

Wielka ospa i choroba sekretna

Człowiek wobec kiły od Neapolu do XXI wieku

Piotr Kotlarz

Wydanie redakcyjne, lipiec 2026

Streszczenie

Kiła należy do tych chorób, których dzieje wykraczają daleko poza historię medycyny. Od gwałtownej epidemii opisanej podczas wojen włoskich pod koniec XV wieku towarzyszyła wojskom, migracjom, rozwojowi miast i powstawaniu globalnych szlaków handlowych. Jednocześnie stała się narzędziem moralnego osądu: przypisywano ją obcym narodom, prostytutkom, ubogim, mniejszościom seksualnym i rasowym. W kolejnych stuleciach odpowiedź na chorobę przybierała formy od wygnania i izolacji po wyspecjalizowane szpitale, policyjny nadzór, kampanie wojskowe, badania przesiewowe i nowoczesną epidemiologię. Rozdział przedstawia społeczną i polityczną historię kiły od epidemii neapolitańskiej do współczesnego wzrostu zachorowań. Kwestie pochodzenia bakterii, szczegółowej diagnostyki i terapii omówiono jedynie w zakresie koniecznym do zrozumienia przemian historycznych.

Słowa kluczowe: kiła, syfilis, historia epidemii, choroby przenoszone drogą płciową, zdrowie publiczne, stygmatyzacja, bioetyka

Nota redakcyjna

Tekst został pomyślany jako samodzielny artykuł popularnonaukowy, a zarazem rozdział większej pracy o chorobach zakaźnych. Nie rozstrzyga sporu o geograficzne i ewolucyjne pochodzenie *Treponema pallidum*, ponieważ zagadnienie to należy do odrębnego rozdziału. Historia leczenia jest przywoływana tylko wtedy, gdy zmieniała społeczne postrzeganie choroby lub organizację opieki. Dane epidemiologiczne podano według źródeł dostępnych do lipca 2026 roku.

Zaraza, która wkroczyła do historii

Nie sposób wskazać dnia, w którym pierwszy Europejczyk zachorował na kiłę. Można jednak dość dokładnie określić moment, gdy choroba przestała być prywatnym nieszczęściem pojedynczych ludzi i stała się wydarzeniem historycznym. Był nim schyłek XV wieku - czas wojen włoskich, wielkich wypraw oceanicznych, ożywionego handlu i politycznych wstrząsów.

Europa właśnie otwierała się na świat. Ludzie, towary, armie i idee zaczęły przemieszczać się na skalę wcześniej niespotykaną. Wraz z nimi podróżowały drobnoustroje. Pierwszy dobrze udokumentowany europejski wybuch choroby określanej później mianem kiły nastąpił podczas wyprawy króla Francji Karola VIII przeciw Królestwu Neapolu w latach 1494-1495.¹

W krótkim czasie przypadłość opisywano już we Włoszech, Francji, krajach niemieckich, Szwajcarii, Hiszpanii, Polsce i na Rusi. W ciągu kilkunastu lat pojawiła się również w źródłach azjatyckich. Była jedną z pierwszych epidemii epoki druku: wiadomości o niej krążyły nie tylko w listach i kronikach, ale także w ulotnych drukach, rycinach, poematach i traktatach medycznych.

¹ M. Tampa i in., "Brief History of Syphilis," *Journal of Medicine and Life* 7, nr 1 (2014): 4-10; Lisa Ekselius, "The Syphilis Pandemic Prior to Penicillin: Origin, Health Issues, Cultural Representation and Ethical Challenges," *Acta Dermato-Venereologica* 104 (2024): adv34879.

W przeciwieństwie do dżumy kiła nie pustoszyła zwykle całych miast w ciągu kilku tygodni. Jej historyczna groza miała inny charakter. Choroba mogła rozwijać się długo, znikać z powierzchni ciała, a następnie wracać po latach jako cierpienie kości, układu krążenia lub układu nerwowego. Łączyła gwałtowność epidemii z przewlekłością osobistego dramatu.

Zakażony człowiek mógł żyć, pracować, podróżować i nawiązywać kontakty, nie wiedząc, że choroba nadal trwa. Ta zdolność do ukrywania się uczyniła z kiły wyjątkowo skutecznego towarzysza ludzkiej historii.

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 1]

Proponowana ilustracja: mapa wyprawy Karola VIII do Neapolu w latach 1494-1495 oraz głównych kierunków rozprzestrzeniania się choroby po odwróceniu armii.

Wskazówka wydawnicza: najlepiej opracować mapę autorską na podstawie atlasu historycznego; zaznaczyć Neapol, Rzym, Florencję, Fornovo i szlaki powrotne najemników.

Neapol 1495: armia jako wędrujące miasto

Jesienią 1494 roku Karol VIII wkroczył do Italii na czele wielonarodowej armii. Obok Francuzów służyli w niej Szwajcarzy, Niemcy, Hiszpanie oraz najemnicy z różnych państw włoskich. Towarzyszyli im słudzy, handlarze, woźnice, rzemieślnicy, żebracy i osoby świadczące usługi seksualne. Liczebność całej przemieszczającej się grupy była znacznie większa niż liczba samych żołnierzy.

Takie wojsko przypominało ogromne wędrujące miasto. Ludzie mieszkali w zatłoczonych kwaterach i prowizorycznych obozach, korzystali z miejscowych karczm i domów publicznych, a po zdobyciu miasta rozpraszali się wśród ludności cywilnej. Wojnie towarzyszyły prostytutka, gwałty, przymus i rozpad zwykłych zasad życia społecznego. Wszystko to tworzyło sprzyjające warunki dla szerzenia się infekcji przenoszonej podczas bliskich kontaktów.²

W lutym 1495 roku wojska francuskie zajęły Neapol. Wkrótce wśród żołnierzy i mieszkańców zaczęto obserwować ciężką chorobę przebiegającą z owrzodzeniami, rozległymi zmianami skórnymi, bólami kończyn i postępującym wyniszczeniem. Latem armia Karola VIII rozpoczęła odwrót. Najemnicy wracali do swoich krajów albo zaciągali się do kolejnych oddziałów. Wraz z nimi przemieszczała się choroba.

Wojna o Neapol nie musiała być miejscem biologicznych narodzin kiły. Stała się jednak potężnym wzmacniaczem transmisji. Zgromadziła ludzi z wielu regionów, połączyła przemoc z masową mobilnością, a następnie rozproszyła uczestników po Europie. Podobny mechanizm powtarzał się później wielokrotnie: w wojnach napoleońskich, podczas obu wojen światowych i w okresach gwałtownych migracji.

W popularnych opracowaniach często pojawia się liczba pięciu milionów ofiar pierwszej epidemii. Nie można jej jednak uznać za wiarygodny bilans. Europa końca XV wieku nie posiadała jednolitego systemu rejestracji zachorowań i zgonów, a lekarze nie zawsze odróżniali kiłę od innych chorób przebiegających z wysypką i owrzodzeniami. Można mówić

² Gabriella E. C. Gall i in., "Quarantine as a Public Health Measure against an Emerging Infectious Disease: Syphilis in Zurich at the Dawn of the Modern Era (1496-1585)," *Hygiene and Infection Control* 11 (2016): Doc13; Tampa i in., "Brief History of Syphilis."

o wielkim zasięgu, dużej liczbie ciężkich przypadków i silnym wstrząsie społecznym, lecz nie o precyzyjnej liczbie zmarłych.³

Pierwsze uderzenie: choroba bardziej gwałtowna niż później

Relacje z przełomu XV i XVI wieku opisują chorobę o niezwykle ciężkim przebiegu. Zmiany skórne miały być liczne i rozległe, owrzodzenia cuchnące, bóle kości bardzo silne, a część chorych umierała po kilku miesiącach. Włoscy i niemieccy autorzy porównywali nową przypadłość z trędem, ospą i słońowacizną, podkreślając jednocześnie, że nie odpowiadała dokładnie żadnemu ze znanych schorzeń.

Jednym z pierwszych drukowanych wizerunków epidemii był tak zwany „Człowiek syfilityczny” z 1496 roku, rycina tradycyjnie przypisywana Albrechtowi Dürerowi. Przedstawia najemnika z licznymi zmianami na skórze. Nad jego głową znajduje się układ znaków zodiaku, ponieważ część uczonych wyjaśniała wybuch choroby niekorzystną koniunkcją planet. Obraz łączył trzy źródła lęku epoki: wojnę, zepsucie ciała i nieporządek kosmiczny.⁴

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 2]

Proponowana ilustracja: „Człowiek syfilityczny”, drzeworyt przypisywany Albrechtowi Dürerowi, 1496.

Proponowany podpis: Jeden z najwcześniejszych drukowanych wizerunków nowej epidemii. Postać najemnika łączy chorobę z wojną, a znaki zodiaku - z astrologicznym sposobem wyjaśniania zarazy.

Prawa: dzieło w domenie publicznej; należy potwierdzić warunki wykorzystania skanu wybranej biblioteki cyfrowej.

W następnych dziesięcioleciach obraz kliniczny się zmieniał. Kiła nie zniknęła, ale częściej przybierała postać przewlekłą, rozwijającą się etapami. Jedną z hipotez zakłada, że działała selekcja sprzyjająca wariantom mniej gwałtownym: szczepy, które nie zabijały gospodarza szybko, miały więcej czasu na przeniesienie się na kolejne osoby. Znaczenie mogły mieć również zmiany odporności populacji oraz dokładniejsze rozpoznawanie objawów.⁵

Nie istnieje jeden pewny mechanizm tłumaczący tę przemianę. Historycznie była ona jednak doniosła. W swojej najgwałtowniejszej postaci choroba budziła panikę podobną do strachu przed innymi zarazami. Gdy stała się bardziej przewlekła, zaczęła wnikać w codzienność: w życie małżeńskie, los dzieci, dziedziczenie majątku, zdolność do pracy i społeczną reputację rodziny.

Kiła nie była epidemią jednego sezonu. Pozostawała w społeczeństwie przez pokolenia.

Choroba zawsze przychodziła od obcych

Zanim upowszechniła się nazwa „syfilis”, Europejczycy określali chorobę nazwami wskazującymi domniemanego winowajcę. We Włoszech i w krajach niemieckich mówiono o „chorobie francuskiej”. We Francji nazywano ją chorobą neapolitańską albo włoską.

³ Liczba pięciu milionów jest często powtarzana w literaturze popularnej, lecz nie wynika z porównywalnych rejestrów demograficznych. O ograniczeniach źródeł zob. Jon Arrizabalaga, John Henderson i Roger French, *The Great Pox: The French Disease in Renaissance Europe* (New Haven-London: Yale University Press, 1997).

⁴ „Syphilitic Man, ascribed to Albrecht Dürer (1496),” *German History in Documents and Images*, dostęp 13 lipca 2026; Ekselius, „The Syphilis Pandemic Prior to Penicillin.” Atrybucja ryciny Dürerowi pozostaje dyskutowana.

⁵ Robert J. Knell, „Syphilis in Renaissance Europe: Rapid Evolution of an Introduced Sexually Transmitted Disease?” *Proceedings of the Royal Society B* 271, suppl. 4 (2004): S174-S176, <https://doi.org/10.1098/rsbl.2003.0131>.

Holendrzy obwiniali Hiszpanów, Rosjanie Polaków, a mieszkańcy imperium osmańskiego nazywali ją chorobą chrześcijańską lub frankońską. Na ziemiach polskich funkcjonowały określenia takie jak franca, choroba francuska, choroba niemiecka, przymiot i choroba sekretna.⁶

Nazwy te mówiły mniej o rzeczywistych drogach transmisji, a więcej o polityce, lękach i uprzedzeniach. Chorobę przypisywano sąsiadom, wrogom, cudzoziemskim żołnierzom, marynarzom, pielgrzymom, Żydom i ludziom uznawanym za moralnie podejrzanych. Był to prosty mechanizm psychologiczny: skoro zaraza naruszała porządek wspólnoty, musiała - jak sądzono - nadejść z zewnątrz.

W czasie pierwszych epidemii obwiniano nawet społeczności, które same padały ofiarą prześladowań i przymusowych migracji. W części przekazów włoskich odpowiedzialność przypisywano Żydom wypędzonym z Hiszpanii w 1492 roku. Oskarżenia te nie wynikały z wiedzy epidemiologicznej, lecz z utrwalonych mechanizmów ksenofobii. Tak jak podczas wcześniejszych epidemii dżumy, choroba stawała się pretekstem do wskazania grupy, którą można było obciążyć winą.

„Narodowe” nazwy kiły tworzyły mapę europejskich konfliktów. Każda społeczność przedstawiała siebie jako ofiarę, a chorobę jako dar od sąsiada. W rzeczywistości zaraza nie miała narodowości. Podążała za ruchem ludzi - wojskiem, handlem, żegluga, pielgrzymkami i migracją.

Ten sposób myślenia nie zniknął wraz z rozwojem mikrobiologii. W kolejnych stuleciach choroby zakaźne nadal przypisywano imigrantom, mniejszościom i „obcym obyczajom”. Kiła była jednym z najwcześniejszych i najbardziej wyrazistych przykładów łączenia patogenu z politycznym wrogiem.⁷

Od „choroby francuskiej” do syfilisu

Nazwa, która ostatecznie przyjęła się w medycynie, narodziła się nie w szpitalu ani w laboratorium, lecz w literaturze. W 1530 roku włoski lekarz i poeta Girolamo Fracastoro opublikował łaciński poemat *Syphilis sive morbus gallicus*, czyli „Syfilis albo choroba francuska”. Bohaterem utworu był pasterz Syphilus, który obraził boga słońca i został ukarany wyniszczającą chorobą.⁸

Opowieść wpisywała się w dawną tradycję wyjaśniania epidemii jako kary za grzech, pychę lub nieposłuszeństwo. Jednocześnie Fracastoro należał do uczonych próbujących myśleć o chorobach jako o zjawiskach przenoszonych między ludźmi. W późniejszym dziele *De contagione et contagiosis morbis* rozważał istnienie niewidzialnych „nasion zakażenia”, które mogą przechodzić z człowieka na człowieka bezpośrednio, przez przedmioty albo na odległość.

⁶ Tampa i in., „Brief History of Syphilis”; Claude Quétel, *History of Syphilis*, tłum. Judith Braddock i Brian Pike (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990).

⁷ Howard Markel i Alexandra Minna Stern, „The Foreignness of Germs: The Persistent Association of Immigrants and Disease in American Society,” *Milbank Quarterly* 80, nr 4 (2002): 757-788, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00030>.

⁸ Girolamo Fracastoro, *Syphilis sive morbus gallicus* (Verona, 1530); „Etymologia: Syphilis,” *Emerging Infectious Diseases* 17, nr 6 (2011): 1158.

Nie znał bakterii, ale jego rozważania zapowiadały późniejsze koncepcje zakaźności. Nie były jeszcze teorią drobnoustrojową w nowoczesnym znaczeniu. Stanowiły jednak próbę odejścia od wyjaśnienia opartego wyłącznie na karze boskiej, astrologii i zaburzeniu równowagi soków ustrojowych.

Słowo „syfilis” nie zwyciężyło natychmiast. Przez stulecia używano równolegle nazw takich jak *lues venerea*, wielka oспа, franca, przymiot i choroba sekretna. Stopniowo literackie imię pasterza stało się terminem medycznym, a następnie weszło do języków europejskich.

Historia nazwy pokazuje, jak długo medycyna, religia, poezja i mitologia przenikały się nawzajem. Zanim chorobę można było zobaczyć pod mikroskopem, próbowano nadać jej sens poprzez opowieść.

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 3]

Proponowana ilustracja: karta tytułowa lub wczesne wydanie poematu Girolama Fracastora *Syphilis sive morbus gallicus* (1530).

Proponowany podpis: Od imienia mitycznego pasterza Syphilusa pochodzi nazwa choroby, która stopniowo wyparła liczne określenia narodowe i obyczajowe.

Prawa: starodruk w domenie publicznej; wybrać skan biblioteki zapewniającej reprodukcję w wysokiej rozdzielczości.

Grzech widoczny na ciele

Kiła szybko została uznana nie tylko za chorobę, lecz także za znak moralnej winy. Ponieważ zauważono jej związek z kontaktami seksualnymi, zakażenie interpretowano jako karę za rozwiązłość, cudzołóstwo albo korzystanie z usług prostytutek. Człowiek chory stawał się w oczach otoczenia jednocześnie pacjentem i oskarżonym.

Inne choroby zakaźne również wywoływały lęk i napiętnowanie, lecz w przypadku kiły stygmat miał szczególnie intymny charakter. Zachorowanie mogło ujawnić sekret dotyczący życia seksualnego. Zagrozało małżeństwu, pozycji na dworze, reputacji duchownego, karierze urzędnika i przyszłości kobiety zależnej ekonomicznie od rodziny.

Widoczne zmiany skórne, utrata włosów, blizny i deformacje twarzy sprawiały, że ciało mogło zdradzać to, co chory chciał ukryć. Późne postacie choroby potrafiły prowadzić do zniszczenia tkanek nosa i podniebienia. W społeczeństwie, w którym wygląd twarzy decydował o rozpoznawalności, honorze i pozycji, oszpecenie stawało się katastrofą społeczną.

Peruki, puder i rozbudowany strój mogły pomagać w maskowaniu łysienia, blizn albo zmian skórnych. Byłoby jednak błędem wyjaśniać europejską modę peruk wyłącznie epidemią kiły. Moda dworska miała wiele źródeł: naśladowanie władców, rytuał statusu, ochronę przed zimą, problemy higieniczne oraz ukrywanie różnych niedoskonałości. Kiła mogła być jednym z powodów, ale nie jedynym.

Równie ostrożnie należy traktować listy sławnych osób rzekomo cierpiących na syfilis. W wielu przypadkach diagnozę stawiano setki lat po śmierci na podstawie niepełnych opisów objawów, plotek dworskich albo reputacji seksualnej. Choroba mogła naśladować liczne schorzenia neurologiczne, skórne i układowe. Bez badań laboratoryjnych pewne rozpoznanie było zazwyczaj niemożliwe.

Więcej dowiadujemy się z relacji ludzi, którzy sami opisywali swoje cierpienie. Niemiecki humanista Ulrich von Hutten pozostawił świadectwo bólu, cuchnących owrzodzeń, izolacji i wyniszczających kuracji. Współcześni badacze zwracają jednak uwagę, że część jego opisów nie musi odpowiadać dokładnie dzisiejszemu obrazowi kiły wenerycznej. To ważne przypomnienie: źródło osobiste jest bezcenne, ale również wymaga interpretacji.⁹

Nie tylko choroba dworów

W Polsce i innych częściach Europy kiłę nazywano niekiedy „chorobą dworską” albo „przymiotem dworskim”. Określenie to może wprowadzać w błąd. Choroba nie ograniczała się do pałaców, arystokracji ani elit. Zapadali na nią żołnierze, rzemieślnicy, kupcy, służba, mieszkańcy wsi przybywający do miast, osoby świadczące usługi seksualne, duchowni oraz członkowie rodzin zakażonych partnerów.

Elity pozostawiły po sobie więcej listów, pamiętników, rachunków i zapisów medycznych, dlatego ich choroby są lepiej widoczne w źródłach. Biedni chorzy pojawiają się przeważnie w rejestrach szpitalnych, księgach miejskich i nakazach wydalenia. Powstaje przez to złudzenie, że kiła była przede wszystkim przypadłością monarchów, artystów i filozofów.

Choroba przekraczała granice stanowe, lecz jej konsekwencje społeczne zależały od majątku, płci i pozycji. Bogaty pacjent miał dostęp do osobistego lekarza, prywatności i lepszego żywienia. Biedny mógł zostać wypędzony z miasta, zamknięty w przytułku albo oddany w ręce wędrownego „specjalisty”.

Nie była więc demokratyczna w pełnym znaczeniu tego słowa. Zakażała ludzi różnych stanów, lecz nie wszystkich skazywała na taki sam los.

Miasta odpowiadają: wygnanie, izolacja i pierwsze instytucje

Władze europejskich miast szybko zrozumiały, że nowa choroba nie jest wyłącznie prywatną sprawą chorych. Nie znano jeszcze bakterii ani dokładnych mechanizmów zakażenia, ale obserwowano, że przypadłość szerzy się między ludźmi i podąża za ruchem przybyszów.

Jedną z najlepiej udokumentowanych reakcji podjęto w Zurychu. Już w 1496 roku rada miejska wydawała zarządzenia dotyczące osób cierpiących na „złe krosty”. Początkowo stosowano wygnanie i ograniczenia wobec przybyszów oraz osób uznawanych za prowadzące rozwiązłe życie. Następnie utworzono specjalny zakład zwany *Blatternhaus*, przeznaczony do izolowania i pielęgnowania chorych. Miejscy lekarze nadzorowali przyjęcia, pobyt i zwalnianie pacjentów, a koszty opieki nad ubogimi pokrywała wspólnota.¹⁰

Był to ważny etap rozwoju zdrowia publicznego. Władze nie ograniczały się już do modlitw i moralnych pouczeń. Tworzyły instytucję, zatrudniały medyków, ustalały zasady przyjmowania chorych i finansowały ich utrzymanie. Podobne domy zaczęły powstawać w innych miastach.

Nie oznacza to, że działania te opierały się na nowoczesnej epidemiologii. Izolowano przede wszystkim osoby z widocznymi objawami, podczas gdy zakażeni bez zmian skórnych

⁹ Urs Leo Gantenbein, „The Poet Ulrich von Hutten (1488-1523) and the French Disease,” 2025. Autor zwraca uwagę, że historyczny opis „choroby francuskiej” nie zawsze pokrywa się z nowoczesnym obrazem kiły wenerycznej.

¹⁰ Gall i in., „Quarantine as a Public Health Measure.”

pozostawali w społeczeństwie. Łączono opiekę z represją, a ubóstwo z podejrzeniem o niemoralność.

Mimo to powstanie specjalnych zakładów świadczyło o przechodzeniu od spontanicznego strachu do zorganizowanej odpowiedzi instytucjonalnej. Kiła przyczyniła się do rozwoju specjalistycznych szpitali, administracji medycznej i miejskiej polityki sanitarnej.

Od początku ujawniała jednak konflikt, który miał powracać przez kolejne stulecia: gdzie kończy się ochrona wspólnoty, a zaczyna przemoc wobec chorego?

Polski „Przymiot”: Wojciech Oczko porządkuje wiedzę

Na ziemiach polskich choroba pojawiła się w źródłach stosunkowo szybko. Sprzyjały temu kontakty handlowe, ruch wojsk, podróże dworzan i studentów oraz położenie Rzeczypospolitej na szlakach łączących Europę Zachodnią z Litwą, Rosją i obszarami nad Morzem Czarnym.

Najważniejszą postacią polskiej historii wczesnych badań nad kiłą był Wojciech Oczko, lekarz wykształcony w Krakowie i we Włoszech, związany z dworem Stefana Batorego oraz Zygmunta III Wazy. W 1581 roku opublikował w Krakowie dzieło *Przymiot*, pierwszą obszerną polskojęzyczną książkę poświęconą tej chorobie.¹¹

Znaczenie pracy wykraczało poza samą historię kiły. Oczko pisał po polsku w epoce, gdy językiem nauki medycznej była przede wszystkim łacina. Musiał tworzyć i porządkować terminologię, nazywać objawy, części ciała i zabiegi w sposób zrozumiały dla rodzimych czytelników. *Przymiot* stał się jednym z kamieni milowych polskiego piśmiennictwa medycznego.

Oczko próbował systematyzować rozproszone obserwacje i odróżniać kolejne postacie choroby. Był dzieckiem swojej epoki: jego rozumienie przyczyn i zalecenia nie mogły wykraczać poza ówczesny stan wiedzy. Najważniejsze było jednak potraktowanie kiły jako schorzenia wymagającego dokładnego opisu i uporządkowanego postępowania, a nie jedynie potępienia moralnego.

Polska nazwa „przymiot” miała długie życie. Oznaczała dolegliwość lub przypadłość, coś, co „przydarzało się” człowiekowi i pozostawało z nim przez lata. Określenie „choroba sekretna” wskazywało natomiast na społeczną konieczność ukrywania zakażenia. W języku zachowała się cała historia lęku: przed bólem, hańbą i ujawnieniem prywatnego życia.

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 4]

Proponowana ilustracja: karta tytułowa dzieła Wojciecha Oczki *Przymiot* lub jubileuszowego wydania *Przymiot i Cieplice*.

Proponowany podpis: Wojciech Oczko stworzył pierwszą obszerną polskojęzyczną monografię kiły i współtworzył polską terminologię medyczną.

Proponowane źródło: Biblioteka Narodowa - Polona; przed publikacją sprawdzić opis bibliograficzny i zasady reprodukcji konkretnego skanu.

¹¹ Wojciech Oczko, *Przymiot* (Kraków, 1581); wyd. jubileuszowe *Przymiot i Cieplice* (Warszawa: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, 1881), egzemplarz cyfrowy Biblioteki Narodowej - Polona.

Porty, szlaki i pierwsza nowożytna globalizacja

Po europejskiej eksplozji epidemicznej kiła szybko pojawiała się w kolejnych regionach świata. Nie szerzyła się w próżni. Podążała tymi samymi drogami co towary, srebro, przyprawy, żołnierze, niewolnicy i misjonarze. Początek XVI wieku był czasem tworzenia globalnej sieci kontaktów morskich, łączącej Europę z wybrzeżami Afryki, Indiami, Azją Południowo-Wschodnią, Chinami i Japonią.

Źródła chińskie wspominają o chorobie przypominającej nabytą kiłę na początku XVI wieku. W tekstach pojawiały się nazwy „kantońskie wrzody” i „wrzody kwiatu śliwy”. Pierwszy dobrze udokumentowany wybuch w Japonii datuje się na lata 1512-1513, zaledwie około dwóch dekad po epidemii europejskiej. Badania szczątków z okresu Edo wskazują, że choroba utrwalała się w japońskich populacjach miejskich.¹²

Nie należy wyobrażać sobie, że zarazę przenosili wyłącznie Europejczycy podróżujący bezpośrednio z Lizbony do Kantonu czy Nagasaki. Świat Oceanu Indyjskiego i mórz Azji tworzyła skomplikowana sieć pośredników: Arabów, Persów, mieszkańców Indii, Malajów, Chińczyków, Koreańczyków, Afrykanów i Europejczyków. Patogen mógł przemieszczać się etapami, od portu do portu, w wielu kierunkach.

Historia kiły w Azji pokazuje, że nowożytna globalizacja była procesem wielostronnym. Choroby nie wędrowały po prostych liniach wytyczonych na europejskich mapach. Korzystały z istniejących regionalnych sieci handlu, pracy i migracji.

W Chinach kiła stała się z czasem wielkim problemem społecznym. Po 1949 roku władze Chińskiej Republiki Ludowej przeprowadziły masową kampanię przeciw chorobom przenoszonym drogą płciową. Obejmowała ona badania, bezpłatne leczenie, zamykanie domów publicznych i społeczną reintegrację części kobiet pracujących wcześniej w prostytucji. Do lat sześćdziesiątych zgłaszane zakażenia zostały niemal wyeliminowane. Po reformach gospodarczych, wzroście mobilności i ponownym rozwoju komercyjnego seksu choroba powróciła.¹³

Przypadek Chin przypomina, że epidemia zależy nie tylko od biologii. Może cofać się pod wpływem skoordynowanej polityki społecznej, a następnie odradzać wraz z przemianami ekonomicznymi i obyczajowymi.

Podobne procesy zachodziły w koloniach europejskich. Kolonialni lekarze często przypisywali szerzenie się choroby rzekomej „rozwiązłości tubylców”, pomijając wpływ przymusowej pracy, migracji, przemocy seksualnej, rozpadu wcześniejszych struktur społecznych i powstawania miast portowych. Kiła stawiała się narzędziem uzasadniania nadzoru nad ciałem skolonizowanych ludzi.¹⁴

¹² Eun Jin Woo i in., „Syphilitic Infection in a Pre-modern Population from South Korea (19th Century AD),” *Anthropological Science* 127, nr 1 (2019): 55-63, zwł. 60; autorzy przytaczają źródła chińskie z początku XVI wieku i japoński wybuch z lat 1512-1513.

¹³ Zhi-Qiang Chen i in., „Syphilis in China: Results of a National Surveillance Programme,” *The Lancet* 369, nr 9556 (2007): 132-138; Therese Hesketh, Xudong Zhang i Qiang Dong, „Syphilis in China: The Great Comeback,” *Emerging Health Threats Journal* 1 (2008): e6.

¹⁴ Guillaume Linte, „Syphilis, blanchiment and French Colonial Medicine in Sub-Saharan Africa,” *Medical History* 67 (2023); zob. także Patrick N. Graham, „Sex Work, Containment and the New Discourse of Public Health in French Colonial North Africa,” *Medical History* 65 (2021).

XVIII wiek: epidemia ukryta w metropolii

W XVIII wieku kiła nie wywoływała już w Europie takiej paniki jak pierwsza fala z końca XV stulecia. Stała się jednak chorobą niezwykle rozpowszechnioną w dużych miastach. Wzrost ludności, migracja ze wsi, rozwój armii i floty, mobilność czeladników, służby domowej i robotników oraz rozbudowa dzielnic biedoty sprzyjały tworzeniu rozległych sieci kontaktów.

Historycy próbują odtworzyć skalę zakażeń na podstawie rachunków lekarzy, ksiąg szpitalnych, rejestrów aptecznych i spisów ludności. Badanie dotyczące Londynu w latach siedemdziesiątych XVIII wieku wskazuje, że do trzydziestego piątego roku życia ponad 20 procent mieszkańców mogło przejść leczenie z powodu choroby określanej jako *pox*, interpretowanej przez autorów jako kiła. Było to oszacowanie skumulowane, oparte na wielu niepełnych źródłach, a nie nowoczesny rejestr epidemiologiczny.¹⁵

Inne badanie, odnoszące się do miasta Chester i otaczającej je wsi, wykazało wyraźnie wyższy odsetek leczenia w środowisku miejskim niż wiejskim. Różnica nie wynikała z „moralności miasta” jako abstrakcyjnej cechy. Miasto skupiało ludzi młodych, samotnych, mobilnych i ekonomicznie zależnych. Ułatwiało anonimowe kontakty, a zarazem oferowało szpitale i praktyków, dzięki którym więcej przypadków trafiało do dokumentów.¹⁶

Kiła była jednocześnie widoczna i ukryta. Widoczna - bo wypełniała oddziały szpitalne, reklamy cudownych kuracji i satyryczne druki. Ukryta - bo pacjenci unikali podawania nazwiska, korzystali z bocznych wejść, kupowali leki korespondencyjnie i obawiali się ujawnienia przed rodziną.

Dla ubogich istniały tak zwane *foul wards*, oddziały przeznaczone dla chorych wenerycznie. Dawały szansę na opiekę, ale wiązały się z hańbą, dyscypliną i gorszym traktowaniem. Płacący pacjent mógł zachować dyskrecję. Ubogi musiał oddać swoje ciało pod kontrolę instytucji.

XIX wiek: państwo wkracza do sypialni

Industrializacja i urbanizacja nadały problemowi nowy wymiar. Wielkie miasta, garnizony i porty wojenne skupiały tysiące młodych ludzi. Władze państwowe zaczęły postrzegać choroby weneryczne nie tylko jako nieszczęście jednostki, lecz także jako zagrożenie dla armii, gospodarki, przyrostu naturalnego i „siły narodu”.

Najczęściej winą obarczano kobiety świadczące usługi seksualne. Mężczyzn przedstawiano jako żołnierzy, robotników i przyszłych ojców, których zdrowie należało chronić. Kobiety natomiast traktowano jako źródło zakażenia wymagające policyjnego nadzoru. Był to podwójny standard: klient pozostawał obywatelem, prostytutka stawała się obiektem kontroli.

Najbardziej znanym przykładem były brytyjskie ustawy o chorobach zakaźnych uchwalane od 1864 roku i rozszerzane w latach następnych. Obowiązywały w wybranych miastach garnizonowych i portowych. Policja mogła zatrzymywać kobiety podejrzewane o

¹⁵ Simon Szreter i Kevin Siena, „The Pox in Boswell’s London: An Estimate of the Extent of Syphilis Infection in the Metropolis in the 1770s,” *The Economic History Review* 74, nr 2 (2021): 372-399, <https://doi.org/10.1111/ehr.13000>.

¹⁶ Simon Szreter, „Treatment Rates for the Pox in Early Modern England: A Comparative Estimate of the Prevalence of Syphilis in the City of Chester and Its Rural Vicinity in the 1770s,” *Continuity and Change* 32, nr 2 (2017): 183-223, <https://doi.org/10.1017/S0268416017000212>.

prostytycję i kierować je na przymusowe badania. W razie rozpoznania choroby kobieta mogła zostać zamknięta w specjalnym szpitalu. Mężczyzn, którzy korzystali z jej usług i mogli przekazywać zakażenie dalej, nie poddawano porównywalnemu systemowi kontroli.¹⁷

Badania z użyciem wziernika były przez część kobiet i działaczek opisywane jako przemoc seksualna dokonywana pod osłoną prawa. Szpitale zamknięte miały leczyć nie tylko ciało, ale także „upadek moralny”. Pacjentkę poddawano dyscyplinie, pracy, modlitwie i próbom skłonienia jej do porzucenia dotychczasowego życia.

Przeciw ustawom wystąpił ruch kobiecy skupiony wokół Josephine Butler. Działaczki argumentowały, że państwo karze ubogie kobiety za zachowania, które u mężczyzn toleruje. Wskazywały również, że kontrolowanie jednej grupy tworzy fałszywe poczucie bezpieczeństwa i nie obejmuje zakażeń w małżeństwach ani pozakomercyjnych relacjach seksualnych. Po wieloletniej kampanii ustawy zawieszono, a następnie uchylono w 1886 roku.¹⁸

Spór wyznaczył problem obecny w zdrowiu publicznym do dziś: czy chorobę można skutecznie ograniczać poprzez przymus, policyjną kontrolę i wskazywanie „grupy ryzyka”, jeśli pomija się prawa człowieka oraz zachowania całej populacji?

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 5]

Proponowana ilustracja: fotografia lub rycina brytyjskiego „lock hospital”, portret Josephine Butler albo satyra wymierzona w Contagious Diseases Acts.

Proponowany podpis: Walka z chorobami wenerycznymi w XIX wieku często oznaczała policyjną kontrolę ubogich kobiet, podczas gdy mężczy klienci pozostawali poza systemem przymusu.

Prawa: preferować zbiory Wellcome Collection, British Library lub Wikimedia Commons z jednoznacznym oznaczeniem domeny publicznej albo licencji otwartej.

Kobiety i dzieci: niewidoczne ofiary „męskiej choroby”

Publiczny język XIX wieku przedstawiał kiłę głównie jako problem żołnierzy, marynarzy i prostytutek. W rzeczywistości wiele zakażonych kobiet nie świadczyło usług seksualnych. Zakażały się od mężów, którzy przed ślubem lub w czasie małżeństwa utrzymywali kontakty z innymi partnerkami albo partnerami.

Od kobiet oczekiwano wierności, lecz często nie miały prawa pytać o przeszłość seksualną narzeczonego ani domagać się badania. Kobieta zależna ekonomicznie od męża miała niewielką możliwość odmowy współżycia. Choroba stawała się więc nie tylko skutkiem kontaktu seksualnego, lecz również konsekwencją nierówności władzy.

Mężczyzna mógł zarazić żonę, a następnie obarczyć ją podejrzeniem o niewierność. Objawy u kobiety bywały mniej widoczne albo umiejscowione wewnętrznie, dlatego rozpoznanie przychodziło później. Kiedy choroba ujawniała się u dziecka, cała odpowiedzialność moralna mogła spaść na matkę.

Najtragiczniejsze następstwa dotyczyły ciąży. Zakażenie prowadziło do poronień, martwych urodzeń, śmierci noworodków i ciężkich uszkodzeń u dzieci. Przez długi czas nie rozumiano dokładnie mechanizmu przechodzenia zakażenia z matki na płód. Dziecko

¹⁷ “The Prostitute Whose Pox Inspired Feminists,” Wellcome Collection, 20 lipca 2017, dostęp 13 lipca 2026.

¹⁸ Tamże. Kampania Ladies National Association rozpoczęła się w 1869 roku; ustawodawstwo zawieszono w 1883 i uchylono w 1886 roku.

rodzące się chore traktowano niekiedy jako dowód rodzinnego „zepsucia”, choć nie ponosiło żadnej odpowiedzialności.

Lęk przed kiłą wrodzoną przenikał dziewiętnastowieczne debaty o małżeństwie, dziedziczności i przyszłości narodu. Przyczynił się do rozwoju badań przedmażeńskich i opieki prenatalnej, ale również do eugeniki, przymusowej sterylizacji i dyskryminacji osób uznanych za „biologicznie niepełnowartościowe”.

Kiła pokazywała, że język troski o zdrowie przyszłych pokoleń może służyć zarówno opiece, jak i przemocy.

Wojsko: zdrowie seksualne jako sprawa strategiczna

Od epidemii neapolitańskiej armie pozostawały ważnym środowiskiem rozprzestrzeniania choroby. W XIX i XX wieku związek ten nabrał wymiaru administracyjnego. Państwa zaczęły liczyć nie tylko rannych i poległych, lecz także dni służby utracone z powodu infekcji przenoszonych drogą płciową.

Dla dowódców kiła nie była sprawą prywatnej moralności żołnierza. Chory wymagał hospitalizacji, przez długi czas nie mógł pełnić służby i mógł zakażać kolejne osoby. Choroby weneryczne wpływały zatem na zdolność bojową jednostek, koszty mobilizacji i sprawność transportu wojskowego.

Podczas I wojny światowej miliony młodych mężczyzn zostały wyrwane ze swoich miejsc zamieszkania i skupione w koszarach, portach, obozach szkoleniowych oraz miastach położonych za linią frontu. Wojna osłabiała społeczną kontrolę, zwiększała liczbę kontaktów przypadkowych i sprzyjała prostytutce. Samotność, lęk przed śmiercią i krótkie urlopy wpływały na zachowania seksualne.

Państwa odpowiadały wykładami o moralności, zamykaniem domów publicznych, badaniem żołnierzy, systemami zgłaszania kontaktów oraz kampaniami propagandowymi. Plakaty przedstawiały zakażoną kobietę jako pułapkę zastawioną na patriotę. Rządziej mówiły o odpowiedzialności mężczyzn, zgodzie seksualnej i ryzyku przeniesienia zakażenia do żony po powrocie z frontu.

Doświadczenia wojenne przyspieszyły rozwój laboratoriów, poradni i edukacji zdrowotnej. Zarazem utrwalały język, w którym zakażona kobieta była „wrogiem wewnętrznym”, niemal równie niebezpiecznym jak żołnierz przeciwnej armii.¹⁹

Na ziemiach polskich obie wojny światowe przyniosły masowe migracje, biedę, rozpad rodzin i wzrost liczby zakażeń. W II Rzeczypospolitej choroby weneryczne określano mianem społecznej klęski, tworzone poradnie przeciwweneryczne i próbowano objąć nadzorem prostytutkę. Po 1945 roku problem zaostrzyły przesiedlenia, demobilizacja, przemoc seksualna oraz niedobór lekarzy i leków.²⁰

¹⁹ Allan M. Brandt, *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*, wyd. rozszerzone (New York: Oxford University Press, 2020); Samuel E. Wilson, „Vicious Habits: Sexually Transmitted Infections among Black Soldiers in World War I,” *Journal of the National Medical Association* 111 (2019).

²⁰ Krzysztof Kopociński i in., „Kiła endemiczna w powiecie brasławskim woj. wileńskiego i zwalczanie chorób wenerycznych w Polsce w latach 1918-1939,” *Forum Bibliotek Medycznych* 8, nr 2 (2015); „Zwalczanie chorób wenerycznych występujących w pierwszych latach powojennych wśród żołnierzy WP,” *Medycyna Nowożytna* 29, suplement (2023).

Nauka odbiera chorobie część tajemnicy

Na początku XX wieku historia kiły weszła w nową fazę. W 1905 roku Fritz Schaudinn i Erich Hoffmann zidentyfikowali krętka białego w materiale pobranym od chorego. Rok później opracowano odczyn Wassermanna, umożliwiający pośrednie wykrywanie zakażenia. Choroba przestała być wyłącznie zespołem widocznych objawów. Mogła zostać rozpoznana również wtedy, gdy pacjent nie miał zmian skórnych.²¹

Odkrycia te miały ogromne znaczenie społeczne. Pozwalały badać żołnierzy, kobiety w ciąży, dawców krwi i osoby bez objawów. Jednocześnie tworzyły nowe możliwości kontroli. Wynik testu mógł decydować o przyjęciu do pracy, zawarciu małżeństwa, hospitalizacji, a nawet o uznaniu człowieka za zagrożenie dla otoczenia.

Wkrótce pojawiły się pierwsze leki działające bardziej celownie, a w latach czterdziestych do praktyki weszła penicylina. Szczegółowa historia terapii wymaga odrębnego rozdziału. W tym miejscu najważniejsza jest zmiana mentalna: po czterech stuleciach kiła przestawała być tajemniczą karą, a stawała się infekcją, której czynnik można wykryć i zwalczać.

Triumf laboratorium nie oznaczał jednak automatycznie triumfu etyki.

Tuskegee i Gwatemala: kiedy człowiek stał się materiałem badawczym

Najbardziej znanym przykładem nadużycia związanego z kiłą pozostaje badanie prowadzone przez amerykańską Public Health Service w hrabstwie Macon w stanie Alabama. Rozpoczęło się w 1932 roku i objęło 600 czarnoskórych mężczyzn: 399 chorych na kiłę i 201 osób z grupy kontrolnej. Nie uzyskano ich świadomej zgody. Uczestnikom mówiono, że otrzymują pomoc z powodu „złej krwi”, lokalnego określenia obejmującego wiele dolegliwości.²²

Badacze chcieli obserwować naturalny przebieg nieleczonej choroby. Kiedy penicylina stała się standardowym i szeroko dostępnym leczeniem, uczestnikom nadal jej nie zaoferowano. Badanie zakończono dopiero w 1972 roku po ujawnieniu sprawy przez prasę. Federalny panel uznał je za etycznie nieuzasadnione.

Nie był to przypadek jednego lekarza działającego w ukryciu. Program trwał czterdzieści lat, angażował instytucje państwowe i był opisywany w publikacjach naukowych. Pokazał, jak rasizm, paternalizm i przekonanie o wyższości eksperta mogą zniszczyć podstawową zasadę medycyny: pacjent jest człowiekiem, a nie materiałem do obserwacji.

Warto używać pełniejszej nazwy: badanie U.S. Public Health Service w Tuskegee i hrabstwie Macon. Pozwala ona wskazać instytucję odpowiedzialną i nie przenosić stygmatu na miejscową społeczność ani na Uniwersytet Tuskegee, którego rola była złożona i podporządkowana federalnym władzom zdrowotnym.²³

²¹ Tampa i in., „Brief History of Syphilis.” Historia diagnostyki zostanie rozwinięta w osobnym rozdziale.

²² Centers for Disease Control and Prevention, „The Untreated Syphilis Study at Tuskegee Timeline,” aktualizacja 4 września 2024, dostęp 13 lipca 2026.

²³ National Library of Medicine, „Digitized Document Collection from USPHS Untreated Syphilis Study at Tuskegee Now Publicly Available through NLM,” 19 października 2023; CDC, „About the Untreated Syphilis Study at Tuskegee.”

Jeszcze bardziej drastyczne eksperymenty prowadzono w Gwatemali w latach 1946-1948. Osoby pozbawione realnej możliwości sprzeciwu - między innymi więźniów, żołnierzy i pacjentów szpitala psychiatrycznego - celowo narażano na zakażenie kiłą, rzeżączką i wrzodem miękkim, aby badać metody zapobiegania i leczenia. Nie uzyskano świadomej zgody, a dokumentacja wskazuje na niepełne leczenie części uczestników.²⁴

Tuskegee i Gwatemala stały się częścią historii narodzin współczesnej bioetyki. Przyczyniły się do wzmocnienia zasad świadomej zgody, niezależnej oceny badań i szczególnej ochrony osób podatnych na wykorzystanie.

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 6]

Proponowana ilustracja: fotografia uczestników badania U.S. Public Health Service w Tuskegee lub reprodukcja dokumentu z kolekcji National Library of Medicine.

Proponowany podpis: Badanie prowadzone w latach 1932-1972 stało się symbolem rasizmu instytucjonalnego i odmowy skutecznego leczenia osobom, które nie wyraziły świadomej zgody na udział.

Prawa: preferować materiały federalnych instytucji USA; przy każdym obiekcie sprawdzić indywidualny opis prawny i sposób podpisania uczestników.

Wojna, powojenna odbudowa i złudzenie zwycięstwa

Podczas II wojny światowej państwa prowadziły szeroko zakrojone kampanie edukacyjne. Filmy, plakaty i broszury przekonywały żołnierzy, że zakażenie osłabia wysiłek wojenny. Choroba była przedstawiana niemal jak sabotaż. Rozbudowywano wojskowe i cywilne poradnie, prowadzono badania przesiewowe i poszukiwano partnerów osób zakażonych.

Koniec wojny nie oznaczał natychmiastowej poprawy. Europa była kontynentem masowych migracji, zniszczonych miast, powracających jeńców, robotników przymusowych, przesiedleńców i zdemobilizowanych żołnierzy. Rozpad rodzin, niedobór mieszkań, bieda i seks ekonomiczny sprzyjały wzrostowi liczby zakażeń.

W Polsce, podobnie jak w innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, tworzone sieć poradni, prowadzono obowiązkowe zgłaszanie wybranych przypadków i dopuszczano środki przymusu wobec osób uznanych za źródło zakażeń. Polityka zdrowotna łączyła opiekę medyczną z próbą narzucania norm obyczajowych. Porównania Polski i NRD pokazują, że systemy socjalistyczne korzystały zarówno z masowych kampanii, jak i z administracyjnej kontroli pacjentów.²⁵

Wprowadzenie penicyliny radykalnie zmieniło perspektywę. Liczba przypadków późnej kiły, neurokiły i zakażeń wrodzonych spadła w wielu państwach. Choroba po raz pierwszy wydawała się przeciwnikiem, którego można zepchnąć na margines historii.

Sukces miał jednak nieprzewidzianą konsekwencję. Kiła zniknęła z pola widzenia opinii publicznej. Dla kolejnych pokoleń stała się dawną chorobą znaną z podręczników, biografii artystów i opowieści o toksycznych kuracjach.

²⁴ Michael A. Rodriguez i in., "First, Do No Harm: The US Sexually Transmitted Disease Experiments in Guatemala," *American Journal of Public Health* 103, nr 12 (2013): 2122-2126; Thomas R. Frieden i Francis S. Collins, "Intentional Infection of Vulnerable Populations in 1946-1948," *JAMA* 304, nr 18 (2010): 2063-2064.

²⁵ Marcin Orzechowski, Cornelia Schochow i Florian Steger, "Policy Approaches toward Combatting Venereal Diseases in Poland and East Germany after 1945," 2021.

W drugiej połowie XX wieku liczba zakażeń falowała. Zależała od zachowań seksualnych, dostępności badań, jakości systemu ochrony zdrowia, migracji oraz stopnia stygmatyzacji mniejszości seksualnych. W części krajów coraz większy odsetek rozpoznań dotyczył mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami. Kryminalizacja homoseksualności i dyskryminacja utrudniały zgłaszanie się po pomoc.

W latach osiemdziesiątych epidemia HIV zmieniła zachowania wielu ludzi. Upowszechnienie prezerwatyw i ograniczenie liczby ryzykownych kontaktów doprowadziło w części środowisk również do spadku zakażeń kiłą. Później, wraz z rozwojem skutecznego leczenia HIV, zmianami obyczajowymi, łatwiejszym nawiązywaniem kontaktów przez internet i osłabieniem lęku przed AIDS, kiła ponownie zaczęła się szerzyć.²⁶

Nie oznacza to, że przyczyną wzrostu jest jedna technologia albo jedna grupa. Na przebieg epidemii wpływają sieci kontaktów, dostęp do opieki, częstotliwość testowania, wykluczenie społeczne, używanie substancji psychoaktywnych, mobilność i jakość edukacji seksualnej. Wzrost liczby rozpoznań może częściowo wynikać także z lepszego wykrywania.

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 7]

Proponowana ilustracja: plakat wojskowy lub filmowy kadr z kampanii przeciw chorobom wenerycznym z lat 1940-1945.

Proponowany podpis: Propaganda wojenna łączyła profilaktykę z patriotycznym obowiązkiem, lecz często personifikowała chorobę jako niebezpieczną kobietę.

Prawa: zbiory National Library of Medicine, National Archives, Wellcome Collection lub Library of Congress; wybrać materiał z jasnym statusem prawnym.

XXI wiek: powrót starego przeciwnika

Na początku XXI wieku stało się jasne, że kiła nie należy wyłącznie do historii medycyny. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w 2022 roku zakażenie nabyło około ośmiu milionów osób w wieku 15-49 lat. Większość infekcji może przebiegać bez zauważonych objawów albo pozostać nierozpoznana.²⁷

W Europie trend jest wyraźnie wzrostowy. Według raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, opublikowanego w maju 2026 roku, w 2024 roku w 29 państwach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgłoszono 45 577 potwierdzonych przypadków. W państwach z pełnym systemem nadzoru odpowiadało to 10,8 przypadkom na 100 tysięcy mieszkańców. W latach 2015-2024 współczynnik zgłoszeń wzrósł ponad dwukrotnie.²⁸

W 2024 roku zakażenia zgłaszano ponad sześciokrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet, a najwyższe współczynniki odnotowano wśród mężczyzn w wieku 25-34 lat. Większość przypadków o znanej drodze transmisji dotyczyła mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami. Jednocześnie od 2021 roku ECDC obserwuje trwały wzrost wśród heteroseksualnych kobiet i mężczyzn we wszystkich dorosłych grupach wieku. Oznacza to, że epidemia rozszerza się poza populacje tradycyjnie określone jako kluczowe.

²⁶ Matthew M. Solomon i in., "The Evolution of the Syphilis Epidemic among Men Who Have Sex with Men," *Sexually Transmitted Diseases* 42, nr 7 (2015): 372-377.

²⁷ World Health Organization, "Syphilis," fact sheet, 29 maja 2025, dostęp 13 lipca 2026.

²⁸ European Centre for Disease Prevention and Control, *Syphilis. Annual Epidemiological Report for 2024* (Stockholm: ECDC, 2026), dane pobrane z systemu EpiPulse 7 kwietnia 2026.

Szczególnie bolesnym świadectwem nierówności pozostaje kiła wrodzona. Współczesna medycyna potrafi jej zapobiegać dzięki badaniu ciężarnych i odpowiednio wczesnemu leczeniu. Mimo to WHO szacowała, że w 2022 roku wystąpiło około 700 tysięcy przypadków kiły wrodzonej, związanych z około 390 tysiącami niekorzystnych wyników ciąży i porodu.²⁹

Każdy taki przypadek pokazuje, że sama obecność skutecznego leku nie wystarcza. Potrzebne są dostępne badania prenatalne, ciągłość dostaw penicyliny, możliwość dotarcia do poradni i zaufanie do personelu. Tam, gdzie system ochrony zdrowia jest niewydolny albo człowiek obawia się potępienia, choroba wykorzystuje lukę.

Dane ECDC za 2024 rok odnotowały 140 potwierdzonych przypadków kiły wrodzonej w 14 państwach UE/EOG - najwyższą liczbę od czasu przejęcia przez ECDC nadzoru nad tą chorobą. Czternaście innych państw, w tym Polska, zgłosiło brak przypadków. Dane należy interpretować z ostrożnością, ponieważ jakość i kompletność nadzoru różnią się między krajami.³⁰

[MIEJSCE NA ILUSTRACJĘ 8]

Proponowana ilustracja: autorski wykres liczby zgłoszonych przypadków kiły w UE/EOG w latach 2015-2024, opracowany na podstawie raportów ECDC.

Proponowany podpis: Mimo dostępności skutecznego leczenia liczba zgłoszeń kiły w Europie wzrosła ponad dwukrotnie w ciągu dekady.

Wskazówka: przygotować własną wizualizację danych; pod wykresem podać źródło i datę pobrania danych.

Zaraza biologiczna i społeczna

Historia kiły nie jest prostą opowieścią o marszu medycyny od niewiedzy do zwycięstwa. Jest także historią tego, jak społeczeństwa reagowały na chorobę związaną z seksualnością.

Najpierw obwiniano cudzoziemców. Później wskazywano prostytutki, ubogich, ludzi żyjących poza małżeństwem, homoseksualnych mężczyzn, mieszkańców kolonii i mniejszości rasowe. Język się zmieniał, lecz mechanizm pozostawał podobny: zakażenie przypisywano „innym”, podczas gdy własna wspólnota miała pozostać moralnie czysta.

Taka postawa utrudniała walkę z chorobą. Człowiek obawiający się potępienia ukrywał objawy. Małżonkowie nie rozmawiali o ryzyku. Lekarze unikali jasnego języka. Państwo koncentrowało się na kontrolowaniu wybranych grup zamiast na powszechnym dostępie do badań, leczenia i rzetelnej edukacji. Stygmat stawał się sprzymierzeńcem bakterii.

Z drugiej strony kiła przyspieszyła rozwój wielu instytucji nowoczesności: specjalistycznych szpitali, laboratoriów, poradni chorób przenoszonych drogą płciową, badań kobiet w ciąży, systemów nadzoru epidemiologicznego i zasad bioetycznych. Zmuszała lekarzy do prowadzenia długotrwałych obserwacji i dostrzegania związku między pozornie odległymi objawami.

²⁹ World Health Organization, “Mother-to-child Transmission of Syphilis,” dostęp 13 lipca 2026. Szacunki WHO dla 2022 roku obejmują około 150 tys. wczesnych zgonów płodów i martwych urodzeń, 70 tys. zgonów noworodków, 55 tys. porodów przedwczesnych lub dzieci z niską masą urodzeniową oraz 115 tys. niemowląt z rozpoznaniem klinicznym.

³⁰ European Centre for Disease Prevention and Control, *Congenital Syphilis. Annual Epidemiological Report for 2024* (Stockholm: ECDC, 2026).

Choroba rozprzestrzeniała się dzięki trzem sprzymierzeńcom: czasowi, ruchowi i milczeniu. Czas pozwalał jej rozwijać się latami. Ruch przenosił ją między miastami i kontynentami. Milczenie chroniło ją przed wykryciem.

Żaden z tych mechanizmów nie należy wyłącznie do przeszłości. Współczesny człowiek podróżuje szybciej niż żołnierz renesansowej armii. Internet ułatwia nawiązywanie kontaktów, ale również dostęp do wiedzy i testów. Medycyna dysponuje skutecznym leczeniem, lecz nadal nie potrafi całkowicie usunąć lęku przed oceną.

Historia kiły jest więc historią nieukończoną. Nie kończy się wraz z odkryciem bakterii, testu serologicznego ani antybiotyku. Każde pokolenie musi na nowo odpowiedzieć na te same pytania: czy chory zostanie potraktowany jak człowiek wymagający pomocy, czy jak winowajca? Czy państwo będzie edukować i leczyć, czy przede wszystkim karać i kontrolować? Czy o seksualności można mówić otwarcie, zanim milczenie stanie się narzędziem epidemii?

Stary wróg nowoczesnego świata

Od obłożonego Neapolu do współczesnych metropolii kiła zmieniała swoje społeczne oblicze. Była „chorobą francuską”, przymiotem dworskim, tajemnicą małżeńską, zagrożeniem dla armii, argumentem zwolenników eugeniki, przedmiotem nieetycznych eksperymentów i chorobą, którą uznano przedwcześnie za pokonaną.

Nie jest najłatwiej przenoszącą się infekcją w dziejach ani chorobą o największej śmiertelności. Jej historyczna siła polegała na czymś innym: potrafiła połączyć intymność z epidemią, jednostkowy sekret z polityką państwa, krótkotrwały kontakt z cierpieniem pojawiającym się po wielu latach.

Człowiek wielokrotnie próbował wyjaśniać ją gniewem Boga, zepsuciem obcych narodów, rozwiązłością kobiet albo rzekomą niższością określonych grup. Dopiero stopniowo nauczył się widzieć w niej zakażenie podlegające prawom biologii. Nie oznaczało to jednak, że społeczne uprzedzenia zniknęły wraz z rozwojem laboratorium.

Najważniejsza lekcja płynąca z historii kiły brzmi paradoksalnie: skuteczny lek może usunąć bakterię z organizmu człowieka, ale nie usuwa automatycznie warunków, które pozwalają chorobie krążyć w społeczeństwie. Do tego potrzebne są wiedza, dostępna opieka, odpowiedzialność, równość i język wolny od pogardy.

Dopóki zakażenie będzie kojarzone przede wszystkim z winą, dopóty część chorych będzie wybierała milczenie. A w historii kiły milczenie niemal zawsze oznaczało przewagę zarazy.

Bibliografia

- Arrizabalaga, Jon, John Henderson i Roger French. *The Great Pox: The French Disease in Renaissance Europe*. New Haven-London: Yale University Press, 1997.
- Brandt, Allan M. *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*. Wyd. rozszerzone. New York: Oxford University Press, 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention. "The Untreated Syphilis Study at Tuskegee Timeline." Aktualizacja 4 września 2024. Dostęp 13 lipca 2026.
- Chen, Zhi-Qiang i in. "Syphilis in China: Results of a National Surveillance Programme." *The Lancet* 369, nr 9556 (2007): 132-138. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60074-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60074-9).
- Ekselius, Lisa. "The Syphilis Pandemic Prior to Penicillin: Origin, Health Issues, Cultural Representation and Ethical Challenges." *Acta Dermato-Venereologica* 104 (2024): adv34879.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Syphilis. Annual Epidemiological Report for 2024*. Stockholm: ECDC, 2026.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Congenital Syphilis. Annual Epidemiological Report for 2024*. Stockholm: ECDC, 2026.
- Fracastoro, Girolamo. *Syphilis sive morbus gallicus*. Verona, 1530.
- Gall, Gabriella E. C. i in. "Quarantine as a Public Health Measure against an Emerging Infectious Disease: Syphilis in Zurich at the Dawn of the Modern Era (1496-1585)." *Hygiene and Infection Control* 11 (2016): Doc13. <https://doi.org/10.3205/dgkh000273>.
- Gantenbein, Urs Leo. "The Poet Ulrich von Hutten (1488-1523) and the French Disease." *Journal of the Royal Society of Medicine* (2025).
- Hesketh, Therese, Xudong Zhang i Qiang Dong. "Syphilis in China: The Great Comeback." *Emerging Health Threats Journal* 1 (2008): e6. <https://doi.org/10.3134/ehthj.08.006>.
- Knell, Robert J. "Syphilis in Renaissance Europe: Rapid Evolution of an Introduced Sexually Transmitted Disease?" *Proceedings of the Royal Society B* 271, suppl. 4 (2004): S174-S176. <https://doi.org/10.1098/rsbl.2003.0131>.
- National Library of Medicine. "Digitized Document Collection from USPHS Untreated Syphilis Study at Tuskegee Now Publicly Available through NLM." 19 października 2023.
- Oczko, Wojciech. *Przymiot*. Kraków, 1581. Wydanie jubileuszowe: *Przymiot i Cieplice*. Warszawa: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, 1881.
- Orzechowski, Marcin, Cornelia Schochow i Florian Steger. "Policy Approaches toward Combatting Venereal Diseases in Poland and East Germany after 1945." *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* / wersja otwarta w PubMed Central (2021).
- Quétel, Claude. *History of Syphilis*. Tłum. Judith Braddock i Brian Pike. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990.
- Reverby, Susan M. *Examining Tuskegee: The Infamous Syphilis Study and Its Legacy*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2009.
- Rodriguez, Michael A. i in. "First, Do No Harm: The US Sexually Transmitted Disease Experiments in Guatemala." *American Journal of Public Health* 103, nr 12 (2013): 2122-2126. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301520>.
- Siena, Kevin. *Venereal Disease, Hospitals and the Urban Poor: London's "Foul Wards," 1600-1800*. Rochester, NY: University of Rochester Press, 2004.
- Szreter, Simon. "Treatment Rates for the Pox in Early Modern England: A Comparative Estimate of the Prevalence of Syphilis in the City of Chester and Its Rural Vicinity in the 1770s." *Continuity and Change* 32, nr 2 (2017): 183-223. <https://doi.org/10.1017/S0268416017000212>.
- Szreter, Simon i Kevin Siena. "The Pox in Boswell's London: An Estimate of the Extent of Syphilis Infection in the Metropolis in the 1770s." *The Economic History Review* 74, nr 2 (2021): 372-399. <https://doi.org/10.1111/ehr.13000>.
- Tampa, M. i in. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7, nr 1 (2014): 4-10.
- Wellcome Collection. "The Prostitute Whose Pox Inspired Feminists." 20 lipca 2017. Dostęp 13 lipca 2026.
- Woo, Eun Jin i in. "Syphilitic Infection in a Pre-modern Population from South Korea (19th Century AD)." *Anthropological Science* 127, nr 1 (2019): 55-63. <https://doi.org/10.1537/ase.181122>.
- World Health Organization. "Syphilis." Fact sheet, 29 maja 2025. Dostęp 13 lipca 2026.
- World Health Organization. "Mother-to-child Transmission of Syphilis." Dostęp 13 lipca 2026.