq 1,5$ cm. < 2 cm.

Tuttavia, se questi parametri sono valutati dopo che il soggetto da esaminare ha chiuso gli occhi e/o è stata applicata la pressione digitale intensa sopra la proiezione cutanea dell'epifisi per 30 sec. (Fig.19), i valori osservati appaiono nettamente differenti: 34 sec. e < 1,5 cm. rispettivamente. L'esperimento dimostra che la melatonina, secreta in questa condizione, agisce anche, ma non soltanto, mediante gli oppioidi endogeni, la cui azione, pertanto, risulta più intensa, consentendo così la "quantizzazione" del livello attuale di N-acetil-5-metossi-triptamina.

Accanto a ciò, la evidenza clinica dimostra che la melatonina, associata agli oppioidi endogeni, stimola più intensamente la sintesi acuta anticorpale.

In conclusione, per evidenziare nella pratica il *terreno oncologico*, in modo completo, qualitativo e quantitativo, è consigliabile l'*iter* diagnostico, semplice ed affidabile, di seguito descritto.

1) Valutazione di base della velocità dell'onda peristaltica gastrica (NN = 5 sec.).

2) Valutazione della secrezione di GH mediante stimolazione della proiezione cutanea del centro neuronale del GH-RH - 2 cm. sopra il meato uditivo esterno - (Fig. 19): si osserva che nel sano la durata della congestione del pancreas è 6 sec. mentre la decongestione è di 20 sec. esatti. Durante la manovra si valuta il tempo impiegato dall'onda peristaltica gastrica, causata dal pizzicotto cutaneo sulla proiezione dell'angolo di His, per percorrere la grande curva sale a ≥ 12 sec., in quanto il GH stimola la secrezione di somatostatina, che rallenta la peristalsi e decongestiona il territorio splancnico. Dopo 20-25 sec. dall'inizio della stimolazione del GH-RH, eseguite le due osservazioni, interrotta la manovra, immediatamente si valuta la durata del TSS, che fisiologicamente è < 10 sec. perché l'attività stimolante la secrezione di prolattina del GH è ostacolata alla valida secrezione di somatostatina e dalla fisiologica quantità di dopamina a livello diencefalo-ipofisario; entrambe questi prodotti agiscono negativamente sulla secrezione prolattinica.

Alla fine della stimolazione della secrezione di GH-RH (quanto segue vale anche per quanto riguarda la secrezione degli altri RH) il pancreas nel sano si congestiona per la durata esatta di 10 sec. Questo valore è di estrema importanza ai fini della diagnosi del *dismetabolismo glicidico*.

Infatti, nel *diabete mellito* la durata dell'abbassamento del margine inferiore del corpo pancreatico appare < 10 sec. in rapporto inverso con la gravità della sindrome.

Al contrario, nella *RTG* e negli altri casi di *iperinsulinemia* la durata risulta > 10 sec. direttamente correlata con l'aumento della secrezione ormonale, ennesima dimostrazione della possibilità offerta dalla originale semeiotica fisica di valutare insieme patologie diverse, in quanto i vari sistemi biologici sono intimamente correlati dal punto di vista anatomo-funzionale.

Il terreno oncologico è riconosciuto e può essere "quantificato" con 3) la valutazione degli oppioidi endogeni, "direttori dell'orchestra immunitaria", e 4) la valutazione della melatonina, come sopra descritto.

Per quanto riguarda il sistema degli oppioidi endogeni, attraverso i quali agiscono la melatonina e i mielo-peptidi, un metodo raffinato è rappresentato dalla valutazione della intensità del riflesso cerebro-gastrico aspecifico di base (NN $\geq 2 < 3$ cm.) nel quantificare i PCE e dopo stimolazione dolorosa - pressione intensa digitale sopra il nervo mandibolare per 25 sec. : nel sano la intensità del riflesso risulta dimezzata a causa della azione frenante la neurotrasmissione, svolta dagli oppioidi endogeni.

Nel *terreno oncologico*, la costante carenza di β -endorfine e di met-enkefalina provoca la scarsissima riduzione di intensità del riflesso cerebro-gastrico aspecifico nella condizione descritta.

A questo punto illustriamo la metodica, semplice e di rapida esecuzione, per diagnosticare e "quantizzare" il terreno oncologico: come già detto, la chiusura degli occhi è seguita dalla secrezione epifisaria di melatonina, sempre ridotta nel *terreno oncologico*, sebbene con differente intensità. La melatonina, poi, stimola la secrezione diencefalica di SST-RH e di oppioidi endogeni, in particolare nel nucleo arcuato. La melatonina, la somatostatina e, specialmente, gli oppioidi endogeni stimolano la sintesi anticorpale.

Il diametro della proiezione cutanea di un'area del BALT viene valutata di base e dopo 5 sec. che il soggetto ha chiuso intensamente gli occhi: nel sano il diametro del BALT raddoppia per ≥ 20 sec., mentre nel *terreno oncologico*, in rapporto alla sua gravità, l'aumento è minimo (≤ 1 cm.) per la durata ≤ 10 sec. appena. Per un approfondimento dell'argomento trattato, rimandiamo il lettore al nostro precedente lavoro (1-5) (Bibliografia nel sito).

Il Segno di Rinaldi.

In accordo con i principi fondamentali della Semeiotica Biofisica Quantistica, la stimolazione "intensa", mediante pressione digitale applicata sopra il *trigger point* del centro neuronale dell'SST-RH, oppure sopra la proiezione cutanea dell'epifisi (Fig. 5), accentua la sintesi di ATP, Energia Vibratoria, con conseguente aumento di Energia Informazione (27-32), creando le condizioni dell'insorgenza a distanza di risposta simultanea, tipica della realtà non locale da me dimostrata in biologia (31).

Nel sano, nella condizione sperimentale sopra riferita, la stimolazione di "media" intensità dei centri neuronali del SST-RH e/o dell'epifisi provoca il riflesso gastrico aspecifico dopo un tempo di latenza di 8 sec.

Al contrario, se la stimolazione è "intensa", il riflesso non compare "simultaneamente", ma dopo 16 secondi, come appunto accade nel precondizionamento del SST-RH: **Segno di Rinaldi negativo.**

Nei soggetti colpiti dal Terreno Oncologico di Di Bella, anche nella forma "latente", 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.**

L'intensità del segno è in relazione diretta con la gravità della sottostante patologia; nel Reale Rischio Congenito Oncologico è circa 1 cm., mentre nel cancro in atto l'intensità del riflesso gastrico aspecifico raggiunge i 3 cm.

Conclusione.

Nella pratica quotidiana, per accertare il terreno oncologico ed il "**reale rischio congenito**" di cancro, in modo rapido, facile, affidabile, sia qualitativo sia quantitativo, è consigliabile il seguente *iter* diagnostico:

1) valutazione del **Segno di Rinaldi** e quindi del tempo di latenza e della durata del riflesso epifisi (oppure SST-RH)-gastrico aspecifico (NN = 8 sec. Durata > 3 sec. < 4 secc.), durante stimolazione di "media" intensità della proiezione cutanea del SST-RH oppure dell'epifisi;

2) valutazione del *Test* della Suzione simulata;

3) valutazione della secrezione di GH mediante la stimolazione della sua area di proiezione cutanea, cioè, la proiezione cutanea del centro neuronale del GH-RH (Fig. 2), localizzato 2 cm sopra il meato acustico esterno: nel sano, la durata della congestione splenica (aumento dei diametri della milza) è di 6 sec., mentre la decongestione splenica persiste per 20 sec. esatti.

Inoltre, durante questa manovra il medico calcola pure il tempo necessario all'onda peristaltica gastrica (magari causata dal pizzicotto della cute corrispondente alla proiezione dell'angolo di His)

per raggiungere la regione antro-pilorica muovendo lungo la grande curvatura dello stomaco: ≥ 12 sec. (NN = 5 sec.), in considerazione del fatto che il GH stimola la secrezione della somatostatina, che rallenta la peristalsi gastro-intestinale e provoca decongestione nel territorio splancnico.

Dopo 20-25 sec. dall'inizio della stimolazione del GH-RH, valutata con i parametri sopra riferiti, la manovra è interrotta, ed il medico immediatamente calcola la durata di secrezione della SST, che fisiologicamente è < 10 sec., a causa del fatto che la secrezione normale di somatostatina e il livello fisiologico di dopamina nell'asse diencefalo-ipofisario riducono la secrezione prolattinica, stimolata dal GH.

Notoriamente, le due sostanze nominate influenzano negativamente la secrezione di prolattina.

Al termine della stimolazione della secrezione di GH-RH (e della secrezione degli altri RH, naturalmente), nel sano, il pancreas aumenta i suoi diametri (in pratica, il margine inferiore del pancreas si abbassa a causa della congestione ghiandolare per **10 sec.** esatti.

E' interessante che questo valore parametrico è fondamentale nel diagnosticare alterazioni del *metabolismo glicidico*. Infatti, in caso di *diabete mellito* la durata dell'abbassamento del margine inferiore del pancreas risulta < 10 sec., in relazione diretta con la gravità della patologia.

Al contrario, sia nell'IGT sia nella iperinsulinemia-insulinoresistenza (13, 14), l'ingrandimento pancreatico dura > 10 sec., ancora una volta in rapporto con l'incremento della secrezione ormonale, mostrando la possibilità di valutare simultaneamente differenti alterazioni biologiche mediante la **Semeiotica Biofisica Quantistica**, perché i numerosi sistemi biologici sono intimamente collegati dal punto di vista strutturale e funzionale.

A questo punto, il terreno oncologico è riconosciuto e può essere valutato "quantitativamente", come segue:

4) valutazione degli oppioidi endogeni, i cosiddetti "direttori dell'orchestra immunitaria";

5) valutazione del livello melatoninico, anche mediante il comportamento del BALT durante il *Test* degli Occhi Chiusi.

Per quanto riguarda la valutazione degli oppioidi endogeni, che può essere attivata dalla melatonina e dai mielo-peptidi, un metodo raffinato è rappresentato dal calcolo della intensità del riflesso cerebro-gastrico aspecifico, in un primo tempo, di base (NN $\geq 2 < 3$ cm.), e, successivamente, dopo intensa pressione digitale applicata sopra il nervo mandibolare per 25 sec., mentre si osservano i Potenziali Cerebrali Evocati (8, 9, 10):

nel sano, l'intensità del riflesso cerebro-gastrico aspecifico è ridotta della metà, a causa dell'azione negativa degli oppioidi endogeni sulla neurotrasmissione;

Al contrario, il terreno oncologico, caratterizzato dalla carenza di β -endorfine e di metenkefalina, provoca una modesta riduzione del riflesso cerebro-gastrico aspecifico nella identica condizione sperimentale.

Per riconoscere il "**reale rischio congenito di cancro**", riferito sopra, il medico deve quantificare l'alterazione del tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico, la sua durata, e soprattutto prezioso il preconditionamento

Prima di concludere vorrei brevemente descrivere la più raffinata diagnosi del terreno oncologico, che richiede pertanto una sicura conoscenza della **Semeiotica Biofisica Quantistica**:

nel sano, la chiusura degli occhi provoca immediatamente l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato con durata della *vasomotility* e quindi della *vasomotion* di 8-9 sec. (NN = 6 sec.)

sia nella epifisi sia nel Nucleo Sopra-Chiasmatico (*trigger-points*: 3 cm. sopra il meato auricolare esterno lievemente in sede anteriore) (33).

Al contrario, nel terreno oncologico la durata delle fluttuazioni non superano I 7 sec.

In conclusione, il metodo più facile e di rapida applicazione, affidabile nel diagnosticare “quantitativamente” il terreno oncologico, a mio parere, è rappresentato dal **Segno di Rinaldi**, a cui il medico fa seguire il *test* della chiusura degli occhi che incrementa la secrezione di melatonina da parte dell'epifisi, sempre ridotta nel terreno oncologico, naturalmente con differente intensità. Notoriamente la melatonina stimola la secrezione diencefalo-ipofisaria della SST-RH e specialmente quella degli oppioidi endogeni, particolarmente nel nucleo arcuato.

Inoltre, melatonina, somatostatina e specialmente gli oppioidi endogeni stimolano la sintesi anticorpale.

Ne consegue che la proiezione cutanea del BALT, valutata di base e durante il *test degli occhi chiusi* (la chiusura degli occhi stimola la secrezione di melatonina) appare chiaramente modifica in modo statisticamente significativo: nel sano, l'area del BALT risulta raddoppiata per la durata di 30 sec., mentre nel terreno oncologico le modificazioni sono minime (≤ 1 cm.) per una durata inferiore a 30 sec., in relazione inversa alla gravità della compromissione del sistema PNEI.

Bibliografia.

- 1) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004.
http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 2) **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.
- 3) **Stagnaro S.** Il “Reale Rischio” Semeiotico-Biofisico. <http://piazzetta.sfera.net/>.
URL:<http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>
- 4) **Stagnaro Sergio.** Bed-Side Evaluating Breast Cancer Real Risk. *World Journal of Surgical Oncology*. 2005, **3**:67 doi:10.1186/1477-7819-3-67. 2005
- 5) **Stagnaro Sergio.** Relevance of Mitochondria in Cancerogenesis. *Journal of Carcinogenesis*. 2005, **4**:1 doi:10.1186/1477-3163-4-1
<http://www.carcinogenesis.com/content/4/1/1/comments#136454>
- 6) **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
- 7) **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
- 8) **Stagnaro Sergio.** Biophysical Semeiotic Constitutions, Genomics, and Cardio-Vascular Diseases. *BMC Cardiovascular Disorders* <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/20/comments#95454>
- 9) **Stagnaro Sergio.** Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science. 2005. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response>
- 10) **Stagnaro Sergio.** Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
- 11) **Stagnaro Sergio.** Microangiologia clinica semeiotico-biofisica dei dispositivi endoarteriosi di blocco. <http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia/Documenti/Ita/A%20DEB.doc>

- 12) **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
- 13) **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, Roma, 2009.
- 14) **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/cms-web/upl/doc/Documenti-inseriti-dal-2-11-2007/II%20Terreno%20Oncologico%20di%20Di%20Bella.pdf>;
<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.6420>
- 15) **Sergio Stagnaro.** Lettera Aperta al Ministro della Salute, On Prof. Ferruccio Fazio. Terrorismo Psicologico Jatrogenico, Epidemia ignorata ma in aumento. www.mednat.org, 22 ottobre 2010.
http://www.mednat.org/Lettera_Aperta_%20Ministro_Salute%202010.pdf ;
<http://www.fceonline.it/home-mainmenu-1/bacheca/199-bacheca/97835-lettera-aperta-al-ministro-della-salute-on-prof-ferruccio-fazio.html>
- 16) **Sergio Stagnaro.** Insulin, Adipogenesis, Cancer: an intriguing relation! PLoS, 13 July 2009, <http://www.plosone.org/annotation/listThread.action;jsessionid=269333E6C38DAE33203F8590848855C0.ambra01?inReplyTo=info%3Adoi%2F10.1371%2Fannotation%2F1fc8961f-7e84-42d9-bcea-4443873cbf96&root=info%3Adoi%2F10.1371%2Fannotation%2F1fc8961f-7e84-42d9-bcea-4443873cbf96>
- 17) Pellionisz A. J. (2008) "The Principle of Recursive Genome Function", The Cerebellum (Springer), 7(3) 348- 359, 2008
- 18) **Sergio Stagnaro.** Bedside Recognizing Leukemia Oncological Inherited Real Risk. www.scivox.com, 18 August, 2010. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-08-18bedside+recognizing+leukemia+oncological+inherited+real+risk..html>
- 19) **Sergio Stagnaro.** Manuel's Story: A new Way in Cancer Primary Prevention. <http://www.sci-vox.com>. 21 July, 2010. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-07-21manuel%27s+story%3A+a+new+way+in+cancer+primary+prevention.html>
- 20) **Simone Caramel, Sergio Stagnaro.** The Role of Mitochondria and mit-DNA in Oncogenesis, 16 July, 2010.
<http://www.quantumbiosystems.org/admin/files/QBS%20%281%29%20250-281.pdf>
- 21) **Sergio Stagnaro.** Preventing cervical cancer in Africa. BMJ. Blog.
<http://blogs.bmj.com/bmj/2009/03/30/david-kerr-on-preventing-cervical-cancer-in-africa/>
- 22) Sergio Stagnaro. We need new Ways in preventive Medicine. www.bmj.com, 5 October 2002, <http://www.bmj.com/cgi/eletters/325/7367/740#26043>
- 23) Sergio Stagnaro. Massucco's Sign in the war against to Prostate Cancer. Letter to FDA; www.melatonina.it ; 2 May, 2010, <http://www.melatonina.it/articoli/247-2010-05-02.html>
- 24) Sergio Stagnaro. Ingrossamento della Prostata: Adenoma o Cancro? Ruolo diagnostico dei Dispositivi Endoarteriolar di Blocco. <http://www.piazzettamedici.it/> ;
<http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/prostata.htm>
- 25) **Stagnaro Sergio.** La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo. <http://www.fcenews.it>, 15, giugno 2009. <http://www.fcenews.it/docs/diagnostica2.pdf> ;
www.altrogiornale.org, <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4889> ;
<http://www.nonapritequelportale.com/?q=la-psicocinesi-esiste-funziona> ;
<http://unlocktor.altervista.org/forum/viewtopic.php?t=1192&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=&sid=af35aa98b69d6f08d116f65d34b55827> ;
http://www.spaziamente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corrobora_la_psicocinesi.pdf

- 26) **Stagnaro Sergio.** VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS E CANCRO DEL COLLO UTERINO!, <http://www.fcenews.it>,
http://www.fcenews.it/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1598,
<http://www.altrogiornale.org/comment.php?comment.news.4307>
- 27) Stagnaro Sergio. Pollio's Sign in bedside Recognizing renal Cancer, since its initial Stage of Inherited, Oncological Real Risk. Sunday, March 22, 2009. <http://sciphu.com/>
- 28) Stagnaro Sergio. La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica. www.fce.it 0,2-0,5, 2008
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47
- 28)) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47
- 29) Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17
<http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
- 30) 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>
- 31) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it , 29 maggio 2008,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 32) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 33) **Stagnaro Sergio.** Insomnia is a Sign of Di Bella's Oncological Terrain. www.sisbq.com,
 1, February, 2011. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/insomniacancer.pdf> ;
<http://www.sci-vox.com/>. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2011-02-04di+bella%27s+oncological+terrain+and+insomnia..html> ;
<http://stagnaro.wordpress.com/2011/02/04/insomnia-as-sign-of-di-bellas-oncological-terrain/> ;
<http://sciphu.com/2011/02/di-bellas-oncological-terrain-and.html>

* **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

