

**pillole di medicina**

**Dermatologia**

**Tè con limone per evitare un tumore delle pelle**

Il tè con una fetta di limone può ridurre il rischio di carcinoma squamocellulare, che nella maggior parte dei casi è benigno, ma piuttosto diffuso. Ne sono convinti Iman Hakim e Robin Harris, due studiosi dell'università dell'Arizona, dopo aver studiato i dati di 450 individui (metà dei quali ammalati di questo tipo di carcinoma) e averli intervistati in merito alle loro abitudini di vita. Bere abitualmente tè al limone sembrerebbe ridurre del 70 per cento il rischio di sviluppare questa forma di cancro, mentre se nella tazza c'è solo tè nero (senza limone) la riduzione scenderebbe al 40 per cento. Invece, il tè freddo «confezionato» non ha dato risultati analoghi, forse perché viene diluito, come suggeriscono gli stessi autori dello studio. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Bmc Dermatology*, conferma in parte quanto già appurato da altre ricerche.

**Una ricerca americana**

**Due vaccini pediatrici non causano danni permanenti**

I vaccini pediatrici sono stati spesso accusati di provocare danni. In alcuni casi anche senza motivazioni scientifiche. Nel caso di due vaccini pediatrici molto diffusi per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse (DTP) e di morbillo, rosolia e orecchioni (MMR) l'accusa era di provocare, in alcuni casi sporadici, danni permanenti come l'epilessia o ritardi mentali. Oggi però il più vasto studio mai effettuato sull'argomento, scagiona i due vaccini. Lo studio, che ha esaminato 679.942 giovanissimi che avevano ricevuto i due vaccini, ha concluso che le sostanze seppure possono, sia pure raramente, provocare febbri alte e quindi episodi di convulsioni, non causano però effetti negativi a lungo termine. La ricerca è stata sponsorizzata dai Centers for Disease Control degli Stati Uniti.



**Uno studio dell'NIH**

**La dose di vitamina C per stare bene**

Alle donne bastano 90 milligrammi al giorno di vitamina C per stare bene. A sostenerlo è una ricerca condotta dal National Institutes of Health di Bethesda, dove gli scienziati hanno individuato la «dose» ideale per le giovani donne sane. L'équipe guidata da Mark Levine ha esaminato campioni di sangue di 15 volontarie sane, vissute in ospedale per 6 mesi. In tutto questo periodo le donne hanno seguito una dieta priva di cibi con vitamina C, abbinata a varie dosi di integratori ad hoc, scoprendo così la dose ideale. «Novanta milligrammi al giorno possono essere messi insieme mangiando 5 piatti di frutta o verdura fresche», dice il medico. Per fare il pieno di vitamina C, ricorda ancora l'esperto, si può optare in particolare per arance, patate, fragole e broccoli.

**Da: «The Independent»**

**Un test per sapere quanto aspettare per fare un figlio**

Un test genetico dirà alle donne in carriera quanto possono aspettare per fare un figlio. Negli ultimi trent'anni l'età per concepire un figlio si è progressivamente spostata in avanti. Ma c'è un rischio nell'aspettare troppo perché la fertilità diminuisce con gli anni e può accadere che, quando si decide di provare, il figlio non arrivi. Alcuni ricercatori olandesi hanno scoperto che l'età della menopausa è geneticamente determinata nell'85% dei casi. La loro ricerca è stata pubblicata dalla rivista *Human Reproduction*. Dato che il declino della fertilità è collegato alla menopausa (comincia 20 anni prima), i ricercatori hanno pensato di lavorare all'identificazione dei geni che controllano la menopausa per poter mettere a punto un test che dica quanto dura il periodo fertile per una donna. Secondo la loro opinione, riportata dal quotidiano inglese *The Independent*, il test potrebbe essere pronto tra cinque anni.

# Tanti Lipobay fra i nostri farmaci

Vincenzo Cuomo, farmacologo: «Negli Usa sono tra le prime dieci cause di morte»

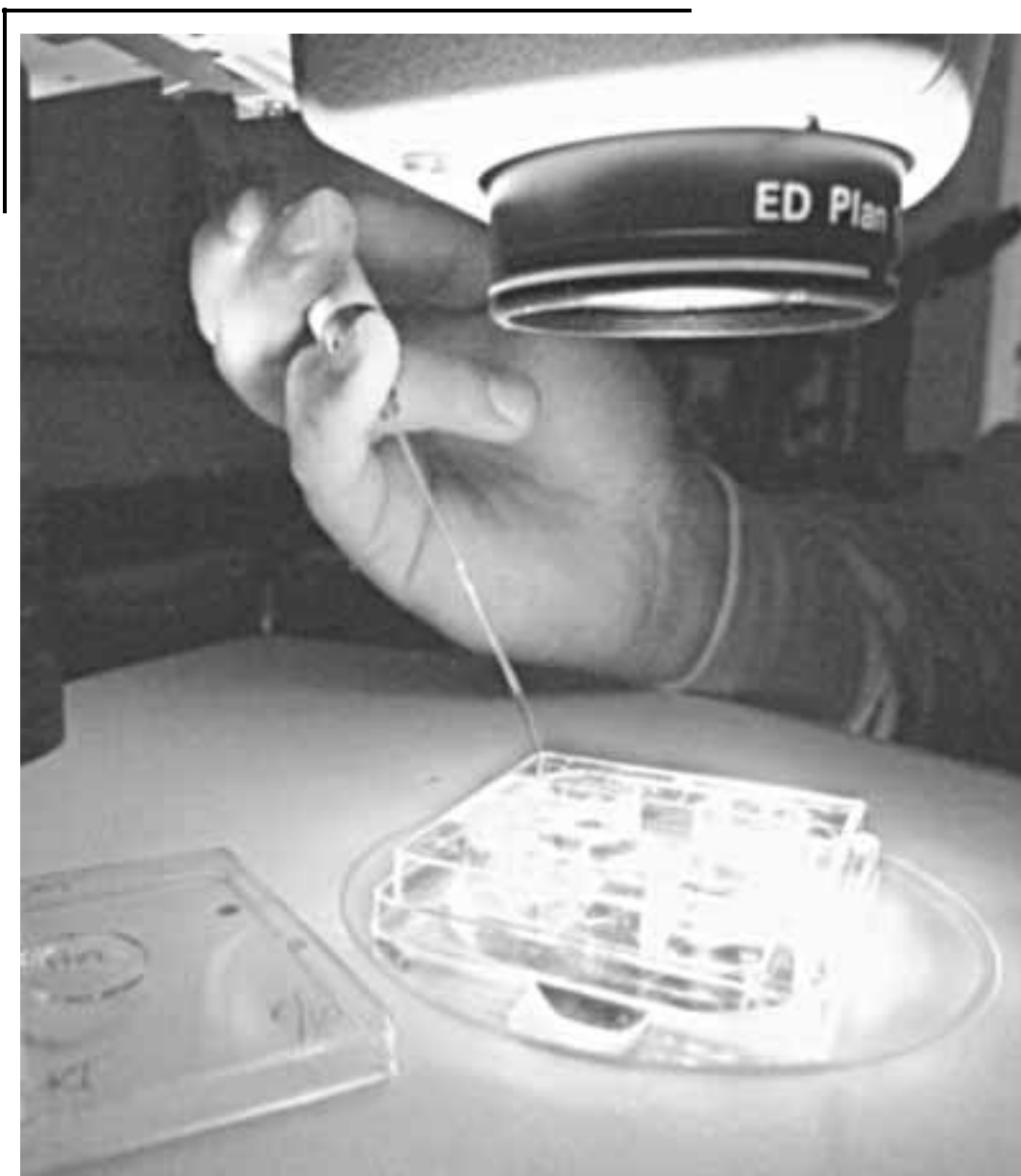
Edoardo Altomare

**bambini**

Lipobay come il Contergan? Sono passati giusto quarant'anni da quando - nel 1961 - il farmaco a base di talidomide venne ritirato dal commercio per aver provocato la nascita di bambini focomele. Era stato somministrato alle loro mamme, nei primi mesi di gravidanza, come «innocuo» sonnifero. Accade però in questi giorni che mentre per la - giustamente - vituperata talidomide è in corso un processo di parziale riabilitazione dovuto alla scoperta di alcune sue potenzialità terapeutiche (antitumorali, ad esempio), la furia mediatica si sta abbattendo sulla cerivastatina. Con un accanimento eccessivo, che non tiene conto - come opportunamente sottolineato da Pier Carlo Marchisio sull'inserto «Tuttoscienze» della Stampa di mercoledì scorso - dei tantissimi che hanno finora tratto giovamento dalle statine: e di quelli, forse ancor più numerosi, che potranno riceverne beneficio in futuro. Chi segue da vicino le ricerche sulle statine giura infatti che quello anticollesterolo e di prevenzione dell'infarto miocardico è solo uno dei possibili, molteplici impieghi di queste molecole.



**Una denuncia presentata mercoledì contro la Pfizer Inc, accusa la multinazionale farmaceutica di aver causato danni cerebrali e a volte anche la morte di alcuni bambini nigeriani. Questo a causa di una sperimentazione, avvenuta senza il consenso dei bambini, di un nuovo farmaco contro la meningite avventa nel 1996. La corte distrettuale di Manhattan, sta valutando i danni per conto di 30 bambini della città di Kano nel nord della Nigeria dopo la sperimentazione del Trovan, un farmaco somministrato in forma mai sperimentata prima sull'uomo, secondo l'accusa. Sette delle undici famiglie inserite nel protocollo, hanno così deciso di costituirsi parte civile contro la Pfizer. Sempre secondo l'accusa la sperimentazione sarebbe avvenuta durante un'epidemia di meningite che avrebbe lasciato il paese in condizioni sanitarie estremamente precarie lasciando molti bambini privi delle necessarie cure mediche.**



Ma come si giustifica allora questa furibonda tempesta sul Lipobay, ormai da tutti additato come una sorta di farmaco-killer? Giornali e tv hanno le loro responsabilità: Vincenzo Cuomo non lo dice, ma lo lascia intendere. Benché abituato a soppesare le parole - è professore ordinario di Farmacologia all'Università di Bari e presidente della Società Italiana di Farmacologia - si esprime senza mezzi termini sul caso cerivastatina: «Negli ultimi 20 anni, più di trenta farmaci sono stati ritirati dal commercio per ragioni di sicurezza senza scatenare il panico e le polemiche di questi giorni. In particolare, tra il settembre 1997 e il settembre 1998, seri problemi di tossicità hanno determinato il ritiro di ben cinque farmaci, tre dei quali commercializzati anche in Italia». Dov'era il media allora? Si saranno un po' distratti, obiettiamo, ma ciò non toglie la gravità dell'accaduto. Cuomo annuisce, ma ricorda che la sperimentazione clinica pre-marketing (quella cioè che precede la fase di commercializzazione di

un nuovo medicinale) ha dei limiti precisi: «Al fine di assicurare le massime garanzie al paziente, la sperimentazione pre-marketing si svolge in condizioni tali - ambiente ospedaliero, malati selezionati ed in numero limitato, controlli accuratissimi ma in un tempo pure limitato - da creare un contesto ben diverso da quello post-marketing: dove i pazienti sono molto più numerosi, non selezionati, molto meno controllati, e sottoposti a prolungato uso del farmaco (talvolta per il resto della loro vita)». Non deve dunque sorprendere nessuno, argomenta l'esperto, se molti farmaci solo dopo la loro commercializzazione - e quindi il loro impiego su una vasta popolazione - anche perché spesso prescritti con troppa leggerezza, mostrino un rischio così elevato da superare il beneficio del loro impiego; e da giustificare il ritiro. «Ormai tutti dovrebbero essere consapevoli - aggiunge Cuomo - che nessun farmaco è totalmente privo

di rischi. E che il medico che prescrive un nuovo medicinale, ed il paziente che lo assume, sono di fatto coinvolti in una sperimentazione». Cuomo invoca maggiore attenzione nei confronti della cosiddetta «patologia iatrogena», quella cioè provocata dai farmaci (e invita a riflettere su un dato: l'85% delle visite mediche termina con la prescrizione di uno o più farmaci): «Nessuno dice che negli Stati Uniti, dove sono stati condotti studi ad hoc, la patologia iatrogena è fra le prime dieci cause di morte. Anche nelle nostre facoltà mediche poca importanza viene data al farmaco, al suo corretto uso e ai problemi legati ad un suo impiego improprio. Questo è confermato ad esempio dallo scarso numero di ore dedicate all'insegnamento della Farmacologia clinica. Ma se si continua a sottovalutare il problema, non si potrà avere un'efficace sorveglianza sui farmaci: al di là dei problemi organizzativi, infatti, è soprattutto per

questo che nel nostro Paese la farmacovigilanza non funziona». Le istanze della Società Italiana di Farmacologia e dei farmacologi universitari, lamenta Cuomo, hanno ricevuto finora scarso ascolto sia dai media che dalle autorità sanitarie: «A partire dal giugno 1998 la Sezione Clinica della Società ha creato un sito internet ([www.farmacovigilanza.org](http://www.farmacovigilanza.org)) che si propone di informare ed aggiornare gli operatori sanitari - soprattutto medici e farmacisti - sulle reazioni avverse da farmaci. Mi piace

segnalare che su questo sito, nell'aggiornamento del 31 ottobre 2000, venivano riportate due lezioni relative ai danni muscolari (inclusa la rabdomiolisi) da statine. E sempre sullo stesso sito, nel febbraio 2001, veniva pubblicata la traduzione integrale di un articolo pubblicato sul bollettino del sistema di farmacovigilanza australiano. Il suo titolo «Rabdomiolisi da cerivastatina: evitare il gemfibrozil» suona oggi come un avvertimento rimasto inascoltato: riportava 17 casi di lesioni muscolari, di cui 10 da associazione con gemfibrozil, e vi si leggeva che «la rabdomiolisi è un effetto noto, ma raro, di tutte le statine». Non è solo attraverso Internet che la Società Italiana di Farmacologia fornisce il suo contributo all'educazione continua in medicina. «Il caso Lipobay - commenta amaro Cuomo - conferma però che per quanti sforzi vengano fatti, senza un effettivo e corretto supporto da parte dei media e delle autorità sanitarie, episodi di «panico da farmaco» non potranno che ripetersi».

L'esistenza di una zona nella vagina per anni indicata come l'«interruttore» dell'orgasmo è un'invenzione. Lo sostiene un ricercatore americano dopo un'approfondita analisi

## Che bufala quel fantastico, mitico, irraggiungibile «punto G»

Carla Lanciani

Il famoso «punto G», un'area di tessuto nervoso della vagina che racchiuderebbe il segreto del piacere femminile, è un mito bello e buono, un'invenzione priva di fondamento e di qualunque conferma scientifica. Lo afferma il dottor Terrence M. Hines, un medico della Pace University di Pleasantville, New York, che dopo aver analizzato approfonditamente tutta la letteratura medica esistente sull'argomento ne ha concluso che «le prove scientifiche che vengono normalmente citate per avallare l'esistenza di un «punto G» sono così inadeguate da essere sostanzialmente ri-

dicole». Hines, che ha pubblicato i risultati della sua indagine sull'ultimo numero dell'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, ha definito «pseudoscienza» gran parte degli studi esaminati, facendo notare, ad esempio, che se esistesse realmente dovrebbe essere associata ad un'area molto ricca di neuroni, di cui invece non è stata trovata traccia alcuna. Il punto G, insomma, è «una sorta di UFO ginecologico: tanto cercato, tanto discusso, ma mai verificato con metodi oggettivi». Un equivoco, o addirittura un inganno. «Ci sono donne - dice

Hines - che pensano di avere problemi sessuali perché non riescono a trovare il loro punto G, ma la realtà è che non c'è nulla da trovare». L'ipotesi dell'esistenza di una speciale zona erogena dell'apparato femminile nascosta all'interno della vagina fu avanzata per la prima volta nel 1944 da un ginecologo tedesco, il dottor Ernest Grafenberg, dal cui cognome deriva la lettera dell'alfabeto scelta per designare il misterioso punto. Tuttavia, Grafenberg non presentò prove scientifiche, ma solo aneddotiche, dedotte dai racconti che gli avevano fatto alcune sue pazienti secondo le quali la stimolazione di un punto particolare della vagina garantiva un or-

gasmo di qualità, per così dire, superiore: non era indispensabile per arrivare al culmine del piacere, ma essenziale perché l'esperienza fosse assolutamente travolgente. Grafenberg pubblicò le sue osservazioni negli anni '50, e per la verità sembra che, personalmente, non fosse convinto dell'esistenza di una zona specifica, ma piuttosto di un gran numero di aree erogene distribuite sul corpo femminile. Fu solo nel 1982, con un libro di tre sessuologi americani, che il «punto G» e le sue promesse di estasi arrivarono all'attenzione del grande pubblico. Scatenando molte polemiche e dando il via ad una fiorente pubblicistica dedicata all'argomento. Poiché, nella pratica, il magico pun-

to risultò assai difficile da individuare e non si contano i manuali scritti negli ultimi due decenni per aiutare le donne e i loro partner a condurre a buon fine le loro esplorazioni a caccia della fantomatica zona. L'esatta collocazione del «punto G», difatti, è piuttosto misteriosa e sembra variare da donna a donna. L'opinione più diffusa è che si trovi nella parte più alta della parete anteriore della vagina, a metà strada circa tra l'osso pubico e la testa della cervice. Anche le dimensioni, pare, cambiano a seconda dei soggetti, con un'ampiezza che può

variare da uno fino a tre-quattro centimetri. E nemmeno la sua natura esatta è ben chiara. C'è chi ritiene che si tratti di semplici tessuti e chi invece parla di una ghiandola vera e propria, ritenendolo l'equivalente della prostata negli uomini. Fatto sta che, in questi tempi di innovazione tecnologica, il «punto G» e le istruzioni per cercarlo si trovano soprattutto via Internet. Dove oggi si trova un po' di tutto, incluso un sito che propone una «caccia al punto G» virtuale: ci si arriva, come è giusto, un poco alla volta, cliccando su successivi ingrandimenti dell'apparato genitale femminile. E se la caccia ha successo, appare una figurina sorridente che dichiara «Oh gosh! that was good!».

**FA MEGLIO IL VINO O LA CULTURA?**  
Cristiana Pulcinelli

Se ogni giorno buttate giù un bicchiere di vino rosso per migliorare il vostro stato di salute, mentre la gola vi porterebbe a bere piuttosto un bel boccale di birra, è meglio che da oggi in poi ci pensiate su due volte. Due studi pubblicati in questi giorni sugli *Archives of Internal Medicine* e sul *Journal of Epidemiology and Community Health* dimostrerebbero che il fatto che chi beve vino sia più in salute di chi beve birra non dipende dalla natura dell'alcolico, ma dalle condizioni socio-economiche dei due tipi di bevitori. I bevitori di vino sono persone che tendono ad essere più sane della media, sostengono i ricercatori danesi autori della prima ricerca condotta su 700 persone: hanno un quoziente intellettivo più alto, sono più scolarizzati e il loro stato socioeconomico è più elevato dei bevitori di birra. L'altra ricerca, condotta da studiosi spagnoli, ha trovato che non ci sono differenze nello stato di salute tra chi preferisce il vino e chi invece beve più volentieri una pils. «E' difficile dire quale sia l'effetto diretto del bere vino e quale, invece, delle differenze sociologiche e psicologiche - ha detto Erik Mortensen che ha diretto la ricerca danese - questo non vuol dire che il vino non faccia bene, ma solo che è difficile sapere con esattezza quanto faccia bene». L'idea che il vino abbia un effetto positivo sulla salute è emersa durante gli anni '90 con quello che si chiama «il paradosso francese». Ci si è accorti, infatti, che i francesi avevano un rischio di infarto molto più basso degli americani, pur ingerendo quantità simili di grasso. Nel 1995 un'analisi condotta su 13.000 persone seguite per dieci anni dal *Copenhagen City Health Study* mostrò per la prima volta una correlazione tra un moderato consumo di vino e una bassa mortalità per malattie cardiache, infarti e alcuni tipi di cancro. I benefici si pensò fossero dovuti ai composti antiossidanti presenti nei grappoli di uva rossa. Ma proprio i risultati di questo studio pilota, sostiene Mortensen, potrebbero essere stati distorti da fattori socioeconomici. La ricerca, infatti, cominciò nei tardi anni '70. In quegli anni il vino cominciava a prendere piede in una nazione come la Danimarca tradizionalmente dedita alla birra. È ovvio che il consumo fosse limitato inizialmente alle classi sociali più alte, molto più di quanto avviene oggi. Solo ulteriori studi potranno dimostrare l'effettivo beneficio del bere vino rispetto a bere altri alcolici. Intanto, consiglia Mortensen, chi ama bere la birra continui pure a farla. Almeno fino alla prossima ricerca.