

	Temps	Caractéristiques	Physiopathologie	Orientation étiologique
Râles d'origines Bronchiolo-alvéolaire				
<u>Crépitants</u>	En fin d'inspiration uniquement (éclatent en bouffée)	<ul style="list-style-type: none"> - Craquements fins, secs, serrés, de tonalité élevée - égaux entre eux, régulièrement espacés, - « bruit des pas sur la neige », - non abolis par la toux (plus nets au contraire) 	<i>Altération des alvéoles (+++) et des bronchioles (+/-) et de leurs parois ; le plus souvent lors de la présence d'un épanchement dans l'alvéole.</i>	Pneumonie, infarctus pulmonaire (épanchement exsudatif), œdème pulmonaire (épanchement purement liquidien), ou fibrose interstitielle diffuse (plus rare). (Remarque : il est parfois possible d'entendre des crépitants physiologiques qui traduisent l'ouverture des alvéoles au début de l'auscultation chez un sujet alité).
<u>Sous-crépitants</u> (= intermédiaire entre crépitants et ronchus)	Expiration + début d'inspiration	<ul style="list-style-type: none"> - Craquements bulleux, plus humides que les crépitants, - inégaux, - « bruit du velcro que l'on détache » 	<i>Présence de sécrétions dans la lumière des bronchioles et des alvéoles.</i>	Insuffisance cardiaque gauche, OAP
<u>Pialements</u>	Fin d'expiration	<ul style="list-style-type: none"> - Sifflements graves, « piaulants » 	<i>Rétrécissement du calibre des bronchioles.</i>	Bronchiolite
<u>Caverneux</u> (très rares)		<ul style="list-style-type: none"> - Plus humides que les sous crépitants, de timbre métallique 	<i>Carverne au sein d'un foyer</i>	Tuberculose pulmonaire
Râles d'origines bronchiques				
<u>Ronchi</u>	2 temps, continus	<ul style="list-style-type: none"> - Gargouillements gras, intenses, de tonalité grave, de timbre humide, - inégaux entre eux, irréguliers, - modifiés par la toux 	<i>Mobilisation des sécrétions dans la lumière des grosses et moyennes bronches, encombrées.</i>	Bronchite aiguë ou chronique
<u>Sibilants</u>	2 temps mais prédominance expiratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Sifflements aigus, très secs, musicaux, - non modifiés par la toux, - diffus, bilatéraux, - très souvent perceptibles à l'oreille nue 	<i>Rétrécissement du calibre des bronches distales.</i>	Bronchospasme, asthme (+++), œdème pulmonaire, BPCO, bronchiolite
Autres				
<u>Wheezing</u>	Inspiratoire ou expiratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Sifflement localisé, de même tonalité - audible sans stéthoscope 	<i>Obstruction partielle et localisée de la trachée (inspiratoire) ou d'une bronche souche (expiratoire).</i>	Asthme, BPCO, bronchiolite, tumeur ou corps étranger

<u>Stridor</u>	2 temps mais prédominance inspiratoire (Intensité égale au cou et sur la paroi thoracique, habituellement perceptible à distance du patient, à l'oreille nue)	- Bruit aigu, sifflant	<i>Obstacle sur les voies aériennes supérieures :</i> - <i>sus-glottique (larynx)</i>	Œdème laryngé (laryngite, épiglottite), carcinome, corps étranger.
<u>Cornage</u>		- Bruit grave, rauque	- <i>sous-glottique (trachée).</i>	
<u>Frottements pleuraux</u>	2 temps, parfois seulement inspiratoires, - rythmés par la respiration et disparaissent en apnée (contrairement au frottement péricardique)	- Bruits secs, rugueux, superficiels, - d'intensité variable : soit discret « comme le froissement d'un papier de soie » ; soit plus intense, rude, râpeux « comme le cuir neuf », - non modifiés par la toux,	<i>Frottement des 2 feuillets pleuraux, rigides et inflammés, l'un contre l'autre ; perçus au tout début d'un épanchement pleural liquidien de faible abondance, à sa limite supérieure, ou après son évacuation.</i> <i>Peut disparaître lorsque:</i> - <i>l'épanchement disparaît</i> - <i>ou au contraire augmente (le liquide sépare alors franchement les 2 feuillets pleuraux).</i>	Pleurésie ou hémothorax de faible ou moyenne abondance (inconstant)