

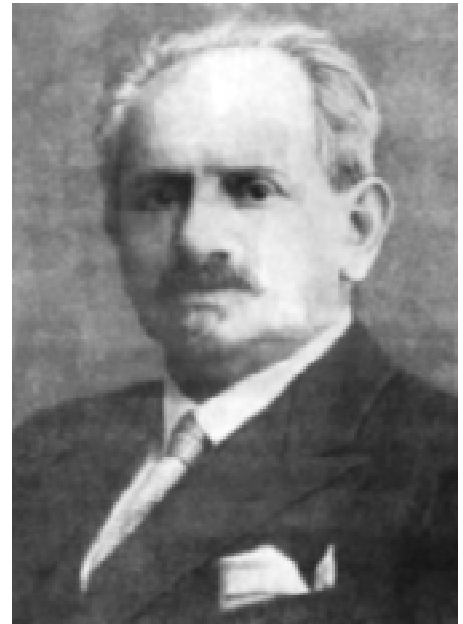


Na okładce
On the cover

Dr Adam Wizel (1864–1928)

STANISŁAW ILNICKI¹

Z Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego
w Warszawie



Fotografia 1. Dr Adam Wizel [1]
Figure 1. Dr Adam Wizel [1]

„W końcu XIX stulecia było w Polsce zaledwie paru psychiatrów, jak Kornilowicz, Rothe, Żłobikowski, którzy dzięki swojemu wyjątkowemu stanowisku w społeczeństwie mogli uczynić stosunkowo wiele w dziedzinie opieki nad psychicznie chorymi, a dzięki wybitnym zdolnościom i inteligencji zaczęli wysuwać psychiatrię, zaniedbaną wówczas zupełnie, jako naukę i starali się postawić ją na odpowiednim miejscu. Ich przykład pociągnął kilku młodych. Wśród tych młodych na jedno z przodujących miejsc wysunął się dosyć szybko Adam Wizel” [2]. Mijająca w tym roku osiemdziesiąta rocznica śmierci dra Adama Wizła i stulecie otwarcia Szpitala dla Nerwowo i Umysłowo Chorych Żydów „Zofiówka” w Otwocku [3, 4], który współtworzył, skłaniają do przypomnienia tej dziś prawie zapomnianej, wielce zasłużonej dla polskiej psychiatrii postaci.

Dr Adam Wizel urodził się w 1864 r. w Warszawie. Tamże ukończył V warszawskie gimnazjum i w r. 1889 studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego [1]. Podczas studiów debiutował w miesięczniku *Wszelświat* artykułem „O inteligencji psa”, w którym sugerował potrzebę badania „języka lub znaków za pomocą których człowiek i pies mogą porozumiewać się ze sobą” [5].

Po uzyskaniu dyplomu lekarskiego dr Wizel wyjechał na roczny staż do kliniki prof. Jeana Martina Charcota w szpitalu Salpêtrière w Paryżu. Osoba i wykłady Charcota oraz jego badania nad histerią i hipnotyzmem, wywarły duży wpływ na ukierunkowanie zainteresowań naukowych młodego dra Wizła. Pozostając pod wrażeniem paryskiego pobytu, wspominał w r. 1892: „Urok wtorkowych lekcji [Charcota] ściąga do Salpêtrière tłumy ciekawych. Zarówno powołani, jak i niepowołani, zarówno świadomi rzeczy,

jak i profani dążą do szpitala, aby ujrzeć i usłyszeć mistrza. Jeżeli kto treści wykładu nie zrozumie, to przynajmniej formą prelekcji, sposobem traktowania rzeczy, całym *mise en scène* ujęty i zachwycony zostanie. (...) Najpiękniejszy odczyt, najwspanialszym stylem wypowiedziany, nie sprawia takiego wrażenia jak lekcja Charcota! Charcot nie wypowiada swojej lekcji, ale ją, że tak powiem, odgrywa. Człowiek ten, przy niepospolitych swych zdolnościach naukowych, posiada niezaprzeczony talent artysty” [6]. Osobie Charcota poświęcił Wizel jeszcze dwa artykuły – o pozorowaniu chorób, w pastiszowej interpretacji legendy o Żydzie Wiecznym Tułaczku [7] oraz wspomnienie pośmiertne [8].

Po powrocie z Paryża w r. 1890 dr Wizel podjął pracę w oddziale neurologicznym Szpitala Starozakonnych przy ul. Pokornej. Ordynator oddziału Władysław Gajkiewicz (1850–1920), który „wziął sobie za cel zapoznanie lekarzy z postęпами neurologii światowej” [9], w osobie dra Wizła znalazł cennego sprzymierzeńca. Na łamach „Gazety Lekarskiej”, której dr Gajkiewicz był wieloletnim redaktorem, ukazują się oparte na najnowszym piśmiennictwie artykuły dr Wizła na temat „astazji i abazji” [11], „agrafii” [12], „histerii z obrzękiem czerwonym i szczególnymi zaburzeniami pamięci” [13], „amaurozy historycznej” [14]. Wspólnie z dr Karolem Rychlińskim pisze na temat padaczki Jacksona [14], z Ludwikiem Dydyńskim o syringomieli [15], a z Marianem Borsukiem na temat skutecznego operacyjnego leczenia następstw urazu mózgu [16]. Ta ostatnia praca ukazała się też w renomowanym zagranicznym periodyku naukowym. Wygłaszał też doniesienia na powyższe tematy na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

¹ Adres: doc. dr hab. med. Stanisław Ilnicki, Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego, ul. Szaserów 128, 00-909 Warszawa, e-mail: ilnickis@wim.mil.pl

Równoległe do publikacji neurologicznych, na łamach ówczesnych czasopism kulturalno-społecznych Adam Wizel przybliżał polskiemu czytelnikowi „nowinki psychologiczne”. Pisał o „sugestii ze stanowiska psychologii” [17], „różnych rodzajach pamięci” [18], zagadnieniach poruszanych na II międzynarodowym kongresie psychologicznym w Paryżu [19], „powinowactwie wrażeń słuchowych i wzrokowych” [20] i „sposobie wyobrażania sobie pojęć” [21]. W artykule „Podwójne „ja” [22] pisze: „Do ostatnich niemal czasów psychologia uważała za pewnik naukowy jedność ludzkiej jaźni. (...) Dopiero w zeszłym roku pogląd ten znalazł w nauce zaprzeczenie. Psycholog francuski, Piotr Janet, w znakomitym swym dziele *L'automatisme psychologique*, 1889, pierwszy wyraził myśl, że: „osobowość ludzka w zwykłych warunkach jest zjawiskiem złożonym. (...) Jaźń tylko w świadomości naszej tworzy jedność, w rzeczywistości wszakże składa się przynajmniej z dwóch (...), mniej lub więcej niezależnie od siebie funkcjonujących świadomości: jedna jest wyższą, gdyż towarzyszy zawilszym procesom duchowym, druga jest niższą, gdyż warunkuje procesy prostsze, dlatego to jedną można by nazwać „nadświadomością”, drugą podświadomością”. Myśl ta, lubo mglistą i powiewną wydaje się w świetle codziennej obserwacji życia, nabiera niezwyklej wyrazistości i wypukłości wobec analizy patologicznych stanów duszy. (...) Jeżeli wskutek jakichkolwiek powodów związek między nadświadomością i podświadomością osłabnie i centralizująca siła zginie, natychmiast wydobywa się na wierzch z głębi ducha drugi szereg pamięciowo związanych ze sobą aktów psychicznych i drugie „ja” zdobywa sobie byt niezależny. (...) Świadomość człowieka śniącego, pijanego, somnambulika, epileptyka, podczas ataku jest inną niż ta, która posiadamy w zwykłych warunkach. (...) Mniej rozwinięty dualizm znajdujemy u histeryków – doświadczenie wszakże, dokonywane na nich, znakomicie potwierdza hipotezę dwoistości jaźni”.

Na tych samych łamach dr Wizel stara się przełamywać opór społeczny przed hospitalizacjami psychiatrycznymi: „Publiczność na każdym kroku objawia swą niechęć i nieufność względem szpitali dla obłąkanych, ciągle jeszcze trwożliwa fantazja stawia nam przed oczyma pasy, pręgiery, łańcuchy i tysiączne inne narzędzia tortury, których już obecnie ani śladu nie ma w zakładach. Skutki tej przesądnej obawy są jak najfatalniejsze. Rodziny ociągają się jak można najdłużej z oddaniem chorego do zakładu i oddają

go wówczas dopiero, gdy rozstrój psychiczny doszedł już do ostatecznych granic. Dlatego też procent uleceń w szpitalach jest stosunkowo tak mały, dlatego to szpitale „przedstawiają raczej cmentarze zmarłych rozsądków, niż zakłady leczące choroby mózgu” (Maudsley). Statystyka ostatnich lat dowiodła, że im wcześniej chory zapisany zostaje do zakładu, tym większe jest prawdopodobieństwo wyzdrowienia. Cóż jednak czynić, kiedy szpitale uważamy za ostatnią ucieczkę, do której odwołujemy się wówczas dopiero, gdy wskutek karygodnego kunktatorstwa choroba wstąpiła już w fazę nieuleczalnego obłądzenia, kiedy mózg chorego stał się już „*caput mortuum*”! [23].

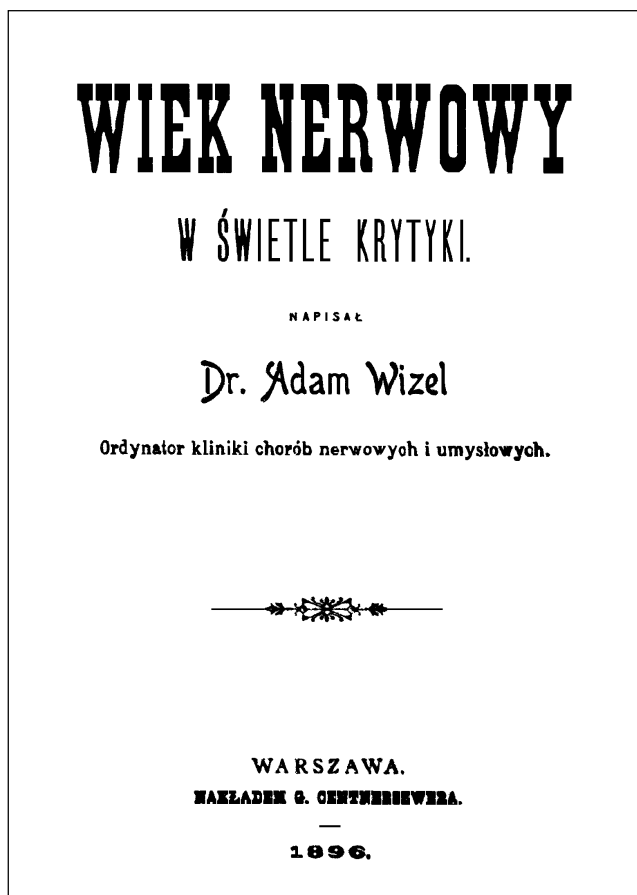
Kontynuując rozpoczęte w Paryżu badania nad hipnozą dr Wizel przekłada na język polski książki Augusta Forela [25] oraz Maxa Hirscha [26] na ten temat. Dzieli się również własnym kilkuletnim doświadczeniem praktycznym w tej dziedzinie: „(...) Przy leczeniu hipnozą nie powinniśmy się kusić koniecznie o wywołanie możliwie głębokiego snu oraz nie powinniśmy tracić nadziei, jeżeli otrzymujemy hipnozę słabiej rozwiniętą. W wielu razach hipnoza lżejsza całkowicie wystarcza. (...) Właściwie mówiąc, hipnotyzowanie nie jest niczym innym jak tylko oddziaływaniem psychicznym jednej osoby na drugą, nie może i nie powinno być w każdym przypadku jednakowe. (...) Sugestionowanie lecznicze wymaga od lekarza wielkiego taktu psychologicznego (...) Nie powinniśmy nigdy za wiele obiecywać choremu od razu, a przede wszystkim nie obiecywać natychmiastowego wyleczenia. Obiecując zbyt wiele, często tracimy wszystko. Nie widząc się wyleczonym po jednorazowej hipnozie, chory traci wiarę w skuteczność naszego leczenia. Dlatego też tylko z wolna ostrożnie należy dążyć do celu. (...) Ważną jest dalej rzeczą umiejętność zanalizowania cierpienia w każdym poszczególnym przypadku i rozłożenia go na elementarne części. Częstokroć jakiegoś objawu nie udaje się usunąć dlatego, iż jest on następstwem innego objawu, którego nie braliśmy wcale w rachubę. (...) Sugestionowanie nie powinno być nigdy szablonowe, lecz w każdym poszczególnym przypadku winno się je modyfikować. Pomysłowość i takt psychologiczny – oto najważniejsze zasady hipnoterapii” [27, 28].

W 1896 r. 32-letni Adam Wizel, otrzymuje angaż na stanowisko asystenta Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, usytuowanej w szpitalu Św. Jana Bożego. Kierownikiem Katedry i Kliniki Psychiatrii UW był w tym czasie Rosjanin, prof. A. E. Szczerbak (1863–1934). W ciągu tej krótkiej, zaledwie jednorocznej asystentury, dr Wizel ogłosił swoją pierwszą *sensu stricte* psychiatryczną pracę – opis przypadku 25-letniego felczera, u którego po bezskutecznych staraniach o zwolnienie ze służby wojskowej, rozwinęła się psychoza omamowo-urojeniowa: „Pacjent, który po przebyciu ostrego stanu obłąkania z omamami i urojeniami prześladowczymi nie zdradza najmniejszej tendencji do krytycznej oceny przywidzeń, jakie się w jego mózgu w przebiegu psychozy zrodziły, przeciwnie wszystkie dawne urojenia prześladowcze zachowuje w najzupełniejszej mocy (...) Do terażniejszości nie wypowiada żadnych zgoła urojeń, żadnych idei prześladowczych”. Tym – jakbyśmy dziś określili „urojeniowym wspomnieniem” – dr Wizel nadał nazwę „urojeń wstecznych” [29].

W tym samym roku Adam Wizel wydał również swoją pierwszą książkę *Wiek nerwowy w świetle krytyki* [30]



Fotografia 2. Dr Adam Wizel w karykaturze Jotesa [30]
Figure 2. Dr Adam Wizel in a caricature by Jotesa [30]



Fotografia 3. Faksymile strony tytułowej książki A. Wizła
– *Wiek nerwowy*, 1896.

Figure 3. Facsimile of the title page of A. Wizel's book
– *The Nervous Age*, 1896.

(fot. 3). Polemizuje w niej z rozpowszechnioną opinią o rzekomo wyjątkowej nerwowości współczesnej mu epoki: „Zgadamy się w zupełności, że w wieku terażniejszym nerwowość jest nader częsta, ale twierdzimy jednocześnie, że i w dawnych stuleciach była ona niezwykle częstą. Dziś szeroko panują pośród ludzkości cierpienia, które dawniej były niezmiernie słabo rozpowszechnione, ale za to dawniej nadzwyczaj często zdarzały się neurozy, które dziś są znacznie rzadsze i łagodniejsze. Dziś denerwująco działają na ludzkość warunki bytu dawnej kulturze całkowicie obce, ale za to dawniej denerwujący wpływ wywierały na ludzkość czynniki, dziś nie odgrywające w życiu najmniejszej roli. Które czasy należy uważać za bardziej nerwowe – dawne czy dzisiejsze, odpowiedzieć niepodobna. Jest to według nas problemat całkiem nierozwiązalny. Mamy tu bowiem do czynienia z wielkościami tak nieokreślonej natury, że o dokładnym porównywaniu ich nie może być mowy (...).”

Gdy przed kilku laty wybudowano u nas szpital dla obłąkanych w Tworkach, szpital ten w jednej niemal chwili zapełnił się chorymi, i dziś już okazuje się on nawet zbyt szczupłym. – Czegóż to dowodzi? Miałooby to znaczyć, że jednocześnie z powstaniem szpitala tworkowskiego tak się kolosalnie wzmógł u nas obłąd? Przypuszczenie takie byłoby co najmniej zabawne. Obłąkanych i przedtem mieliśmy w kraju dużo, tylko nie posiadaliśmy odpowiedniego dla nich przytułku. I jakkolwiek szpital w Tworkach oddaje

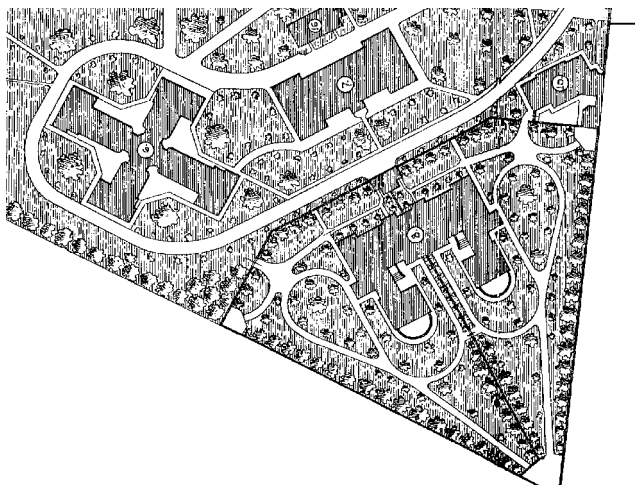
wielkie społeczeństwu usługi, tworzy bowiem schronienie dla masy pozbawionych opieki, nieszczęśliwych ofiar obłąd, nie zaspokaja on wszakże w zupełności potrzeb społecznych. Obłąkanych jest bowiem w kraju co najmniej dziesięćkroć więcej, niż wszystkie w ogóle zakłady nasze psychiatryczne pomieścić ich mogą (...).

Poważnym źródłem fałszywych wniosków statystyki jest (...) okoliczność, iż statystycy przy swych obliczeniach nie rachowali się z kwestią długości życia obłąkanych. Dawniej, gdy warunki higieniczne szpitali dla obłąkanych były jak najfatalniejsze, (...) gdy cele, w których ich trzymano, nie o wiele były lepsze od najohydniejszych lochów więziennych, śmiertelność wśród obłąkanych była przerażająca. Zupełnie inaczej jest dzisiaj. Przy nowoczesnym sposobie budowania szpitali dla obłąkanych, przy tych wygodach i komforcie, jakich szpitale chorym dostarczają, dziś obłąkani żyją w zakładach znacznie dłużej niż dawniej (...).

Na zakończenie dr Wizel snuje optymistyczne prognozy sięgające współczesnych nam czasów: „Prawdopodobnie więc w końcu XX wieku żyć będzie pokolenie, dla którego nie będzie bynajmniej szkodliwym odczytywanie dwunastu metrów kwadratowych gazety, ciągle przywoływanie do telefonu, jednoczesne przemyślanie o pięciu częściach świata, spędzanie życia to w wagonie, to w łódce balonu, utrzymywanie wreszcie stosunków z dziesięciu tysiącami znajomych, kolegów i przyjaciół. A zdolność układu nerwowego do przystosowania się nie jest jedynym [tego] powodem. Prócz niej wchodzi tu w grę inne czynniki, [do których] zaliczamy w pierwszej linii postęp higieny w ogóle, jak i do rozmaitych specjalnych jej działów, a tym samym i do higieny nerwów. (...) Wierzymy, że z czasem higienie coraz głośniejsze i coraz częściej przemawiać będą do ogółu, że ogół coraz chętniej dawać będzie posłuch radom i wskazówkom higienistów i że zasady higieny wsiąkną całkowicie w krew i ciało narodów (...).

Zmniejszenie tak wielkich klęsk jak alkoholizm i syfilis zależy w wysokim stopniu do należytej akcji instytucji rządowych. (...) To samo powiedzieć można o wielu innych czynnikach takich jak np. przeciążenie szkolne, przeciążenie fabryczne itp. (...) Ale obok higieny postawić należy inny jeszcze czynnik (...) – medycynę. (...) Jeżeli porównamy współczesną terapię chorób nerwowych i umysłowych z odpowiednią terapią sprzed lat 50, to widzimy zaiste kolosalny postęp. Hydroterapia, elektroterapia, rozliczne środki farmakologiczne – wszystko to są zdobycze najnowszych czasów. (...) Ze wszystkich sposobów leczenia największa nadzieje pokładamy w psychoterapii. Terapia ta znajduje się dziś jeszcze w okresie niemowlęctwa – z czasem wszakże rozwinie się ona do kolosalnych rozmiarów. (...) Przychodzimy więc ostatecznie do wniosku, że z jednej strony postęp higieny, z drugiej postęp medycyny wpłynę z czasem potężnie na zmniejszenie się nerwowości”.

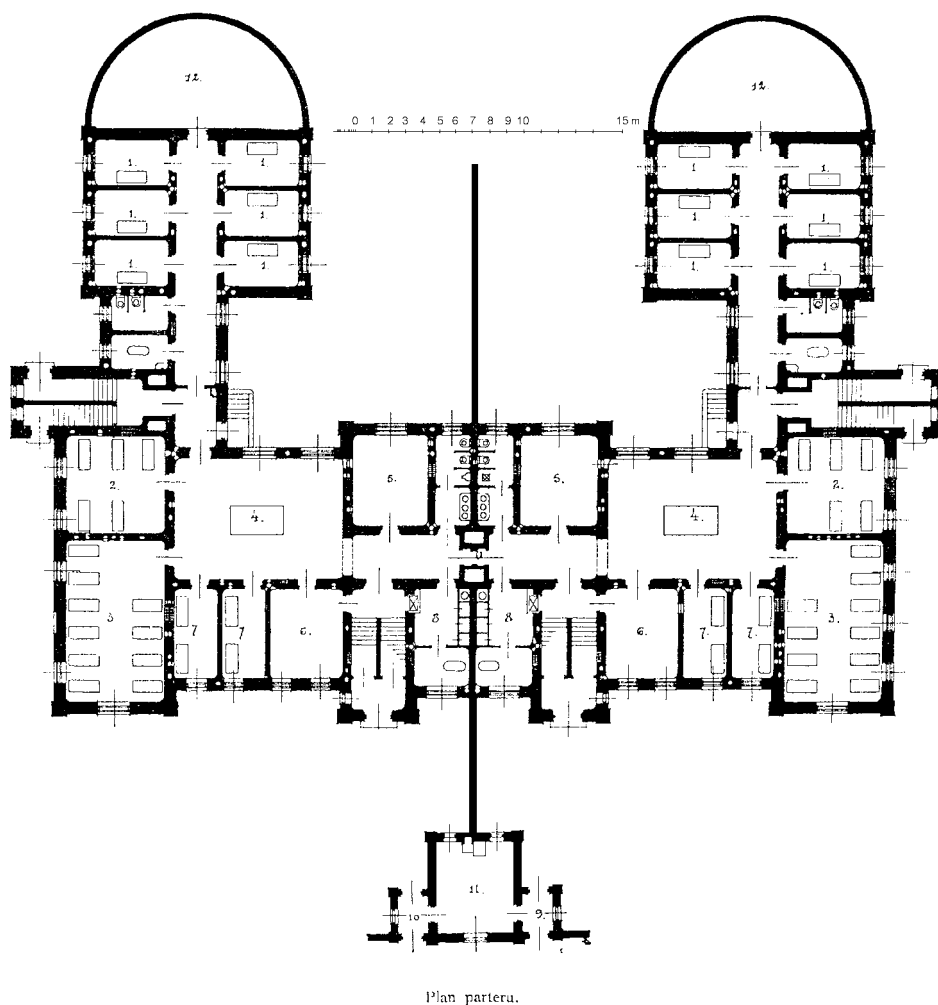
W 1897 r. Adam Wizel został powołany na stanowisko ordynatora oddziału chorób umysłowych Szpitala Starożytnych na Czystem. Stanowisko to piastował przez 31 lat, „w najściślejszym tego słowa znaczeniu” aż do śmierci. Oddział psychiatryczny został wybudowany „wówczas na dalekim i zaniedbanym przedmieściu” za Rogatką Wolską, jako pierwszy z kompleksu pawilonów szpitalnych. Otwarto go wraz z domem administracyjnym 27 stycznia 1898 r., tj. ponad 4 lata przed otwarciem całego szpitala. Stało się to



Fotografia 4. Fragment planu Szpitala Starozakonnych na Czystym, pawilon 8. – Oddział Chorób Umysłowych, pawilon 6. – obecny Oddział Psychiatryczny Szpitala Wolskiego [31]
 Figure 4. A fragment of the layout of the Orthodox Jewish Hospital in the Czyste District, pavilion 8 – The Mental Disease Department, pavilion 6 – the present Psychiatric Department of the Wolski Hospital [31]

możliwe dzięki determinacji i hojności Henryka Levy'ego, który – spełniając wolę swych rodziców Lessera i Eleonory Levy – w r. 1889 ofiarował na ten cel 80.000 rubli. Oddział składał się z części A i B, po 57 łóżek etatowych każda [31] (fot. 4, 5 i 6). W części A ordynował dr Adam Wizel, w części B dr Maurycy Bornsztajn. Obaj mieli do pomocy po jednym asystencie, wspólnego felczera oraz niezbędną liczbę „dozorców i posługaczy”. Brakowało natomiast wykwalifikowanych sił pielęgniarskich. Rzeczywiste obłożenie oddziału w latach 1920–1 wahało się od 140 do 160 chorych. Przeciętny czas leczenia wynosił ok. 5 miesięcy [32].

Niedostatek łóżek w stosunku do potrzeb skłonił dr Wizla do szukania zastępczych form opieki nad chorymi psychicznie. W 1899 r. w artykule pt. „Ze spraw szpitalnych” [33] pisze: „(...) Ponieważ ludność Królestwa Polskiego wynosi dziesięć milionów, należałoby przyjąć, że obłąkanych mamy do 20.000. Zachodzi pytanie, co my robimy dla tej ogromnej rzeszy obłąkanych? Gdzie ich leczymy i jak pielęgnujemy? (...) Kraj nasz posiada zaledwie cztery szpitale: 1) szpital w Tworkach, 2) szpital św. Jana Bożego w Warszawie, 3) oddział psychiatryczny przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, 4) szpital św. Jana Bożego w Lublinie. Pierwszy z tych szpitali posiada obecnie łóżek etatowych 550, drugi – 100, trzeci 101, czwarty – 50.



Fotografia 5. Plan parteru Oddziału Chorób Umysłowych Szpitala Starozakonnych na Czystym [31]
 Figure 5. Layout of the ground floor of the Department of Mental Diseases at the Orthodox Jewish Hospital in the Czyste District [31]



Fotografia 6. Pawilon 8, widok od tyłu, stan obecny
 Figure 6. Pavilion 8, back view, present state

Razem we wszystkich szpitalach jest łóżek etatowych 891. (...) We Francji z ogólnej ilości obłąkanych w zakładach znajduje przytułek 40% chorych, w Szwajcarii 58%, w Ameryce 66%, a w Szkocji aż 83%. Jakżeż zabawnie wobec tego wygląda nasze 6% obłąkanych internowanych w zakładach! Niedostateczność zakładów dla obłąkanych jest u nas wielkim złem społecznym (...). Każdy z naszych szpitali psychiatrycznych służy za schronisko dla ogromnej masy chorych, do szpitali nie kwalifikujących się. (...) Aby złemu zaradzić, należałoby zakładać liczne i na szeroką skalę urządzone przytułki. Byłyby [one] miejscem schronienia dla owej masy chorych nieuleczalnych, niepotrzebnie dziś zalegających szpitale. (...) Dziś chory, dotknięty ostrą psychozą i mogący się wyleczyć, na próżno puka do wrót szpitala. Nie może się tam dostać, bo miejsce jego zajmuje dement, kaleka psychiczny (...). I odchodzi chory od wrót szpitalnych i czeka na wolne miejsce tak długo, aż wreszcie sam staje się dementem, sam przeobraża się w kalekę”.

Rok później dr Wizel ponownie wraca do tego tematu [34]: „W ostatnich czasach rozpowszechnił się w całym cywilizowanym świecie zwyczaj leczenia cięższych chorych nerwowych w specjalnych zakładach tzw. sanatoriach. (...) Są to chorzy dotknięci ciężkimi postaciami nerwic, jak histeria, neurastenia, hipochondria oraz owymi licznym cierpieniami, znajdującymi się na pograniczu pomiędzy neurozą a psychozą. Chorzy ci poprawić się mogą jedynie w zakładzie. Leczenie domowe lub ambulatoryjne nie odnosi u nich żadnego zgoła skutku. (...) Toteż takich chorych, o ile tylko stan ich majątkowy na to pozwala, nader chętnie do sanatorium posyłamy. Ale co począć, gdy (...) ciężka nerwicą dotknięty jest drobny urzędnik, biedny lite-

rat, nauczycielka, szwaczka, rzemieślnik lub robotnik? (...) Mamy rzucić tych nieszczęśliwych ludzi na pastwę losu i patrzeć obojętnie na ich męki moralne i na ich bezsilną walkę z cierpieniem? (...) Dziś nic jeszcze realnego dla chorych nerwowych niezamożnych uczynić nie możemy, jeżeli jednak już dziś budzić zaczniemy wśród publiczności świadomość potrzeby uzdrowisk dla tego rodzaju chorych, to tym sposobem przygotujemy sobie grunt moralny, na którym w przyszłości już łatwiej będziemy budować. Idee nieraz długie lata żyją w świadomości społeczeństwa, zanim przyobloką się w ciało, zanim staną się faktem konkretnym”.

Efektom starań dr Adama Wizła, dr Samuela Goldflama i innych, było powołanie do życia w r. 1906 „Towarzystwa Opieki nad Nerwowo i Psychicznie Chorymi Żydami”. Na 30-morgowym terenie w Otwocku, kupionym za biżuterię darowaną Towarzystwu przez Zofię Endelmen, wybudowano Zakład dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Żydów, od imienia fundatorki nazwany „Zofiówką”. W r. 1926 liczył on 370 łóżek i znany był szczególnie z insulinoterapii schizofrenii wprowadzonej przez Jakuba Frostiga. Podczas okupacji hitlerowskiej, włączona do otwockiego getta „Zofiówka” stała się miejscem martyrologii ludności żydowskiej [3, 4, 35]. Dziś dawne budynki szpitalne „Zofiówki” znajdują się w stanie zawstydzającej ruiny [36].

Na liście publikacji z początkowego okresu ordynatury dr Wizła w Szpitalu na Czystem znajduje się praca pogładowa „o nowoczesnych odkryciach w dziedzinie histologii układu nerwowego” [37] i recenzje książek: De la Tourettea o hysterii w oprac. A. Puławskiego [38], D. Wassercuga o wartości rozpoznawczej bólu [39], T. Orłowskiego o syfilisie rdzenia [40] i Stanisława Słonimskiego (ojca poety)

o neurastenii płciowej jako „następstwie nadużyć przedwczesnych”, tj. o szkodliwości masturbacji [41]. W ostatniej z wymienionych recenzji dr Wizel pisze: „Z każdej strony tej wielce pożytecznej książki wieje duch miłości dla nieszczęśliwych młodzieńców, opętanych przez grzeszny nałóg. (...) Autor nie tylko poucza, wyjaśnia, uświadamia, ale nadto pociesza, koi, umoralnia i do wyrzeczenia się grzechu zachęca, a jeżeli niekiedy gromi grzeszników, czyni to bardzo oględnie, nie urażając zbytnio ich miłości własnej. Znajdujemy tu doskonały opis stanu nerwowego ofiar przedwczesnych nadużyć płciowych, przepyszną sylwetkę psychologiczną onanisty, nader trafne obrazy jego cierpień moralnych i walk, jakie stacza ze sobą (...)”.

W 1899 r. dr Wizel publikuje artykuł na temat dowcipu i twórczości artystycznej chorych psychicznie [42]. Pisze w nim m.in. „Lombroso w książce *Geniusz i obłąkanie* utrzymuje, jakoby u obłąkanych siła intelektualna niekiedy wzrastała i na dowód tego przytacza między innymi fakt istnienia wśród nich w dość licznych przypadkach przejawów zdolności humorystycznych. Zdaniem naszym, twierdzenie to, poddane głębszej analizie, nie wytrzymuje krytyki. (...) Dowcip u obłąkanych bywa dwojakiego pochodzenia: w jednych przypadkach jest on pozostałością z czasów psychicznego zdrowia i przedstawia wówczas zjawisko normalne, które ocalało przed niszczącą siłą psychozy, w drugich jest on nabytkiem nowym, stanowi wytwór samej psychozy, i w tych razach winien być uważany za objaw patologiczny. (...) Na produkcjach artystycznych chorych umysłowych jest zawsze wyciśnięte pewne charakterystyczne piętno. W nich piękne płacze się z brzydkim, wzniosłe z płaskim, zachwycające ze śmiesznym. Na każdym kroku razi nas nierówność i brak miary. I inaczej być nie może. Wyobraźnia obłąkanych pędzi bez hamulca; i stąd obok wielkich, śmiałych skoków spotykamy u nich często podrygi poliszynela. I znowu dochodzimy do tego samego wniosku, do którego doszliśmy, mówiąc o dowcipie u obłąkanych. Zdolności artystyczne, tak samo jak i humorystyczne, nie dowodzą bynajmniej wzrostu *in toto* inteligencji obłąkanych, lecz dowodzą jedynie spotęgowania się jednych czynności psychicznych przy współistniejącym osłabieniu drugich. (...) Zjawisko to daje się w zupełności podprowadzić pod prawo nierównowagi psychicznej, prawo, mające tak doniosłe znaczenie w psychiatrii. Obłąkany, zdobywający się na twórczość artystyczną, jest właśnie najdoskonalszym przykładem niezrównoważonego umysłu”.

Szpital dla Starozakonnych na Czystem, choć nie był placówką akademicką, prezentował najwyższy poziom naukowy, szczególnie w dziedzinie „chorób nerwowych”. Edward Flatau (1868–1932) i Samuel Goldflam (1852–1932) zaliczani są do klasyków światowej neurologii [9]. Również dr Adam Wizel w działalności praktycznej i naukowej „trzymał rękę na pulsie” europejskiej medycyny i mimo trudnych warunków starał się nadać za jej osiągnięciami. „Był to w psychiatrii okres anatomii patologicznej – z jednej strony i psychologii eksperymentalnej – z drugiej. Wizel doceniał znaczenie badań anatomo-patologicznych, ale już wówczas kładł u nas bodaj pierwszy (!) na ogromne znaczenie dociekań psychologicznych w psychiatrii” [1]. W pracy z 1900 r. o stosunku psychologii do psychiatrii [43] dr Wizel pisał: „Badania anatomo-patologiczne nad chorobami umysłowymi posiadają nadzwyczajną wagę, ale nie mniej do-

niosłe są od nich badania psychologiczne. Wszystkie zjawiska psychiatryczne wymagają podwójnego oświetlenia i tylko z dwóch stron oświetlone stają się one zupełnie zrozumiałymi. Kto bada zaburzenia psychiczne tylko ze strony anatomii klinicznej lub tylko ze strony psychologicznej ten tworzy wiedzę ułamkową. Ta dwoistość metod, nieodzownych w psychiatrii, wpływa z samej istoty zjawisk podlegających badaniu (...). Ta dwoistość materiału wymaga, by ażeby psychiatra miał pilnie zwrócone oko na dwa światy: materialny i duchowy”. Z czasem jednak w badaniach naukowych dra Wizla dociekania kliniczne i psychologiczne wzięły górę nad patomorfologicznymi.

W 1900 r. ukazuje się praca Adama Wizla na temat „metody leczenia w łóżku” [44]. Metodę tę nazywa „epokowym odkryciem w psychiatrii”, uważając, iż stanowi ona humanitarną alternatywę w stosunku do stosowanych szeroko wobec chorych psychicznie środków restrykcyjnych, takich jak kaftan bezpieczeństwa i separatka. Zwolennikami metody *Bett-Behandlung* byli m.in. Emil Kraepelin i Bernard Aloys Gudden. „Metoda [leczenia w łóżku] polega na tym, że chorych umysłowych, nawet najbardziej niespokojnych, trzymamy w łóżku, przy czym absolutnie niczym ich nie krępujemy. Chorzy są rozebrani i leżą w ten sposób, jak zwykli chorzy obłożni. Przebywają w łóżku całymi tygodniami, a nawet miesiącami. Z łóżka jednak mogą parę razy na dzień wstawać, już to ażeby przyjąć posiłek, już to gdy inna potrzeba tego wymaga. (...) By móc (...) tę metodę leczenia przeprowadzić, na pierwszym planie postawić należy warunek, by wszyscy chorzy leżący, z wyjątkiem bardzo niewielu, mieli nieustanny nadzór nad sobą. (...) Drugi warunek jest ten, aby chorzy zaraz z samego początku, tj. z chwilą przybycia do zakładu, byli poddawani metodzie leczenia w łóżku. Im później metodę tę zastosować, tym trudniej chorego do leżenia nakłonić (...). Chorym bardzo niespokojnym należy stosować ciepłe, długotrwałe wanny albo koce. (...) W kocach leżą od 1–3 godzin, dzięki czemu prawie zawsze ogromnie się uspokajają. (...) Następnie ważnym środkiem pomocniczym są leki kojące i narkotyczne. (...) Od czasu wprowadzenia metody leczenia w łóżku mniej środków kojących i narkotycznych używają. Np. [w moim oddziale] spotrzebowano mniej sulfonalu, mniej chloralu, mniej bromu, mniej makowca, nie zlecono wcale morfiny, wyciągu makowca ani paraldehydu. Dzięki metodzie leczenia w łóżku i „przymus chemiczny” staje się o wiele słabszym. (...) Wszystkim sceptykom radziłbym tylko jedno: niech sami spróbują, a przekonają się”. Praca ta opublikowana również w prestiżowym *Annales Medico-Psychologiques*, została włączona do zbioru klasycznych tekstów z dziedziny psychiatrii i psychologii (BIUM).

Paraliż postępujący stanowił przedmiot szczególnego zainteresowania badawczego dr Wizla. W r. 1902 ogłosił na ten temat pracę: „O patogenezie swoistego bredzenia paralityków” [45]. Omawiał w niej wyniki badań eksperymentalnych, których celem było ustalenie przyczyn „monstrualności” urojen chorych na tę chorobę. „Urojenia paralityka, jakiegokolwiek by były natury: idee wielkości, hipochondryczne, mikromaniczne, prześladowcze – odznaczają się nadmierną przesadą, niezwykle fantastycznością, hiperbolizmem, dochodzącym do potworności. Paralityk wypowiadający idee wielkości „posiada olbrzymie siły fizyczne, może podnieść dziesięć słoni, jest najpiękniejszym

z Adonisów, sypia jak w tysiącu i jednej nocy, waży cztery centnary, przybiera co tydzień 25 funtów na wadze, ma żelazną pięść, w minutę robi tysiąc mil, może latać w powietrzu, jego uryna jest winem szampańskim, a wypróżnienia – złotem” (Kraepelin). Paralytyk miary w bredzeniu utrzymać nie umie i tym się między innymi różni np. od paranoika, którego bredzenie leży w granicach prawdopodobieństwa. Zachodzi pytanie, jaki jest mechanizm psychologiczny podobnego bredzenia? (...) Nie ulega wątpliwości, że bredzenie paralytyków jest wyrazem otepienia, upadku inteligencji. (...) Ale odpowiedź brzmiąca tak ogólnikowo, nie wyczerpuje zgoła kwestii. (...) Hiperbolizm ten jest bezpośrednim następstwem utraty poczucia czasu i przestrzeni, a idee niedorzeczne stanowią wypadkową dwóch czynników psychologicznych: *primo* – skłonności do bredzenia, *secundo* – zakłócenia zmysłu czasu i przestrzeni. Współdziałanie dwóch tych czynników jest niezbędne”.

Przeprowadzone jedenaście lat później przez dr Adama Wizła i Natalię Zylberlastównę badania reakcji psychogalwanicznych na bodźce słuchowe, świetlne, dotykowe, węchowe i smakowe u tej grupy chorych wykazały, że „paralytycy bez porównania gorzej reagują na te bodźce, aniżeli normalni oraz chorzy innych grup. Właściwie tylko ich reakcje są tak charakterystyczne, że stają się patognomicznymi” [46].

W 1902 r. Adam Wizel opisał przypadek 22-letniej upośledzonej umysłowo pacjentki Sabiny W., obdarzonej niezwykłymi zdolnościami rachunkowymi [47]. Upośledzenie umysłowe (na poziomie imbecylijmu), rozwinęło się u chorej po przebyciu w 6 r.ż. ciężkiego tyfusu. Przypadek ten „z jednej strony stanowił ciekawy przyczynek do psychologii wielkich rachmistrzów, z drugiej ukazywał możliwość istnienia pewnych specjalnych, nawet nadmiernie wygórowanych zdolności przy ogólnym upośledzeniu umysłowym”. Na podstawie serii „drobiazgowych i mozolnych” eksperymentów dr Wizel wykazał, że „w wyniku wieloletniego zamięłowania do liczenia oraz sortowania guzików i drobnych monet, chora zgromadziła ogromny materiał pamięciowy w zakresie mnożenia, czyli mówiąc innym słowem, posiada wydłużoną tabliczkę mnożenia, poczynając od 2×2 do 100×100 . (...) Pamiętała zwłaszcza mnożenie liczb identycznych (podnoszenie do drugiej potęgi) oraz mnożenie przez 16”. Przypadek ten, opublikowany również w renomowanym niemieckim czasopiśmie naukowym, cytowany jest obecnie jako przykład szesnastkowego systemu numeracji (w przeciwstawieniu do dominującego systemu dziesiętowego lub binarnego) [48].

W 1902 r. ukazała się recenzja Adama Wizła monografii młodego dra Jana Mazurkiewicza o Andrzeju Towiańskim [49]. Komplementując pracę, dr Wizel przedstawił odmienny niż jej autor pogląd na temat natury występujących u Towiańskiego zaburzeń psychicznych. „Dzieje Towiańskiego to jedna z najwspanialszych ilustracji wpływu, jaki obłąkany wyrwać może na umysł zdrowe, skądinąd nawet bardzo silne. Towiańskiemu uwierzono tak, jak on sam sobie wierzył. Uwierzył mu nawet genialny Mickiewicz, uwierzyli mu nadto generałowie, politycy, profesorowie uniwersyteccy. (...) Dla mnie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że Towiański był paranoikiem. Jakkolwiek kategorię to twierdzenie może być dla niejednego przykre, a nawet

bolesne. (...) Zgadzałem się w zupełności z autorem, że źródłem bredzenia paranoików są „obce” pierwiastki psychiczne w zakresie umysłowości, obce według niego z dwójkięgo względu: *primo*, dlatego, że są dla chorego zupełnie niezwykle, nieoczekiwane, *secundo*, dlatego że nie towarzyszy im poczucie podmiotowości, że chory czuje je, jak gdyby w oderwaniu od własnego „ja”. Zgadzałem się również z autorem, że obce pierwiastki psychiczne wywierają wpływ destrukcyjny na osobowość (...), ale zgodzić się nie mogłem na to twierdzenie, iż ostatecznym produktem rozkładowego oddziaływania obcych pierwiastków na osobowość jest zdwojenie osobowości. Moim zdaniem [dochodzi] do przeobrażenia się osobowości, do narodzenia się zupełnie nowego „ja”. (...) Konstytucja psychiczna paranoika jest jednolita. Paranoik jest zawsze sobą i tylko sobą. (...) Paranoik jest paranoikiem, że tak powiem, na całej linii, począwszy od najwyższych sfer świadomości i kończąc na nizinach podświadomości”.

W recenzji pracy Wacława Męczkowskiego „O udawaniu zaburzeń nerwowych” [50] Dr Wizel przedstawił swój pogląd na temat orzecznictwa inwalidzkiego w tzw. nerwicach urazowych, częstych na przełomie XIX i XX wieku: „Są autorowie, którzy przyznają zaledwie 3–4% symulantów wśród urazowych. Na podobny optymizm żadną miarą zgodzić się nie mogę i całkowicie przychyliam do zdania tych, którzy stwierdzają symulację w 10% (Schultze), 15% (Ziehen), a nawet 25% (Seelig-Müller) przypadków urazowych. Na ogólną liczbę 36 przypadków urazowych, które miałem sposobność obserwowania w roku ubiegłym, stwierdziłem udawanie 9 razy (czyli 25%), a na ogólną liczbę 32 przypadków, które spostrzegłem w roku bieżącym, stwierdziłem udawanie u 5 (15,6%). (...) Nie moja wina, że wśród poszkodowanych napotkałem tak znaczną liczbę oszustów (...).

Zachodzi pytanie, w jaki sposób znaleźć równoważnik pieniężny dla inwalidności spowodowanej nerwicą. (...) Na pytanie, jak wielka jest inwalidność, nie możemy odpowiedzieć wprost, iż równa się ona takiemu a takiemu procentowi, albowiem (...) inwalidność ta jest zmienna. W trudnym położeniu radzimy sobie w ten sposób, iż oznaczając w procentach aktualną inwalidność, jednocześnie dodajemy, iż odsetka ta w przyszłości prawdopodobnie się zmniejszy, ale o ile, tego przewidzieć nie jesteśmy w stanie (...).

A cała sprawa, zdaniem moim, znacznie by się uprościła, gdybyśmy zarzucili zupełnie oznaczanie inwalidności w cyfrach i zamiast tego normowali odszkodowanie według natężenia nerwicy. Można by nerwice podzielić na kilka, powiedzmy np. na pięć kategorii. Każda kategoria dawałaby prawo do otrzymania pewnego stałego odszkodowania. (...) Przy podobnym postawieniu kwestii zadanie lekarza znacznie by się ułatwiło, rzeczą jego byłoby jedynie zaliczyć dany przypadek do tej lub innej kategorii nerwic, a i towarzystwa ubezpieczeń zyskałyby na tym, gdyż w każdym przypadku otrzymywałyby od lekarza kategorię odpowiadającą na obchodzące je pytanie. Rzucam tę myśl w nadziei, że może znajdzie ona kiedy urzeczywistnienie”.

Dwukrotnie w ciągu życia praca naukowa Adama Wizła musiała ulec dłuższej przerwie z powodu wojen, w których brał udział jako lekarz wojskowy. W wojnie rosyjsko-japońskiej 1904–1906 początkowo zarządzał lazaretem psychiatrycznym w Czycie, a potem ordynował w centralnym

szpitalu psychiatrycznym w Charbinie. W 1905 r. wspólnie z Piotrem Awtokratowem, głównym psychiatrą armii rosyjskiej na Dalekim Wschodzie, a wcześniej starszym ordynatorem oddziału psychiatrycznego Szpitala Wojskowego Ujazdowskiego w Warszawie, opublikował sprawozdanie dotyczące opieki nad chorymi psychicznie żołnierzami i oraz ich ewakuacji w pierwszym półroczu wojny. Opisane w tym sprawozdaniu założenia tzw. leczenia etapowego i ewakuacji według wskazań, miały pionierski charakter i stosowane są również we współczesnych konfliktach zbrojnych, oczywiście z uwzględnieniem postępu medycyny i techniki wojskowej. Podczas wojny rosyjsko-japońskiej u hospitalizowanych oficerów najczęściej rozpoznawano „obłęd alkoholowy” (44,6%) i „bezwład postępujący” (13,2%). U szeregowców rozpoznania te stanowiły odpowiednio 12,0% i 4,2%. Upośledzenie umysłowe („głupkowatość wrodzoną – imbecillitas”) rozpoznawano tylko u 3,5% hospitalizowanych. Dominowały inne – ostre i przewlekłe psychozy [51].

Po powrocie z wojny dr Wizel wznawia przerwana pracę społeczną i naukową. W 1906 r. powstaje – o czym była mowa wcześniej – Towarzystwo Opieki nad Nerwowo i Psychicznymi Chorymi Żydami”, które dwa lata później otwiera „Zofiówkę”. W 1906 r. dr Wizel ogłasza recenzję monografii Stanisława Orłowskiego na temat chorób rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych [52]. W r. 1908 zgłasza uwagi krytyczne do nazwy „obłęd maniakalno-depresyjny” [53]: „Z chwilą, gdy szkoła Kraepelinowska ogłosiła światu, iż melancholia (...) nie jest niczym innym jak tylko pewną odmianą kliniczną obłędu maniakalno-depresyjnego (...), zapytuje: Czy słusznym jest, aby wraz z zgonem błędnie wyodrębnionej jednostki chorobowej miała zginąć również (...) stara, zasłużona, sięgająca czasów Hipokratesa nazwa? Do czasów Kraepelinowskich wyraz „depresja” używany był jedynie celem określenia pewnego psychicznego objawu (...). O „melancholikach” zaś mówiono jako o chorobie, jako o pewnej określonej psychozie. Otóż uważam, że dziś obu tym nazwom przywrócić dawne ich znaczenie. „Depresja” winna nadal oznaczać nastrój przygnębienny (...), o „melancholii” zaś winniśmy mówić wtedy, kiedy chodzi o specjalny obłęd z charakterystycznym zespołem objawów (...).

W tym samym r. 1908 roku, wspólnie z Gustawem Krukowskim ogłaszają pracę na temat tzw. obłędu bliźniaczego [54]. Piszą w niej: „Nie ulega wątpliwości, że u bliźniąt mogą, po pierwsze, wystąpić samodzielnie dwie zupełnie rozmaite psychozy, po drugie, u jednego z bliźniąt choroba może się rozwinąć przez indukcję, i wreszcie po trzecie, jedna i ta sama psychoza może powstać u obydwóch samistnie. Otóż, naszym zdaniem tylko w tym trzecim przypadku mamy prawo mówić o obłędzie bliźniaczym, pamiętając o tym, że pod wyrazem „jedna i ta sama psychoza” rozumiemy li tylko jedną i tę samą formę kliniczną z mniejszym lub większym podobieństwem poszczególnych objawów. (...) To zaś że u jednej osoby psychoza rozwija się wcześniej, a u drugiej później, ma znaczenie przygodne i często jest w zależności od różnych przyczyn zewnętrznych”. (...) Przypadek nasz jest niewątpliwie obłędem bliźniaczym, jakkolwiek u każdej z siostr psychoza przejawia się rozmaicie, jest to jednak jedna i ta sama sprawa chorobowa, nadto sprawa ta rozwinęła się u obu siostr zupełnie samo-

dzielnie, a rozłaka wieloletnia po wyjściu za mąż obu chorych, nie tylko nie polepszyła stanu zdrowia żadnej z nich, ale przeciwnie natężenie choroby u obu silnie się wzmogło”.

W dniach 11–13 października 1909 r. odbył się w Warszawie I Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich, którego dr Wizel był współorganizatorem [55]. Na zjeździe tym wygłosił referat na temat trudności, jakie napotyka się w praktycznym stosowaniu koncepcji otępienia wczesnego (*dementia praecox*) oraz psychozy maniakalno-depresyjnej, ogłoszonych w 1896 r. przez Kraepelina [56]. W konkluzji swego wystąpienia dr Wizel stwierdził: 1) Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy psychozą maniakalno-depresyjną a otępieniem wczesnym jest pewne tylko w przypadkach czystych, typowych zarówno dla jednego jak i drugiego cierpienia, w przypadkach zaś atypowych nastęrcza ono wiele trudności, a częstokroć bywa zgoła niemożliwe. 2) Trudność rozpoznania zależy od tego, iż ani w obrazie klinicznym obu chorób ani w ich przebiegu nie znajdujemy znamion, które byłyby ściśle swoiste wyłącznie dla jednej tylko z dwóch psychoz. 3) Przy współistnieniu zespołów: katatonicznego i maniakalno-depresyjnego rozpoznanie winniśmy czynić zależnie od przewagi jednego lub drugiego zespołu. 4) teza Kraepelina o bezwzględnej uleczalności stanów maniakalno-depresyjnych wymaga jeszcze sprawdzenia. Osobiste doświadczenie moje zdaje się przeciwko tezie tej przemawiać. Po tym względem nauka Kraepelina wymaga jeszcze rewizji i każdy z psychiatrów winien by poddać ponownej analizie cały swój materiał kliniczny. 5) Współczesne metody kliniczne badania nie są zgoła wystarczające i odczuwać się daje potrzeba nowych, dopełniających metod (chemicznych, hematologicznych). 6) *Dementia paranoides* jest jednostką kliniczną samodzielną i z grupy otępienia wczesnego winna być wyłączona. 7) Przy rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy psychozą maniakalno-depresyjną a *dementia paranoides* należy pamiętać o paranoidnej postaci psychozy maniakalno-depresyjnej oraz o stanach urojeniowych u degeneratów”.

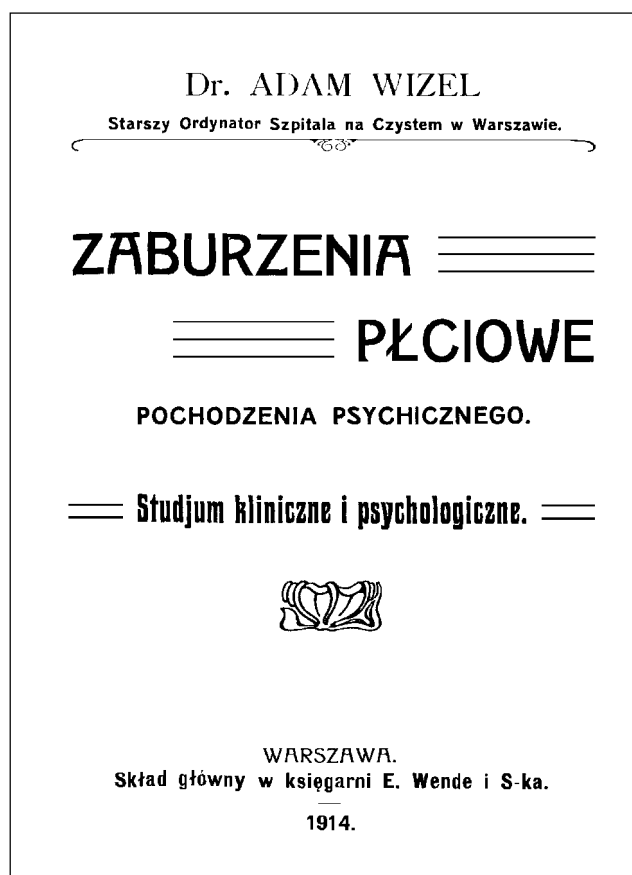
W wystąpieniu zjazdowym dr Wizel odniósł się również do dyskusji zwiastujących Bleulerowski przewrót w psychiatrii. „W ostatnich czasach poczęto mówić o dwóch nowych objawach, o których przedtem wzmianki nigdzie nie było. Jednym z tych objawów jest rozszczepienie osobowości, któremu Gross nadał nazwę *sejunktji*, Stransky nazwał go *schizofrenią*, a Urstein nazywa *intra psychiczną ataksją*. Gross i Stransky uważają rozszczepienie osobowości za zasadniczy objaw otępienia wczesnego i dlatego Gross proponuje, aby otępienie wczesne nazywać *dementia sejunctiva*, a Stransky nazywa je wprost *schisophrenia*. (...) Kwestja schizofrenii łączy się ściśle z całą nauką współczesną psychologii wczesnego otępienia, zaingurowaną przez Grossa i Stranskiego, a rozwijaną w dalszym ciągu przez szkołę Zurichską, jak Jung, Bleuler. Nauka ta wychodzi z założenia, iż w duszy ludzkiej istnieje odrębne tzw. kompleksy uczuciowe, (...) że oprócz kompleksów świadomych istnieją nieświadome, (...) że oprócz kompleksów świadomych toczą walkę ze świadomymi i z całą naszą osobowością, że niejednokrotnie odnoszą one zwycięstwo nad naszym „ja”, i że to większe lub mniejsze zwycięstwo wypartych kompleksów daje punkt wyjścia dal różnych zbroczeń psychicznych. (...) Człowiek zdrowy posiada skłonność do pokony-

wania natrętnych kompleksów, które przeszkadzają dalszemu normalnemu rozwojowi osobowości. Jeżeli to wyparcie kompleksu uda mu się w sposób niedostateczny, to powstaje wówczas histeria, jeżeli zaś kompleks uczuciowy pozostaje całkowicie bez zmiany, co naturalnie powoduje ciężkie uszkodzenie osobowości, to wtedy powstaje *dementia praecox*” [56].

W r. 1910 dr Adam Wizel opublikował swoją pierwszą (jeśli nie liczyć recenzji książki Stanisława Słonimskiego z 1899 r.) pracę seksuologiczną *O istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego na temat impotencji* [57]. Píše w niej m.in.: „Każdy chory dotknięty niemocą [seksualną] wiąże własną logiką niemoc ze słabością narządów płciowych. Jest to sylogizm nieodparcie narzucający się jego umysłowi. (...) W przypadku niemocy psychicznej, gdy zwrócona zostaje zbyt wielka uwaga na narządy płciowe, (...) lekarz winien usiłować zburzyć fałszywy sylogizm, a nie dodawać mu jeszcze pokarmu przez zbyt dużą interwencję. (...) Nakaz abstynencji w przypadkach niemocy czysto psychicznej nie wytrzymuje krytyki. Wzbronienie stosunków płciowych budzi z konieczności w umyśle chorego ideę, że płciowe jego narządy są osłabione i wymagają odpoczynku, (...) gdy tymczasem dążeniem lekarza winno być niedopuszczenie do tego, aby w umyśle chorego zakorzeniła się chorobliwa autosugestia”.

Powyzszy temat dr Wizel rozwinął w wydanej w r. 1914 monografii *Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego* [58] (fot. 7). Odrzucając dawny podział czynnościowej impotencji na postać psychiczną, tj. psychopochodną i postać neurasteniczną (zależną od wpływu odruchowego zmian miejscowych w narządach płciowych na ośrodki nerwowe) dr Wizel doszedł do przekonania, „że punktem wyjścia niemocy, jako nerwicy, jest zawsze psychika, że cierpienie to, jakkolwiekby się klinicznie przejawiało, jest we wszystkich bez wyjątku przypadkach psychopochodne, zaś jedyną racjonalną i celową metodą leczniczą jest psychoterapia. (...) Rzeczą lekarza jest wytworzyć i podtrzymać w chorym nastrój odpowiedni, wlać weń otuchę, odbudować upadłą wiarę, krzepić go moralnie w razie nowych niepowodzeń i póty perswadować mu, tłumaczyć, sugestionować, aż wreszcie chory osiągnie jakikolwiek rezultat. Pierwsze, choćby najmniejsze powodzenie jest już zwycięstwem. (...) Trzeba wielkiej dialektyki i siły wymowy, aby obudzić w chorym zachwianą wiarę i wnieść promień światła do jego posępnej duszy. (...) Należy wszystkimi siłami starać się o to, aby przelotna idea o impotencji nie przekształciła się w stałą preokupację. (...) Metody leczenia chorych dotkniętych psychoneurozą płciową, zasadniczo niczym się nie różnią od tych, jaki w ogóle w przy leczeniu psychoneuroz bywają stosowane. Czego jednak stanowczo unikać należy, to stosowania jakiegokolwiek terapii miejscowej, albowiem wszystkie zabiegi miejscowe działają sugestyniwnie w sensie ujemnym, a mianowicie nasilają preokupację chorego odnośnie do narządu płciowego i utrwalają w nim mniemanie, iż przyczyną niemocy jest osłabienie narządu. A tego rodzaju autosugestia jest dla chorego zabójcza”.

Wybuch I wojny światowej po raz drugi wyłączył dr Wizla z pracy w Szpitalu na Czystem. Zmobilizowany jako ordynator oddziału psychiatrycznego Szpitala Wojskowego Ujazdowskiego został wraz z tym szpitalem ewakuowany do Moskwy. Zajmował tam stanowisko odpowiadające



Fotografia 7. Faksymile strony tytułowej książki A. Wizla – *Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego*, 1914 [58].
Figure 7. Facsimile of the title page of A. Wizel's book – *Psychologically determined sexual disorders*, 1914 [58].

randze „lekarza-generała” i „otaczał lekarsko-ojcowską opiekę polskich emigrantów, a zwłaszcza świat artystyczny [59]. Pokłosiem doświadczeń dr Wizla z tej wojny jest praca na temat zaburzeń reaktywnych [60]. Píše w niej m.in. „(...) Okazuje się, że nie bacząc na nadzwyczajne przeżycia, wstrząsy, emocje i wysiłki, na jakie psychika walcząca była narażona w czasie tej wojny, liczba zachorzeń psychicznych była nie o wiele większa, niż w czasie pokoju. Nie tylko schizofrenia, maniako-depresyjna psychoza, paranoja, paraliż i epilepsja, (...) nie o wiele częściej występowały, aniżeli w czasach normalnych, ale nawet rozmaite psychozy i psychoneurozy psychogenne nie imponowały zbyt wielką częstością. (...) Reasumując, (...) można postawić tezy następujące: 1) Istnieją cierpienia psychiczne *wewnątrzpochodne* (endogenne) i *psychopochodne* (psychogenne), czyli *reaktywne*. 2) Cierpienia *psychopochodne*, czyli *reaktywne*, są następstwem współdziałania dwóch przyczyn: a) predyspozycji i b) wpływu psychicznego zewnętrznego. Są to, ściśle mówiąc, cierpienia endo-egzogenne. W tych razach czynnik zewnętrzny jest istotnym współczynnikami przyczynowym choroby: wraz z predyspozycją tworzy on chorobę. 3) Cierpienia *wewnątrzpochodne* oparte są na pewnej wrodzonej konstytucji psychopatycznej i wyłącznie konstytucji tej pochodzenie swe zawdzięczają. 4) Cierpienia *wewnątrzpochodne* występują zazwyczaj samoistnie, autochtonicznie, niekiedy jednak zjawiają się one w następstwie pewnych wpływów zewnętrznych, pewnych

afektów, pewnych przeżyć. 5) W tych razach, gdy występują one pod wpływem pewnych czynników zewnętrznych, czynniki te odgrywają rolę jedynie czynników wyzwalających chorobę, a nie powodujących ją. 6) O ile cierpienie *psychogenne* jest istotnie cierpieniem *reaktywnym*, o tyle cierpienie *wewnątrzpochodne*, w tych razach, gdy zostało ono wyzwolone przez jakiś czynnik psychiczny egzogeny, nie może być uważane za cierpienie reaktywne, można je uważać co najwyżej za *rzekomo reaktywne*”.

W 1921 r. na zjeździe Psychiatrów Polskich w Poznaniu dr Wizel „dał odczyt” na temat zaburzeń kojarzenia w schizofrenii [61]. Zawarł w nim m.in. następujące myśli: „Z zestawienia (...) danych eksperymentalnych [m.in. Aschaffenberga, Sommera i Bleulera] zdaje się wypływać logicznie wnioski, że mechanizm kojarzeniowy u schizofreników jest na wskroś patologiczny i zasadniczo odmienny aniżeli u ludzi psychicznie zdrowych. (...) A jednak mimo to pozwałam sobie słuszność tego wniosku zakwestionować i na całą sprawę bezładnego kojarzenia schizofreników spojrzeć z odmiennego zgoła stanowiska. (...) Wszyscy badacze czyniąc doświadczenia bądź nad zdrowymi, bądź nad chorymi, wnioski swe wyprowadzali jedynie ze skojarzeń wypowiedianych słownie czyli operowali wyłącznie materiałem obiektywnym, nie wnikając zupełnie w świat subiektywny badanego i nie usiłując zgoła przedrzeć się do wnętrza życia psychicznego. A przecież jest rzeczą niewątpliwą, że słownie wypowiedziane skojarzenia pozwalają nam ujrzeć za ledwie drobną część tego, co się istotnie w psychice odbywa, albowiem zakres skojarzeń, wypowiedzianych słownie jest nieskończenie mniejszy od całej sumy skojarzeń, obecnej w każdej chwili w umyśle. (...) Stąd powstał nawet znany aforyzm Tayllera, iż „mowa służy do ukrycia myśli”. (...) Mowa ludzi psychicznie zdrowych jest zawsze wyrazem celowego kojarzenia (...). Niezależnie jednak od tego kojarzenia celowego istnieje kojarzenie bezcelowe, kojarzenie które w mowie się nie odbija, które człowiek, zachowuje – że tak powiem – dla siebie, które nie wydostaje się na zewnątrz z jego świata podmiotowego. (...) Bezcelowe kojarzenie znajduje (...) najdoskonalszy swój wyraz w stanie psychicznym, który pozwałam sobie nazwać *zamyśleniem się biernym* albo *zadumą bierną*. Jest to stan psychiczny, który bardzo często u nas występuje i który zna doskonale nawet psychologia wulgarna, oznaczając go obrazową nazwą „myślenia o niebieskich migdałach”. (...) Tutaj istotnie *spiritus flat ubi vult* i fala asocjacyjna wyrzuca z wnętrza psychiki wszystko, co tylko na drodze spotyka. (...) Otóż badając wielokrotnie własną bierną zadumą i zebrawszy obfity pod tym względem materiał, zdołałem wykryć charakterystyczne znamiona procesu bezcelowego kojarzenia. (...) Kojarzenie to jest niesłuchanie podobne do bezładnego kojarzenia schizofreników i tu i tam mamy tą samą bezcelowość, nieprodukcyjność, bezkresowość łańcucha kojarzeniowego, to samo rozluźnienia, bezład i bezsensowność skojarzeń, tak iż mamy wszelkie prawo proces ten nazwać inkoherencją wewnętrzną. (...) Gdyby człowiek normalny, zatopiony w biernej zadumie, głośno wypowiedział swe myśli, mowa jego zasadniczo niewiele by się różniła od mowy schizofrenika. Różnica (...) polega na tym, że o ile człowiek normalny kojarzyć może celowo i bezcelowo (...), o tyle schizofrenik – skutkiem trwałego osłabienia aktywności psychicznej – kojarzy zawsze bezcelowo i inaczej kojarzyć nie

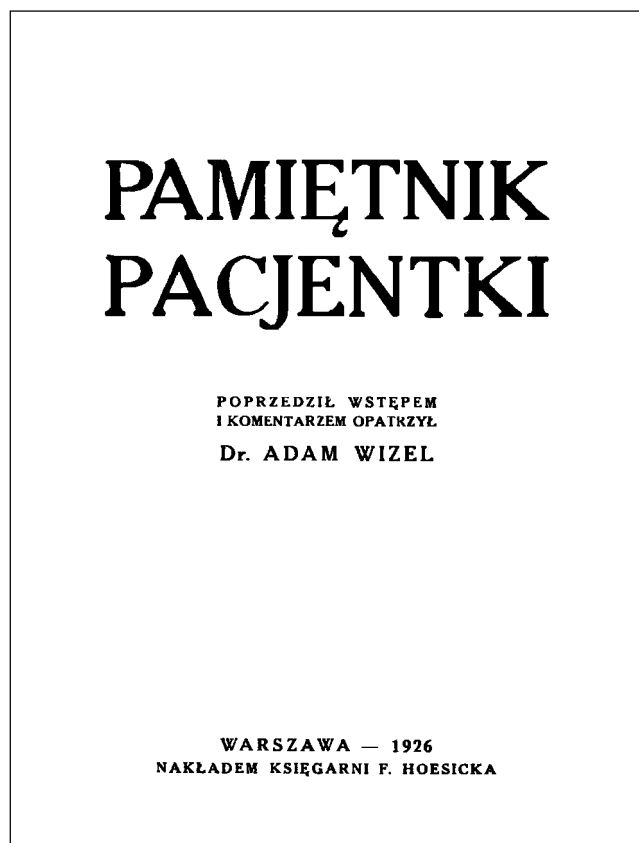
jest w stanie, czyli że nie mechanizm kojarzeniowy u schizofrenika cierpi jako taki, ale cierpi czynnik psychiczny, kierujący aktywnie tym mechanizmem”.

W 1922 r. ukazała się praca dr Wizla na temat zespołu Gansera z następującymi wnioskami: 1) Zespół Gansera i otępienie rzekome nie są to dwa odrębne zespoły, które dałyby się klinicznie rozgraniczyć (...) 2) Za ich tożsamością nozologiczną przemawia to, że (...) oba zespoły polegają na swoistym zaburzeniu pamięci, amnezji histerycznej. 3) (...) że tu i tam mamy do czynienia z pewną swoistą patogenezą, a mianowicie z życzeniem, aby dostać psychozy i za pomocą niej uciec od bolesnej rzeczywistości. (...) Oczywiście symulować otępienie rzekome można łatwiej niż jakkolwiek inną psychozę. Jak odróżnić symulację od choroby, na to nie ma żadnych pozytywnych wskazówek. Pod tym względem decydującą rzeczą jest spostrzegawczość i intuicja psychiatry. Tu tylko możemy to powiedzieć, iż nie należy być zbyt podejrzliwym w stosunku do chorego jedynie dlatego, że dotknięty jest cierpieniem, które łatwo można symulować” [62].

W 1920 r. Dr Wizel wraz z asystentem Leonem Prusakiem zainicjował w Polsce leczenie schizofrenii oraz porażenia postępującego wszczepieniami gorączki powrotnej. Prób tych zaniechali, ponieważ w schizofrenii nie obserwowano żadnej poprawy, a chory na porażenie postępujące uczestniczący w eksperymencie zmarł. Pod wpływem doniesień o pomyślnych rezultatach leczenia porażenia postępującego wszczepieniami zimnicy przez Juliusa Wagnera-Jauregga, w 1922 r. zastosowano ten rodzaj leczenia w Szpitalu na Czystem [63]. W podsumowaniu tych prób dr Wizel stwierdził: „(...) Statystyka mego oddziału wykazuje za 3-letni okres (od 1919 do 1921), kiedy jeszcze leczenia zimnicą nie stosowałem, na ogólną liczbę 20 obserwowanych przypadków – zwolnienie [wypis z oddziału] w 1 zaledwie przypadku (czyli 5%). Maksimum zwolnień, jakie zagraniczne statystyki wykazują, równa się 12% (...). Dzięki leczeniu zimnicą zwolnienia stały się bez porównania częstszymi. Spośród 22 chorych, stanowiących pierwszą serię ogłoszonych w pracy naszej przypadków, 11 uzyskało większą albo mniejszą remisję, czyli że zwolnienie wystąpiło w 50% przypadków”.

Zachęcony dobrymi rezultatami leczenia porażenia postępującego zimnicą, dr Adam Wizel wraz z asystentem Romanem Markuszewiczem (...) w r. 1927 podjęli próby zastosowania tej metody w leczeniu schizofrenii. U 27 chorych: 4 z „ostrą, świeżą schizofrenią” 4 „okresową” i 19 „przewlekłą”, w przypadkach przewlekłych, trwających rok i dłużej, nie uzyskano żadnej poprawy, natomiast w przypadkach ostrych i okresowych, „zimnica wpłynęła wybitnie dodatnio na przebieg choroby. Wyniki tego eksperymentu klinicznego opublikowano w renomowanych czasopismach naukowych – francuskim i niemieckim [64].

Drugą serią badań objęto 40 przypadków „ostrych” i 17 „okresowych”. Za ostre uznano przypadki choroby trwającej krócej niż rok, za „okresowe” – przypadki z rzutami psychotycznymi „w rozmaitych odstępach czasu”. „Bardzo dobrą” remisję, polegającą na „zupełnym powrocie do zdrowia psychicznego z odzyskaniem całkowitej zdolności do pracy” lub „średnią”, polegającą na „ustąpieniu drugorzędnych objawów schizofrenii i złagodzeniu objawów pierwszorzędnych, ale z ograniczoną zdolnością do pracy” uzy-



Fotografia 8. Faksymile strony tytułowej I wyd. książki A. Wizła – *Pamiętnik pacjentki*, 1926.

Figure 8. Facsimile of the title page of the first edition of A. Wizel's book – *A lady patient's diary*, 1926.

skano odpowiednio u 22,5% i 27,5% przypadków „ostrzych” oraz 53,0% i 17,6% „okresowych”. Na ogólną liczbę 99 chorych leczonych w obu seriach zimnicą wystąpił 1 przypadek śmiertelny. Ponieważ uzyskane wyniki leczenia schizofrenii zimnicą znacznie przewyższyły odsetek samoistnych remisji, wynoszący wg Kraepelina i Bumkego ok. 13%, uznano, że „szczepienie zimnicą schizofrenii uważać należy za metodę godną najszerszego zastosowania” [65].

W r. 1920 na sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dr Adam Wizel wygłosił referat pt. „Schizofrenia ze stanowiska szkoły Freuda”, w którym „wysuwając mnóstwo zastrzeżeń przeciw Freudowi, przyznał już wtedy wielkie znaczenie jego teorii dla psychiatrii w sensie wyjaśnienia patogenezy omamów i urojeń schizofrenicznych. (...) W roku następnym ogłosił „Przypadek schizofrenii z charakterystycznym zespołem urojeniowym”, gdzie już wyraźniej uwydatnia swoje stanowisko, przychylnie dla teorii psychoanalitycznej. W końcu stanął niemal całkowicie po stronie psychoanalizy” [1]. Dał temu wraz w pracy „O postaciach niedorozwiniętych schizofrenii, której tezy przedstawił po raz pierwszy 13 lipca 1925 r. na XII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie a następnie w rozszerzonej postaci [66].

Pisze na ten temat również w komentarzu do książki *Pamiętnik pacjentki*, która obecnie doczekała się trzeciego wydania [67] (fot. 8). Tematem tej książki jest analiza kliniczno-psychologiczna przypadku „panny M.”, dokonana

na podstawie jej zapisków z lat 1916–1920, poprzedzających leczenie u dr Wizła, obserwacji podczas tego leczenia oraz późniejszej z korespondencji z pacjentką. W komentarzu do *Pamiętnika...* Adam Wizel pisze: „Przypadek niniejszy należy niewątpliwie do grupy cierpień psychicznych, które ja pierwszy pod nazwą schizofrenii niedorozwiniętej opisałem. Są to (...) te przypadki schizofrenii, w których objawy kliniczne nie dochodzą do pełnego rozwoju, a niekiedy występują jedynie w formie zarodkowej. (...) Przy pełnym rozwoju schizofrenii widzimy zdecydowane urojenia, w schizofrenii zaś niedorozwiniętej mechanizm Freudowski przerabiania materiału życzeniowego na urojeniowy nie idzie do końca, lecz zatrzymuje się w połowie drogi, mianowicie w fazie marzeniowej, i tym sposobem nie otrzymuje się zupełnego odszczepienia i projekcjonowania kompleksów. (...) Marzenia niedorozwiniętych schizofreników realizują niekiedy życzenia nie w sposób jawny, ale symboliczny, jak to wyraźnie widzieliśmy na przykładzie naszej pacjentki”.

Koncepcja „niedorozwiniętej schizofrenii” Adama Wizła była utożsamiana z postaciami poronnymi schizofrenii (*formes frustes*) Henri Claude’a (1869–1945). *Pamiętnik pacjentki* został przez psychiatrów *unisono* oceniony jako bardzo wartościowy dokument psychologiczny. Krytycy spoza świata lekarskiego, doceniając rolę dr Wizła w jego publikacji, dostrzegli w *Pamiętniku* przede wszystkim oryginalne dzieło literackie, sceptycznie odnieśli się natomiast do traktowania zwierzeń autorki jako przejawu schizofrenii.

Do końca życia dr Adam Wizel przejawiał niezwykłą aktywność społeczną i naukową. Popularyzował wiedzę na temat postępowania z psychicznie chorymi []. W 1927 r. z jego inicjatywy powstało Towarzystwo Opieki nad Psychicznie Chorymi Pozazakładowymi, którego został wiceprezesem. Snuł plany rozbudowy oddziału psychiatrycznego Szpitala na Czystem. Zmarł nieoczekiwanie dla wszystkich 15 listopada 1928 r.

We wspomnieniach pośmiertnych pisano o nim: „Był obdarzony niezwykłą inteligencją, wielką spostrzegawczością i znajomością człowieka, umiał doskonale wczuć się w psychikę umysłowo chorych, co było tym trudniejsze, że ogół pacjentów szpitalnych to biedni, ubodzy duchem i kulturalnie zaniedbani, do których umysłu dotrzeć może jedynie lekarz odczuwający ich duszę i doskonale znający ich dolę i niedolę” [69]. „Z natury wrażliwy, skłonny do pesymizmu i niewiary w siebie, miewał okresy zniechęcenia i depresji. Ale potem znów zbierał się do pracy tym gorliwej, tym intensywnej, chcąc powetować czas stracony” [1]. „We wszystkich pracach dr Wizła (...) uderzał zawsze młodzieńczy zapał i wiara w słuszność bronionych przez niego tez. (...) Jeszcze wyraźniej cechy te występowały w czasie dyskusji na posiedzeniach (...) oddziału warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w którym pracował od chwili powstania Towarzystwa w 1920 roku. Rzadko opuszczał posiedzenia (...). Bywał na dorocznych Zjazdach naszych i w 1925 roku był prezesem oddziału warszawskiego” [2].

Wiele tez bronionych z zapałem przez dr Wizła nie przetrwało próby czasu, ale dzięki walorom literackim jego prace nadal czyta się z zainteresowaniem i przyjemnością.

Dr Adam Wizel z żoną Jadwigą mieli córkę, Martę, po mężu Stopnicką (1897–1978). Dr med. Marta Stopnicka



Fotografia 9. Grób Rodziny Wizłów na Cmentarzu Powązkowskim, kwatera R, 6 [67]

Figure 9. The Wizel family tomb at the Powązki Cemetery, plot R, 6.

w latach 1936–1973 była pediatrą w Domu Małych Dzieci im. ks. Gabriela Piotra Baudouina w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 75. W latach 1950–1963 była jego dyrektorem. Szczególne zasługi położyła w dziedzinie profilaktyki gruźlicy oraz jako wieloletni sekretarz redakcji „Pediatrii Polskiej” [70]. Godną odnotowania ciekawostką jest, że znane przedwojenne sanatorium dla zamożnej klienteli „Martów” w Otwocku, którego współdziałowcem był dr Wizel, zostało ochrzczone jej imieniem. Ostatnia z rodu, wnuczka Aleksandra Kokowska, ur. 1923, jest prawnikiem. Dr Adam Wizel mieszkał i miał gabinet lekarski w Al. Jerozolimskich 43. Mieszkanie to wraz z całym dobytkiem spłonęło w Powstaniu Warszawskim. Mogiła dra Wizła znajduje się na Cmentarzu Powązkowskim, kwatera R, 6 (fot. 9).

PIŚMIENNICTWO

1. Bornsztajn M: Ś.p. Adam Wizel (Wspomnienie pośmiertne). *Warsz. Czas. Lek.* 1928; 5(43): 949–951.
2. H[andelsman] J: Wspomnienie pośmiertne. *Rocz. Psychiatr.* 1928; 9:142–143.
3. Nasierowski T: Zofiówka-Otwock. W: Jaroszewski Z. red. *Zagłada chorych psychicznie w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993. s 150–165.
4. Trybowski WS. *Dzieje Otwocka Uzdrawiska*. Otwock: Towarzystwo Przyjaciół Otwocka; 1996.
5. Wizel A: O inteligencji psa. Z odczytu Sir Jana Lubbocka, wygłoszonego na Zjeździe Stowarzyszenia Brytanskiego w Aberdeen. *Wszechświat*. 1886; 5 (1): 9–12.
6. Lekcyje prof. Charcot (Ze wspomnień osobistych). *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1892; 27 (51): 576–577.
7. Żyd – wieczny tułacz w Salpêtrière [opisany przez Charcota]. *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1893; 28 (34): 368–369.
8. Jan Marcin Charcot (1825–1893) [Wspomnienie pośmiertne]. *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1893; 27(36): 383–384.
9. Herman E. *Neurologdy polscy*. Warszawa: PZWL; 1958. s. 229–230.
10. Z dziedziny historii. I. Astazja – Abazja. *Gaz. Lek.* 1891; 26(9): 155–163, 26(10): 176–182, 26(11): 222–228, 26 (13): 246–250, 26(14): 258–263, 26(16): 296–300 i 26(17): 322–327.
11. Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii. *Gaz. Lek.* 1892; 27(22): 479–484.
12. Przypadek histeryi z obrzękiem histerycznym czerwonym i pewnym szczególnem zaburzeniem pamięci. *Gaz. Lek.* 1893; 28(6): 141–146 i 28(7): 176–185.
13. Przypadek amaurozy histerycznej; powstałej w przebiegu choroby usznej. *Gaz. Lek.* 1894; 29(14): 370–372.
14. Wizel A, Rychliński K: Przyczynek do nauki o padaczce Jacksona. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1894; 15(3): 749–751, 15(3): 754–756.
15. Wizel A, Dydyński L: Chory dotknięty syringomyelią. *Gaz. Lek.* 1895; 30(15): 393–394.
16. Borsuk M, Wizel A: Przypadek urazowego wylewu krwi do substancji białej mózgu z następczem zaburzeniem mowy (aphasia) niedowładem połowicznym i padaczką Jackson’a, wyleczony na drodze chirurgicznej. *Przegl. Lek.* 1896; 3(1): 1–13. To samo: *Archiv für klinische Chirurgie*. 1897; 54: 207–219.
17. Suggestya ze stanowiska psychologii. *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1890; 25(46): 546–547.
18. Z notatek psychologa. *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1892; 27(3): 30–31, 27(8): 91–92, 27(9): 107–108.
19. Drugi kongres międzynarodowy psychologii doświadczalnej [w Paryżu]. *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1892; 27(42): 466–467.
20. Kwestyonaryusz psychologiczny. *Niwa*. 1893; 22 (9/10): 388–389.
21. Przyczynek do psychologii idei ogólnych. *Niwa*. 1893; 22(3): 119–122.
22. Podwójne „ja”. *Ateneum*. 1891; 1, 56–66.
23. Zbłąkana opinia (W sprawie Kulparkowskiej). *Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych*. 1890; 25(39): 450–452.
24. Szwajcer J (Jotes): Zjazd psychiatrów w Warszawie 30, 31 października i 1 listopada r.b. w karykaturach. *Świat – Pismo tygodniowe ilustrowane*. 1920; 15(46):15.
25. Forel A. *Hypnoza, jego znaczenie i zastosowanie*. Przełożył i uwagami opatrzył Adam Wizel. Warszawa: Wydawnictwo Przeglądu Tygodniowego; 1891. s 130.
26. Hirsch M. *Suggestya i hypnoza*. Przełożył Adam Wizel. Warszawa: Redakcja Gazety Lekarskiej; 1894. s 131.
27. Kilka słów o hypnozie i leczeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń. *Medycyna*. 1895; 23(20): 417–421 i 23(21): 435–440.
28. Demonstracya chorej z enuresis nocturna leczonej za pomocą hypnozy. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1895; 91: 207–208.
29. urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń. Przyczynek do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem (paranoia acuta hallucinatoriaj. *Medycyna*. 1896; 24(10): 217–221, 24(11): 241–245 i 24(12): 265–270.

30. Wiek nerwowy w świetle krytyki. Warszawa: Nakładem C. Centnerszvera; 1896. s 172.
31. Nowy Szpital Starozakonných w Warszawie. Księga Pamiątkowa. Sprawozdanie komitetu Budowy. Warszawa: Memix; 1907.
32. Horwitz K, Prussak L: Sprawozdanie z działalności oddziałów psychiatrycznych w 1921 i 1922 r. ze szczególnym uwzględnieniem ruchu chorych. Kwart. Klin. Szpit. Starozakon. w Warszawie. 1922; 1 (3): 207–214.
33. Ze spraw szpitalnych. *Medycyna*. 1899. 27(12): 274–277, 27(13): 298–300.
34. W sprawie sanatoryjów dla niezamożnych chorych nerwowych. *Krytyka Lek.* 1900; 4(3): 69–73 i 4(5): 142–146.
35. Herczyńska G: Jakób Frostig 1896–1959. *Post Psychiatr Neurol* 2007; 16(4): 275–280.
36. <http://otwock.org/info/index>
37. Kilka słów o nowoczesnych odkryciach w dziedzinie histologii układu nerwowego. *Medycyna*. 1897. 25(17): 390–395 i 25(18): 420–426.
38. Ocena książki: De la Tourette G. *Histerya*. Oprac. A. Puławski. Warszawa: 1897. *Medycyna*. 1897; 25(9): 323–326.
39. Ocena książki: Wassercug D. O bólu i jego wartości rozpoznawczej. *Krytyka Lek.* 1897; 1(4): 154–156.
40. Ocena książki: Orłowski T. *Syfilis rdzenia*. Warszawa. 1898 *Krytyka Lek.* 1898; 2(11): 323–326.
41. Ocena książki: Słonimski S. *Neurasthenia płciowa jako następstwo nadużyć przedwczesnych*. Szkic popularny. Warszawa: 1899. *Medycyna*. 1899; 27(7): 163–164.
42. Dowcip u obłąkanych oraz parę słów o ich talencie artystycznym. *Stydium psychiatryczne*. *Krytyka Lek.* 1899. 3(2): 33–41 i 3(3): 70–79.
43. Stosunek psychologii do psychiatrii. *Stydium krytyczne*. *Krytyka Lek.* 1900. 4(10): 261–267, 4(11): 297–304, 4(12): 323–327, 1901; 5(1): 16–23 i 5(2): 30–39.
44. Metoda „leczenia w łóżku” (Bett-behandlung) chorych umysłowych. *Medycyna*. 1900; 28(3):47–52, 28(4):74–78, 28(5): 100–106, 28(6): 128–130 i 28(7): 148–151. To samo w: *Annales médico-psychologiques*. 1901, 13:56–75.
45. Patogeneza swoistego bredzenia paralityków. *Przyczynek do badań psychologiczno-doświadczalnych nad bezwładem postępującym*. *Gaz. Lek.* 1902; 37(37): 921– i 37(38): 963–970.
46. Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych (A. Wizel i N. Zylberlastówna). *Neurologia polska*, 1913, 3, 3, 239–247.
47. Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa, *Medycyna* 1902; 30 (38): 802–807, 30 (39): 823–827, 30 (40): 846–851, 30(41): 866–871, 30 (42): 882–887, 30 (43): 906–910. To samo w *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1904; 38(1): 122–155.
48. Glaser A. *History of binary and other nondecimal numeration*. Thomash Publishers. 1971; s 119.
49. Ocena książki: Mazurkiewicz Jan. *Andrzej Towiański. Stydium psychologiczne*. Warszawa: Wydanie z zapomogi Kasy imienia Mianowskiego; 1902, s 132. *Medycyna* 1902; 30 (5): 106–110 i 30 (6): 124–127.
50. Ocena książki: Męczkowski W. *O udawaniu (symulacji) objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych*. Warszawa 1903, s 178. *Medycyna* 1903; 31(1): 12–16.
51. Awtokratow P, Wizel A.: *Organizacja opieki nad umysłowo chorymi na Dalekim Wschodzie*. *Medycyna* 1905; 33(41): 844–849.
52. Ocena książki: Orłowski Stanisław: *Cierpienia układu nerwowego. Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia kręgowego*. Warszawa 1906. *Krytyka Lek.* 1906; 10(5): 82–94.
53. Parę słów w sprawie nazwy „obłęd maniakalno-depresyjny”. *Med. i Kron. Lek.* 1908; 43(13):309–310.
54. Wizel A, Krukowski G: *Idee natrętne u dwóch siostr bliźniaczek. (Przyczynek do kwestyi obłędu bliźniaczego)*. *Medycyna i Kronika Lekarska* 1908; 43(14): 327–331 i 43(15): 357–360.
55. *Prace I-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich odbytego w Warszawie 11–12–13 października 1909 r.*, red. A. Ciagliński, W. Gajkiewicz, W. Męczkowski, A. Wizel i in. Warszawa: Skład Główny Z. Wende i Sp. 1910; s 1003.
56. O rozpoznaniu różnicowem pomiędzy otępieniem wczesnem a psychozą maniakalno-depresyjną a psychozą maniakalno-depresyjną. W książce: *Prace I Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich*. Warszawa: 1910; s. 553–577.
57. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. *Gazeta Lekarska*. 1910; 45(4): 73–77, 45(5): 103–108 i 45(6): 123–128.
58. *Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego. Stydium kliniczne i psychologiczne*. Warszawa: Wende i S-ka, 1914; s 168.
59. *Markuszewicz Roman: O działalności naukowej ś.p. D-ra Adama Wizła*. *Medycyna* 1929; 3(17–18): 261–264.
60. *Ocierpieniach psychicznych reaktywnych albo psychopochodnych*. *Lek. Wojsk.* 1921; 2(50): 1581–1591.
61. *Bezład kojarzeniowy w schizofrenii*. *Przegląd Filozoficzny*. 1921; 24 (3–4): 172–195.
62. *W sprawie otępienia rzekomego i zespołu Gansera*. *Kwartalnik kliniczny szpitala starozakonných w Warszawie*. 1922; 1 (3): 141–156.
63. *Wizel A, Prussak L: O leczeniu bezwładu postępującego szczeniowaniem zimnicy na mocy własnych doświadczeń*. *Warsz. Czas. Lek.* 1924; 1(3): 93–98. To samo w: *L'Encéphale* 1925; 20: 99–109.
64. *Wizel A, Markuszewicz R: Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenii zimnicą*. *Warsz. Czas. Lek.* 1927; 4(7): 270–275. To samo w: *L'Encéphale*, 1927; 22: 669–680 i *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 1928–1929; 46: 255–261.
65. *Wizel A., Markuszewicz R: Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenii zimnicą* *Polska Gazeta Lek.* 1928; 7(41): 744–746. To samo w *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*.
66. *postaciach niedorozwiniętych schizofrenii*. W książce: *Pamiętnik Szpitala dla psychicznie i nerwowo-chorych „Kochanówka”*. Kochanówka: 1925; s. 59–92.
67. *Pamiętnik pacjentki*. *Wstępem i komentarzem opatrzył dr Adam Wizel*. Warszawa: Nakładem Księgarni F. Hoesicka; wyd. I, 1926, wyd. II 1928; wydanie trzecie (na podstawie poprzednich wydań), wstęp i opracowanie Danuty Danek, Kraków: TAIWPN Universitas; 2001; s. 201.
68. *Jak nieść pierwszą pomoc lekarską psychicznie choremu*. W książce: *Kalendarz lekarski Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego na rok 1925*. Cz. I. Warszawa 1925, s. 342–345.
69. *Luxenburg J: Mowa nad grobem Adama Wizła*. *Kwart. Klin. Szpit. Starozak.* 1928; 7(4):317–319.
70. *Wilkoszewski E: Dr med. Marta Stopnicka (1897–1978) – in memoriam*. *Pediatrics Polska* 1978, 53 (10): 1–4.