



**Pierwsze na świecie  
podanie prostacykliny  
i garść innych wspomnień  
o Gigancie nauki**

**P**ierwsze zetknięcie z profesorem Ryszardem J. Gryglewskim miałem w 1967 roku, na studiach. Był kierownikiem Katedry Farmakologii Akademii Medycznej w Krakowie. Na trzecim roku studiów lekarskich wypadały nam zajęcia z farmakologii. Miał to być pomost pomiędzy naukami teoretycznymi pierwszego i drugiego roku a naukami klinicznymi, rozpoczynającymi się na roku trzecim. W teorii farmakologia miała sprawić, iż studenci idąc do kliniki będą dysponować podstawową wiedzą o lekach, które stosują lekarze. Oczywiście skomplikowane wzory chemiczne i ogrom wiedzy o działaniu specyfików aktualnie używanych do leczenia pacjentów jak też tych, które miały już tylko historyczne znaczenie nie zachęcał studentów do wgłębiania się w meandry tego przedmiotu. Generalnie miał opinię nudnego.

Na przekór temu profesor R.J. Gryglewski przykładał ogromną wagę do czynienia swoich wykładów atrakcyjnymi. W zdecydowanej większości udawało się to i chodziliśmy na spotkania z nim bardzo chętnie, sala wykładowa w starym budynku Collegium Medicum przy ul. Grzegórzeckiej szczelnie wypełniona była studentami. Czasem zdarzało się, że przychodzili też z Uniwersytetu Jagiellońskiego nie medycy. Profesor lubił opowiadać pokręcone historie odkryć omawianych leków. Pamiętam, jak dużo czasu poświęcił także ważnym dla nauki światowej odkryciom swojego wielkiego poprzednika w Katedrze – profesora Janusza Supniewskiego.

Czas (ponad pół wieku) mógł zatrzeć szczegóły, ale jeden wykład zapadł mi wyjątkowo głęboko w pamięć. Profesor omawiał środki odurzające. Swoim zwyczajem wygrzebał gdzieś ciekawą historyjkę, którą nam zechciał barwnie opowiedzieć jako przerywnik w poważnych rozważaniach. I tę właśnie historyjkę pamiętam do dzisiaj. Podczas prohibicji w Ameryce w czasach Ala Capone rozwinęły się niebywale wzajemnie zwalczające się gangi. Używaną metodą obezwładnienia niespodziewającego się niczego gangstera było upijanie go alkoholem. Niestety dla zbójczego rzemiosła wymagało to wypicia dużej ilości wódki czy whisky. Jeden z mafijnych bossów zapragnął takiego napoju, który pozbawiałby delikwenta przytomności już po jednym kieliszku. W bandzie był chemik, który zaczął eksperymentować z różnymi mieszankami. W końcu udało mu się! Opracował taką kombinację środków

odurzających, która dodana do kieliszka alkoholu pozbawiała przytomności. Gangsterzy nadali temu wynalazkowi nazwę „Krople Mickey Finna”, utrwalając nazwisko sprytnego eksperymentatora. Oczywiście studenci chcieli dowiedzieć się, jaki był skład tych „kropli”, ale wykładowca zrobił się bardzo tajemniczy i niczego nam nie zdradził.

Gdy byłem już na wyższych latach studiów, Profesor został prodziekanem ds. studenckich. W tym czasie brać studencką, wyłączając indyferentnych, których nic nie interesowało, była podzielona na dwa obozy. Istniały bowiem dwie aktywne organizacje – ZSP, czyli Zrzeszenie Studentów Polskich i ZMS, czyli Związek Młodzieży Socjalistycznej; ZMS było silnie związane z organizacją partyjną (PZPR), ZSP gromadziło większość studentów. Była to organizacja w swojej masie bardzo krytyczna wobec partii i jak tylko mogła pokazywała swoją niezależność. Poprzednik dziekana R.J. Gryglewskiego urzędował w określone dni w biurze dziekanatu. Tymczasem w ZSP odkryliśmy, iż dziekan Gryglewski chętnie reagował na nasze zaproszenia. Przychodził na organizowane przez nas imprezy i długo ze studentami gwarzył. Czuło się w tych rozmowach, iż podobnie jak członkowie Zrzeszenia ma bardzo krytyczny stosunek do socjalistycznych władz. Budziło to powszechne uznanie i szacunek.

W 1972 roku na osierocone stanowisko kierownika Kliniki Alergologii w krakowskiej Akademii Medycznej sprowadzono z Wrocławia młodego docenta Andrzeja Szczeklika. Wychowany w klinice i laboratorium swojego ojca – słynnego profesora Edwarda Szczeklika był szczególnie zainteresowany prowadzeniem badań naukowych. Nic dziwnego, iż szybko Klinika Alergologii nawiązała bliską współpracę z Katedrą Farmakologii, a obaj kierownicy stali się przyjaciółmi na wiele, wiele lat.

W 1974 roku w Instytucie Onkologii w Krakowie prowadziłem pierwociny intensywnej terapii i interesowały mnie m.in. techniki nawilżania dróg oddechowych. Zostałem wtedy poproszony o pomoc w badaniach z użyciem aerozoli w Klinice Alergologii. Okazało się, iż pacjentom z astmą oskrzelową podają, w ramach badań naukowych, wzięwnie dwie prostaglandyny o różnym działaniu. Był to okres odkryć i wielkiego zainteresowania prostaglandynami i innymi pochodnymi kwasów tłuszczowych, w szczególności kwasu arachidonowego. Profesor Gryglewski współpracował ze światowej sławy guru prostaglandynowym

– profesorem Johnem Vane’em, brytyjskim farmakologiem, dyrektorem badawczym firmy Wellcome Foundation, i często sam prowadził badania w jego laboratorium w Anglii.

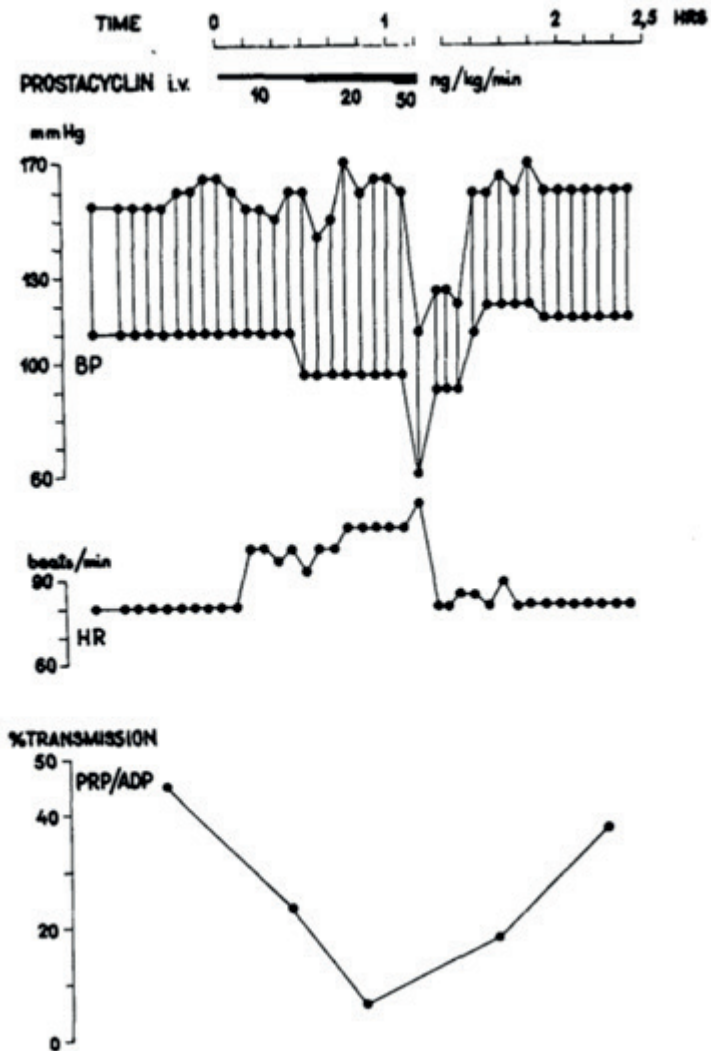
Nadzieją była prostaglandyna PGE<sub>2</sub>, która wykazywała właściwości rozluźniania mięśniówki oskrzeli. Gryglewski i Szczeklik doszli do wniosku, iż może potencjalnie mieć zastosowanie u pacjentów z astmą oskrzelową, u których łatwo dochodzi do skurczów mięśniówki, powodujących zwężenie oskrzeli i odczuwaną przez pacjenta duszność.

Profesora Gryglewskiego zawsze bardzo interesowała możliwość zastosowania nowo odkrytych substancji u pacjentów. Było to niewątpliwie nowatorskie podejście do zastosowania prostaglandyn. Podawaliśmy w inhalacji prostaglandynę E<sub>2</sub> i F<sub>2</sub>alfa. Pierwsza wykazywała pewne działanie bronchodylatacyjne (rozszerzające oskrzela). Prostaglandyna F<sub>2</sub>alfa miała natomiast przeciwne działanie – obkurczała oskrzela, co oczywiście wykluczało jej zastosowanie w astmie. W międzyczasie okazało się, że PGF<sub>2</sub>alfa obkurcza mocno mięśniówkę macicy i w tym zastosowaniu stała się lekiem do dziś wykorzystywanym przez ginekologów. Prostaglandyna E<sub>2</sub> długo jeszcze była obiektem badań w Klinice Alergologii; Gryglewski i Szczeklik mieli nadzieję, że da się dobrać takie stężenia, które będzie można wykorzystać do rozkurczania oskrzeli w napadach duszności astmatycznej. Niestety miała ona działanie drażniące i ostatecznie nie spełniła pokładanych w niej nadziei.

Współpraca farmakologa, który dogłębnie znał mechanizmy biochemiczne i klinicysty zaowocowały nieco później wspaniałym odkryciem. Otóż wśród różnych typów astmy oskrzelowej jest taka, w której napad duszności wywołuje zażycie aspiryny. Profesorowie Gryglewski i Szczeklik odkryli, iż za ten efekt odpowiada nie mechanizm immunologiczny, ale działanie aspiryny na syntezę prostaglandyn.

Profesor Szczeklik zamierzał zorganizować oddział intensywnej terapii dla prowadzenia najczęściej chorych internistycznych (oddziały takie dla pacjentów chirurgicznych już w Krakowie istniały). Powierzył mi organizację i prowadzenie tego oddziału.

W 1976 roku profesor Gryglewski ponownie pojechał do Anglii, by przeprowadzać eksperymenty nad prostaglandynami. Zespół profesora Vane’a opracował unikalną metodę badawczą – kaskadę tkanek, po której spływał roztwór zawierający badane substancje.



Pierwsza infuzja  
prostacykliny  
u człowieka

Poszczególne tkanki zwierzęce reagują na badane substancje skurczem lub rozkurczem, co mierzą podpięte do tych tkanek czujniki. Ryszard J. Gryglewski przy użyciu takich kaskad badał uwalnianie prostaglandyn i tromboksanu z różnych narządów.

Profesorowie Gryglewski i Szczeklik pozostawali w kontakcie telefonicznym. Pewnego razu Andrzej Szczeklik na zebraniu zespołu klinicznego oznajmił, iż najprawdopodobniej profesor Gryglewski przywiezie bardzo ciekawe, ważne dla nas, nowości naukowe. Wkrótce po jego powrocie mieliśmy okazję, wspólnie jako zespoły Farmakologii i naszej Kliniki, usłyszeć opowieść profesora Gryglewskiego o historii odkrycia prostacykliny. Opowiadał niezwykle barwnie. Pewnego razu badał na kaskadzie tkankowej płyn perfundowany przez naczynia tętnicze. Zestawienie reakcji poszczególnych tkanek nie pasowały ani do prostaglandyny E2, ani prostaglandyny F2alfa czy też do tromboksanu. W pierwszej reakcji na te wyniki pomyślał, iż coś poszło nie tak, wystąpił jakiś błąd i badanie trzeba powtórzyć. Jednak zestawienie nowej kaskady przyniosło takie same wyniki jak poprzednio. Bardzo intrygujące! Oznaczałoby to, iż z perfundowanej tętnicy nie wydziela się żadna ze znanych prostaglandyn. John Vane żartował, iż to jakaś nowa substancja, ochrzcił ją szybko „Richard’s substance”. Przez parę dni żartowali sobie i z przymrużeniem oka powtarzali „Richard’s substance” lub „Polish substance”. Po wykonaniu szeregu prób sprawdzających i stale powtarzającym się nietypowym wyniku było jasne, iż uwalniana ze ściany naczynia substancja to nowy, nieznaną związek. Kolejne eksperymenty wykazały, iż jest on podobny do znanych już prostaglandyn i nadano mu pierwotnie nazwę prostaglandyny I2. Z czasem jednak zmieniono tę nazwę na prostacyklinę.

Jakiś czas później przyszedł do mnie na Oddział Intensywnej Terapii profesor Szczeklik z wiadomością, iż profesor Gryglewski zaprasza nas do siebie. Pojechaliśmy do Katedry Farmakologii na ul. Grzegorzeczką. Gospodarz zaprosił nas do swojego gabinetu, umeblowanego starymi meblami z pewnością pamiętającymi jeszcze profesora Supniewskiego. Opowiedział nam o swoim ostatnim pobycie u Johna Vane’a. W Wellcome Foundation potrafiono wyizolować z roztworu prostacyklinę i dokonać jej podstawowych analiz. Dla prowadzenia szerzej zakrojonych badań potrzebne było uzyskanie większej ilości tej substancji. Uzyskanie

jej jednak z materiału biologicznego w pożądanych ilościach było niemożliwe. Firma Wellcome zwróciła się do amerykańskiej firmy farmaceutycznej Upjohn z Kalamazoo, znanej z bardzo dużych możliwości syntezy nowych związków chemicznych. Dokładnie zbadali strukturę prostacykliny, a następnie ją zsyntetyzowali. W pewnym momencie profesor Ryszard J. Gryglewski wyjął niewielką fiolkę do połowy wypełnioną białym proszkiem. Oto nasza prostacyklina do badań! Z wyników badań na zwierzętach wiadomo było, iż podstawowe dwie jej własności to silne rozluźnianie mięśniówki tętnic i w konsekwencji rozszerzanie naczyń oraz zapobieganie agregacji płytek krwi, czyli przeciwdziałanie ich zlepianiu się. Nie była jednak podawana ludziom i należało ocenić jej działania u człowieka. Dyskutowaliśmy, czy teoretycznie są tacy pacjenci, którzy mogliby odnieść korzyści z podania im prostacykliny. Obaj z profesorem Szczeklikiem zaczęliśmy wymieniać patologie ludzkie, w których naczyniowo-rozszerzający lub przeciwplatekowany efekt mógłby okazać się pożyteczny. Profesor Gryglewski zapytał nas, czy uważamy za zasadne, aby przed zastosowaniem prostacykliny u pacjentów wykonać próby na zdrowych ochotnikach. Obaj potwierdziliśmy, iż jest to ze wszech miar wskazane, wręcz niezbędne. Zwykle pierwsza faza badań klinicznych jest organizowana na ochotnikach. Po pierwsze ze względu na ustalenie, czy takie podanie nie ma działań niepożądanych, nie stwierdzanych u zwierząt. Po drugie konieczne jest określenie dawek substancji, które moglibyśmy podawać chorym. Zapytałem, czy jakoś możemy określić prawdopodobną dawkę dla człowieka. Wtedy profesor Gryglewski, uśmiechając się i przewracając oczami zapytał, czy aby my nie chcielibyśmy wykonać takiego badania na zdrowych ochotnikach? Zapaliliśmy się natychmiast do tego pomysłu. A czy możemy takie badanie przeprowadzić bezpiecznie? Mamy oddział Intensywnej Terapii, który zapewnia maksimum bezpieczeństwa. Wtedy Ryszard Gryglewski oświadczył: „ja będę pierwszym ochotnikiem”. Na to Andrzej Szczekliki: „to ja po Tobie, Rysiu”. Zgłosiłem swój akces, ale obaj zgodnie uznali, iż ja muszę zadbać o podanie prostacykliny oraz zapewnić maksymalne bezpieczeństwo ochotnikom; jako ostatni mogę położyć się i poddać wlewowi.

Następnie rozpoczęła się dyskusja techniczna. Mnie interesowało, jaką dawkę powinniśmy wybrać. I tutaj profesor Gryglewski zaczął na głos kalkulować dawki u myszy, szczurów

i jeszcze jakiś innych zwierząt. Mruczał, mruczał, aż w końcu rzucił: „myślę, że będzie to 10 ng/kg mc./min”. Dawka na minutę, gdyż uznaliśmy, iż najbezpieczniej podawać nieznaną substancję we wlewie. Czyli ochotnik według swojej masy ciała będzie otrzymywał kilkaset nanogramów prostacykliny w ciągu minuty wlewu. Zaproponowałem, iż będziemy zaczynać od dawki zdecydowanie niższej, np. 2 ng/kg mc./min. Profesor Gryglewski uznał, iż powinniśmy zwiększać dawkę do 5, a następnie 10 i 20 ng/kg mc./min, oczywiście o ile nie będzie jakiś niepokojących objawów. Wlew każdej dawki miał trwać 30 minut. Zwracał też uwagę, iż prostacyklina w temperaturze pokojowej jest nietrwała. Od chwili rozpuszczenia proszku do podania roztworu musimy zachować maksimum aktywności prostacykliny poprzez chłodzenie. Ustaliliśmy, jakie parametry będziemy mierzyć: częstość tętna i ciśnienie krwi, temperaturę; będziemy monitorować EKG i notować ewentualne zaburzenia rytmu serca. Ponadto okresowo będziemy wykonywać badania laboratoryjne, w szczególności agregację płytek krwi.

Gdy z profesorem Szczeklikiem ujawniliśmy na Klinice plan pilotażowego zastosowania prostacykliny, zgłosiło się trzech kolegów pragnących brać w tym udział. Asystenci Kliniki Alergii: doktorzy Ryszard Piętoń (obecnie w Santa Monica, USA), Józef Mruk (później Uniwersytet Kansas, USA) i Jacek Musiał (obecnie profesor medycyny, następca A. Szczeklika na stanowisku kierownika Kliniki Alergii i Immunologii) powiększyli grono ochotników do sześciu. Była też ambitna koleżanka (obecnie w San Francisco), która dopytywała mnie o możliwość dołączenia do zespołu. Po dyskusji z profesorem Szczeklikiem uznaliśmy, że nie możemy zwiększać ryzyka, bo nie wiadomo nic na temat ewentualnego wpływu prostacykliny na kwestie reprodukcyjne.

Zacząliśmy przygotowania: wyliczenia rozcieńczeń, szybkości pomp podających prostacyklinę. Skonstruowałem specjalny, płaszczowy system chłodzenia podawanego roztworu aż do wenflonu wkłutego do żyły. Nie miałem pewności co do pełnej sterylności substancji wytworzonej przez Upjohna ani wykonanego przez nas roztworu. Na szczęście dysponowaliśmy filtrami przeciwbakteryjnymi do stosowania we wlewach dożylnych i takie filtry montowałem do każdego zestawu. Nasz Oddział Intensywnej Terapii dysponował trzema

salami – trzyłożkową, czterołożkową i separatką. Separatka została wyłączona z rutynowej pracy oddziału i zaaranżowana tak, by mieć dobrze widoczne monitorowanie oraz dostęp do łóżka ochotnika ze wszystkich stron, płyny do przetoczeń i sprzęt reanimacyjny na wszelki wypadek.

Pierwszy ochotnik – profesor Gryglewski kładzie się. Podłączamy wlew płynów oraz dren z chłodzonym roztworem prostacykliny, na którym instalowana była pompa tłocząca z ustaloną szybkością. Zaczynamy wlew. Profesor czuje się świetnie, żartuje, jest mu trochę ciepło. Twarz i szyja zaczerwienia się i czuje lekkie ciepło na twarzy. Po pół godzinie wlewu 10 ng/kg mc./min. zwiększam dawkę do 20 ng/kg mc./min. Akcja serca przy dawce poprzedniej i aktualnej jest szybsza niż wyjściowo. Ciśnienie podwyższone. Po pół godzinie pytam, jak się czuje i czy kończymy. Profesor stwierdza, że możemy wypróbować kolejną dawkę. Przesuwam pompę na 50 ng/kg mc./min. Po około dziesięciu minutach Profesor skarży się na nudności, wyraźnie źle się czuje, spada ciśnienie krwi. Przerwywam wlew prostacykliny. Kładziemy pacjenta płasko, a nogi unosimy do góry i uruchamiam szybszy wlew dożylny soli fizjologicznej. Po 5 minutach ciśnienie wzrasta wyraźnie. Po 15 minutach powraca do wartości wyjściowych. Pacjent jest trochę wystraszony, ale dolegliwości ustępują całkowicie. Obserwację kontynuujemy jeszcze przez godzinę, a po tym czasie pionizujemy bez jakichkolwiek objawów i pozwalamy naszemu pierwszemu ochotnikowi wstać z łóżka.

Wlewy u kolejnego ochotnika – prof. Szczeklika kontynuuję do dawki 20 ng/kg mc./min. Wszystko przebiega prawidłowo. Z wyjątkiem zaczerwienienia twarzy i ramion, połączonego z uczuciem większej ciepłoty nie było innych objawów. Podobnie u doktorów R. Piętonia i J. Mruka. Przy wlewie u doktora Jacka Musiała wszystko przebiegało gładko. Przy dawce 20 ng/kg mc./min. czuł się świetnie i nie miał jakichkolwiek objawów. Zdecydowaliśmy się zatem spróbować dawki 50 ng/kg mc./min. Początkowo czuł się dobrze, ale chwilę potem zgłosił, iż kręci mu się w głowie. Ciśnienie spadło. Zatrzymałem wlew i zmieniliśmy ułożenie na płaskie. Kroplówkę soli fizjologicznej puściliśmy szybko. Ciśnienie skurczowe nadal było poniżej 100 mmHg. Zacząłem szybciej przetaczać sól fizjologiczną, aż niepostrzeżenie skończyła się i poleciało powietrze do żyły. Na szczęście niedużo, a sam ochotnik poczuł

to i chwycił się za ramię. Natychmiast zastopowałem wlew. Byłem cały spocony. Poprosiłem Jacka, aby przez pół godziny oddychał przez maskę 100% tlenem, żeby przyspieszyć wypłukanie azotu z powietrza, które otrzymał. Ciśnienie wróciło do normy i żadnych objawów na szczęście nie zanotowaliśmy. Kolejny, mój wlew, już tylko do 20 ng/kg mc./min. koledzy przeprowadzili sprawnie, bez najmniejszych kłopotów.

Byliśmy wszyscy bardzo szczęśliwi, że eksperyment w pełni się udał. Było coś pięknego w tym, że odkrywca był jednocześnie pierwszym, który poczuł na sobie działanie odkrytej substancji. Potwierdziły się przedkliniczne obserwacje Profesora – silny efekt rozszerzenia naczyń oraz hamowanie zlepienia się płytek krwi stwierdzany laboratoryjnie. Jednocześnie odkryliśmy objaw nieznaną z badań na zwierzętach – zaczerwienienie i uczucie gorąca na twarzy i ramionach. Oznaczał on, iż nie da się prowadzić na grupach pacjentów badań porównawczych z placebo, których uczestnicy byliby zaślepieni (nie domyślali się, czy otrzymują prostacyklinę czy placebo). Wszyscy ochotnicy wyraźnie czuli, że otrzymują substancję działającą. Już wiedzieliśmy, że tak będzie ze wszystkimi pacjentami otrzymującymi eksperymentalne wlewy.

Po kilku miesiącach rozpoczęliśmy doświadczalne leczenie prostacykliną pacjentów z niedokrwieniem obwodowym, którzy nie mieli już innej opcji terapeutycznej poza amputacją kończyny. Wlewy zwykle rozpoczynaliśmy od dawki 2 ng/kg mc./min. i u pacjentów, którzy to tolerowali, stopniowo zwiększaliśmy do 10 ng/kg mc./min. Okazało się, że przy stosowaniu wielogodzinnych wlewów była to najwyższa dawka, jaką pacjenci znosili. Często wtedy młodym lekarzom, którzy przewijali się przez nasz Oddział opowiadałem, jak to profesor Gryglewski szybko obliczył dawkę dla człowieka – te 10 ng/kg mc./min. potwierdziło się.

Poszukiwaliśmy takiej patologii, w której prostacyklina okazałaby się skuteczną terapią. Na te tematy dyskutowaliśmy bardzo często w Profesorem, który żywo interesował się naszymi wynikami klinicznymi. Niejednokrotnie dopytywał o szczegóły, przedstawiał swoje sugestie. Ciekawą grupą pacjentów byli chorzy z nadciśnieniem płucnym. Nieczęste to schorzenie, ale w tamtym czasie nie było skutecznych leków, które rozszerzałyby zwężone tętnice płucne. Prostacyklina w naszych rękach okazała się obiecująca. Niestety nie mieliśmy dostatecznie

licznej grupy leczonych tą metodą. Na szczęście inni badacze poszli tą drogą dalej od nas i dzisiaj pochodne prostacykliny stanowią jedną z opcji terapeutycznych u tych chorych.

Naszą najliczniejszą grupą leczonych prostacykliną byli chorzy z niedokrwieniem obwodowym, powodowanym zarówno przez zmiany miażdżycowe, jak i przez zmiany zapalne – jak w chorobie Buergera. Zaobserwowaliśmy, że większe i trwalsze wyniki uzyskujemy w tej drugiej grupie pacjentów.

Prostacyklina jest nietrwała, szybko rozpada się do nieaktywnych pochodnych. Firmy farmaceutyczne zaczęły poszukiwać jej trwałych analogów i udało się im zsyntetyzować takie związki. Kolejne badania, w których braliśmy udział, to wieloośrodkowe, międzynarodowe próby kliniczne, które potwierdziły nasze wcześnie obserwacje, iż najlepsze wyniki uzyskuje się u pacjentów z chorobami drobnych tętniczek, jak w chorobie Buergera. Od tamtego czasu w medycynie nastąpił ogromny postęp w leczeniu niedokrwienia tętniczego za sprawą rozwoju technik wewnątrznaczyniowych, tj. głównie przez angioplastykę („balonikowanie”) i zakładanie stentów (wewnątrznaczyniowych rusztowań) w środku w tętnicach, w miejscach zwężenia tych tętnic. Jednak metody te nie nadają się do zwężeń bardzo drobnych tętniczek i w takiej sytuacji opcją leczniczą pozostaje iloprost – pochodna prostacykliny (lek pod nazwą Ilomedin).

Profesor Gryglewski marzył, aby swoimi pracami naukowymi wpłynąć na los chorych. I tak się stało. Chociaż tętnicze nadciśnienie płucne oraz choroba Buergera nie są częstymi schorzeniami, to pochodne prostacykliny stanowią istotne wsparcie terapeutyczne w tych bardzo ciężkich patologich.

Na fali ogromnej popularności w naszym środowisku akademickim w 1981 roku profesor Gryglewski został rektorem Akademii Medycznej w Krakowie. Pierwszym, który nie był partyjnym nominatem. Do tej pory bowiem przemożny wpływ na obsadę tego stanowiska wywierała uczelniana organizacja partyjna. Jednym z prorektorów profesor Gryglewski mianował profesora Szczeklika, wiceprzewodniczącego Komisji Zakładowej Związku Zawodowego „Solidarność”. Ich kadencja zaczęła się w okresie rozkwitu „Solidarności”, ale w większości wypadła w trudnym czasie stanu wojennego.

Profesor Gryglewski odrzucał szufladkowanie ludzi według przynależności. Szczególnie pozostał mi w pamięci jeden epizod. Profesor Szczeklik na początku kadencji zorganizował u siebie w domu spotkanie nowego rektora z Komisją „Solidarności”. Byłem tam jako członek tej komisji. Nie pamiętam wszystkich uczestników, ale na pewno wśród nich był profesor Zbigniew Chłap. Dyskutowaliśmy, co powinniśmy zrobić, aby nasza uczelnia była lepsza.

Rektor Ryszard Gryglewski sprzeciwił się pomysłem usuwania z uczelni osób tylko dlatego, że należały do partii. Podobnie sprzeciwiał się ingerencji partii. W stanie wojennym władze zrezygnowały z organizowania marszów pierwszomajowych. Dnia 1 maja 1984 roku odbywała się msza święta w Kościele Mariackim, po której podziemna Solidarność zaplanowała pierwszomajowy marsz wokół Rynku Głównego w Krakowie. Po zakończeniu mszy wyszliśmy z kościoła i zaczął formować się pochód. Zobaczyłem profesora Szczeklika i obaj znaleźliśmy się na czele tej manifestacji. Nie niepokojeni, przemaszerowaliśmy wokół Rynku.

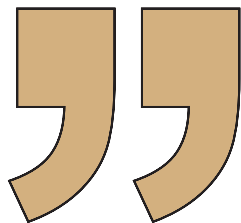
Po utworzeniu rządu premiera Tadeusza Mazowieckiego zostałem poproszony, abym wspomógł swoją osobą nowe ministerstwo zdrowia i zadbał w nim o problemy nauki i kształcenia. Podlegały mi uczelnie medyczne.

Profesor Gryglewski zawsze poszukiwał szczególnie zdolnych, młodych ludzi, którzy chcieliby podzielać jego pasję poszukiwania nowych związków, które mogą stać się lekami i pomóc w walce z różnymi chorobami. W pewnym okresie udało mu się kilku takich energicznych młodych, inteligentnych przyciągnąć. Niestety wszyscy szybko rozjechali się po świecie. Większość trafiła do firm farmaceutycznych. Profesor przez długi czas był tym faktem mocno przygnębiony i chwilami pesymistycznie zapatrywał się na przyszłość badań, które tak udanie inicjował. Ale z czasem zaczął szukać dalej. Jego kolejni uczniowie świetnie sobie w nauce poradzili i dowiedli, że pasja badawcza Profesora przyniosła znakomite rezultaty.

Profesor Ryszard J. Gryglewski był najwybitniejszym spośród naukowców, jakich w życiu miałem szansę poznać.

**Prof. dr med. Rafał Nizankowski**

SanoScience, Centrum Medycyny Obliczeniowej, Kraków



Zapytałem, czy jakoś możemy określić prawdopodobną dawkę dla człowieka. Wtedy profesor Gryglewski, uśmiechając się i przewracając oczami zapytał, czy aby my nie chcielibyśmy wykonać takiego badania na zdrowych ochotnikach? Zapaliliśmy się natychmiast do tego pomysłu. A czy możemy takie badanie przeprowadzić bezpiecznie? Mamy oddział Intensywnej Terapii, który zapewnia maksimum bezpieczeństwa. Wtedy Ryszard Gryglewski oświadczył: „ja będę pierwszym ochotnikiem”. Na to Andrzej Szczeklik: „to ja po Tobie, Rysiu”. Zgłosiłem swój akces, ale obaj zgodnie uznali, iż ja muszę zadbać o podanie prostacykliny oraz zapewnić maksymalne bezpieczeństwo ochotnikom; jako ostatni mogę położyć się i poddać wlewowi.