Микроскопически отмечаются явления дискомплексации клеток, перикапиллярный отек, лимфоидные инфильтраты в строме. Вопрос о механизме желтухи до сих пор не решен. В желчном пузыре желчь иногда совершенно бесцветная, что указывает на отсутствие выработки печенью желчи. Селезенка увеличивается незначительно.

Почки подвергаются **существенным изменениям**. Они увеличены в размерах. При гистологическом исследовании виден серозный отек органа, дистрофия эпителия нефрона вплоть до некроза. В строме определяются межуточные инфильтраты, состоящие из полибластов, лимфоцитов и полинуклеаров. Просвет канальцев расширен и заполнен белковыми зернистыми массами.

При специальной окраске в ткани почек выявляются в большом числе лептоспиры . В первые 2 недели они преобладают в межуточной ткани, а позднее и в просвете канальцев. Изменения почек при
болезни Вейля—Васильева
рядом исследователей рассматриваются как результат непосредственного действия лептоспир и их токсинов.

В скелетных мышцах (особенно конечностей) обнаруживаются мелкие очаги ценкеровского некроза
с воспалительной реакцией и развитием грануляционной ткани. С помощью некоторых новых методов исследования (иммунофлуоресцентный метод) в участках повреждения мышечных волокон обнаруживаются лептоспиры.

В центральной и периферической нервной системе, легких, коже встречаются незначительные воспалительные изменения,, которые носят непостоянный характер.

Лимфатические узлы ворот печени и других областей характеризуются явлениями гиперплазии. Смерть больных, страдавших болезнью **Вейля—Васильева**, наступает чаще от почечной недостаточности или от кровоизлияния в жизненно важные органы. Летальность отмечается в 10—20% случаев.

Прочитать еще:

1) Диагностика поражений спинного мозга

2) Клиника поражения ствола мозга

3) Субокципитальная и вентрикулярная пункции